



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR TEPECİK  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**T.C.S.B.Ü. İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBE VE  
HEMŞİRELERİN GÜNDÜZ UYKULULUK HALİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Anıl Arabacı**



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, İZMİR TEPECİK  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**T.C.S.B.Ü. İZMİR TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBE VE  
HEMŞİRELERİN GÜNDÜZ UYKULULUK HALİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Anıl Arabacı**

**Tez DanıŐmanı: Uz. Dr. T. Tanju Yılmazer**

**(UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR-2019**

## TEŞEKKÜR

Tez hazırlama aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini paylaşan,  
Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmaz'ın,

Eğitimimizde bize yol gösteren hocalarımız Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Doç.  
Dr. Haluk Mergen, Doç. Dr. Hülya Parıldar, Doç. Dr. Umut Gök Balcı, Doç. Dr. Yasemin  
Kılıç Öztürk'e

Dürüstlüğü, sevecenliği ve zekasıyla kıızı olmaktan gurur duyduğum Mustafa  
Tabak'a

Cesareti, yeteneği, iyiliği ve korkusuzluğuyla gurur duyduğum annem Nuriye  
Tabak'a

Hayat ışığı, yaşama sevincim, mizah anlayışı ve edebi yeteneklerine hayranlık  
duyduğum kardeşim Asiye Aydan Tabak'a

Yüreği güzel eşim İskender Arabacı'ya

Teşekkür ederim...

Dr. Anıl Arabacı

İzmir, 2019

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ÖZET.....	ix
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. UYKUNUN TANIMI.....	2
2.2. UYKUNUN TARİHÇESİ.....	2
2.3. UYKUNUN FİZYOLOJİSİ.....	3
2.3.1. Retiküler Aktivatör Alan.....	4
2.3.2. Retiküler İnhibitör Alan.....	4
2.3.3. Lokus Coeruleus.....	5
2.4. UYKU OLUŞUMU İLE İLGİLİ HİPOTEZLER.....	5
2.4.1. Uykunun Pasif Kuramı.....	5
2.4.2. Serotonin Teorisi.....	5
2.4.3. Merkezi Sinir Sistemi' nde Bazı Alanların Deneysel Olarak Uyarılması Uykuya Yol Açar.....	6
2.4.4. Uykuyu Provake Eden Bazı Kimyasal Faktörler Vardır.....	6
2.5. NORMAL FİZYOLOJİK UYKU.....	6

2.5.1. Non-Rapid Eye Movements Evre 2.....	7
2.5.2. Non-Rapid Eye Movements Evre 3 ve 4.....	7
2.5.3. Rapid Eye Movements Dönemi.....	8
2.6. UYKU SIKLUSUNDA MİMARİ.....	9
2.7. UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	9
2.7.1. Yaş.....	9
2.7.2. Cinsiyet.....	10
2.7.3. Hastalıklar.....	10
2.7.4. Çevresel Faktörler.....	10
2.7.5. Fiziksel Aktivite.....	10
2.7.6. Beslenme.....	11
2.7.7. Yaşam Şekli.....	11
2.7.8. İlaç, Alkol ve Diğer Uyarıcılar.....	11
2.7.9. Emosyonel Durum.....	12
2.8. Gündüz Aşırı Uykululuk Hali.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	14
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	14
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	14
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	14
3.4.2. Epworth Uykululuk Ölçeği.....	15
3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	15
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	15

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	16
4.BULGULAR.....	17
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
7.KAYNAKLAR.....	48
8.EKLER.....	57
9.ÖZGEÇMİŞ.....	63

## KISALTMALAR

<b>BMH:</b>	Bazal Metabolizma Hızı
<b>EEG:</b>	Elektroensefalografi
<b>EUÖ:</b>	Epworth Uykululuk Ölçeği
<b>GH:</b>	Growth Hormon
<b>GİS:</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>GUFB:</b>	Gecikmiş Uyku Fazı Bozukluğu
<b>KLS:</b>	Kleine-Levin Sendromu
<b>KNHANESV:</b>	Korean National Health and Nutrition Examination Survey V (V. Kore Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi)
<b>MSS:</b>	Merkezi Sinir Sistemi
<b>NREM:</b>	Non Rapid Eye Movements
<b>RAS:</b>	Retiküler Aktivatör Alan
<b>REM:</b>	Rapid Eye Movements
<b>RLS:</b>	Restless legs Syndrome
<b>SCN:</b>	Suprakiazmatik Nukleus
<b>UPHB:</b>	Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu
<b>VKİ:</b>	Vücut Kitle İndeksi

## TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1.** Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi
- Tablo 2.** Katılımcıların Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi
- Tablo 3.** Katılımcıların Özgeçmişlerinin ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının İncelenmesi
- Tablo 4.** Katılımcıların Günlük Tükettikleri Sigara Miktarının İncelenmesi
- Tablo 5.** Katılımcıların Kronik Hastalıklarının İncelenmesi
- Tablo 6.** Katılımcıların Maruz Kaldığı Etkenlerin İncelenmesi
- Tablo 7.** Katılımcıların Vücut Kitle Endekslerinin İncelenmesi
- Tablo 8.** Katılımcıların Epworth Uykululuk Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı
- Tablo 9.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması
- Tablo 10.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması
- Tablo 11.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaşam Şekillerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 13.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Çalıştıkları Yıllara Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması

- Tablo 14.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Buldukları Bölümlerde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 16.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 17.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalıklara Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 18.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Maruz Kaldıkları Etkenlere Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 19.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 20.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 21.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan ve Sigara İçen Katılımcıların Günlük Tükettikleri Sigara Miktarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması
- Tablo 22.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan ve Düzenli Spor Yapan Katılımcıların Tercih Ettikleri Spor Zamanlarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması

**Tablo 23.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Son Üç Aydaki Kilo Değişimlerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması

**Tablo 24.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması

**Tablo 25.** Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Düzenli ve Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

## ÖZET

### S.B.Ü TEPECİK E.A.H SİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN GÜNDÜZ UYKULULUK HALİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Amaç:** Bu çalışma ebe ve hemşirelerdeki gündüz uykululuk halini ve ilişkili faktörleri belirlemek ve değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

**Gereç ve Yöntem:** İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerden gönüllülük onamı alınmış 156 kişi çalışmaya dahil edildi. Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, gündüz uykululuk halini ve ilişkili faktörleri belirleyebilecek bireysel özelliklerini ve davranışlarını sorgulayan bir anket formu ve Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan n=156 kişiden EUÖ'den 10 ve daha yüksek puan alanların sayısı n=57'dir. Bu sayı tüm grubun %36,4'üne karşılık gelmektedir. Düzenli ve sağlıklı beslenmediğini ifade eden katılımcıların, düzenli ve sağlıklı beslendiğini ifade eden katılımcılara oranla gündüz uykululuk halinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı bulundu. Astım-bronşit gibi akciğer hastalıklarına sahip olduğunu ifade eden katılımcıların, bu hastalıklara sahip olmadığını belirten katılımcılara oranla gündüz uykululuk halinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur.

**Sonuç:** Hastanemizde görev yapmakta olan ebe ve hemşirelerin üçte birinden fazlasının gündüz uykululuk halinde oldukları sonucuna varıldı. Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı olmayan katılımcıların ve astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip katılımcıların gündüz uykululuk halinin arttığı sonucuna ulaşıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Ebe, Epworth Uykululuk Ölçeği, Gündüz Uykululuk Hali

(ABSTRACT)

**EVALUATION OF DAILY SLEEPING AND EFFECTING FACTORS OF MIDWIFE  
AND NURSES WORKING IN S.B.Ü TEPECİK E.A.H**

**Objective:** This is a cross-sectional study to determine and evaluate daytime sleepiness and related factors in midwives and nurses.

**Materials and Methods:** 156 volunteers were given consent from midwives and nurses working in Tepecik Training and Research Hospital of Izmir Health Sciences University. Our study is a descriptive, cross-sectional study. In our study, a questionnaire and Epworth Sleepiness Scale (ESS) were used to investigate the sociodemographic characteristics, daytime sleepiness and individual characteristics and behaviors of the participants.

**Results:** Of the n = 156 people included in our study, the number of those who scored 10 or higher from the ESS was n = 57. This number corresponds to 36.4% of the whole group. It was found that daytime sleepiness was significantly increased compared to participants who stated that they were not eating regularly and healthy and those who stated that they were eating regularly and healthy. It was found that daytime sleepiness was significantly increased compared to participants who stated that they had lung diseases such as asthma and bronchitis than those who stated that they did not.

**Conclusion:** It is concluded that more than one third of midwives and nurses working in our hospital are in daytime sleepiness. It was concluded that daytime sleepiness of participants without regular and healthy eating habits and participants with chronic lung diseases such as asthma and bronchitis increased.

**Keywords:** Nurse, Midwife, Epworth Sleepiness Scale, Daytime Sleepiness

# 1.GİRİŞ

Biyolojik, psikolojik ve kültürel gereksinimleri olan bir varlık olarak tanımlanan insanın Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre temel ihtiyaçlarından biri uykudur (1).

Uyku en genel tanımıyla "organizmanın çevresiyle olan iletişiminin, farklı şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi, süreli şekilde kaybolması" dır (2,3).

Erişkin bireyler uykularına Non Rapid Eye Movements (NREM) dönemi ile başlarlar ve en az 80 dakika sonra Rapid Eye Movements (REM) dönemine geçerler. Gece boyu her 90 dakikada bir Non-REM, REM döngüsü tekerrür eder ve toplamda bu döngü 4-5 kez tekrarlanır (4).

Yetişkin bir bireyin günde ortalama 7-8 saat uyuma gereksinimi bulunurken bu süre kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Uyku ihtiyacı psikolojik, biyolojik ve fiziksel etkenlerden etkilenir (5,6,7).

Yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevresel faktörler, fiziksel aktivite, beslenme, yaşam şekli, ilaç, alkol ve diğer uyarıcılar, emosyonel durum, çalışma yılı ve mesleki faktörler kişinin uyku kalitesini etkilemektedir.

Bedenin dinlenmesini, beyin işlevlerinin regüle edilmesini, onarılmasını ve güçlenmesini sağlayan uyku bireyin yenilenme dönemidir ve ertesi güne aktif olarak devam etmesini sağlar (1,8).

Bireyler yeterli ölçüde uyumuş ve dinlenmiş hissetmiyorsa bu durum yaşamı tehdit eden kazalara, iş ve günlük hayatta olumsuzluklara neden olabilir (9).

Sağlık hizmeti sunan ebe ve hemşirelerimizin biyopsikososyal olarak tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halinin süreğen olması için gerekli önem verilerek bu bağlamda düzenleyici adımlar atmak sağlık personeli için önem arz etmektedir (3).

Çalışmanın amacı ebe ve hemşirelerdeki gündüz uykululuk halini saptamak, bu bilgileri katılımcılarla ve diğer sağlık çalışanları ile paylaşmak, konuyla ilgili farkındalığı artırmak ve düzenleyici adımlar atabilmek için bilgi, tutum ve davranışları sergilemektir.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. UYKUNUN TANIMI**

Uyku; serebral aktivitenin minimum düzeyde olduğu, canlının iradesiyle çevreden ilgisini kestiği, aksine çevrilebilir bir tepkisizlik durumudur ve herhangi bir uyararla sona erebilen geçici bir şuur kapalılığıdır (10). Biyolojik, psikolojik ve kültürel gereksinimleri olan bir varlık olarak tanımlanan insanın Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre temel ihtiyaçlarından biri uykudur (1). Bu yüzden uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bileşenlerinden biri olarak görülmektedir (3). Literatüre bakıldığında birçok tanımı görülebilen uyku en genel tanımıyla “organizmanın çevresiyle olan iletişiminin, farklı şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi, süreli şekilde kaybolması”dır (2,3).

### **2.2. UYKUNUN TARİHÇESİ**

2,8 milyon yıldır, yani insanlığın var olduğu kabul edilen tarihten bu yana yaşamının yaklaşık olarak üçte birlik dilimini uyuyarak geçiren insan, uyumanın gizemini anlamak için çaba göstermiş ve pozitif bilimlerin gelişmediği dönemlerde bile mitolojik olaylara dayanarak uykuyu anlamaya çalışmıştır (10). Birçok düşünür (Aristo, Hipokrat, Freud, Pavlov gibi), uykunun ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temellerini açıklamaya çalışmışlardır (11). Robert MacNish'ın “The Philosophy of Sleep” kitabında uykunun tanımı “ölüm ile uyanıklık arasında bir dönem olarak” olarak yapılmış; uzun süre bu görüş kabul edilerek uykunun pasif bir süreç olduğu düşünülmüştür (12). Uykunun sırlarının anlaşılabilmesi, uyku esnasında vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi ile başlamıştır (11). Uyku sırasında vücut fonksiyonlarının kayıt altına alındığı ilk gelişme Luigi Galvani'nin hayvan deneyleri ile beyin hücrelerindeki elektriksel aktiviteyi ortaya koymasıyla başlamış ve Richard Caton'ın Elektroensefalografi'yi (EEG) oluşturan potansiyelleri tanımlamasıyla devam etmiştir. 1877'de British Medical Journal'da 40'ın üzerinde tavşan, kedi ve maymunu kapsayan araştırmanın sonuçları

yayınlanmıştır (13). 1907'de Legendre ve Pieron uykusuz bırakılmış köpeklerin serumunu, uykudan yeni uyanmış köpeklere vermiş ve köpeklerin tekrar uykuya daldıklarını belirtmişlerdir. Kanda biriken bir maddenin uykunun başlamasını tetiklediğini düşünerek bu teoriye "Hipnotoksin teorisi" adını vermişlerdir (14).

### 2.3. UYKUNUN FİZYOLOJİSİ

Uyanıklık ve uyku döngüsünün düzenlenmesinde medulla, beyin sapı, hipotalamus dâhil birçok merkez ve nörotransmitter görev almaktadır. Beyin sapından çıkan asendan eksitator uyarıların kortikal aktivasyonu sağlaması ile uyanıklık oluşur. Beyin sapındaki ana asendan eksitator kaynakları retiküler formasyon nöronlarıdır. Mezensefalik retiküler formasyondan çıkan uyarılar talamus aracılığı ile kortekse ulaşır. Retiküler formasyon haricinde posterior hipotalamusta bulunan histaminerjik ve kolinerjik nöronların uyanıklıkta rolleri bulunmaktadır.

Uyku; histamin sentezini sağlayan enzimlerin inhibisyonu, histaminerjik reseptörlerin durdurulması, histaminerjik nöronların hasarı veya GABA agonistleri ile bu nöronların hiperpolarizasyonu sonucu nörotransmitterlerin aktivitesi ile oluşan bir süreçtir (15,16).

Uyku elektroensefalografik değişiklikleri barındıran karışık süreçlerden oluşur. Uyku esnasında EEG'de farklı dönemler görülür. Bunlar:

- 1)Yavaş dalga uykusu (Slow Wave Sleep) (NREM)
- 2) REM uykusu

Uykunun büyük bir kısmı %75' ine yakını yavaş dalga uykusu denilen non REM, %20-25 lik kısmı ise REM adı verilen kısımdan oluşur (17,18).

Uyku ve uyanıklığı aktive eden nöronlar posterior hipotalamus, mezensefalik santral tegmentum, pontis oralis ve orta hat beyin sapı, anteriorhipotalamik-preoptik alanlar, dorsolateral meduller retiküler biçimde, çeşitli derişimlerde ve farklı lokalizasyonlarda bulunurlar (19).

Uyku ilgili nörotransmitterler; aminobutirikasit (GABA), asetilkolin, adenozin, dopamin, noradrenalin, histamin ve seratonindir (20,21).

Uyanıklık ile ilgili nörotransmitterler; histamin, noradrenalin, asetilkolindir (22). Pons, bulbus ve mezensafalondaki bazı nükleuslar Retiküler Formasyon denilen bir alan oluştururlar. Bilinç ve uyku ile ilgili Retiküler Aktivatör Alan (RAS) ve bunlarla ilgili olan retiküler yapılar bu sistemin önemli parçalarıdır. Bu parçaların bir kısmı inhibisyondan (serotonerjik), diğer kısmı eksitasyondan (aminerjik nöronlar) sorumludur.

### **2.3.1. Retiküler Aktivatör Alan**

Uyanıklık; beyin sapında retiküler biçimde bulunan nöronların aktivitesiyle ilişkilidir. Bu nöron grubuna “Asendan Retiküler Aktivatör Sistem” denilmektedir. Asendan retiküler aktivatör sistem talamusa oradan da uyanıklıkta kortikal aktivasyonu oluşturan hücrelere erişmektedir.

RAS (RAS=bulboretiküler fasikülasyon alan) uyanıklıktan sorumludur. Periferden kortekse ulaşan bütün impulslar kortekste çok özel alanlarda değerlendirilirler. İmpulslar değerlendirildikten sonra korteksten RAS’ a uyarıcı impulslar gider ve RAS uyarılır. Bu duruma sekonder RAS’dan kortekse uyarıcı yeni impulslar iletilir. Bu pozitif geri bildirim etkileşim ile beynin uyanıklık düzeyinin en üst düzeyde olması sağlanır.

RAS da bulunan kolinerjik nitelikteki nöronlar talamusa erişirler ve beyin sapındaki kapının açık ya da kapalı olmasını sağlarlar. Uyku sırasında duysal dünya ile ilişkimizi kesen bu kapıdır. Beynin duysal impulsları nasıl engellediği ve nasıl uyku durumuna geçtiğinin yanıtı bugün talamus ile açıklanmaktadır. Koku dışındaki tüm impulslar talamustan geçmeden serebral kortekse iletilmez. Asetilkolin talamustaki nöronları depolarize ederek, talamusu duysal inputa daha açık hale getirir ve uykudan uyanıklığa geçiş sağlar.

Hayvan deneylerinde ponsun üst kısmında bir kesi yapılarak RAS devre dışı bırakıldığında kalıcı bir komanın ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.

### **2.3.2. Retiküler İnhibitör Alan**

Medulla oblongatanın ventral ve medial yerleşimli serotonerjik nöronlardan oluşan nükleuslarına “Rafe Nükleusları” denir. Merkezi Sinir Sistemi’nde (MSS) inhibitör

olarak görev yapan bir nörotransmitter olan serotonin bu alandan salınarak kolinerjik nöronlar üzerinde inhibitör etkide bulunarak uykunun başlatılmasında rol oynar.

### **2.3.3. Lokus Coeruleus**

Lokus Coeruleus beyin sapında mezensefalon ile dorsal pons arasında bulunan bir nükleustur. Bu nükleustan salgılanan noradrenalin korteksi yüksek düzeyde aktive eder ve artan noradrenalin konsantrasyonu ile birlikte yüksek uyanıklık düzeyine ulaşılır. Lokus coeruleusdan çıkan lifler serebellar kortekse, neokortekse, hipokampus, pons, talamus ve medullaya kadar uzanım gösterir. Uyku sırasında lokus coeruleusun beyin diğer kısımları ile etkileşim oranı azalır, REM uykusu esnasında ise etkileşim oranı artar. Lokus coeruleusun hasar gördüğü durumlarda REM uykusunun ortadan kalktığı görülmüş bu yüzden REM uykusunun başlatılmasında çok kritik rolü olduğu anlaşılmıştır (23).

## **2.4. UYKU OLUŞUMU İLE İLGİLİ HİPOTEZLER**

### **2.4.1. Uykunun Pasif Kuramı**

Gün içinde aktif halde bulunan RAS nöronları günün sonuna doğru etkileri azalarak pasif hale geçmeye başlarlar. Uyarıcı olarak kabul edilen RAS nöronlarının etkinliğinin azalması ile inhibitör alan etkinliğini göstermeye başlar.

Uyku süresi boyunca uyarıcı nöronlar eski durumlarına dönerler. Olası mekanizma; sinir sisteminin ATP tüketimi boyunca biriken “Adenozin” spesifik A1 reseptörlerine bağlanarak RAS'ın uyanıklığı sağlayan kolinerjik nöronlar inhibe olur ve inhibitörler etkili hale gelerek uyku başlatılır.

### **2.4.2. Serotonin Teorisi**

Rafe nükleusları medulla oblongatanın ventral ve medial yerleşimli serotonerjik nöronlarından oluşur. Bu nükleuslardan çıkan lifler retiküler formasyon üzerinden hipotalamus, talamus, korteks ve limbik sisteme dağılır. MSS’de inhibitör özellik gösteren serotonin, kolinerjik nöronlar üzerinde inhibitör etki başlatarak uykunun başlamasını sağlar.

### **2.4.3. Merkezi Sinir Sistemi' nde Bazı Alanların Deneysel Olarak Uyarılması Uykuya Yol Açar**

Nervus traktus solitarius, hipotalamustaki suprakiazmatik Nükleus (SCN) ve preoptik alan, orbito-frontal korteks, talamusun santral ve medial bölgesindeki bazı çekirdekler, rafe nükleusları gibi alanların uyarılması ile uykunun oluştuğu gözlenmiştir.

### **2.4.4. Uykuyu Provake Eden Bazı Kimyasal Faktörler Vardır**

Epifizde sentezlenen melatonin sedatif ve hipnotoksik etkili bir madde olup karanlık ortamda salınımı artan bir kimyasaldır. Geceleri salınımı artan melatonin oksitosin ve ADH prekürsörü olan vazotosinin BOS'daki konsantrasyonunu artırarak uyku verici etki gösterir (23,24).

## **2.5. NORMAL FİZYOLOJİK UYKU**

Elektroensefalografi 1929 yılında, alman bilim adamı Hans Berger tarafından geliştirilmiş bir yöntem olup EEG aracılığıyla geniş bir nöron grubundaki spontan elektriksel aktivitedeki dalgalanmalar kafatası yüzeyinden kaydedilir. EEG yöntemi beynin o andaki fonksiyonel durumunu yansıttığı için uyku ve uyanıklıkta farklı özellikler gösterir.

Uyku temelde iki bölüme ayrılmaktadır. Bunlar hızlı göz hareketlerinin görüldüğü Rapid Eye Movement (REM) dönemi ve hızlı göz hareketlerinin görülmediği Non-REM dönemidir. REM dönemi uykunun yaklaşık %20-25' lik bölümünü kapsarken kalan %75-80' lik kısım Non-REM'dir.

Non-REM kendi içerisinde 3 evreden oluşmaktadır:

### **2.5.1. Non-Rapid Eye Movements Evre 1**

Uykunun ilk siklusu Evre 1 denilen ve yaklaşık 1-7 dakika süren kısım ile başlar. Bu evre uyku-uyanıklık arasındaki geçiş dönemidir. Alfa dalgası kaybolarak yerini düşük voltajlı yavaş aktivitelere bırakır ve sonrasında verteks bölgesinde yüksek amplitüdümlü keskin dalgalar ortaya çıkar.

### **2.5.1. Non-Rapid Eye Movements Evre 2**

Evre 1'in devamında ve yaklaşık 25 dakika süren, yüzeysel uyku kısmıdır. Fronto santral yerleşimli uyku iğcikleri görülen uykunun yaklaşık yarısı bu dönemdir.

### **2.5.2. Non-Rapid Eye Movements Evre 3 ve 4**

Derin uyku bölümüdür ve yavaş dalgalı, yüksek amplitüdü, yaygın düzensiz dalgalardan oluşur ve EEG'de yavaş delta dalgalarının olması ile ayırt edilir. Uykunun bu bölümüne yavaş dalga uykusu, delta uyku veya derin uyku da denir. Mental aktivitenin olmadığı uyku bölümüdür. Uykunun bu kısmının en belirgin özelliği büyüme hormonundaki artış miktarıdır. Bu nedenle derin uykuda protein sentezi artar, metabolizma yavaşlar ve fizyolojik aktivitelerde azalma meydana gelir. Derin uykuda meydana gelen değişimlerin vücudun yenilenmesini ve dinlenmesini sağladığı kabul edilmektedir. İlerleyen yaşlarda uykunun bu bölümü azalırken çok yaşlı bireylerde tamamen kaybolur (25).

Gece uykusunun büyük kısmını oluşturan Non-REM uykusunda parasempatik sinir sistemi baskındır. Non-REM uykunun özellikleri:

- Sempatik tonüs azalarak kalp atım hızı ve kan basıncı azalır.
- Bazal metabolizma hızı (BMH) azalır.
- Gastrointestinal sistemin (GİS) motilitesi artar.
- Growth hormon (GH) ve gonadotropinlerin salınımı artar.
- Solunum sıklığı %10-30 azalır.
- Birtakım sitokinlerin (özellikle IL-1, IL-6 ve c-INF) salınımı artar.

Non-REM uyku EEG'inde delta ritmi hâkimdir. Bu dönemde rüyalar görülür fakat çoğunlukla hatırlanmaz, bu yüzden rüyasız uyku olarak da tanımlanır.

Derinliği zamanla azalan bu uykudan sonra REM uykusuna geçiş olur. Yorgun bir bireyin derin uykusu uzun sürer ve REM'e geçiş gecikir. Non-REM den REM e geçiş süresi 45-90 dk arasındadır. Sekiz saatlik bir uykuda Non-REM 4-6 defa tekrarlanır. Araştırmalar Non-REM' de immün sistemin güçlendiğini ve beynin glikojen depolarının yenilendiğini göstermiştir.

### **2.5.3. Rapid Eye Movements Dönemi**

Yavaş dalga uykusu zamanla hafiflerken uykunun başlangıcından 45-90 dakika sonra hızlı göz hareketleri ile karakterize ve heyecan verici rüyaların görüldüğü bir dönem başlar. Bu kısım REM uykusudur. REM uykusunun süresi ortalama 15 dakika civarındadır ancak 1 saate kadar uzayabildiği görülmüştür. Hızlı göz hareketlerinin ve kaslarda atoninin olduğu bu dönem rüyaların görüldüğü düşük voltajlı, değişken frekanslı kısımdır.

Bazı REM uyku epoklarında (epok; uyku evreleri polisomnografik kayıt sonunda skorlanırken, alınan bilginin tamamı sayfalara bölünür ve bu sayfaların her birine bir epok adı verilir) göz hareketleri çok yoğunken bazen görülemez ya da azdır. Bu durum tonik ya da fazik REM olarak adlandırılır. REM periyodunda uyanan kişilerin %80'i son gördükleri rüyaları hatırlarlar (26).

REM' de beyin sapı postüral motor tonusun baskılanmasını ve spinal motor nöronların inhibisyonunu regüle eder. Solunumun derinliği ve frekansı değişerek kalp tepe atımında taşikardi-bradikardi dönemleri gözlenir. REM esnasında beynin kan akımını uyanıklık durumundaki beynin kan akımına benzemektedir. REM uykusu paralizik bir vücutta aktif bir beyin şeklinde tanımlanabilir. REM döneminde beyin uyanıkken olduğu gibi yüksek bir aktiviteye sahiptir ve EEG' de desenkronize beta dalgalarına benzeyen dalgalar mevcuttur. Bu nedenle REM' e paradoksal uyku da denilmektedir (27).

Deneyssel çalışmalar sonucunda; öğrenme ile REM arasında yakın ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Deneyssel çalışmalarda yeni bilgi edinildiğinde hayvanlarda REM uykusunun arttığı gösterilmiş, yeni bilgiler verildikten sonra REM uykusunun bozulması halinde yine öğrenmenin de aynı şekilde bozulduğu izlenmiş. Bu bilgiler ışığında REM' in işlevi, uyanıkken öğrenilen bilgilerin düzenlenmesi ve gün içinde yaşanan ve birey için gerekli olmayan kayıtların silinmesi şeklinde tanımlanabilir (28).

### **2.6. UYKU SIKLUSUNDA MİMARİ**

Erişkin bireyler uykularına Non-REM dönemi ile başlarlar ve en az 80 dakika sonra REM dönemine geçerler. Gece boyu her 90 dakikada bir Non-REM - REM

döngüsü tekerrür eder ve toplamda bu döngü 4-5 kez tekrarlanır. İlk uyku Non-REM' in evre 1 dönemi ile başlar. Bu dönemin uyanma eşiği düşük olmakla birlikte sadece birkaç dakika sürer. Sonrasında 10-25 dk sürecek olan Non-REM evre 2 dönemine geçilir. Bu dönemin uyanma eşiği daha yüksektir. Uyku derinleştğinde Non-REM evre 3 uykuya başlar ve evre 1 ve evre 2'ye nazaran uyanma eşiği daha yüksektir. İlk döngü 20-40 dakikada tamamlanmış olur. Bu dönemi 5-10 dakika süren evre 2 uykusu izler ve REM dönemi yaklaşmış olur. İlk REM dönemi 1-5 dakika sürer ve kısadır. REM uykusu gece daha kısa sürerken sabaha doğru süresi ve ağırlığı artar. Non-REM Evre 3 uykunun sabaha karşı süresi azalarak kaybolur (4).

Uyku süresi ve doğası bireyin yaşı, vücudunun büyüklüğü gibi biyolojik ve yaşam alanı gibi çevresel faktörlere bağlıdır. Uykunun süresi ile vücut ağırlığı arasında ters bir ilişki görülür. Örneği filler günde 3-4 saat uyurken yarasalar günde 18-20 saat uyumaktadırlar. Memelilerde uyku süresi ile beslenme şekilleri arasında ilişki vardır. Etoburlar (carnivore), otoburlara (herbivore) göre daha uzun uyurlar. Omnivore' ların (hepçil) uyku süresi ise ikisinin arasındadır (29,30).

## **2.7. UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Uyku kalitesi kişinin uyku sonrası zinde bir şekilde günü yaşamaya hazır hissetmesidir (31).

### **2.7.1. Yaş**

Uykuya olan ihtiyaç kişilerin yaşlarına göre farklı dağılım göstermektedir. Bebekler ve çocuklar zamanlarının büyük kısmını uykuda geçirirlerken yaşın ilerlemesi ile uyku ihtiyacında azalmalar meydana gelmektedir. Yaşlı kimselerin uykuya geçme süreleri uzarken uyku ihtiyacı azalmakta, erken uyuma ve erken uyanma eğiliminde artma olmaktadır. Yaşlanmaya sekonder gelişen sık idrara çıkma, solunum bozuklukları gibi rahatsızlıklar da uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedirler (32).

### **2.7.2. Cinsiyet**

Yapılan birçok araştırma erkeklerin uyku kalitesinin kadınların uyku kalitesinden daha iyi olduğunu göstermiştir (7,33). Kadınların erkeklerden daha fazla uyudukları ve

daha çok uyku sorunu belirttikleri tespit edilmiştir (34). Kadınların aile içindeki ve toplumdaki rolleri gibi sosyal nedenlerden ötürü uyku kalitesini ve süresinin etkilendiği düşünülmektedir (35).

### **2.7.3. Hastalıklar**

Hasta bireylerin duyduğu fizyolojik ve psikolojik problemler uyku kalitesini bozabilmekte ve hasta bireyler daha fazla uykuya gereksinim duymaktadırlar. Çoğu hastalık fiziksel problemlere, ağrıya, anksiyete ve depresyona, nihayetinde uykusuzluğa neden olur (31).

### **2.7.4. Çevresel Faktörler**

Uyku için önemli bileşenlerden biri de çevredir ve önemli çevresel faktörler arasında gürültü, ortamın fiziki şartları, bireylerin alışık oldukları çevre vs. sayılabilir.

Ortamın sıcaklığı da uyku kalitesini etkileyen etmenler arasındadır. Ortamın sıcaklığının 12 dereceden az olması kötü rüyaların görülmesine, 24 dereceden fazla olması ise REM süresinin azalmasına sebep olarak uyku kalitesini bozabilmektedir (7). Gürültü uykunun her evresini etkiler, bu yüzden gürültülü ortamda uyku her zaman yüzeysel olur ve bu durum uyku kalitesinin bozulmasına neden olur (36).

### **2.7.5. Fiziksel Aktivite**

Düzenli yapılan egzersizin uykuya geçiş süresini kısaltarak REM döneminin uzamasına sebep olduğu gösterilmiştir (37). Özellikle uykuya dalmayı kolaylaştıran ve uyku kalitesini artıran egzersiz vakitleri öğleden sonra ve akşam üzeri yapılandır. Sabah saatleri ve gece yatmadan hemen önce yapılan egzersiz ise uyku kalitesini artırmaya katkıda bulunmamaktadır.

Düzensiz yapılan egzersizlerin ise uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (36). Düzenli egzersiz uyku esnasında salgılanan serotonin düzeyini artırarak uykuyu düzenlemektedir (38).

### **2.7.6. Beslenme**

Beslenme hemen her alanda olduğu gibi uyku üzerinde de etkilerini göstermektedir. Kişilerin kilo alma ve kilo verme gibi fiziksel değişimlerinin uykuları üzerinde etkili olduğu gözlenmiş; kilo verenlerin geceleri daha erken ve kesik kesik uyudukları gözlenmiştir. Kilo alan bireylerin ise görece olarak daha çok uyudukları ve sabah daha geç uyanmaya eğilimli oldukları izlenmiştir (39). Yüksek karbonhidrat içerikli yiyecekler serotonin düzeyini etkileyerek uykululuğu arttırırken, yüksek protein içerikli yemeklerin uyanıklık düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (40,41)

### **2.7.7. Yaşam Şekli**

Yaşam şekli uyku düzenini ve kalitesini etkiler. Örneğin çalışma biçimi vardiyalı olanların bir iki hafta sonra biyolojik saatlerinde kaymalar olduğu bu nedenle uyku düzensizlikleri yaşadıkları bilinmektedir (42). Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (7).

### **2.7.8. İlaç, Alkol ve Diğer Uyarıcılar**

Antihipertansifler, diüretikler, antiparkinson, dekonjestanlar, antidepresanlardan bazıları, streoidler, astım ilaçları, hipnotik ilaçlar uyku bozukluklarına neden olan ilaçlardan bazılarıdır. Beta-adrenerjik blokerler uykuda kabus görme sıklığını artırarak uykunun bölünmesine neden olurlar. Diüretikler gece sık idrara çıkmaya yol açarak bölünmüş ve kalitesiz bir uykuya neden olurlar (37,43). Sigara nikotinin etkisiyle uykuya geçişi zorlaştırarak uyku kalitesini düşürür (44,45). Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yaparak uykuya dalmayı kolaylaştırır da zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM'in 4. evresi ve REM uykusunda azalmaya neden olarak uyku kalitesini bozar.

### **2.7.9. Emosyonel Durum**

Günlük yaşamımızda karşılaştığımız stres, anksiyete ve diğer emosyonel problemler uyku kalitesini olumsuz etkilemekte olup stres ve anksiyeteli bireylerin gereksinimi olan uykudan daha az uyuma eğiliminde oldukları ve REM uyku süresinin azalmakta olduğu gözlenmiştir .

Depresyonda olan bireylerin büyük bir kısmı uykuya dalmakta güçlük çekerler ve geceleri sık sık uyanırlar (6).

### **2.9.Gündüz Aşırı Uykululuk Hali:**

Bireyin uyanık durumdayken dayanılmaz uyku atakları birçok nedene bağlı olabilir ve bu durum bir hastalık belirtisidir (46). Bu nedenler:

- Narkolepsi
- Fokal lezyon
- Klein-Levin
- Prader-Willi
- Miyotonik Distrofi
- Ensefalit
- İMSS Hipersomnisi
- Serebral Palsy
- Kafa Travması
- Serebral Radyoterapi
- Nörolojik Hastalıklar
- Ateş
- Metabolik bozukluklar
- Endokrin bozukluklar
- Sistemik Hastalıklar
- İlaçlar
- Psikiyatrik hastalıklar
- Şizofreni
- Mevsimsel Affektif Bozukluk
- Uyku deprivasyonu
- Sosyal faktörler
- Sirkadyen ritim bozuklukları
- İlaçlar
- Uyku bölünmesi

- Gürültü
- Işık
- Ağrı
- Huzursuzluk
- İlaçlar
- Jet Lag
- Vardiyalı iş
- Düzensiz uyku-uyanıklık durumu



## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma ebe ve hemşirelerin gündüz uykululuk hali ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma T.C.S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 2018-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın yapıldığı dönemde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde toplam 500 hemşire çalışmaktaydı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, rastgele örnekleme seçilecek araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler örnekleme oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme %95 güven düzeyinde %5 hata payında daha önce yapılan çalışmalara dayanılarak ebe ve hemşirelerdeki gündüz uykululuk hali prevalansı %18.2 alınarak basit rastgele örnekleme 165 kişi olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel güç analizine göre anlamlılık sonucuna ulaşılabilmesi için 165 kişiye ulaşılması gerektiği sonucuna varılmasına karşın izinli, raporlu olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ebe ve hemşireler örnekleme alınmamış ve gönüllülük esasına dayanan çalışmamıza 156 kişi katılmıştır (n=156).

### **3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada; verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve EUÖ (Bkz.EK 1) kullanılmıştır. Katılımcılara anket formu verilerek uygun zamanda doldurmaları istenmiştir.

### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, demografik özellikleri ve uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülen bireysel özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu'nda demografik özelliklerle ilgili; cinsiyet, yaş-boy-kilo, medeni durum ve yaşam şekli olarak toplam 3 soru yer almaktadır. Uyku kalitesi ve ilişkili faktörleri etkileyebilecek diğer bireysel özellikler ise; çalışma yılı, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki görev süresi, sağlık sorununun olup olmadığı, sürekli ilaç kullanımının olup olmadığı, sigara, alkol gibi alışkanlıkların varlığı, sigara alışkanlığı bulunan bireylerin günlük ne kadar sigara tükettikleri ve sigarayı bırakan bireylerin ne kadar süredir sigara kullanmadıkları, düzenli spor yapma durumu ve spor yapılan vakitler, kilo değişimi, maruz kalınan ışık, gürültü, ağrı gibi parametrelerden oluşan toplam 15 soru bulunmaktadır.

### **3.4.2. Epworth Uykululuk Ölçeği**

Gündüz uyku halini göstermekte kullanılan ve toplam 8 sorudan oluşan bir testtir. Bu test Dr. Murray Johns tarafından ilk olarak 1990 yılında bulunmuş, 1997 yılında revize edilmiştir. Her soru kişinin kendisi tarafından 0-3 puan verilecek şekilde doldurulur. Ankette kişinin aşırı yorgun olmadığı bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanır. Sorularda puanlama yöntemi aynı olup, uykuya dalma olasılığı hiç yoksa 0, uykuya dalması düşük olasılıklı ise 1, orta olasılıklı ise 2, yüksek olasılıklı ise 3 puan alır. Ölçekten alınan toplam puanın 10 puan ve üzerinde olması gündüz uykululuk halinin bulunduğunu gösterir (47). Ülkemizde EUÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI**

Anket formu, amacı açıklanarak herhangi bir zaman kısıtlaması getirilmeksizin, çalışmaya katılanların onuru, bütünlüğü, kendi hakkında karar verme hakkı, mahremiyeti ve kişisel bilgilerinin gizliliği korunacağı hususunda bilgilendirilmiş araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler tarafından uygun zamanda doldurulmuş yüzyüze gerçekleştirilmemiştir. Katılımcılar bazı soruları yanıtlamamışlardır. Gönüllülük esasına dayanan çalışmada katılımcı sayısı sınırlıdır.

### **3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Verilerin değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet, medeni durum vs. bağımsız değişkenler, EUÖ skoru ise bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanıp veri tabanı oluşturularak bilgisayarda SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 24,0 paket programında analiz edilmiştir.

Çalışmadaki kategorik verilerin diğer kategorik özelliklere göre durumunu incelerken Student's t testi ve ki-kare testi yöntemi kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yönetiminin yazılı izni; S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 10.Ocak.2018 tarihinde 4 nolu kararı ile alınmıştır (Bkz. EK 2).

## 4.BULGULAR

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi**

Demografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	131	% 84
	Erkek	25	% 16
Yaş	18-24	14	% 9
	25-44	98	% 74,3
	45 ve üzeri	44	% 16,7
Medeni Durum	Evli	84	% 53,8
	Bekâr	56	% 35,9
	Boşanmış	10	% 6,4
Yaşam Şekli	Çocuğuyla	7	% 4,5
	Eşiyle	8	% 5,1
	Eşi ve çocuğuyla	48	% 30,2
	Eş çocuk ve diğer kişiler	1	% 0,6
	Yalnız	15	% 9,6

Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular Tablo 1’de sunuldu. Katılımcıların %84 oranındaki çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Yaş gruplarına göre dağılım bakıldığında çoğunluğun %74.3 oranıyla 25-44 yaş aralığında, %16,7’si 45-64 yaş aralığında ve %9’u 18-24 yaş aralığındaydı. Yaş ortalaması kadınlarda 34,7 erkeklerde 31.1 bulundu. %53,8’i evli olan katılımcıların %5,1’i eşiyle, %30,2’si eşi ve çocuğuyla, %0,6’sı eşi çocuğu ve diğer kişilerle yaşamaktaydı. Bekar olan katılımcı oranı % 35,9 iken, %9,6 oranındaki katılımcı yalnız yaşamakta olduğu belirtti. Boşanmış olan katılımcı oranı % 6,4 bulunurken, %4,5’lik orandaki katılımcı çocuğuyla yaşamakta

olduğunu belirtti (Tablo 1). Medeni durumunu belirtmeyen ve medeni durumunu belirten ancak yaşam şeklini belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

**Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi**

Mesleki Özellikler		Sayı (n)	Yüzde
Çalışılan Birim	Dâhili Birim	91	% 58,3
	Cerrahi Birim	39	% 25,0
	Yoğun Bakım	17	% 10,9
Çalışma Yılı	5 yıl altında	54	% 24,2
	5-10 yıl arası	31	% 30
	11-15 yıl arası	19	% 12,1
	16-20 yıl arası	11	% 7
	21 yıl ve üzeri	39	% 24,9
Aynı Bölümde Çalışma Süresi	2 yıldan az	69	% 44,2
	2-5 yıl arası	42	% 26,9
	5 yıldan fazla	45	% 28,8

Araştırmamıza katılan 156 kişiden %58,3'ü dâhili bilimler kliniğinde, %25'i cerrahi bilimler kliniğinde, %10,9'u ise yoğun bakım kliniğinde görev yapmaktaydı (Tablo 2). Çalıştığı birimi ifade etmeyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %24,2'si 5 yıl altında, %30'u 5-10 yıl arasında, %12,1'i 11-15 yıl arasında, %7'si 16-20 yıl arasında ve %24,9'u 21 yıl ve üzerinde bir süredir görev yapmaktaydı (Tablo 2). Çalışma süresini ifade etmeyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %44,2'si çalışmakta olduğu bölümde 2 yıldan daha az bir süredir görev yapmaktaydı. Bulunduğu bölümde 2-5 yıl arasında bir süredir görev yapanların oranı % 26,9 iken, 5 yıldan daha uzun süredir aynı bölümde çalışmaya devam katılımcı oranı %28,8'idi (Tablo 2).

**Tablo 3. Katılımcıların Özgeçmişlerinin ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarının İncelenmesi**

Özgeçmiş ve Alışkanlıklar		Sayı (n)	Yüzde
Kronik Hastalık	Var	51	% 32,7
	Yok	103	% 66
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	37	% 23,7
	Yok	115	% 73,7
Sigara Kullanımı	Var	43	% 27,6
	Yok	112	% 71,8
Alkol Kullanımı	Var	45	% 28,8
	Yok	104	% 66,7
Sağlıklı Beslenme	Evet	64	% 41
	Hayır	87	% 55,8
Düzenli Spor Yapma	Evet	32	% 20,5
	Hayır	120	% 76,9
Spor Saatleri	Sabah	5	% 3,2
	Öğleden Sonra	5	% 3,2
	Akşam	19	% 12,2
	Yatmadan Önce	1	% 0,6
Son Üç Aydaki Kilo Değişikliği	Kilo Alanlar	45	% 28,8
	0-5 kilo alanlar	37	% 23,7
	6 ve üzeri kilo alanlar	6	% 3,8
	Kilo Verenler	27	% 17,3
	0-5 kilo verenler	20	% 12,8
	6 ve üzeri kilo verenler	6	% 3,8

	Kilosu sabit kalanlar	79	% 50,6
--	-----------------------	----	--------

Araştırmamıza katılan bireylerin %32,7'sinin kronik bir veya daha fazla hastalığı bulunurken %66'sının herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktaydı (Tablo 3). Kronik hastalık durumunu belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %23,7'sinin sürekli kullandığı bir veya daha fazla ilaç bulunmaktayken, %73,7'sinin sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Alışkanlıklar kısmı incelendiğinde katılımcıların %27,6'lık kısmı sigara kullandığını, %71,8'i sigara kullanmadığını ifade etti. Alkol kullanımına ilişkin verilerde katılımcıların %66,7'lik kısmı alkol kullanmadığını belirtirken, %28,8'i çeşitli miktarlarda alkol aldığını ifade etti (Tablo 3). Sürekli ilaç kullanım durumunu ve alışkanlıklarını belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

Düzenli ve sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz sorusuna katılımcıların %55,8'lik çoğunluğu hayır cevabını vermiş, %41'i ise düzenli ve sağlıklı beslendiği yönünde olumlu yanıt vermiştir (Tablo 3). Beslenme durumunu belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %20,5'i düzenli spor yaptığını ifade ederken bu oran yapmayanlarda %76,9 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Düzenli spor yapan kişilere günün en çok hangi zamanlarında spor yapmayı tercih ettikleri sorulduğunda %12,2 ile en çok akşam saatleri yanıtı alınmış, ikinci olarak %3,2'si öğleden sonra, %3,2'si sabah, %0,6'sı yatmadan önce şeklinde yanıtlanmıştır (Tablo 3). Düzenli spor yaptığını ifade ettiği halde hangi saatlerde spor yaptığını belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

Katılımcıların %50,6'sı son üç ayda kilosunda değişiklik olmadığını ifade ederken %28,8'i kilo aldığını, %17,3'ü kilo verdiğini belirtti. Katılımcıların %23,7'si 5 kilo ve altında kilo aldığını, %3,8'i 6 kilo ve üzerinde kilo aldığını ifade ettiler. % 12,8 oranındaki katılımcı 5 kilo ve altında kilo verdiğini, % 3,8'lik katılımcı ise 6 kilo ve üzerinde kilo verdiğini belirtti (Tablo 3). Kilo değişimi durumunu yanıtlamayan, kilo aldığını veya kilo verdiğini belirtmesine rağmen kilo değişimlerini rakamsal olarak belirtmeyen katılımcılar mevcuttur.

**Tablo 4. Katılımcıların Günlük Tükettikleri Sigara Miktarının İncelenmesi**

Günlük Tüketilen Sigara Miktarı	Sayı (n)	Yüzde
0-10	21	% 13,5
11-20	16	% 10,3
21 ve Üzeri	4	% 2,6

Sigara kullanan katılımcıların %13,5'i gün içerisinde 0-10 adet sigara tüketirken, %10,3'ü 11-20 adet, %2,6'sı günlük 21 adet ve üzerinde sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

**Tablo 5. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının İncelenmesi**

Kronik Hastalıklar	Sayı(n)	Yüzde
Kalp Hastalıkları	6	% 3,8
Kan Hastalıkları	7	% 4,5
Bağışıklık Sistemi Hastalıkları	2	% 1,3
Psikiyatrik Hastalıklar	10	% 6,4
Apne	1	% 0,6
Hipertansiyon	8	% 5,1
Astım-Bronşit Gibi Akciğer Hastalıkları	4	% 2,6
Tiroit Hastalıkları	12	% 7,7
Diğer Hastalıklar	20	% 12,8

Katılımcıların %3,8'i başta ritim bozukluğu olmak üzere çeşitli kalp hastalıklarına sahipken, %4,5'i başta anemi olmak üzere çeşitli kan hastalıklarına sahip olduklarını ifade ettiler. Bağışıklık sistemi hastalıklarına sahip olanların oranı %1,3 bulunurken başta depresyon ve bipolar hastalık olmak üzere psikiyatrik hastalıklara sahip olanların oranı %6,4 bulundu. Katılımcıların sadece % 0,6' sını apne hastalığına sahip olduğunu belirtirken %7,7'sinin tamamı hipotiroidi hastasıydı. Araştırmaya katılan

bireylerin %5,1'i hipertansiyondan muzdarip olduğunu belirtirken, %2,6'sı başta astım olmak üzere kronik akciğer hastalıklarına sahip olduklarını ifade ettiler. Katılımcıların %12,8'i ise fibromiyalji, romatoid artrit, malignite gibi diğer hastalıklara sahipti (Tablo 5).

**Tablo 6. Katılımcıların Maruz Kaldığı Etkenlerin İncelenmesi**

Maruziyet	Sayı(n)	Yüzde
Gün İçinde Gürültü	120	% 76,9
Yatmadan Önce Gürültü	19	% 12,2
Gün İçinde Işık	71	% 45,5
Yatmadan Önce Işık	14	% 9
Gün İçinde Ağrı	63	% 40,4
Yatmadan Önce Ağrı	42	% 26,9

Katılımcıların %76,9'u gün içinde fazla miktarda gürültüye maruz kaldığını ifade ederken, gün içinde fazla ışığa maruz kaldığını ifade edenlerin oranı %45,5 olarak bulundu. Gün içinde ağrı duyan katılımcı oranı %40,4' idi. Aynı etkenlere gece yatmadan önce maruziyetleri sorulduğunda katılımcıların %12,2'si gece yatmadan önce gürültüye, %9'u ışığa, %26,9'u ağrıya maruz kaldıklarını ifade ettiler (Tablo 6).

**Tablo 7. Katılımcıların Vücut Kitle Endekslerinin İncelenmesi**

VKİ	Sayı(n)	Yüzde
18.5 kg/m <sup>2</sup> den düşük	6	% 3,8
18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup>	88	% 56,4
25-29.9 kg/m <sup>2</sup>	48	% 30,8
30-34.9 kg/m <sup>2</sup>	7	% 4,5

Katılımcıların %3,8'inin vücut kitle indeksi (VKİ) 18.5 kg/m<sup>2</sup> den düşük, %56,4'ünün VKİ' i 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> ve arasında, %30,8'inin VKİ 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>, %4,5'inin VKİ' i 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> ve arasında bulunmuştur (Tablo 7).

**Tablo 8. Katılımcıların Epworth Uykululuk Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı**

EUÖ	Sayı(n)	Yüzde
0-9 Puan Alanlar	80	% 51,3
10 ve Üzeri Puan Alanlar	57	% 36,4

Katılımcıların %51,3'ü EUÖ'den 9 puan ve altında puanlar alırken %36,4'ü EUÖ'den 10 puan ve üzerinde puanlar alarak gündüz uykululuk hali göstermiştir (Tablo 8). EUÖ'ni yanıtlamayan katılımcılar mevcuttur.

**Tablo 9. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

Cinsiyet	Sayı(n)	%	Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran	p
			Sayı(n)	Yüzde	
Kadın	131	84	48	% 37	0,924
Erkek	25	16	9	% 36	

Kadın katılımcıların %37'si EUÖ'den 10 ve üzerinde puan alırken, erkek katılımcılarda bu oran %36 bulunmuştur. Kadın katılımcıların EUÖ puan ortalaması 8,1 erkek katılımcıların EUÖ puan ortalaması 8,9 olarak bulundu. Cinsiyetler arasında ise gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo10. Epworth Uykululuk Ölçeği' nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar arası Oran	
Yaş	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
18-24 yaş	14	% 9	5	% 36	0,855
25-44 yaş	98	% 74,3	44	% 45	
45 ve Üzeri	44	% 16,7	8	% 19	

18-24 yaş aralığındaki katılımcıların %36'sı, 25-44 yaş aralığındaki katılımcıların %45'i, 45 yaş ve üzerindeki katılımcıların %19'u EUÖ'nden 10 puan ve üzerinde puanlar almışlardır (Tablo 10).

18-24 yaş aralığındaki ebe ve hemşirelerin ortalama EUÖ puanı 8,4, 25-44 yaş aralığındaki ebe ve hemşirelerin ortalama EUÖ puanı 8,5, 45 ve üzeri yaştaki ebe ve hemşirelerin ortalama EUÖ puanı 7,1 bulunmuş olup gruplar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Epworth Uykululuk Ölçeği' nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup	Gruplar Arası Oran	p
MedeniDurum	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	
Evli	84	% 53,8	30	% 36	0,409
Bekâr	56	% 35,9	23	% 41	0,545
Boşanmış	10	% 6,4	2	% 20	0,965

Evli bireylerin % 36'sı, bekar bireylerin % 41'i, boşanmış bireylerin %20'si gündüz uykululuk ölçeğinden 10 puan ve üzerinde puanlar aldılar. (Tablo 11).

Katılımcıların medeni durumları ile gündüz uykululuk halleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaşam Şekillerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

Yaşam Şekli	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		p
	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	
Çocuğuyla	7	% 4,5	2	% 29	0,663
Eşiyile	8	% 5,1	4	% 50	0,209
Eşi ve Çocuğuyla	48	% 30,2	16	% 34	0,547
Yalnız	15	% 9,6	6	% 40	0,874

Çocuğuyla yaşamakta olan katılımcıların %29'u, eşiyile yaşayan katılımcıların %50'si, eşi ve çocuğuyla yaşamlarını sürdüren katılımcıların %34'ü, yalnız yaşayan katılımcıların ise %40'ı EUÖ'den 10 ve üzerinde puanlar aldılar. Katılımcıların yaşam şekilleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Çalıştıkları Yıllara Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Çalışma Süreleri	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
5 Yıl Altı	54	% 24,2	15	% 28	0,109
5-10 Yıl Arası	31	% 30	22	% 71	
11-15 Yıl Arası	19	% 12,1	3	% 16	
16-20 Yıl Arası	11	% 7	7	% 64	
21 Yıl ve Üzeri	39	% 24,9	10	% 26	

5 yılın altında bir süredir görev yapmakta olan katılımcıların %28'i, 5-10 yıldır çalışan katılımcıların %71'i, 11-15 yıldır görev yapmakta olan katılımcıların %16' sı, 16-20 yıldır çalışmakta olan katılımcıların %64'ü, 21 yıl ve üzerinde bir süredir görev yapmakta olan katılımcıların %26'sı EUÖ'den 10 ve üzerinde puanlar aldılar. Çalışmaya katılan bireylerin mesleki görev süreleri ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 14. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Çalışılan Birim	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
Dahili Birimler	91	% 58,3	33	% 37	0,112
Cerrahi Bilimler	39	% 25	12	% 31	
Yoğun Bakım	17	% 17	9	% 53	

Dâhili birimlerde çalışan katılımcıların %37'si EUÖ'den 10 puan ve üzerinde puanlar alırken bu oran cerrahi birimlerde görev yapmakta olanlarda %31, yoğun bakım kliniklerinde çalışanlarda %53 bulundu. Farklı birimlerde çalışan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Buldukları Bölümlerde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Aynı Bölümde Çalışma Süresi	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
2 Yıldan Az	69	% 44,2	23	% 34	0,627
2-5 Yıl Arası	42	% 26,9	16	% 39	
5 Yıldan Fazla	45	% 28,8	18	% 40	

Mevcut çalışmakta olduğu bölümde 2 yıldan daha az süredir çalışmakta olan katılımcıların %34'ü, 2 ile 5 yıl arasında bir süredir çalışmakta olanların %39'u, 5 yıldan daha uzun süredir aynı bölümde çalışmakta olan katılımcıların %40'ı EUÖ' den 10 ve üzerinde puanlar almışlardır. Katılımcıların görev yapmakta oldukları bölümlerdeki

görev süreleri ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Kronik Hastalık	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
Var	51	% 32,7	19	% 38	0,634
Yok	103	% 66	38	% 37	

Kronik hastalığı bulunan katılımcıların %38'i, kronik herhangi bir hastalığı bulunmayan katılımcıların %37'si EUÖ'den 10 ve üzerinde puanlar aldılar. Kronik hastalığı bulunan ve bulunmayan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 17. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

Kronik Hastalıklar		Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		p
		Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	
Kalp Hastalıkları	Evet	6	% 3,8	3	% 50	0,412
	Hayır	148	% 94,9	54	% 37	
Kan Hastalıkları	Evet	7	% 4,5	4	% 58	0,081
	Hayır	147	% 94,2	53	% 37	
Bağışıklık Sistemi Hastalıkları	Evet	2	% 1,3	2	% 100	0,096
	Hayır	152	% 97,4	55	% 37	
Psikiyatrik Hastalıklar	Evet	10	% 6,4	2	% 20	0,453
	Hayır	144	% 92,3	55	% 39	
Hipertansiyon	Evet	8	% 5,1	2	% 25	0,453
	Hayır	146	% 93,6	55	% 38	
Tiroid Hastalıkları	Evet	12	% 7,7	4	% 34	0,697
	Hayır	144	% 92,3	53	%37	
Diğer Hastalıklar	Evet	20	% 12,8	11	% 55	0,081
	Hayır	134	% 85,9	46	% 35	
Astım-Bronşit Gibi Akciğer Hastalıkları	Evet	4	% 2,6	3	% 75	0,040
	Hayır	150	% 96,2	54	% 36	

Kronik kalp hastalıklarına sahip katılımcıların %50'si, astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip katılımcıların %75'i, kronik kan hastalıklarına sahip

katılımcıların %58'i, bağışıklık sistemi hastalıklarına sahip katılımcıların %100'ü, psikiyatrik hastalıklara sahip katılımcıların %20'si, hipertansiyon hastalığına sahip katılımcıların %25'i, tiroid hastalıklarına sahip katılımcıların %34'ü ve diğer kronik hastalıklara sahip katılımcıların %55'i EUÖ'den 10 ve üzerinde puanlar aldılar (Tablo 17).

Astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip katılımcıların gündüz uykululuk halinin arttığı saptanmış ve astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip olmayan katılımcılara oranla gündüz uykululuk halinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna varılmıştır (p=0,040) (Tablo 17).

**Tablo 18. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Maruz Kaldıkları Etkenlere Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

Maruziyet	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		p
	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	
Gün İçinde Gürültü	120	% 76,9	46	% 39	0,432
Yatmadan Önce Gürültü	19	% 12,2	10	% 53	0,281
Gün İçinde Işık	71	% 45,5	30	% 43	0,957
Yatmadan Önce Işık	14	% 9	6	% 43	0,933
Gün İçinde Ağrı	63	% 40,4	27	% 43	0,576
Yatmadan Önce Ağrı	42	% 26,9	19	% 46	0,202

Gün içinde gürültüye maruz kaldığını belirten katılımcıların %39'u, fazla ışığa maruz kaldığını ifade eden katılımcıların %43'ü, gün içinde ağrı duyan katılımcıların %43'lük kısmı EUÖ' den 10 ve üzerinde puanlar almışlardır. Gece yatmadan önce bu etkenlere maruz kaldığını ifade eden katılımcılardan gürültüye maruz kalanların %53'ünün, ışığa maruz kalanların %43'ünün, ağrıya maruz kalanların %46'sının EUÖ'den aldıkları puanlar 10 puan ve üzerinde bulunmuştur. Gün içinde ve gece yatmadan önce bu etkenlere maruz kalan katılımcılar ile maruz kalmayan katılımcılar

arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanımına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Sürekli İlaç Kullanımı	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	P
Var	37	% 27,3	13	% 36	0,985
Yok	115	% 73,7	43	% 38	

Sürekli ilaç kullanan katılımcıların %36'sı EUÖ'den 10 puan ve daha üzerinde puanlar aldılar. Sürekli ilaç kullanımı olan ve olmayan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 20. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

		Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Alışkanlıklar		Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
Sigara Kullanımı	Var	43	% 27,6	14	% 33	0,456
	Yok	112	% 71,8	43	% 39	
Alkol Kullanımı	Var	45	% 28,8	17	%38	0,653
	Yok	104	% 66,7	38	% 37	
Düzenli Spor Yapma	Evet	32	% 20,5	11	% 35	0,773
	Hayır	120	% 76,9	44	%37	

Sigara kullanan katılımcıların %33'ünün, kullanmayanların %39'unun, alkol kullanan katılımcıların %38'inin, kullanmayanların %37'sinin, düzenli spor yapan katılımcıların %35'inin yapmayanların ise %37'sinin EUÖ' den aldıkları puanlar 10 puan ve üzerinde bulunmuştur. Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında, alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında ve düzenli spor yapan ve yapmayan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan ve Sigara İçen Katılımcıların Günlük Tükettikleri Sigara Sayısına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Günlük Tüketilen Sigara Miktarı	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
0-10	17	% 13,5	7	% 42	0,7
11-20	14	% 10,3	4	% 29	
21 ve üzeri	4	% 2,6	1	% 25	

Günlük 0-10 adet sigara tüketen katılımcıların %42'sinin, 11-20 adet sigara tüketen katılımcıların %29'unun, 21 tane ve üzerinde sigara tüketen katılımcıların %25'inin gündüz uykululuk halinde oldukları saptandı. Günlük tüketilen sigara miktarı ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 22. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan ve Düzenli Spor Yapan Katılımcıların Tercih Ettikleri Spor Zamanlarına Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Spor Saatleri	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	P
Sabah	5	%15,6	2	% 40	0,618
Öğleden Sonra	5	%15,6	3	% 60	
Akşam	19	%59,3	5	% 27	
Yatmadan Önce	1	% 3,1	0	% 0	

Sabah saatlerinde spor yapmayı tercih eden katılımcıların %40'ı, öğleden sonraları spor yapmayı tercih eden katılımcıların %60'ı, akşam saatlerinde spor

yapmayı tercih eden katılımcıların %27'si EUÖ' den 10 ve üzerinde puanlar aldılar. Tercih edilen spor saatleri arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Son Üç Aydaki Kilo Değişimlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Kilo Değişimi	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
Kilo Alanlar	45	% 28,8	21	% 46	0,573
Kilo Verenler	27	% 17,3	11	% 41	
Kilosu Sabit Kalanlar	79	% 50,6	23	% 30	
0-5 Kilo Alanlar	37	% 23,7	17	% 45	0,643
6 Kilo Üzerinde Alanlar	6	% 3,8	4	% 67	
0-5 Kilo Verenler	20	% 12,8	8	% 40	0,557
6 Kilo ve Üzerinde Kilo Verenler	6	% 3,8	3	% 43	

Son üç ayda kilo aldığını ifade eden katılımcıların %46'sının, kilo verdiğini belirten katılımcıların %41'inin, kilosunda değişiklik olmayan katılımcıların % 30'unun gündüz uykululuk hali gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 23).

Son üç ayda 0-5 kg arasında kilo alan katılımcıların % 45'i, 5 kilo ve daha üzerinde kilo alan katılımcıların %67'si, kilosu sabit kalan katılımcıların %30'u, 0-5 kilo arasında kilo veren katılımcıların %40'ı, 6 kg ve üzerinde kilo veren katılımcıların %43'ü EUÖ'den 10 puan ve üzerinde puanlar aldılar. Katılımcıların kilo durumu değişimleri ile gündüz uykululuk halleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların VKİ'ne Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

VKİ	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		p
	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	
18,5 kg/m <sup>2</sup> den düşük	6	% 3,8	4	% 67	0,091
18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	88	% 56,4	35	% 40	
25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	48	% 30,8	13	% 28	
30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	7	% 4,5	4	% 58	

VKİ' si 18,5 kg/m<sup>2</sup> den düşük bulunan katılımcıların %67'sinin, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> ve arasında bulunan katılımcıların %40'ının, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> ve arasında bulunan katılımcıların %28'inin, 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> ve arasında bulunan katılımcıların %58'inin EUÖ'den aldığı puanlar 10 puan ve üzerinde bulunmuştur. Katılımcıların vücut kitle indeksleri ile gündüz uykululuk halleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 25. Epworth Uykululuk Ölçeği'nden 10 ve Daha Yüksek Puan Alan Katılımcıların Düzenli ve Sağlıklı Beslenme Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması**

	Örneklem Grup		Uyku Kalitesi Kötü Grup		
Düzenli ve Sağlıklı Beslenme	Sayı(n)	Yüzde	Sayı(n)	Yüzde	p
Düzenli ve Sağlıklı Beslenenler	64	% 41	15	% 24	0,023
Düzenli ve Sağlıklı Beslenmeyenler	87	% 55,8	40	% 46	

Katılımcıların %41'i düzenli ve sağlıklı beslendiğini ifade ederken %55,8'i düzenli ve sağlıklı beslenmediğini ifade etmiştir. Düzenli ve sağlıklı beslendiğini ifade eden katılımcıların %24'ü, düzenli ve sağlıklı beslenmediğini ifade eden katılımcıların %46'sı EUÖ'nden 10 ve üzerinde puan aldılar. Düzenli ve sağlıklı beslenmediğini ifade eden katılımcıların gündüz uykululuk hallerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır (p=0,023) (Tablo 25).

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışma S.B.Ü. İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan ebe ve hemşirelerde gündüz uykululuk hali ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmaya katılan 156 ebe ve hemşirenin %36,4'ü EUÖ'den 10 ve daha yüksek puan almışlardır. Bu sonuca göre araştırmaya katılan katılımcıların gündüz uykululuk hali yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yaşlarına göre EUÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında en çok 25-44 yaş aralığındaki bireylerin 10 ve üzerinde puan aldıkları görülmüştür. 45 ve üzeri yaşlarda ölçekten alınan puanlar diğer yaş gruplarına oranla daha düşük bulunmuştur. Matsumoto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku kalitesinin yaş ilerledikçe düzeldiği ortaya konulmuştur (48). Bingöl N.'nin hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada yaşın ilerlemesiyle beraber uyku kalitesinin iyileştiği gösterilmiştir (7). Bu durumun uykunun yaşa bağımlı olarak düzene girdiği ve uyku sorunları ile nasıl başa çıkılacağı konusunda tecrübe sahibi olunmasından ileri geldiği düşünülmüştür.

Ebe ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre gündüz uykululuk hali oranları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,924$ ). Özdemir ve Bingöl yaptıkları çalışmalarda kadınların uyku kalitesinin erkeklere oranla daha kötü olduğunu göstermişlerdir (7,33). Çölbay ve arkadaşlarının çalışmasında uyku kalitesinin kadınlarda erkeklere göre 3,7 kat daha kötü olduğu bulunmuştur (49). Çalışmadaki bu sonucun, erkek ebe ve hemşire katılımcı sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çetinel hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir (50). Karakoç hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada evli bireylerin uyku kalitelerinin bekar, dul ve boşanmış bireylere göre daha iyi olduğu sonucuna varmıştır (31). Çalıyurt ise yaptığı bir çalışmada medeni durumun uyku kalitesi üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (5). Evli veya bekar kişilerin gündüz uykululuk halleri arasında farklılıklar bulunması beklenirken bu sonucun ortaya çıkmasında bireylerin medeni durumundan bağımsız olarak, iş hayatı dışında sürdürdükleri farklı yaşam tarzlarından kaynaklanabileceğini söylemek mümkündür. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilerle gündüz uykululuk halleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamasına karşın oransal olarak incelendiğinde eşyle yaşayan katılımcıların %50'sinin, yalnız yaşayan katılımcıların %40'ının gündüz uykululuk hali bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada sigara kullanımı ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0,426$ ). Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara kullanımının uyku kalitesine etki etmediğini yönünde bulgular elde edilmiştir (33). Altıntaş ve arkadaşlarının tıp öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigara içen katılımcıların içmeyenlere oranla daha yüksek bir yüzde ile ve de anlamlı olarak uykuya dalmakta güçlük çektikleri gösterilmiştir (51). Phillips ve Danner yaptıkları çalışmada sigara içen bireylerin uykuya başlamasında gecikme ve gündüz uykululuk hali gösterdiklerini belirtmişlerdir (52). Çalışma sonuçlarının sigaranın uykuya etkisi noktasında farklılık göstermesi içilen sigara sayısının da uyku kalitesi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,700$ ).

Çalışmada alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p=0,653$ ).

Alkolün, sedatif etkisiyle uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve gecenin ilk yarısında derin uykuyu artırdığı ancak bellek ve öğrenmeyi arttıran uykunun REM evresinde uyanma, kıpırdanma gibi nedenlerle bu etkinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (53).

Çalışmada düzenli spor yapan ve yapmayan bireyler arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,773$ ). Düzenli spor yapan katılımcıların tercih ettikleri spor saatleri arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,536$ ).

National Sleep Foundation (NSF)'a göre fiziksel aktivite uyku kalitesini ve uyku süresini artırmaktadır. Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği, egzersizi nonfarmakolojik bir yaklaşım olarak desteklemektedir. Egzersiz, kişiyi dışarı çıkarması, stresi azaltması gibi yollardan uykuyu güçlendirebilmektedir.

Kronik hastalıklara sahip katılımcıların (kalp hastalıkları, kan hastalıkları, bağışıklık sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, hipertansiyon, tiroit hastalıkları, diğer hastalıklar) mevcut hastalıklarının gündüz uykululuk hali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmazken, astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip katılımcıların gündüz uykululuk hallerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna varılmıştır ( $p=0,040$ ). Bozkurt ve arkadaşları astım hastalarının %75,5'inin son bir yıl içerisinde öksürük nedeniyle uykudan uyandıklarını, gece uyanma nedenlerinin "öksürük" ve "dispne" olduğunu saptamışlardır (54). Daloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da öksürük, nefes darlığı ve hırıltılı solunum şikâyetlerinin uykudan uyanma nedeni olduğu belirtilmiştir (55). Ayrıca birçok solunum sistemi ilacının uykusuzluk yan etkisi bulunmaktadır.

Sürekli ilaç kullanan katılımcılar ile kullanmayanlar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,985$ ). Antidepresanlar, lityum, nöroleptikler, ksantinler, dopamin agonistleri, antikonvülzanlar, analjezikler, beta adrenoreseptör antagonistleri, alfa adrenoreseptör agonistleri gibi

birçok ilaç uykunun çeşitli dönemlerine etki göstererek uykululuk haline neden olabilirler. Çalışmamızda ortaya çıkan bu sonucu katılımcıların az bir kısmının ilaç kullanması ve kullanılan ilaçların uyku etki profillerinin düşük olması ile açıklayabiliriz.

Çalışmada düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip olmayan ebe ve hemşirelerin gündüz uykululuk halinin istatistiksel olarak anlamlı bir oranda arttığı sonucuna ulaşılmıştır (p=0,023).

Amerika Diyetisyenler Derneği'nin beslenme rehberine göre, enerjinin karbonhidratlardan gelen sıklığı %55-60, proteinden gelen sıklığı %15-20 ve yağdan gelen yüzdesi %25-30 olması önerilmektedir (56).

Yehuda ve arkadaşlarının ve Lieberman'ın çalışmalarında çeşitli makro ve mikro besinleri içeren diyetlerin uyku mekanizmasını etkileyebileceği gösterilmiş olup bunlar; protein yapı taşlarından triptofan ve tirozin, karbonhidratlardan glikoz, yağ grubundan ise elzem yağ asitleri ve kafeindir (57,58). Lieberman yüksek karbonhidratlı içecek alanların, düşük karbonhidratlı içecek alan bireylere göre uykuya eğilimlerinin daha fazla olduğunu kanısına varmıştır (58).

Korean National Health and Nutrition Examination Survey V (KNHANESV) verilerine göre düşük uyku süresine sahip olan kadın ve erkeklerde protein alımı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kısa uyku süresi olan erkeklerde yağ tüketimi, kısa uyku süresi olan kadınlarda ise karbonhidrat tüketimi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (59). Grandner ve arkadaşları yağ tüketiminin toplam uyku süresiyle negatif ilişkili bulmuştur (60). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kahvaltı atlayan, seçici yemek yiyen yüksek glisemik indeksli içecekler tüketen öğrencilerin kötü uyku kalitesi yaygınlığı yüksek seviyede bulunmuştur (61).

Katagiri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yüksek karbonhidrat tüketimiyle kalitesiz uyku arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir ve kötü

uyku kalitesine sahip kişilerin enerji içecekleri ve tatlandırıcı içeren içecek tüketiminin daha yüksek olduğu saptanmıştır (62).

Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre gündüz uykululuk hali incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,112$ ).

Katılımcıların çalışma yıllarına göre gündüz uykululuk hali değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,109$ ). Çalışmamızda 5-10 yıldır çalışmakta olan katılımcıların %75'inin gündüz uykululuk hali olduğu saptanmış ve bu durum aile hayatında daha çok sorumluluk alma ve dolayısıyla iş saatleri dışında çalışma saatlerinin artmasına ve strese bağlanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin aktif olarak görev aldıkları bölümlerdeki çalışma yılları ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,627$ ). Bu durumun çalışılan klinikleri üç ana bölüm altında incelememizden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gün içerisinde ve yatmadan önce gürültü, ışık ve ağrıya maruz kalan katılımcılar ile bu etkenlere maruz kalmayan katılımcılar arasında gündüz uykululuk hali açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Türk Nöroloji Derneği' nin Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi'nde belirttiği gürültü, aydınlatma gibi faktörler uykuyu etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlere bireylerin duyarlılığı değişse dahi bu faktörler uykuyu parçalayabilmekte ve uyku kalitesini bozabilmektedir. Uyanma eşiği yaşa göre değişir ve yaşlılar bu uyarılara karşı daha çabuk uyanırken, gençlerde eşik daha yüksektir. Uykunun dönemlerine göre eşik değişir, evre 1 uykusunda eşik düşük, evre 4 uykusunda yüksektir. REM uykusunda uyanıklık eşiği değişkendir.

Katılımcıların son üç aydaki kilo değişimleri ile gündüz uykululuk halleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,573$ ). Uyku vücut ağırlığını nasıl etkileyebilir sorusunun cevabı yanıtlandığında ortaya şöyle bir mekanizma çıkmaktadır; yemek yeme, enerji dengesi ve metabolizmayı etkileyenler de

dâhil olmak üzere hipotalamik-hipofiz fonksiyonları, sirkadiyen ritimlere kuvvetlice bağlanır ve uyku düzenleyici süreçlerle büyük ölçüde bütünleşir. Sirkadiyen ritmin bozulması önemli metabolik etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Fare modellerinde sirkadiyen saatin parçası olan saat genini yok etmenin obezite ve metabolik fonksiyon bozukluğuna yol açtığı görülmüştür (63).

Kısa süreli uyku kısıtlaması tokluk teşvik edici hormon olan leptin seviyesini düşürür, iştah arttırıcı hormon olan ghrelinin seviyesini artırarak ve iştah ve açlık üzerine subjektif dereceleri arttırır (64). Taheri ve arkadaşlarının yaptığı kesitsel bir çalışmada azalmış uyku süresi, düşük leptin ve artmış ghrelin arasında bir ilişki bulunmuş ve bu etkilerin uzun süreli uyku kısıtlaması ile devam edebileceği sonucuna varılmıştır (65).

Ebe ve hemşirelerin VKİ'sine göre EUÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p=0,091$ ). Ryu ve arkadaşlarının çalışmasında KNHANESV verileri analiz edilmiş; 6-9 saat arası uyuyanlar (normal), 9 saat uyuyanlar (uzun) olarak gruplara ayrılmış ve obez grupların, obez olmayan gruplara göre anlamlı olarak daha kısa uyku sürelerine sahip oldukları gösterilmiştir. Uyku süresi azaldıkça bel çevresinin anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir. Uyku süresi; yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, gelir ve eğitim gibi faktörlerden bağımsız olarak vücut fenotipine göre belirgin olarak farklı bulunmuştur (59). Vorana ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, azalan uyku süresi ile artan BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (66). Kohatsu ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise, uyku süresi azaldıkça BKİ'sinin arttığı gösterilmiştir (67). Tamakoshi ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise diğer çalışmalara ters olarak kısa uyku süresinin düşük BKİ ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (68). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar 2., 3. ve morbid obez sınıfında katılımcı olmadığı için sınırlıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Ebe ve hemşirelerden 57 kişi EUÖ' den yüksek puan almıştır. Bu sayı tüm grubun %36,4 oranına karşılık gelmektedir. Bu sonuç araştırmaya katılan hemşirelerin üçte birinden fazlasının gündüz uykululuk hali olduğunu göstermektedir.
- Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı ve astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip olma durumları ile gündüz uykululuk hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, düzenli ve sağlıklı beslenmeyen ebe ve hemşireler ile astım-bronşit gibi kronik akciğer hastalıklarına sahip ebe ve hemşirelerin gündüz uykululuk hallerinin istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı sonucuna varılmıştır.

- Ebe ve hemşirelerin gündüz uykululuk hallerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve bu konuda yapılacak iyileştirmeler ve düzenleyici adımlar atılması,
- Konuya dikkat çekmek ve bu konuda duyarlılığı artırmak için çalışmalar yapılması,
- Düzenli ve sağlıklı beslenme konusunda periyodik aralıklarla bilgilendirme yapılması,
- Astım-kronik bronşit gibi kronik akciğer hastalığı bulunan ebe ve hemşirelerin periyodik aralıklarla göğüs muayenelerinin yapılması ve hastalıklarının kontrol altında tutulması,
- Kronik akciğer hastalığı bulunan ebe ve hemşirelerin bu hastalıkları için kullandıkları ilaçların uykusuzluk yan etkisi konusunda bilgilendirilmesi önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Üstün Y, Yücel Çınar Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4:29-38.
2. Sönmez S. Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, 2006.
3. Engin E, Özgür G. Yoğun bakım hemşirelerinin uyku düzen özelliklerinin iş doyumunu ile ilişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 20(2):45-55.
4. Karadağ M. 'Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı' İstanbul, Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi. 2010; 2099-100.
5. Çalıyurt O. Sirkadiyen uyku uyanıklık düzenini etkileyen iş ve çalışma gruplarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1998.
6. Öztürk M. Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerinin etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2003.
7. Bingöl N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumunu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

8. Şenol V, Soyuer F, Pekşen Akça R, Argün M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2012; 13(2):93-104
9. Ertekin Ş. Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, 1998.
10. Karadağ M, Ursavaş A. Dünyada ve Türkiye’de uyku çalışmaları. Türkiye Klinikleri Arch Lung. 2007; 8(2):62-4.
11. Dement W.C. A person history of sleep disorders medicine. Journal of Clinical Neurophysiology. 1990; 7(1):17-47.
12. MacNish R. ‘The Philosophy Of Sleep’ New York, First American edition New D. Appleton and Company. 1834.
13. Kutlu, G. ‘EEG’nin Tarihçesi’. Sinaps Yayınları. 2000; 13:1-12.
14. Legendre R, Pieron H. Le probleme des facteurs du sommeil: Resultats d’injections vasculaires et intracerebrales de liquides insomniques. C R Soc Biol. 1910; 68:1077-79.
15. Özyardımcı N. ‘2002-2003 Yılı Göğüs Hastalıkları Klinik Seminer Çalışmaları Kitabı’. Uludağ Üniversitesi Basımevi. 2003.
16. Kaynak H, Ardiç S. ‘Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları’ İstanbul. Türk Uyku Tıbbı Derneği. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti. 2011; 8:1-468.
17. Dere E, Pause BM, Pietrowsky R. Emotion and episodic memory in neuropsychiatric disorders. Behavioural Brain Research. 2010; 215(2):162-71.

18. Korn H, Faber DS. Quantal analysis and synaptic efficacy in the CNS. Trends in Neurosciences. 1991;14(10):439-45.
19. Moruzzi G, Magoun HW. Brain stem reticular formation and activation of the EEG. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1949; 1(4):455-73.
20. Jacobs BL, Asher D, Dement WC. Electrophysiological and behavioral effects of electrical stimulation of the raphe nuclei in cats. Physiology and Behavior. 1973; 11(4):489-95.
21. Cespuglio R, Walker D, Gomez ME, Musolino R. Cooling of the nucleus raphe dorsalis induces sleep in the cat. Neuroscience Letters. 1976; 3(4):221-7.
22. Marrosu F, Portas C, Mascia MS, Casu MA, Fà M, Giagheddu M et al. Microdialysis measurement of cortical and hippocampal acetylcholine release during sleep-wake cycle in freely moving cats. Brain Research. 1995; 671(2):329-32.
23. Guyton AC, Hall JE. ‘Tibbi Fizyoloji’ (çeviri ed) Yegen BÇ, Solakoğlu Z, Alican İ. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi Ltd Sti. 2013; 721-27.
24. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 22(1):93-8.
25. Roehrs T. Sleep physiology and pathophysiology. Clinical Cornerstone. 2000; 2(5):1-15.
26. Stanley N. The physiology of sleep and the impact of ageing. European Urology Supplements. 2005; 3(6):17-23.

27. Greenberg MS, Farah MJ. The laterality of dreaming. Brain and Cognition. 1986; 5(3):307-21.

28. Aydın H, Özgen F. Effect of Imipramine on REM: paradoxial or parallel? European Neuropsychopharmacology. 1992; 2:389-91.

29. Kryger MH, Roth T, Dement WC, Tobler I. “Philogeny Of Sleep Regulation” in. Principles And practice of sleep medicine. Saunders, Philadelphia 2000; 91-100.

30. Uykunun Tanımı ve Tarihçesi. Available from: [<https://docplayer.biz.tr/109916254-Uykunun-tanimi-ve-tarihcesi.html>] Erişim Tarihi: 2019 Haziran.

31. Karakoç B. Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi sağlık çalışanları örneği. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

32. Monk TH, Thompson WK, Buysse DJ, Hall M, Nofzinger EA, Reynolds CF. Sleep İn Healthy Seniors: A diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. Journal Of Sleep Research. 2006; 15(3):256-60.

33. Özdemir C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde çalışan hekim dışı sağlık personelinde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014.

34. Komşuk D. Ameliyathanede çalışan hemşirelerde uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.

35. Kiper S. Sunal N. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2009; 10(1):33-9.

36. Şahin Köybaşı E. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.

37. Ağan K. Menopoz hastalarında uyku kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015.

38. Tok Yıldız F. Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım ve sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.

39. Çakırcalı E. 'Uyku ve Dinlenme' İstanbul. I. Baskı, Birlik Ofset Ltd Şti. 1997; 90-4

40. Aksu Aslan S. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların uyku kalitesinin ve uyku kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Ankara Numune Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2017.

41. Balcı K. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışan yetişkin bireylerin beslenme durumları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2017.

42. Axelsson J, Akerstedt T, Kecklund G, Lowden A. Tolerance to shift work – How does it relate to sleep and wakefulness? *International Archives Occupational and Environmental Health*. 2004; 77(2):121-9.

43. Taylor C, Lillis C, Lemone P. ‘Fundamentals of Nursing’ in, *The Art and Science of Nursing Care*. 4th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 2001.

44. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette Smoking and Sleep Disturbance. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155(7):734-7.

45. Özkan Oskay P. Genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.

46.Uyku Bozuklukları. Available from: [<https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari>] Erişim tarihi: 2019 Haziran.

47. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep and Breathing*. 2008; 12(2):161-8.

48. Park YM, Matsumoto K, Seo YJ, Shinkoda H, Park KP. Sleep in relation to age, sex, and chronotype in Japanese workers. *Perceptual and Motor Skills*. 1998; 87(1):199–215.

49. ölbay M, Yüksel S, Acartürk G. Hemodiyaliz hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007; 55(2):167-73.

50. Çetinol T, Özvurmaz S. Hemşirelerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Medical Sciences. 2018; 13(4):80-9.

51. Altıntaş H, Sevcancan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. Türk Tabibler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006; 15(7):114-120

52. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. Archives of Internal Medicine. 1995; 155(7):734-7.

53. Alcohol' s effect on sleep. Available from: [<https://sleep.org/articles/alcohols-effecton-sleep/>] Erişim tarihi: Eylül 2019.

54. Bozkurt N, Bozkurt Aİ, Taş E, Çatak B. Denizli il merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfusta astım prevalansı. Toraks Dergisi 2006; 7(1):5-10.

55. Daloğlu G, Özkurt S, Evyapan FF, Kıter G, Zencir M, Başer S. Denizli il merkezindeki 20–49 yaş grubu erişkinlerde astım semptom prevalansı ve etkileyen risk faktörleri. Toraks Dergisi. 2006; 7(3):151-5.

56. Kleini S, Sheard N, Pi-sunger X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, Clark NG. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies a statement of the American Diabetes Association, the North American Associations for the study obesity. American Society for Clinical Nutrition. 2004; 80(2):257-63.

57. Yehuda S, Rabinovitz S, Mostofsky DI. Essential Fatty Acids and Sleep: Mini-Review and Hypotheses. *Medical Hypotheses*. 1998; 50(2):139-45.
58. Lieberman HR. Nutrition, Brain Function and Cognitive Performance. *Appetite*. 2003; 40(3):245-54.
59. [Ryu JY](#), [Lee JS](#), [Hong HC](#), [Choi HY](#), [Yoo HJ](#), [Seo JA](#) et al. Association between body size phenotype and sleep duration: korean national health and nutrition examination survey V (Knhanes V). *Metabolism Clinical And Experimental*. 2015; 64(3):460-6.
60. [Grandner MA](#), [Kripke FD](#), [Naidoo N](#), [Langer DR](#). Relationships among dietary nutrients and subjective sleep, objective sleep, and napping in women. *Sleep Medicine*. [2010; 11\(2\):180](#).
61. [Wang L](#), [Qin P](#), [Zhao Y](#), [Duan S](#), [Zhang S](#), [Liu Y](#), et al. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Inner Mongolia Medical University students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2016; 244:243-8.
62. Katagiri R, Asakura K, Kobayashi S, Suga H, Sasaki S. Low intake of vegetables, high intake of confectionary, and unhealthy eating habits are associated with poor sleep quality among middle-aged female Japanese workers. *Journal of Occupational Health*. 2014; 56(5):359-68.
63. Turek FW, Joshu C, Kohsaka A, Lin E, Ivanova G, McDearmon E et al. Obesity and metabolic syndrome in circadian Clock mutant mice. *Science*. 2005; 308(5724):1043-5.

64. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine*. 2004; 141(11):846-50.

65. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Medicine*. 2004; 1(3):e62.

66. Vorona RD, Winn MP, Babineau TW, Eng BP, Feldman HR, Ware JC. Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index. *Archives of Internal Medicine*. 2005 ; 165(1):25-30.

67. Kohatsu ND, Tsai R, Young T, Vangilder R, Burmeister LF, Stromquist AM et al. Sleep duration and body mass index in a rural population. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(16):1701-5.

68. Tamakoshi A, Ohno Y. Self-reported sleep duration as a predictor of all-cause mortality: results from the JACC study, Japan. *Sleep*. 2004; 27(1):51-4.

## 8.EKLER

### EK 1. TEZ VERİ FORMU

Değerli sağlık çalışanı katılımcımız,

Bu anket sağlık çalışanlarında gündüz uykululuk durumu ve bunu etkileyebilecek etkenleri belirlemek üzere yapılmakta olan bir çalışmanın parçasıdır.

Çalışmanın hiçbir yerinde size isminiz sorulmayacaktır. Çalışma ortamları konusunda önemli bir ipucu verebilecek bu anketi doğru şekilde cevaplamanız çok önemlidir.

Katılımınız için teşekkürler.

Dr. Anıl TABAK

### SBÜ TEPECİK EAH SINDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERDEKİ GÜNDÜZ UYKULULUK HALİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Cinsiyetiniz

A)Kadın                      B)Erkek

2) Yaşınız: .....

Boyunuz:.....

Kilonuz:.....

3) Medeni durumunuz ve yaşam şekliniz (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

A)Evli                      B) Bekâr                      C)Boşanmış

D)Dul                      E)Çocuğuyla                      F)Eşiyle

G)Eş+Çocuk                      H)Eş +Çocuk+varsa diğer kişiler                      I) Yalnız başına

4) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

5) Şu anda hangi bölümde çalışıyorsunuz?

- A) Dâhili tıp bilimleri
- B) Cerrahi tıp bilimleri
- C) Yoğun bakım

6) Kaç yıldır aynı bölümde çalışıyorsunuz?

- A) 2 yıldan az
- B) 2-5 yıl arası
- C) 5 yıl ve üzeri

7) Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa işaretleyiniz.

- A) Yok
- B) Diyabet
- C) Kalp hastalığı
- D) Astım,bronşit,kronik akciğer hastalığı (varsa ismini yazınız)  
.....
- E) Kronik böbrek hastalığı
- F) Kan hastalığı(varsa ismini yazınız).....
- G) Bağışıklık sistemi hastalığı(varsa ismini yazınız).....
- H) Psikiyatrik hastalık(Varsa ismini yazınız).....
- I) Uyku apnesiA) VarB) Yok
- J) HipertansiyonA) VarB) Yok
- K) Diğer(Varsa ismini yazınız).....

8) Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Varsa ismini veya içeriğiniz belirtiniz)

- A) Yok
- B) Var.....

9)Son zamanlarda günlük yaşantınız sırasında aşağıda belirtilen durumlardan sıklıkla maruz kaldıklarınızı işaretleyiniz.

	GÜN İÇERİSİNDE	YATMADAN HEMEN ÖNCE
GÜRÜLTÜ		

IŞIK		
AĞRI		

10) Sigara içiyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

11) İçiyorsanız kaç yıldır?

- A) 2 yıldan az
- B) 2-5 yıldır
- C) 5 yıldan fazla

12) Günlük kaç adet sigara içiyorsunuz? .....

13) Bıraktıysanız kaç yıldır içmiyorsunuz.....

14) Düzenli spor yapıyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

15) Yapıyorsanız hangi saatleri tercih ediyorsunuz?

Sabah saatleri

- A) Öğlen saatleri
- B) Öğleden sonra
- C) Akşamsaatleri
- D) Gece yatmadan önce

16) Düzenli ve sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

17) Alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız evet ise miktarını ve sıklığını yazınız)

- A) Evet.....
- B) Hayır

18) Son üç ayda kilo alma ya da verme durumu yaşadınız mı?

(Boşluk bırakılan kısmı doldurunuz)

- A) Evet.....kilo aldım
- B) Evet.....kilo verdim
- C) Hayır kilomda değişiklik olmadı.

### 19)EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

Son zamanlarda, günlük yaşantınız içinde, aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkta uyuklarsınız? (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uyuyakalmak anlaşılmalıdır)

Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, böyle bir durumun, size nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz. Sizin için doğru olan cevabı yuvarlak içine alınız.

	Hiçbir zaman uyuklamam	Nadiren uyuklarım	Zaman zaman uyuklarım	Büyük olasılıkla uyuklarım
1)Oturmuş birşeyler okurken	0	1	2	3
2)Televizyon seyrederken	0	1	2	3
3)Toplum içinde hareketsizce otururken (örneğin herhangi bir toplantıda veya tiyatro gibi yerlerde)	0	1	2	3
4)Ara vermeden en az bir saat süren araba yolculuğunda yolcu olarak bulunurken	0	1	2	3
5)Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda dinlenmek için uzanmışken	0	1	2	3
6)Birisıyla oturmuş konuşurken	0	1	2	3
7)Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken	0	1	2	3
8)İçinde olduğum araba, trafikte birkaç dakika için durduğunda	0	1	2	3

## EK 2 ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1  
Tarih : 10 Ocak 2018  
Karar No : 4

Hastanemiz Aile Hekimliği asistanı Dr. Anıl TABAK'ın tez çalışması olarak yapılması planlanan "Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Gündüz Uykuluk Hali ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi " konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Dr. Anıl TABAK tarafından Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Haluk MERGEN sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

**BAŞKAN :** Doç. Dr. Şükran KÖSE  
**ÜYELER:** Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER  
Doç. Dr. Süheyla SERİN SENGİR  
Doç. Dr. Ahmet KAYA  
Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN  
Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN  
Doç. Dr. Emel Ebru PALA  
Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY  
Doç. Dr. Can ÖZTÜRK  
Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK  
Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN  
Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR  
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

## 9.ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Anıl ARABACI

Doğum Yeri ve Tarihi: Osmaniye / 03.03.1988

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi ve Telefonu: karakalem1789@gmail.com

Yabancı Dili: İngilizce

### II- Eğitimi

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi (2010-2013)

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi (2007-2010)

T.O.B.B. Osmaniye Fen Lisesi (2003-2006)

Mareşal Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu (1995-2003)

### III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

Osmaniye Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim (2013 Kasım-Şubat)

Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Asistan Doktor (2014-2016)

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistan Doktor (2016-2019)