

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
UYKU HİJYENİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. İbrahim TAŞ

EDİRNE-2023



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışanım Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardım ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, tüm çalışma arkadaşlarıma, hayatım boyunca maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan annem, babam, ablam ve her zaman yanımda olan ve varlığı ile bana güç veren sevgili eşim Fulya Özder Taş'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 2 |
| UYKUNUN TANIMI VE TARİHÇESİ | 2 |
| UYKUNUN EVRELERİ | 3 |
| UYKUNUN KONTROLÜ | 4 |
| UYKU SÜRESİ | 5 |
| UYKU KALİTESİ | 6 |
| UYKU HİJYENİ | 7 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 16 |
| BULGULAR | 18 |
| TARTIŞMA | 46 |
| SONUÇLAR | 52 |
| ÖZET | 53 |
| SUMMARY | 55 |
| KAYNAKLAR | 57 |
| EKLER | |

SİMGE VE KISALTMALAR

ICD: International Classification of Diseases

NREM: Non-rapid Eye Movement

REM: Rapid Eye Movement

GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, yaşam için gerekli olan fizyolojik bir ihtiyaçtır. Uyku bozuklukları genel popülasyonda ve özellikle geriatric yaş grubunda yaygındır (1). Uyku bozukluklarının önüne geçmek için uyku hijyeni kurallarına dikkat etmek önemlidir.

Uyku hijyeni; düzenli egzersiz, düzenli bir uyku/uyanıklık döngüsü gibi uykuyu kolaylaştıran davranışları yerine getirme; bunun yanında sigara, alkol, kafein, gündüz uykusu gibi uykuya olumsuz etkileri olan davranışlardan uzak durma olarak tanımlanabilir (2). Düzensiz uyku programları ve diğer alışkanlıklar (kafein, alkol tüketimi vs gibi) kötü uyku hijyenine sebep olmaktadır (2).

Uyku hijyenine dikkat edilmemesinin, uyku yoksunluğu ve gündüz aşırı uykululuk ile sonuçlandığı bildirilmektedir. Gündüz aşırı uyku hali yaygın olarak görülen ve dünya çapında hızla önem kazanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gündüz aşırı uykululuğu, yaşlılarda sağlık sorunlarına, düşük fiziksel aktivite seviyelerine, günlük yaşam aktiviteleri kısıtlamalara, depresif semptomlara, kazalara yatkınlığa, sosyal uyumsuzluğa ve düşük yaşam kalitesine sebep olur (3).

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek ve tutumlarını tespit etmektir.

GENEL BİLGİLER

UYKUNUN TANIMI VE TARİHÇESİ

Uyku, insanın dış dünya ile geçici olarak iletişiminin kesildiği çeşitli uyaranlarla sonlandırılabilen periyodik bilinçsizlik durumudur (4). İnsanın tüm sistemleri ile kontrol edilen ve bu sistemleri etkileyen hayati bir süreçtir (5). Aynı zamanda bireyin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen fizyolojik, biyolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır ve insan hayatının ortalama 1/3'ünü kapsamaktadır (6). Zihinsel ve fiziksel işlevlerin kendini onarmasında önemi olan dinamik bir süreçtir (7).

Antik Çağlarda bazı kültürlerde uyku, ruhun başka bir dünyayı keşfetmesi için gerekli bir zaman olarak tanımlanıyordu. Yine geçmiş çağlarda batı dünyasında uyku, vücudun ve beynin ölüme yaklaşma noktasına kadar yavaşlaması olarak tanımlanıyordu. Antik Yunanlılarda kanın beyin damarlarına dolarak uykuya zorlandığı düşüncesi vardı. Bazı bölgelerde de midede çürüyen besinlerin saldığı buharların beyne ulaşarak uykuya sebep olduğu düşüncesi vardı. 18. yüzyılda yine kanın beyin damarlarında toplanması, 19. yüzyılda duyuşsal uyarım eksikliği, 20. yüzyılın başlarında hipnotoksin adı verilen ve kritik miktarı aşınca beyni uykuya sürükleyen bir maddenin uykuya sebep olduğu düşüncesi hakimdi. Bu kavramların hepsinde uykunun beynin düşük aktivitesinin bir sonucu olarak görülmesidir. 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde ise uyku sürecinde beynin kendi içinde aktif süreçlerinin olduğu gösterildi. Bu durum ilk kez, Alman Psikiyatrist Hans Berger tarafından uyuyan kişiyi uyandırmadan uykuda olduğunu gösterebilmek adına kullandığı elektroensafalografi ile belirlenmiştir. 1953'te Doktor Aserinsky akademik ve aile yaşamını birleştiren bir araştırma dizisine başladı. Chicago Üniversitesi Fizyoloji Bölümü'nden ödünç alınan bir odada 8

yaşındaki oğlunun uyku sırasındaki elektrookülogramını kaydetti. Burada hızlı, sarsıntılı göz hareketlerinin olduğunu ve bunların gece boyunca döngüsel olarak meydana geldiğini fark etti. 1960'lara gelindiğinde ise uykunun evreleri keşfedilmişti (8,9).

Jules Aschoff ve Kurt Wever, 1962'de bir yer altı laboratuvarında çevresel uyaranların yokluğunda sirkadiyen ritmi araştırdılar. 1980'de Weitzman ve ark. (10) çevresel uyaranlar olmadan 6 aya varan sürelerde izledikleri deneklerde sıcaklığın, nöroendokrin ritimlerin ve uyku-uyanıklık döngüsünün organizasyonunu göstermiştir. 2001 yılında ise K. Toh, uyku-uyanıklık paterninin zamanlamasındaki değişikliklerin genetik faktörlerce kontrol edilebileceğini göstermiştir (11).

UYKUNUN EVRELERİ

Uyku genellikle elektroensefalogram, elektrookülogram, elektromiyogram, elektrokardiyogram sinyallerinden oluşan polisomnografik kayıtlar kullanılarak değerlendirilir (12). Elektroensefalografi, beynin elektriksel aktivitesinin sürekli salınımını gösterir. Elektroensefalografi kalıpları uyanıklık ve uyku sırasında ayrıca farklı uyku evrelerinde belirgin şekilde değişir. Beynin aktivitesi ile ilgili temel olarak beş dalga tanımlanmıştır: delta, teta, alfa, beta, gama. Delta etkinliği bebeklik döneminde, derin uykuda ve bazı beyin patolojilerinde ortaya çıkar. Teta dalgaları uyanıklık ve duygusal stres sırasında görülür. Alfa dalgaları kapalı gözlerde ve yoğun zihinsel aktivite olmadan uyanık dinlenme durumu için tipiktir. Beta dalgaları zihinsel stresli durumlarda görülür. Gama dalgaları ise yoğun zihinsel aktivite, gerginlik veya bir tür duygusal uyarım sırasında ortaya çıkarlar (13).

Geleneksel olarak polisomnografik kayıtlar, 1968'de Allan Rechtschaffen ve Anthony Kales eş başkanlığındaki bir komite tarafından hazırlanan 'İnsan Deneklerinin Uyku Evreleri İçin Standartlaştırılmış Terminoloji, Teknikler ve Puanlama Kılavuzu' na göre evrelere ayrılır. Tek tip ve standart kriterlerin amacı farklı laboratuvarlarda elde edilen sonuçların karşılaştırılabilirliğini ve tekrarlanabilirliğini arttırmaktır. Kılavuz, polisomnografik kayıtların parametrelerini, tekniklerini ve dalga modellerini içerir. Puanlama genellikle iyi eğitilmiş bireylerce yapılır. Yaklaşık 8 saatlik bir kaydın 20-30 saniyelik parçalarını değerlendirir. Uyanıklık, hızlı olmayan göz hareketlerinin gözlendiği evre NREM (Non-Rapid Eye Movement) ve hızlı göz hareketlerinin gözlendiği REM (Rapid Eye Movement) evrelerini inceler. NREM dört evreye ayrılır. Evre 1 uykunun en hafif olduğu NREM evresidir. Evre 2 toplam uykunun yaklaşık %50'sini kapsar. Evre 3 toplam uykunun %3-8'ini, Evre 4 ise toplam uykunun %10-15'ini kapsar. Evre 3 ve Evre 4'e yavaş dalga uykusu (YDU) denir. Uykunun

yaklaşık %20-25'lik bölümünü REM oluşturur. Uyku bozukluklarında NREM evrelerinin süresi kısalabilmekte veya REM evresi hiç görülmemektedir (13,14).

UYKUNUN KONTROLÜ

Uykunun kısa ve uzun vadeli kontrol mekanizmalarını anlamamız uyku döngüsünü anlamımıza yardımcı olacaktır. Uzun vadeli düzenleme homeostatik denge, sirkadiyen ritim, allostatik etkileri içerir. Kısa vadeli düzenleme uykuda bir gecede REM ve NREM arasındaki ilişkileri düzenler. Kısa ve uzun vadeli kontrol mekanizmaları iç içedir (15).

Uzun Vadeli Kontrol

1960'lara kadar uykunun çoğunlukla vücudun temel bileşenlerinin restorasyonu ya da vücut için zararlı bileşenlerin detoksifikasyonu için homeostatik bir süreç olarak düzenlendiği kabul edildi. REM uykusunun keşfi ve uyku yoksunluğu deneylerine dayanarak, uyku-uyanıklık döngüsünün homeostatik bir süreç yerine sirkadiyen ritmin ürünü olduğu varsayıldı. Günümüzde uykunun uzun vadeli kontrolünün homeostatik kontrol, sirkadiyen kontrol ve allostatik kontrol tarafından sağlandığı düşünülmektedir (15).

Homeostatik kontrol: Uyanıklık süresi uzadıkça NREM derin uyku miktarı artar ve uykuya başlama gecikmesi azalır. Burada homeostatik bir negatif geri besleme vardır. Uyanıklık süresi arttıkça ve uyku borcu birikimi arttıkça uykuya eğilim artar. 40 saate yakın uyku yoksunluğu sonrasında YDU artarken REM önemli ölçüde etkilenmez. Kısa süreli uyku yoksunluğu sonrası uyku borcunun ödendiği gecelerde YDU etkilenmez ancak REM azalır. Seçici REM yoksunluğu deneyleri, sonraki uykuda REM uykusunda geçen sürede artış, dolayısıyla REM homeostazını göstermiştir. Gündüz uykusu, sonraki gece YDU miktarını azaltırken REM'i fazla etkilemez. Bu nedenle REM uyku süresi, uyku düzeni değişiminin doğuracağı etkilere karşı NREM'den daha dirençlidir (15-17).

Sirkadiyen kontrol: Uyku üzerine sirkadiyen ritim kontrolü çalışmalarında denekler uzun süre boyunca uyanık tutulur. Sonuçlar uyku gereksiniminin uykusuzluk dönemi boyunca monoton olarak arttığını, aynı zamanda öğleden sonraları en üst düzeyde uyanıklık ve geceleri en üst düzeyde uykululuk ile belirgin, yaklaşık 24 saatlik ritimler sergilediğini göstermiştir (18,19).

Allostatik kontrol: Bazı değişkenlerin insanlarda NREM, REM veya her ikisini nasıl etkilediğine dair bilgiler sınırlıdır. Allostatik kalp, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi sorunları kompanse eder. Allostatik yük tekrarlayan veya uzun süreli stresten kaynaklanan, nöral veya nöroendokrin tepkilere kronik maruz kalmanın fizyolojik bir ölçüsüdür (20). Allostatik yükün uyku kalitesini önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir. Örneğin kronik stres daha fazla uyku apnesi, artan uykusuzluk şiddeti ve daha kısa uyku süresi ile ilişkilidir (21).

Kısa Vadeli Kontrol

REM ve NREM arasındaki bağlantılar: İlk olarak Cox (22) tarafından REM'in zayıflayan bir NREM'i yenilemeye ve canlandırmaya yardımcı olacağı ortaya sürüldü. Benington ve Heller (23) REM için bir önceki NREM'in bir fonksiyonu olduğunu; REM evresine geçiş isteğinin NREM süreci boyunca arttığını, eşik noktayı geçince REM evresine geçildiğini ve REM'in NREM için yakıt ikmali evresi olduğunu öne sürdüler. Bir başka hipotez ise REM döngüsünün kendi homeostazının olduğunu, bir REM döngüsünde tamamlanamayan sürenin, NREM'den bağımsız olarak bir sonraki REM döngüsünde telafi edildiğini söyler (24). Yapılan çalışmalar NREM'in REM'den bağımsız olarak yaşandığını, iyi organize edilmiş bir uykunun NREM'le başlaması nedeniyle, REM'in bir şekilde NREM'e bağımlı olduğunu ileri sürmüştür (15).

UYKU SÜRESİ

Uykunun niceliği ve kalitesi çeşitli kültürel, sosyal, psikolojik, davranışsal, patofizyolojik ve çevresel etkenlerden etkilenir. Modern toplumda daha uzun çalışma saatleri, daha fazla vardiyalı çalışma uyku sürelerini çok daha aza indirmiştir. Bu da bireylerde yorgunluk ve gündüz aşırı uykululuk halinin artmasına sebep olmuştur. Son yıllarda çok az uyku süresi veya çok fazla uyku süresinin; kardiyovasküler hastalıklar, tip2 diyabet, hipertansiyon, solunum bozuklukları, obezite ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili olduğunu öne süren kanıtlar vardır (25,26).

İdeal uyku süresi aralıkları yaşam boyunca değişiklik gösterir. Yenidoğan döneminde bilişsel, duygusal ve fiziksel olarak sağlıklı olabilmek için 14-17 saatlik bir uyku süresi önerilmektedir. Yenidoğan döneminde 19 saatten fazla uykunun bebeğin bilişsel ve duygusal gelişimini engelleyebileceği uzmanlar tarafından söylenmektedir. Yenidoğan için yaşamın ilk birkaç günü uzun uyku süreleri normal olabilir (27,28).

1 yaşın altındaki bebekler için 12-15 saatlik uyku önerilir (27,28).

Yeni yürümeye başlayan 1-2 yaşındaki çocuklar için 11-14 saat uyku önerilir. Deneysel çalışmalar kısa uyku süresi ile obezite, hiperaktivite, dürtüsellik ve düşük bilişsel işlevsellik arasında ilişki bulmuştur (27-29).

Okul öncesi çocuklarda (3-5 yaş) günde 10-13 saatlik uyku önerilir (27-29).

Okul çağındaki (5-13 yaş) çocuklarda ise 9-11 saat uyku önerilir. Bu dönemde yaşa ek olarak pubertal olgunlaşma önemlidir. Postpubertal bir ergen tipik olarak prepubertal bir çocuktan daha az uyur (27,28,30).

Genç bireylerde (14-17 yaş) 8-10 saat uyku önerilir. Bu yaştaki bireylerde geç kronotiplerin sabah erken okul saatlerine uyması ile beraber, kısa uyku süreleri ortaya çıkmaktadır. Bu da uyanıklığın azalmasına, depresif ruh haline, obeziteye ve düşük akademik performansa yol açmaktadır (27,28,31).

Genç yetişkinlerde (18-25 yaş) günde 7-9 saat arası uyku önerilir. Bu yaş grubu sorumluluklar, okul, iş ve sosyal yaşamla ilgili farklılıklar nedeniyle uyku düzenleri karışık bir gruptur. İş gücüne giren genç yetişkinler ile ebeveyn denetiminin kesildiği üniversite öğrencileri arasında farklılıklar vardır (27,28,32).

Yetişkinlerde (26-64 yaş) 7-9 saat arası uyku önerilir. Bu yaş grubunda uyku yoksunluğu yaygındır. Özellikle 45-54 yaşındaki bireylerde genellikle işlerinde geçirdikleri zaman yaşam süresi boyunca maksimuma çıkar (27,28,32).

Yaşlı (≥ 65 yaş) bireylerde günde 7-8 saat uyku önerilir. Bu grupta emekli bireyler genellikle istihdamla ilgili sorumluluk taşımadıkları için zorunlu uyku programları oluşturamazlar. Ayrıca genç yetişkinlerle kıyaslandığında uyku için daha fazla süreye sahiptirler. Bunun sonucunda gün içinde sık sık şekerleme yaparlar. Bununla birlikte önemli kanıtlar uzun uyku süresinin (≥ 9 saat) yaşlılarda morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu göstermiştir. Aşırı uyku yaşlı bireylerde tıbbi değerlendirme ihtiyacını işaret eden bir belirteç olabilir (27,28,32).

UYKU KALİTESİ

Uykuya dalmak ve uyanmak kolay olduğunda, aynı zamanda uyku kesintisiz ve yeterli olduğunda uyku kalitesi iyi olarak algılanır (33). Kaliteli uyku sonrası birey uyandığında kendini zinde ve yeni güne hazır hisseder. Uyku kalitesi bireyin genel sağlık durumu, sosyal hayatı, ekonomik durumu, çevresel faktörler ve uyku hijyeni gibi çeşitli faktörlerden etkilenir (2,34).

UYKU HİJYENİ

Uyku hijyeni, sağlıklı uykuyu teşvik etmeyi amaçlayan bir dizi davranışsal ve çevresel önerilerdir (35). Başka bir tanımlama da ise uyku hijyeni; bireylerin uykuya dalmasını kolaylaştıran ve uyku kalitesini artırmak için geliştirilen uygulamalardır. Son zamanlarda uyku kalitesi ve yetersiz uyku alanlarına ilgi artmıştır. Uyku hijyeni ilkeleri uyumaya yardımcı olan davranışlar ve uyku kalitesini bozacak davranışlardan uzak durmayı içerir (36).

Uyku hijyeni terimi ilk kez 1977'de Peter Hauri tarafından uykusuzluk çeken hastalar için öneriler sağlamak amacıyla kullanılmıştır (37).

Uyku hijyen uygulamalarını uyumaya yardımcı olan davranışlar ve uyku hijyenini bozan davranışlardan uzak durma olarak ayırabiliriz. Uyumaya yardımcı olan davranışlar arasında düzenli egzersiz, düzenli yatma ve kalkma saatleri, uzun süreli gündüz uykusu yapmama yer alır. Uyumayı bozan davranışlar arasında ise uygun olmayan uyku programı, uykuyu bozan ürünlerin kullanımı, yatma saatine yakın uyanmayı teşvik eden davranışlar ve uyku kalitesini bozan rahat bir uyku ortamının sağlanamaması sayılabilir. Bu nedenle uyku hijyeni uykunun niceliğini ve kalitesini düzenler (36).

Kötü uyku hijyeni uygulamaları uykuyu başlatma ve sürdürmede problemlere neden olur. Yetersiz uyku hijyeni, uyku kalitesinin sürdürülememesi ve gündüz uyanıklığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ciddi bozulmalara neden olabilir. Yetersiz uyku hijyeni ilk olarak 1991 yılında Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders – ICSD) tarafından bir tanı kategorisi olarak tanıtılmıştır. 2005 yılında ise Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi (American Academy of Sleep Disorders) tarafından yetersiz uyku hijyeni tanısı kabul görmüş ve Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi tarafından tanı kriterleri belirlenmiştir. Uykusuzluk ya da aşırı uykululuk haliyle başvuran bireyde aşağıdaki kriterlerden herhangi birisi eşlik ediyorsa yetersiz uyku hijyeni tanısı konabilir (38):

1. Gündüz sık sık kestirme, değişken yatma veya uyanma zamanları seçme veya yatakta aşırı miktarda zaman harcama gibi uygun olmayan uyku programı seçimi
2. Özellikle yatmadan hemen önce alkol, nikotin veya kafein içeren ürünlerin rutin kullanımı
3. Yatma saatlerine çok yakın, zihinsel olarak uyarıcı, fiziksel olarak harekete geçirici veya duygusal olarak üzücü faaliyetlerde bulunmak
4. Yatağın uyku dışındaki faaliyetler için sık kullanılması (televizyon izlemek, okumak, ders çalışmak, atıştırmak, düşünmek, planlamalar yapmak gibi)

5. Rahat bir uyku ortamı sağlayamamak

Ek olarak artan uyku gecikmesi, düşük uyku verimliliği, sık uyanmalar, sabah erken uyanma, çoklu uyku latans testinde aşırı uykululuk gibi semptom veya bulgulardan en az bir tanesinin olması gereklidir.

Son olarak uyku bozukluğu başka bir hastalık, ilaç kullanımı veya madde kullanımı ile açıklanamamalıdır.

Bu durum duygudurum bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon azalması, gündüz uyku hali ve yorgunluk ile ilişkilidir. Ayrıca bu bireylerde uyku ile aşırı meşguliyet vardır. Günlük yaşam aktivitelerinde performansın düşmesine neden olur (38).

Yetersiz uyku hijyeni tanısı ICD-10 (International Classification of Diseases -10)'da yer almazken ICD-CM-10 (International Classification of Diseases Clinical Modification – ICD-CM)'da yaşam tarzıyla ilgili diğer sorunlar tanısının alt başlığı olarak Z72.821 koduyla yer almıştır. ICD-11'de de yer almamaktadır (39). ICSD (International Classification of Sleep Disorders)'de ise yer almaktadır (38).

Uykuya Yardımcı Olan Davranışlar

Düzenli uyku rutini sürdürmek, yatak odasının havalandırılması, yatak odasının sessiz olması, yatak odasının karanlık olması, yatağın rahatsız edici olmaması, her gün düzenli egzersiz, rahatlatıcı bir yatmadan önce rutini uykuya yardımcı olan davranışlardır (40).

Düzenli uyku rutini sürdürmek: Düzenli bir yatma ve uyanma zamanı rutini geliştirmek ve takip etmek temel bir uyku hijyeni stratejisidir (41). Düzenli yatma ve uyanma saatlerine bağlılık sirkadiyen ritim tarafından uyku teşvikini sağlayacaktır. Düzenli yatma ve uyanma saati, her gün aynı saatlerde çevresel ve iç mekan ışığına maruz kalma nedeniyle sirkadiyen ritim işleyişine kolaylık sağlar (42). Çalışma günleri ve dinlenme günleri arasında bir saatten fazla uyku zamanı farkı 'sosyal jet-lag' olarak tanımlanır (43). 8 haftalık düzenli uyku zamanlamasının toplam uyku süresini ve uyku etkinliğini iyileştirdiğini, sonuç olarak uykusuzluk için etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir (44).

Yatak odasının havalandırılması: Enerji tasarrufu için pencereleri kapalı ve mahremiyet için iç kapıları kapalı olan odalarda havalandırma oranı çok düşüktür ve bunun sonucunda karbondioksit seviyeleri 2500 ppm'yi aşmaktadır. Bu soğuk veya ılıman bölgelerde özellikle sıcak, nemli bölgelerde klimalı yatak odalarında belirgindir. Özellikle okul çağındaki

çocuklarda odada televizyon veya bilgisayar bulundurulması da oda havalanmasını kötü etkiler. Kötü havalandırma bireylerin daha yüzeysel uyumasına sebep olur. Kötü havalandırılmış odada birey kendi soluduğu havaya maruziyeti önemli ölçüde artırır. Solunum etkinliğini azaltabilir, potansiyel olarak hipoksik ataklara neden olabilir. Yapılan çalışmalarda havalandırılan odada uyuyan bireylerde uyku kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Yine havalandırılmış odada uyumanın bireylerin ertesi gün daha iyi hissetmelerine sebep olduğu aynı zamanda mantıksal düşünme performanslarının arttığı gösterilmiştir (45,46).

Yatak odasının sessiz olması: Beyin hem uyanık hem de uyku durumunda işitsel uyaranları işlediğinden, uyku kalitesi işitsel kirlilikten etkilenebilir (47). Uyku sırasında gürültü seviyesi 40 ile 55 dB aralığında bireyler genellikle çevrelerine adapte olabilirler. 55 dB üzerindeki gürültü seviyelerinde veya yaklaşık iki kişinin konuştuğu ses seviyesinde işitme keskinliğinin korunup korunmadığına bağlı olarak uyku sorunları daha sık hale gelir (48). Çalışmalar sadece kulak tıkaçlarının kullanılması ile gürültünün 7 ile 12 dB arasında azaldığını ve derin uykuyu desteklediğini göstermiştir (49).

Yatak odasının karanlık olması: Sirkadiyen ritim normal koşullarda ana düzenleyici olarak ışıkla günlük olarak 24 saatlik gündüz/gece döngüsünü düzenler (50). Melatonin uyku-uyanıklık döngüsü gibi sirkadiyen ritimlerin zamanlamasını düzenleyen sirkadiyen biyolojide anahtar bir hormondur (51). Sabahın erken saatlerindeki ışık ve gecenin erken saatlerindeki melatonin sirkadiyen saati ilerletirken, akşamları ışık ve sabahları melatonin saati geciktirir. Aynı zamanda melatonin ve ışık insan fizyolojisi ve davranışları üzerinde sirkadiyen olmayan akut etkiler gösterir. Örneğin, ışık uyanıklığı, performansı, kalp atış hızını ve çekirdek vücut ısını artırır ve endojen melatonin üretimini baskılar (52). Melatonin ise çekirdek vücut ısını düşürür ve uykuya eğilimi artırır (53,54).

Yatağın rahatsız edici olmaması: Hayatın yaklaşık üçte biri yatakta geçmektedir ve psikolojik, fizyolojik ve fiziksel koşulların sinerjisi uyku kalitesini arttırmaktadır. Yetersiz düzenlenmiş bir uyku sistemi (yatak, yastık ve destek yapısını içerir) ve/veya yanlış uyku duruşu nedeniyle insan vücudu, özellikle omurga, genellikle yetersiz desteklenir; yetersiz sırt desteği sanayileşmiş dünyanın en büyük sorunlarından birisi olan bel ağrısına neden olabilir (55). Bir yatağın konforu, yatağın birincil özelliklerinden ziyade, omurga desteği ve vücut basıncının dağılımı gibi ikincil özelliklerden daha fazla etkilenir (56). Rahatsız edici bir yatakta

uyumak vücuda yeterli desteği sağlamaz, bu da kişilerin derin uykuya geçişte zorlanmasına ve bireyin daha fazla vücut hareketi yapmasına sebep olur. Omurga eğriliğini doğal olarak desteklemek ve gereksiz vücut hareketlerini ortadan kaldırmak için rahat bir yatak gereklidir. Bu nedenle konforlu bir yatak uyku kalitesinin artmasına yardımcı olur (57).

Her gün düzenli egzersiz: Egzersiz vücudun herhangi bir bölümünün kondisyonunu artırma amacıyla planlanmış, yapılandırılmış ve tekrarlanan fiziksel aktivitedir (58).

İnsanoğlu avcı-toplayıcı olmuştur ve çoğu zaman beyin gelişimi gibi diğer faktörlerle birlikte diğer hayvanlardan üstün olmuştur (59). Yerleşik yaşam, toplumların gelişmesi ve teknolojik ilerleme endemik yaşam tarzı bozukluklarını doğurmuştur (60). Hareketsiz yaşam tarzının bu etkileri, düzenli fiziksel aktivite ve/veya egzersizlerle üstesinden gelinebilir, böylece morbidite ve mortalite azaltılabilir (59,60). İnsan vücudu yaşlı yetişkinlerde bile tekrarlayan fiziksel aktiviteyle vücudun ana sistemlerinde giderek artan fizyolojik, biyokimyasal ve anatomik değişiklikler meydana gelir (61).

Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği'ne göre egzersiz uykuyu teşvik etmek için kullanılan yöntemlerden birisidir (62). Egzersiz, uyku kalitesinde bir iyileşme sağlamak için tüm yaş gruplarında olumlu bir davranış değişikliğidir. Yapılan çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle netleşmiş olmamakla beraber akut egzersizler uyku kalitesinde bir iyileşme sağlamada çok etkili görünmemektedir. Uzun süreli yapılan aerobik ve direnç antrenmanları uyku kalitesinde iyileşme sağlayabilir. Ancak tüm bunların yanında yatmadan hemen önce yapılan egzersizin uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (62).

Rahatlatıcı bir yatış öncesi rutini: Rahatlatıcı bir yatmadan önce rutini önerilerinde sıcak bir banyo, duş, meditasyon veya sessiz bir ortamda zaman geçirme sayabiliriz (40).

Duş alma uzun zamandır sadece temizlik ve ruhsal veya dini arınmayla değil, aynı zamanda sağlığı koruma ve rehabilitasyonla da ilişkilendirilmiştir (63). 20. yüzyıla kadar özellikle uykuyu kolaylaştırmak veya iyileştirmek için ılık veya sıcak banyoların kullanıldığına dair hiçbir kanıt yok gibi görünmektedir (64). Günümüzde ılık/sıcak duş veya vücut/ayak banyosu ile gerçekleştirilen su bazlı pasif vücut ısıtması genellikle uykusuzluğu yönetmenin basit ve düşük maliyetli farmakolojik olmayan bir yolu olarak önerilir (65). Her gece yatmadan 1-2 saat önce 10 dakika gibi kısa bir süre için planlanmış ılık duş, ayak banyosu veya tüm vücut banyosunun, ellerin ve ayakların ısınması ile uykuyu iyileştirebileceği, özellikle uyku başlangıç gecikmesini azaltacağını gösterilmiştir (66).

Meditasyon: Son yıllarda, farkındalık meditasyonu uyku bozukluğu için alternatif bir tedavi olarak ilgi görmüştür. Farkındalık belirli bir şekilde dikkati odaklamaktır (67). Geçmiş veya gelecekteki olaylara tepkisel yaklaşmak yerine içinde bulunduğumuz zamana odaklanmak için kullanılabilir (68). Farkındalık meditasyonunun ruminatif düşünceleri azalttığı, duygusal tepkiselliği azalttığı ve uykuyu kolaylaştırabilecek deneyimleri desteklediği gösterilmiştir (69,70).

Uyku Hijyenini Bozan Davranışlar

Uzun süreli gündüz uykusu, yatakta televizyon izlemek, telefon kullanmak, bilgisayar oyunları oynamak, kitap okumak, kafeinli içecekleri dikkatsiz tüketmek, sigara-alkol kullanmak uyku hijyenini bozan davranışlardır (40).

Uzun süreli gündüz uykusu: Gündüz uykusu yaptığımızda ertesi gece ihtiyacımız olan uyku miktarını azaltır; uyku borcunu azaltır. Bu da bir sonraki gece uykusunun bölünmesine ve uykuya başlamanın güçleşmesine neden olabilir ve uykusuzluğa sebep olabilir (40).

Uyku hali, vardiyalı çalışmanın ve düzensiz çalışma saatlerinin kaçınılmaz bir sonucudur. Kaza ve hata riskini ciddi şekilde artırır. Uykuluğu karşı bir önlem, iş sırasında gündüz uykusuna izin vermek olabilir. Gündüz uykusunun uyanıklık üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (71). Ayrıca kısa gündüz uykularının duygusal durumu iyileştirildiği belirtilmiştir (72). 10 dakikadan kısa gündüz uykularının faydası çok azdır, 10-45 dakika arası gündüz uykularının ise günü geri kalanı boyunca onarıcı etkileri vardır (73).

Gündüz uykusu için en uygun zaman 15:00 civarıdır. Öğleden sonraları gündüz uykularının biyolojik bir temeli olabilir, çünkü gündüz uyarılma seviyelerinin bu saatlerde düştüğü gösterilmiştir (73). Öğle yemeği tüketilip tüketilmediğine bakılmaksızın öğleden sonra uyku hali oluşur (74). Öğleden sonraları uyarılmaldaki bu düşüşün sirkadiyen ritim gibi biyolojik bir ritmin parçası olduğu düşünülebilir (75).

Gündüz uykularının faydaları uyku ataleti oluşumu ve potansiyel uzun vadeli sağlık riskleri açısından dezavantajlara karşı dengelenmelidir. Uyku ataleti, gündüz uykusundan uyandıktan sonra yaklaşık 30 dakika boyunca uyanıklık ve performansta bozulmaya neden olur ve bilişsel görevlerin hızını yavaşlatır (76). Birey NREM uykusundan uyanırsa, uyku ataleti daha şiddetli olabilir. Uzun gündüz uykuları uyku ataletini artırır ve performansta geçici bir azalma ve uyandıktan hemen sonra ruh halinde bozulmalara neden olabilir (77). 2 saatlik

gündüz uykusu sırasında yavaş dalga uykusunun ortaya çıkmasının, müteakip gece uykusundaki yavaş dalga uykusu periyotlarını azalttığı gösterilmiştir, bu da sonraki gece uykusunun kalitesinde düşüşe işaret etmektedir (78). Uyku ataletinin gelişimi, derin NREM uyku olasılığını azaltmak için 20 dakikadan kısa uyuyarak veya bir NREM döngüsüne zaman tanınarak REM uykusunda uyanmak amacıyla yaklaşık 90 dakika uyuyarak azaltılabilir (73).

Yatakta uyku dışında aktivitelerde bulunmak: Yatakta televizyon izlerken veya kitap okurken yatak uyanıklıkla ilişkilendirilir. Ekranlardan yayılan mavi ışık sirkadiyen ritmi olumsuz etkiler. Yatmadan 2 saat önce kullanılmaya başlayan mavi ışık filtreli gözlüklerin uyku süresini ve kalitesini artırdığı gösterilmiştir (40).

Sirkadiyen olarak kontrol altındaki melatonin, biyolojik gecenin hormonal bir sinyalidir ve gece uyku dönemini başlatmak için ‘uyku kapısını açan’ bir faktördür (51). İçsel düzenlemesine ek olarak sirkadiyen sistem dış ışığa karşı oldukça hassastır. Sirkadiyen fotoreseptör sistemi özünde ışığa duyarlı retina gangliyon hücreleri aracılığıyla, görünür spektrumun kısa dalga bölümünde 450-480 nm ışığa karşı en yüksek hassasiyeti gösterir (79,80). Sirkadiyen fotoreseptör sisteminin mavi ışığa karşı en yüksek duyarlılığı, melatonin baskılanmasını ve nörobilişsel uyanıklığı artırmak için bu spektral aralıkta ışığın yüksek etkinliğini açıklar (52).

Çoğu akıllı telefon, televizyon, bilgisayar ve giderek artan bir şekilde ev tipi ampuller, yaklaşık 460 nm kısa dalga boylu ışıkla zenginleştirilmiş LED (ışık yayan diyot) kaynakları ile aydınlatıldığından bunun uyku ve sirkadiyen ritim açısından sonuçları vardır (81). Yapılan çalışmalar LED aydınlatmalı bilgisayar veya tabletler gibi kendiliğinden ışıklı cihazlara akşam maruziyetinin melatonin salgısını baskılayabildiğini ve geciktirebildiğini, uykululuğu azaltabildiğini, uyku başlangıcını uzatabildiği ve uyku kalitesini kötüleştirebildiğini göstermiştir (82-86).

Kişisel ışık yayan cihazların kullanımı her yerdedir ve çoğu insan yatmadan önceki bir saat içinde kullanmaya devam ettiklerini bildirmiştir (87). Bu durumda toplumun büyük bir kısmı uykuya başlama ve uyku kalitesini kötüleştirecek davranışlarda bulunmaktadır (88).

Yatmadan önceki saatlerde gözlere kısa dalga boylu ışık maruziyetini seçici olarak azaltmayı veya filtrelemeyi amaçlayan müdahaleler, ışığın uyku üzerindeki olumsuz etkilerini iyileştirebilir (89).

Kafeinli içecekleri dikkatsiz tüketmek: Kafeinin etkileri alımdan sonra uzun saatler sürebilir. Kafein uykuyu bölebilir ve uykuyu başlatmada zorluğa neden olabilir. Kafeinli içecekler dikkatli miktarda öğleden önce tüketilebilir. Kafeinin kahve dışında çay, gazlı içecekler, soda, çikolata gibi besinlerde olduğu da unutulmamalıdır (40).

Kafein dünyada en yaygın tüketilen psikoaktif maddedir ve ABD nüfusunun tahmini %85'inin her gün en az bir kafeinli içecek içtiği tahmin edilmektedir (90). Kafein bir ksantin alkaloididir. Kahve, Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde başlıca diyet kafein kaynağıdır; ancak gençler arasında gazlı içecekler tercih edilmektedir ve enerji içecekleri giderek popüleritesi artmaktadır (91,92). Kafein, prematüre apnesi tedavisi, baş ağrısına karşı veya iştahı bastırmak için kullanılan birçok ilaçta bulunur (93,94). Kafein ayrıca sporcularda performansı artırmak, uzun yol şoförleri, vardiya çalışanları, havayolu pilotları tarafından yorgunluğa karşı önlem olarak kullanılmaktadır (95-97). Kafeinin beyindeki adenozin A1 ve A2A reseptörlerini antagonize ederek uyanıklığı artırdığı genel olarak kabul edilmektedir (94). Adenozin reseptör agonistleri genellikle uykuyu destekler. Kafein karaciğerde neredeyse tamamen CYP1A2 (sitokrom P450 izoenzim 1A2) tarafından metabolize edilir (98). DARPP-32 ve PRIMA-1 genleri de sırasıyla kafein duyarlılığı ve kafeinin neden olduğu uykusuzluk ile ilişkilendirilmiştir (99,100).

Kafein uyku başlangıcını geciktirir ve yavaş dalga uykusunu azaltır. Bu nedenle, kafeinin neden olduğu uyku değişiklikleri ile sadece gündüz uyku halinin düzeltilmesi amaçlanamaz. Kafein aynı zamanda genel sağlığın bozulmamış uykuya bağlı temel yönleri üzerinde olumsuz etkiler doğurabilir (101).

Sigara-alkol kullanmak: Sigara içimi ciddi bir sağlık yükü oluşturur ve dünya çapında önemli oranda morbiditeye ve mortaliteye katkıda bulunur. 2015 yılında dünyada 933,1 milyon sigara içicisi olduğu düşünülmektedir ve 6,4 milyon ölüm (küresel ölümlerin %11'i) sigaraya atfedilebilir (102). Sigara içimi tüm kanserlere bağlı ölümlerin %30'undan fazlasının, kronik obstrüktif akciğer hastalığından ölümlerin %80'inin ve erken kardiyovasküler hastalık ve buna bağlı ölümlerin önemli bir bölümünün birincil nedenidir (103). Sigara aynı zamanda uykuyu bozarak diğer sağlık sorunlarına dolaylı olarak katkıda bulunabilir (104,105).

Sigara içerisindeki uyarıcı madde olan nikotin, sadece sigarayı bırakmayı zorlaştırmakla kalmaz, aynı zamanda kötü uyku ile ilgili her gece çekilme ve hatta uykusuzluk da dahil olmak üzere yoksunluk semptomlarına sebep olur (106,107). Sigara içmenin uyku kalitesi üzerindeki potansiyel etkisinin yanı sıra, uyku kalitesinin de sigara içmeyi etkileyebileceğini öne süren

araştırmalar da vardır (108). Yine yapılan bazı çalışmalar uyku kalitesi kötü olan sigara içenlerin, uyku bozukluğu olmayanlara göre sigarayı bırakma olasılığının önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermektedir (109,110). Bu bağlamda, sigara içmenin uyku kalitesi ile ilişkisi karmaşık ve çift yönlü olabilir, bu sigara içme ve uyku sağlığı arasındaki ilişkinin sağlamlığını göstermektedir (111).

Sigara içmek uyku kalitesini tek bir şekilde bozmaktan ziyade uyku kalitesinin çok sayıda boyutuyla (sübjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozuklukları) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Her şeyden önce, uyku sırasında ek nikotin için fizyolojik istek, sigara içenlerin uyanmasına ve uykusuzluğa neden olur (111). Aynı zamanda nikotinin kendisi uyanıklığı artıran bir uyarıcıdır ve yatma saatine çok yakın bir zamanda alınması uyku gecikmesini tetikleyebilir (112). Ayrıca sigara horlama ve obstrüktif uyku apnesi riskini artırarak ve sirkadiyen saati bozarak uyku kalitesini bozar (113,114).

Sigara içenler arasında sigarayı az içenlere göre sigarayı çok içenlerin daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (111,115).

Kötü uyku kalitesi aynı zamanda bağımlılık yapıcı maddelerin bırakma girişimleri sonrası nüks için risk faktörüdür (116). Bu nedenle bazı çalışmalarda sigarayı bırakmada yardımcı bir tedavi olarak uyku tedavisi önerilmiştir (117).

Uyku ncesi alkol kullanımı bir yüzyıldan fazla süredir uyku ve diğer tıbbi durumlarla ilgili klinik ve araştırma çalışmalarının bir parçası olmuştur. Alkolün gece uykusu üzerindeki etkisine dair bilinen en eski yayın, 1883'te Monninghof ve Pierbergen'in alkol ve egzersize yanıt olarak uyku derinliğine ilişkin gözlemsel bir çalışma yürüttükleri zamana dayanmaktadır. Yüksek dozlarda alkol verildiğinde uykunun başlangıçta çok daha sağlıklı olduğunu ancak daha sonra bireylerin huzursuzlaştığını ve toplam uyku sürelerinin arttığı gözlemlenmiştir (118).

Daha sonraki yıllarda polisomnografi kullanılarak yapılan çalışmalarda alkolün uyku gecikmesini azalttığı, özellikle uykunun ilk evresinde REM uykusunu bastırđıęı ve uykunun ilk bölümünde yavaş dalga uykusunu artırđıęı konusunda ortak noktaya varılmıştır (118). Alkol, uyku sonrası uyanmaları gecenin ilk yarısında azaltır, ancak alkolün metabolik eliminasyonuna uygun olarak gecenin ikinci yarısında artırır (119). Alkol uyku gecikmesini azaltır. Alkol uykunun ilk bölümünde yavaş dalga uykusunu artırır. Gece boyu etkisine baktığımızda yavaş dalga uykusunda düşük dozlarda net bir eğilim göstermezken, orta dozlarda yavaş dalga uykusunu artırmaya yönelik eğilim vardır. Yüksek dozlarda ise net bir şekilde yavaş dalga uykusunu artırmaktadır (118).

Alkol tüketen herkesin bunları gözlemesi muhtemeldir ancak uyku bozukluğunun şiddeti alkol tüketiminin miktarına ve süresine göre farklılık gösterecektir (120). Yatmadan önce yüksek miktarda alkol alınması yavaş dalga uykusu miktarını artıracakken tekrarlanan alkol tüketimi ile yavaş dalga uykusu miktarı azalır (121). Daha düşük dozlar toplam uyku süresini artırabilirken, yüksek dozlar özellikle gecenin ikinci yarısında kısa süreli yoksunluğa, sempatik aktivitenin artmasına ve uykunun bozulmasına neden olabilir (122).



GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Temmuz-Eylül 2022 tarihleri arasında Türkiye genelindeki tüm tıp fakülteleri aile hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği kliniklerinde görev yapan uzmanlık öğrencileri ile yapılmıştır. Etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun (TÜTF-BAEK) 27.06.2022 tarihli 15/29 sayılı kararı ile alınmıştır.

Türkiye genelindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin sayısı 3727 olarak alınmıştır (123). EpiInfo programı ile yapılan örneklem hesabında beklenen sıklık %50, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak en az 348 Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisine ulaşılması planlanmıştır. Çalışmamızın yapıldığı tarihlerde 363 kişi anketi eksiksiz doldurmuştur.

Anketimiz tarafımızca hazırlanmış olup 84 soru içermektedir. Hazırlanmış anket formu toplam 84 sorudan oluşmakta olup soruların 12'si sosyodemografik bilgilere; 63 soru uyku ve uyku hijyeni bilgilerine; 9 soru katılımcıların uyku hijyeni hakkında tutumlarına yöneliktir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, versiyon 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogrov Smirnov testi, histogram grafikleri ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ki kare testi ile

incelendi. Araştırmadaki verilerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için çalışmamızda non-parametrik testler olan Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.



BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

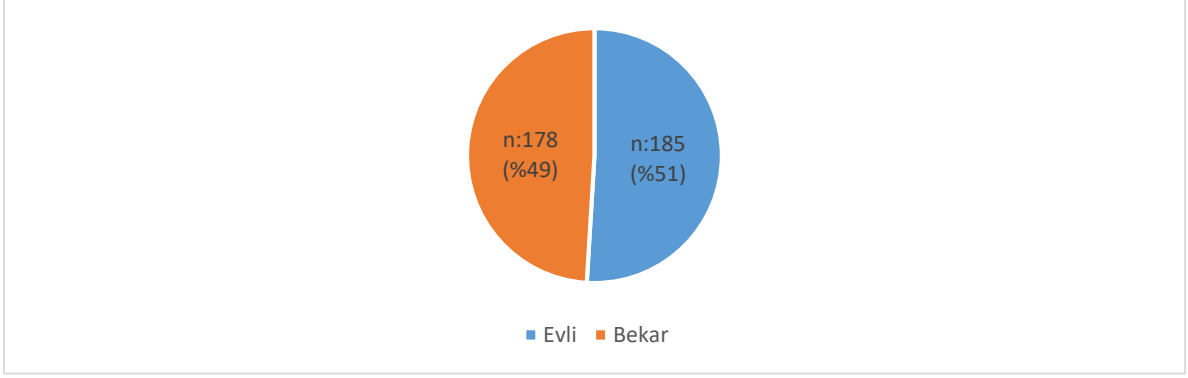
Bu araştırma 1 Temmuz 2022 ile 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Türkiye genelindeki tüm tıp fakülteleri aile hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği kliniklerinde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan uzmanlık öğrencilerine yapılmıştır. Uygulanan ankete eksiksiz yanıt veren 363 kişinin verileri değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %59,2'sinin (n=215) kadın ve %40,8'inin (n=148) erkek olduğu görüldü. Ortanca yaş 29 (ortalama $28,98\pm3,532$) (minimum yaş 24, maksimum yaş 54) olarak bulundu. Katılımcıların yaş ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde kadınların yaş ortalaması $29,02\pm3,50$ ve erkeklerin yaş ortalaması $28,93\pm3,58$ olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyetlere göre yaş ortalaması

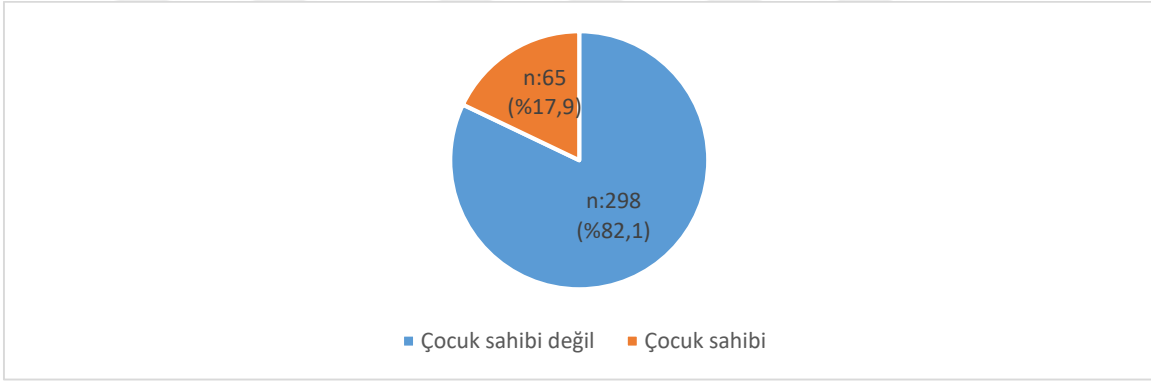
| | Cinsiyet | Ortalama \pm ss |
|----------------|----------|-------------------|
| Yaş ortalaması | Kadın | $29,02\pm3,50$ |
| | Erkek | $28,93\pm3,58$ |

Araştırmamıza katılan uzmanlık öğrencilerinin %51'i (n=185) evli, %49'u (n=178) bekar (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların medeni hali

Araştırmamıza katılan uzmanlık öğrencilerinin %82,1'i (n=298) çocuk sahibi değilken %17,9'u (n=65) çocuk sahibiydi (Şekil 2).



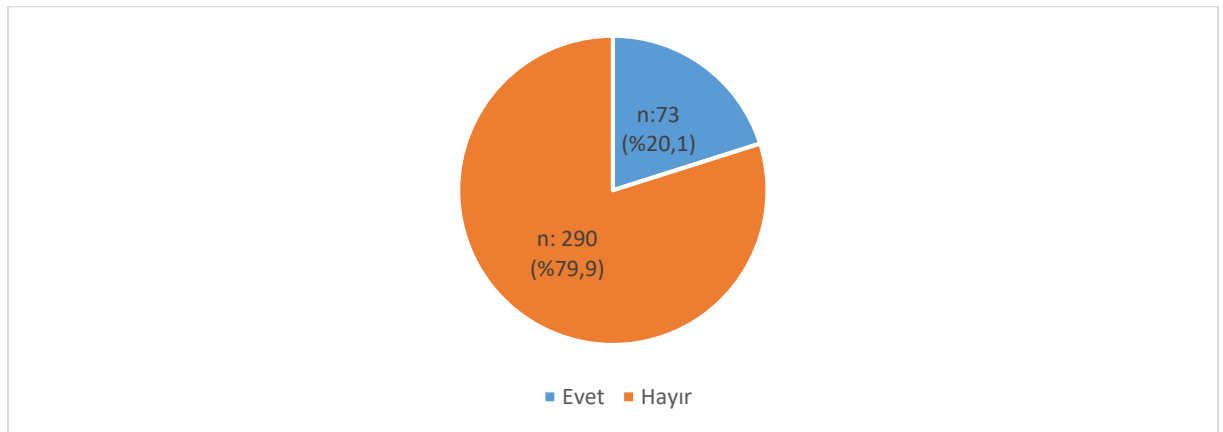
Şekil 2. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu

Araştırmamıza katılan uzmanlık öğrencilerinin %84,9'ünün (n=308) kronik hastalığı yokken %15,1'sinin (n=55) kronik hastalığı vardı (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı

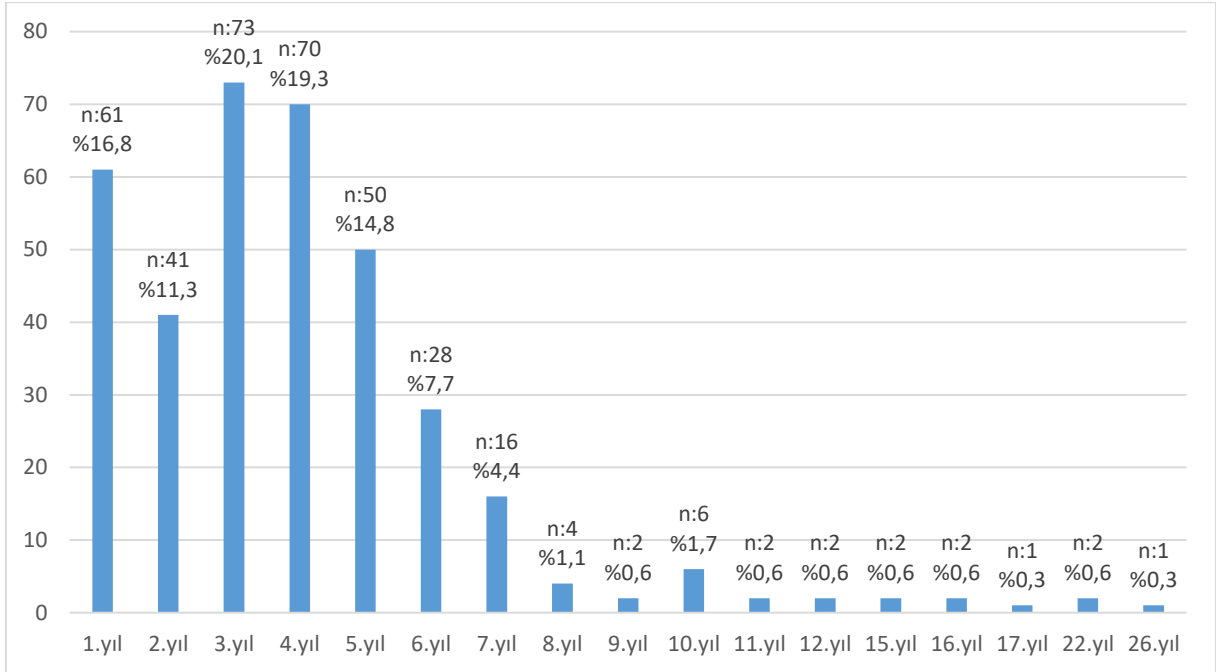
| Kronik hastalıklar | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|----------------------------|----------|-----------|
| Astım | 6 | 10,90 |
| Ülseratif kolit | 2 | 3,64 |
| Hipotiroidi | 5 | 9,10 |
| Hashimoto tiroidit | 1 | 1,82 |
| Lomber disk hernisi | 3 | 5,46 |
| Allerjik rinit | 9 | 16,37 |
| Multiple skleroz | 2 | 3,64 |
| Hipertansiyon | 3 | 5,46 |
| Depresyon | 6 | 10,90 |
| PCOS | 1 | 1,82 |
| GIS problemleri | 1 | 1,82 |
| Aritmi | 1 | 1,82 |
| Kronik böbrek yetmezliği | 1 | 1,82 |
| G6PD eksikliği | 1 | 1,82 |
| Yaygın anksiyete bozukluğu | 7 | 12,71 |
| Meningosel | 1 | 1,81 |
| Diabetes mellitus | 5 | 9,09 |
| Toplam | 55 | |

‘Düzenli ilaç kullanıyor musunuz’ sorusuna katılımcıların %20,1’i (n=73) evet, %79,9’u (n=290) hayır cevabını vermiştir (Şekil 3).



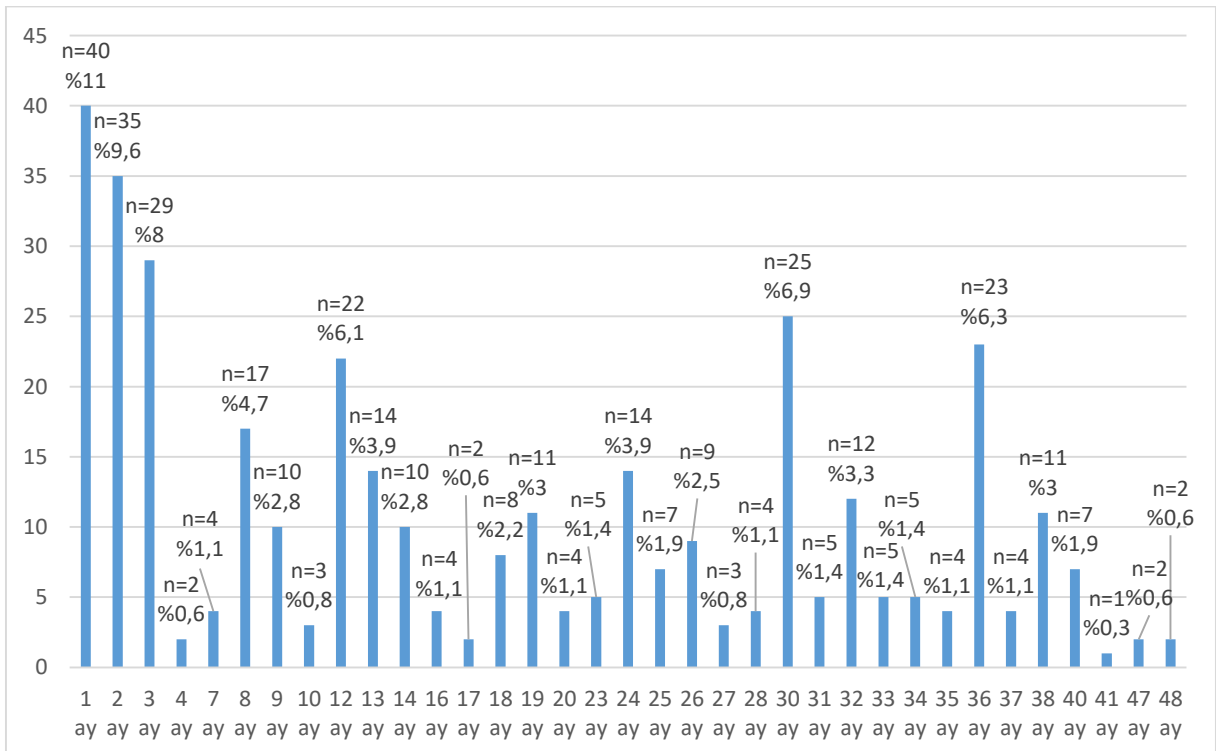
Şekil 3. Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumu

Katılımcılara meslekte kaçınıcı yılda olduklarını sorguladığımızda minimum ilk yıl, maksimum 26 yıl, ortalama $4,07 \pm 3,11$ yıl idi (Şekil 4).



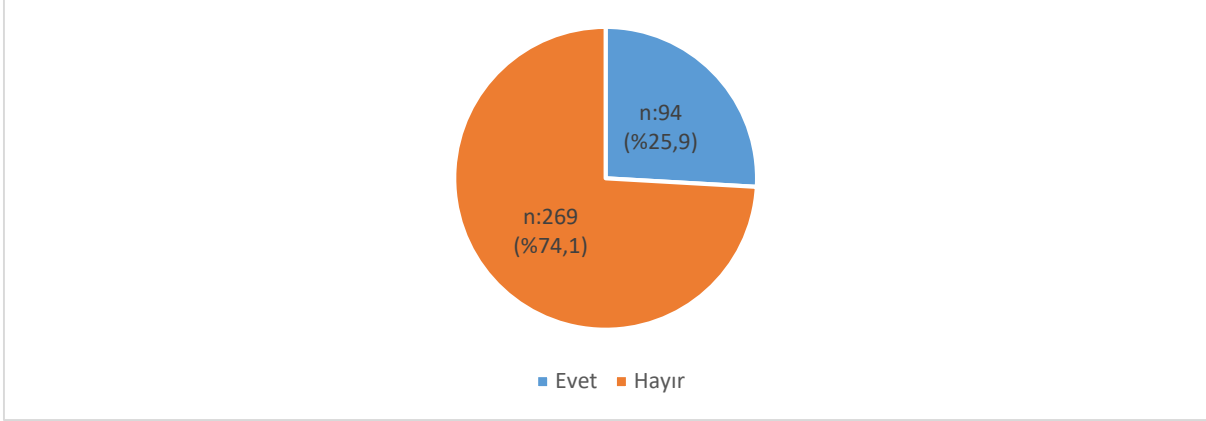
Şekil 4. Katılımcıların meslekteki süresi

Katılımcıların uzmanlık eğitiminin kaçınıcı ayında olduklarını sorguladığımızda ortalama $17,43 \pm 13,41$ ay, minimum 1 ay, maksimum 48 ay olarak cevaplanmıştır (Şekil 5).



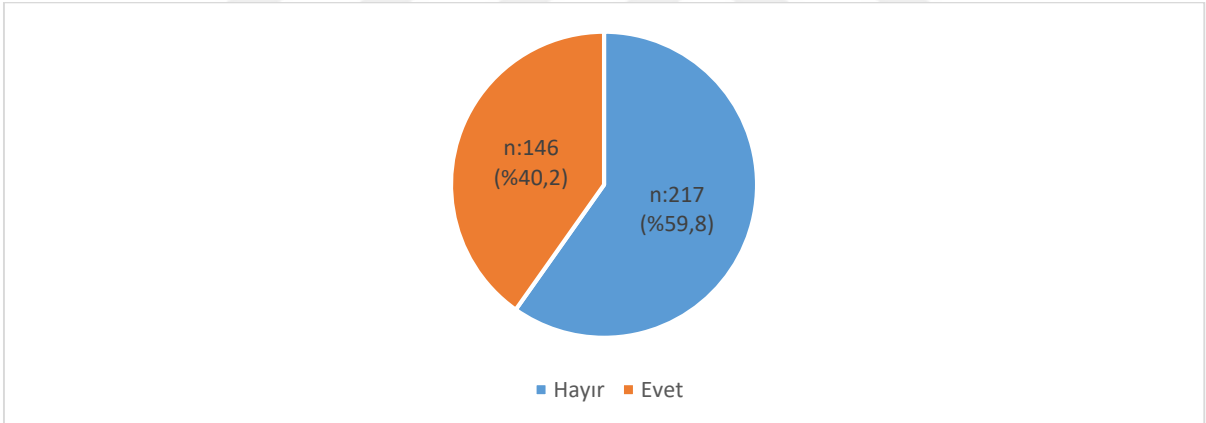
Şekil 5. Katılımcıların uzmanlık eğitiminin süresi

Çalışmaya katılan bireylerin %74,1'i (n=269) sigara kullanmazken %25,9'u (n=94) sigara kullanıyordu (Şekil 6).



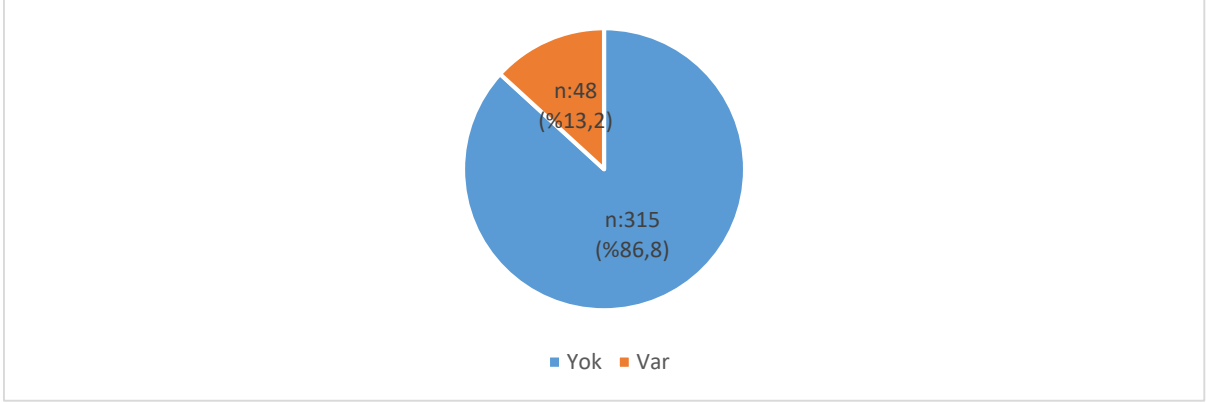
Şekil 6. Katılımcıların sigara kullanımı

Çalışmaya katılan bireylerin alkol kullanımı sorgulandığında %59,8'i (n=217) alkol kullanmazken %40,2'si (n=146) alkol kullanmaktadır (Şekil 7).



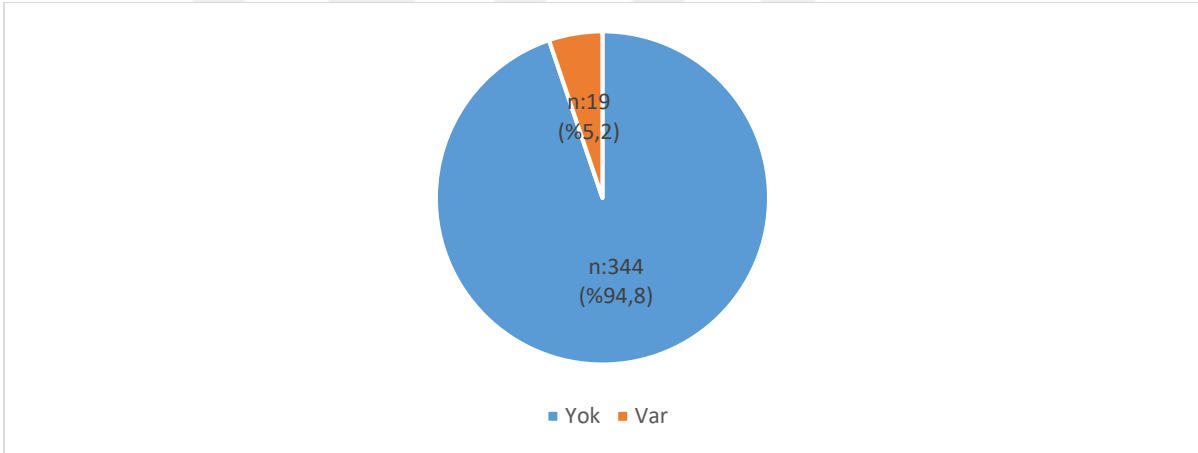
Şekil 7. Katılımcıların alkol kullanımı

Çalışmaya katılan bireylerin aynı evde kronik hastalığı olan birey veya bireylerle yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında %86,8'inin (n=315) kronik hastalığı olan bireyle yaşamadığı, %13,2'sinin (n=48) ise kronik hastalığı olan bireyle yaşadığı görülmektedir (Şekil 8).



Şekil 8. Katılımcıların aynı evde kronik hastalığı olan birey veya bireylerle yaşam durumu

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları evde 65 yaş ve üzeri bireyin olup olmadığı sorgulandığında %94,8'i (n=344) aynı evde 65 yaş ve üzeri birey yok derken %5,2'si (n=19) aynı evde 65 yaş ve üzeri bireyle yaşamaktaydı (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların yaşadıkları evde 65 yaş ve üzeri birey durumu

Bilgi soruları; uyku ve uyku hijyeni hakkında genel sorular, alışkanlıklar ve uyku hakkında sorular olarak iki kategoride incelenmiştir. Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki genel sorular kategorisinde katılımcıların en fazla doğru cevap verdiği soru %98,6 (n=358) “Düzenli fiziksel aktivite uyku kalitesini artırır.” sorusu olmuştur. Katılımcılar iki farklı soruya %97,8 (n=355) oranında doğru cevap vermiştir. İkinci en fazla doğru cevaplanan sorular “Uyku bozukluğu olan kişiler sosyal uyumsuzluk gösterebilir.” ve “Yatak odasının havasız olması uyku hijyenini kötü etkiler.” sorularıdır.

Katılımcılar tarafından en az doğru cevaplanan soru %6,9 (n=25) “ICD-10’da ‘Yetersiz Uyku Hijyeni’ tanısı bulunmaktadır.” yanlış önermesi olmuştur. İkinci en az doğru cevaplanan soru ise %9,9 (n=36) “Yaşlanmanın kendisi uyku bozukluklarına yol açar.” yanlış önermesi

olmuştur. Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkındaki genel sorulara verdikleri cevaplar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkında genel bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

| Soru | Cevaplar | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|------------|-------------|--------------|
| Önerilen uyku süresi yaş gruplarında farklılık gösterir. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 350 | 96,4 |
| | Fikrim yok | 9 | 2,5 |
| Okul çağındaki çocuklar için önerilen uyku süresi 9-11 saattir. | Yanlış | 37 | 10,2 |
| | Doğru* | 291 | 80,2 |
| | Fikrim yok | 36 | 9,6 |
| Uykuya bağlı hastalıklar erişkin yaş grubunda sık görülür ve yaşla birlikte artar. | Yanlış | 9 | 2,5 |
| | Doğru* | 275 | 75,7 |
| | Fikrim yok | 79 | 21,8 |
| Yaşlanmanın kendisi uyku bozukluklarına yol açar. | Yanlış* | 36 | 9,9 |
| | Doğru | 275 | 75,8 |
| | Fikrim yok | 52 | 14,3 |
| Düzenli fiziksel aktivite uyku kalitesini artırır. | Yanlış | 0 | 0 |
| | Doğru* | 358 | 98,6 |
| | Fikrim yok | 5 | 1,4 |
| Yatmadan 1 saat önce yüksek yoğunluklu egzersiz yapmak uykuya başlama süresini uzatır ve toplam uyku süresini ve verimliliğini azaltır. | Yanlış | 104 | 28,7 |
| | Doğru* | 188 | 51,7 |
| | Fikrim yok | 71 | 19,6 |
| Uyku kalitesi, uykuya dalmak kolay olduğunda iyi olarak algılanır. | Yanlış | 118 | 32,5 |
| | Doğru* | 190 | 52,3 |
| | Fikrim yok | 55 | 15,2 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 3 (Devam). Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkında genel bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

| | | | |
|---|------------|-----|------|
| Uyku kalitesi, uyanmak kolay olduğunda iyi olarak algılanır. | Yanlış | 114 | 31,4 |
| | Doğru* | 202 | 55,7 |
| | Fikrim yok | 47 | 12,9 |
| Uyku kalitesi, uyku sürekli olduğunda iyi olarak algılanır. | Yanlış | 66 | 18,2 |
| | Doğru* | 260 | 71,6 |
| | Fikrim yok | 37 | 10,2 |
| Uyku kalitesi, yeterince uzun olduğunda iyi olarak algılanır. | Yanlış | 171 | 47,1 |
| | Doğru* | 142 | 39,1 |
| | Fikrim yok | 50 | 13,8 |
| Yetersiz uyku tüm nedenlere bağlı ölüm riskini artırır. | Yanlış | 19 | 5,2 |
| | Doğru* | 278 | 76,6 |
| | Fikrim yok | 66 | 18,2 |
| Kötü uyuyanlar, iyi uyuyanlardan gün içinde daha sık duygudurum değişiklikleri yaşar. | Yanlış | 2 | 0,6 |
| | Doğru* | 350 | 96,4 |
| | Fikrim yok | 11 | 3,0 |
| Uyku bozukluğu olan kişiler sosyal uyumsuzluk gösterebilir. | Yanlış | 0 | 0 |
| | Doğru* | 355 | 97,8 |
| | Fikrim yok | 8 | 2,2 |
| Kötü uyuyanlar, gün içinde daha sık bilişsel bozulma yaşarlar. | Yanlış | 7 | 1,9 |
| | Doğru* | 341 | 94,0 |
| | Fikrim yok | 15 | 4,1 |
| Kötü uyuyanlar, gün içinde daha sık kaygı yaşarlar. | Yanlış | 2 | 0,6 |
| | Doğru* | 351 | 96,6 |
| | Fikrim yok | 10 | 2,8 |
| Kötü uyuyanlar gün içinde daha sık olarak azalan ağrı toleransından şikayet ederler. | Yanlış | 12 | 3,3 |
| | Doğru* | 286 | 78,8 |
| | Fikrim yok | 65 | 17,9 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 3 (Devam). Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkında genel bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

| | | | |
|--|------------|-----|------|
| 30 dakikadan daha kısa süreli gündüz uykusu, bireyin uyarılma(uyanıklık ve çevreden gelen uyaranları anlayabilme) seviyesini korur. | Yanlış | 16 | 4,4 |
| | Doğru* | 267 | 73,6 |
| | Fikrim yok | 80 | 22 |
| 30 dakikadan daha kısa süreli gündüz uykusu, bireyin gün içerisindeki performansının artmasına yardımcı olur. | Yanlış | 20 | 5,5 |
| | Doğru* | 273 | 75,2 |
| | Fikrim yok | 70 | 19,3 |
| Gündüz uykusu için en uygun zaman saat 12:00 civarındadır. | Yanlış* | 69 | 19,0 |
| | Doğru | 176 | 48,5 |
| | Fikrim yok | 118 | 32,5 |
| İki saatlik gündüz kestirmeleri sırasında yavaş dalga uykusunun ortaya çıkması, gece uykusundaki yavaş dalga uyku periyotlarını azaltır. | Yanlış | 36 | 9,9 |
| | Doğru* | 109 | 30,0 |
| | Fikrim yok | 218 | 60,1 |
| Kronotip, bireyin sirkadiyen ritim tercihini etkileyen kişilik özelliğidir. | Yanlış | 7 | 1,9 |
| | Doğru* | 192 | 52,9 |
| | Fikrim yok | 164 | 45,2 |
| Erken kronotipler; akşamları erken yatıp, sabahları erken ve kolaylıkla kalkan bireylerdir. | Yanlış | 5 | 1,4 |
| | Doğru* | 210 | 57,8 |
| | Fikrim yok | 148 | 40,8 |
| Geç kronotipler; geceleri geç yatar, sabahları uyanmakta zorlanır ve öğleden sonra uyarılmışlık düzeyleri en yüksektir. | Yanlış | 8 | 2,2 |
| | Doğru* | 199 | 54,8 |
| | Fikrim yok | 156 | 43,0 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 3 (Devam). Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkında genel bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

| | | | |
|---|------------|-----|------|
| Geç kronotipler; majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları için artan risk ile ilişkilendirilmiştir. | Yanlış | 10 | 2,8 |
| | Doğru* | 162 | 44,6 |
| | Fikrim yok | 191 | 52,6 |
| Uyku hijyeni açısından, uyku saatine yakın zamanda heyecan verici veya duygusal olarak üzücü faaliyetlerde bulunmamak gerekir. | Yanlış | 9 | 2,5 |
| | Doğru* | 325 | 89,5 |
| | Fikrim yok | 29 | 8,0 |
| Yatağın uyku ile ilgili olmayan faaliyetler için sık kullanımı (TV izlemek, kitap okumak vs.) uyku hijyenini kötü etkiler. | Yanlış | 10 | 2,8 |
| | Doğru* | 340 | 93,6 |
| | Fikrim yok | 13 | 3,6 |
| Rahatsız bir yatakta uyumak, yetersiz örtü kullanmak uyku hijyenini kötü etkiler. | Yanlış | 0 | 0 |
| | Doğru* | 350 | 96,4 |
| | Fikrim yok | 13 | 3,6 |
| Yatak odasının fazla aydınlık olması uyku hijyenini kötü etkiler. | Yanlış | 5 | 1,4 |
| | Doğru* | 351 | 96,7 |
| | Fikrim yok | 7 | 1,9 |
| Yatak odasının havasız olması uyku hijyenini kötü etkiler. | Yanlış | 2 | 0,6 |
| | Doğru* | 355 | 97,7 |
| | Fikrim yok | 6 | 1,7 |
| Yatak odasının sıcak veya soğuk olması uyku hijyenini kötü etkiler. | Yanlış | 8 | 2,2 |
| | Doğru* | 338 | 93,1 |
| | Fikrim yok | 17 | 4,7 |
| ICD-10'da 'Yetersiz Uyku Hijyeni' tanısı bulunmaktadır. | Yanlış* | 25 | 6,9 |
| | Doğru | 85 | 23,4 |
| | Fikrim yok | 253 | 69,7 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 3 (Devam). Katılımcıların uyku ve uyku hijyeni hakkında genel bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

| | | | |
|---|------------|-----|------|
| Yetersiz verimlilik ve iş kazalarına sonucu oluşan engellilik nedeniyle erken emeklilik talepleri, uyuyamayanlarda daha sıktır. | Yanlış | 3 | 0,8 |
| | Doğru* | 256 | 70,5 |
| | Fikrim yok | 104 | 28,7 |
| Vardiyalı çalışmanın sağlıkla ilişkili en yaygın etkisi, uykuya dalmada zorluktur. | Yanlış | 7 | 1,9 |
| | Doğru* | 269 | 74,1 |
| | Fikrim yok | 87 | 24,0 |
| Gebelerde uyku bozuklukları birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek seviyelere gelir. | Yanlış | 14 | 3,9 |
| | Doğru* | 232 | 63,9 |
| | Fikrim yok | 117 | 32,2 |
| Gebe kadınlar en sık noktüri nedeniyle uyanırlar. | Yanlış | 13 | 3,6 |
| | Doğru* | 265 | 73,0 |
| | Fikrim yok | 85 | 23,4 |
| Bir başka hastalığa bağlı ikincil uyku hastalıklarına, birincil uyku hastalıklarından daha çok rastlanılır. | Yanlış | 33 | 9,1 |
| | Doğru* | 210 | 57,8 |
| | Fikrim yok | 120 | 33,1 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Alişkanlıklar ve uyku hakkındaki sorulara katılımcılar tarafından en fazla doğru cevaplanan sorular %93,4 (n=339) “Kahveden başka çay, çikolata, enerji içecekleri ve bazı gazlı içeceklerde de kafein bulunur.” ve “Kafein metabolizması bireyler arasında farklılık gösterir.” olmuştur. En fazla doğru cevaplanan ikinci sıradaki sorular ise %93,1 (n=338) “Çeşitleri genler kafein duyarlılığına ve kafeinin neden olduğu uykusuzluğa sebep olabilir.” ve “Kafein uykuya dalmayı zorlaştırır.” olmuştur.

Katılımcıların alışkanlıklar ve uyku hakkında en düşük oranda doğru cevap verdiği sorular ise sırasıyla %10,5 (n=38) “Günde 15’ten az sigara içenlerin toplam uyku süresi kısalırken, daha fazla içenlerde uyku normaldir.” ve %16 (n=58) “Uyku saatinden 6 saat önce alınan kafeinin uyku üzerine etkisi yoktur.” olmuştur. Katılımcıların alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgilerini sorgulayan sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorulara verilen cevapların dağılımı

| Soru | Cevaplar | Sayı | Yüzde |
|---|------------|------|-------|
| | | (n) | (%) |
| Alkol, uykuya dalmayı kolaylaştırır. | Yanlış | 59 | 16,3 |
| | Doğru* | 213 | 58,6 |
| | Fikrim yok | 91 | 25,1 |
| Alkol, özellikle uykunun ilk yarısında REM evresinin süresini kısaltır. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 123 | 33,9 |
| | Fikrim yok | 236 | 65,0 |
| Alkol, uykunun ilk bölümünde yavaş dalga uyku süresini artırır. | Yanlış | 217 | 59,8 |
| | Doğru* | 146 | 40,2 |
| | Fikrim yok | 0 | 0 |
| Yüksek dozlarda alkol, gece boyunca yavaş dalga uyku miktarını artırır. | Yanlış | 18 | 5 |
| | Doğru* | 93 | 25,6 |
| | Fikrim yok | 252 | 69,4 |
| Alkol, uykunun ilk yarısında uyanma sıklığını azaltırken, ikinci yarısında artırır. | Yanlış | 9 | 2,5 |
| | Doğru* | 159 | 43,8 |
| | Fikrim yok | 195 | 53,7 |
| Nikotin uyanıklığı artıran bir uyarıcıdır. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 321 | 88,4 |
| | Fikrim yok | 38 | 10,5 |
| Nikotinin yatma saatine yakın alınması uyku gecikmesine sebep olur. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 309 | 85,1 |
| | Fikrim yok | 50 | 13,8 |
| Uyku süresi; iş günleri ve boş günler arasında dört saat veya daha fazla olan kişilerde, sigara içme oranı %60'a çıkmaktadır. | Yanlış | 8 | 2,2 |
| | Doğru* | 119 | 32,8 |
| | Fikrim yok | 236 | 65 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 4 (Devam). Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorulara verilen cevapların dağılımı

| | | | |
|---|------------|-----|------|
| Sigara içenler, içmeyenlere göre daha kötü uyku kalitesine sahiptir. | Yanlış | 2 | 0,6 |
| | Doğru* | 299 | 82,3 |
| | Fikrim yok | 62 | 17,1 |
| Sigara bağımlılarında nikotin, geceleri geri çekilme semptomları ve uykusuzluğa neden olabilir. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 293 | 80,7 |
| | Fikrim yok | 66 | 18,2 |
| Günde 15'ten az sigara içenlerin toplam uyku süresi kısalmışken, daha fazla içenlerde uyku normaldir. | Yanlış | 115 | 31,7 |
| | Doğru* | 38 | 10,5 |
| | Fikrim yok | 210 | 57,8 |
| Kötü uyku kalitesi, madde bağımlılarında bırakma girişimlerini takiben nüksetme için risk faktörüdür. | Yanlış | 5 | 1,4 |
| | Doğru* | 282 | 77,7 |
| | Fikrim yok | 76 | 20,9 |
| Kafein beyindeki adenozin reseptörlerini antagonize ederek uyanıklığı artırır. | Yanlış | 23 | 6,3 |
| | Doğru* | 251 | 69,2 |
| | Fikrim yok | 89 | 24,5 |
| Ağızdan alınan kafein kanda 30-60 dakika sonra maksimum seviyeye ulaşır. | Yanlış | 12 | 3,3 |
| | Doğru* | 244 | 67,2 |
| | Fikrim yok | 107 | 29,5 |
| Kahveden başka çay, çikolata, enerji içecekleri ve bazı gazlı içeceklerde de kafein bulunur. | Yanlış | 6 | 1,7 |
| | Doğru* | 339 | 93,3 |
| | Fikrim yok | 18 | 5,0 |
| Kafein metabolizması bireyler arasında farklılık gösterir. | Yanlış | 4 | 1,1 |
| | Doğru* | 339 | 93,4 |
| | Fikrim yok | 20 | 5,5 |
| Çeşitleri gençler kafein duyarlılığına ve kafeinin neden olduğu uykusuzluğa sebep olabilir. | Yanlış | 2 | 0,6 |
| | Doğru* | 338 | 93,1 |
| | Fikrim yok | 23 | 6,3 |

*Doğru cevapları belirtmektedir.

Tablo 4 (Devam). Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorulara verilen cevapların dağılımı

| | | | |
|---|------------|-----|------|
| Kafein uykuya dalmayı zorlaştırır. | Yanlış | 6 | 1,7 |
| | Doğru* | 338 | 93,1 |
| | Fikrim yok | 19 | 5,2 |
| Kafein uyku süresini azaltır. | Yanlış | 66 | 18,2 |
| | Doğru* | 153 | 42,1 |
| | Fikrim yok | 144 | 39,7 |
| Kafein uyku kalitesini kötüleştirir. | Yanlış | 18 | 5,0 |
| | Doğru* | 254 | 69,9 |
| | Fikrim yok | 91 | 25,1 |
| Kafein alımıyla yavaş dalga uykusu süresi azalır. | Yanlış | 16 | 4,4 |
| | Doğru* | 118 | 32,5 |
| | Fikrim yok | 229 | 63,1 |
| Uyku saatinden 6 saat önce alınan kafeinin uyku üzerine etkisi yoktur. | Yanlış* | 58 | 16,0 |
| | Doğru | 180 | 49,6 |
| | Fikrim yok | 125 | 34,4 |
| Kafeinin uyanıklığı artırıcı etkisine karşı tolerans gelişir ve sonrasında uyanıklık için daha yüksek dozlarda almak gerekir. | Yanlış | 8 | 2,2 |
| | Doğru* | 310 | 85,4 |
| | Fikrim yok | 45 | 12,4 |
| Yetersiz uyku hijyeni kafein bağımlılığı, alkolizm, gündüzleri aşırı uyku ihtiyacına neden olur. | Yanlış | 9 | 2,5 |
| | Doğru* | 302 | 83,2 |
| | Fikrim yok | 52 | 14,3 |
| Ekranlardan yayılan mavi ışık (akıllı telefonlar, dizüstü bilgisayarlar, monitörler), uykuyu başlamak için gerekli olan melatonin üretimini bastırır. | Yanlış | 6 | 1,7 |
| | Doğru* | 322 | 88,7 |
| | Fikrim yok | 35 | 9,6 |
| Uykuya dalmadan önce video oyunları ile zaman geçirme uyku gecikmesine sebep olur. | Yanlış | 0 | 0 |
| | Doğru* | 337 | 92,8 |
| | Fikrim yok | 26 | 7,2 |
| Uykuya dalmadan önce video oyunları ile zaman geçirmek uyku süresini kısaltır. | Yanlış | 46 | 12,7 |
| | Doğru* | 185 | 51,0 |
| | Fikrim yok | 132 | 36,4 |

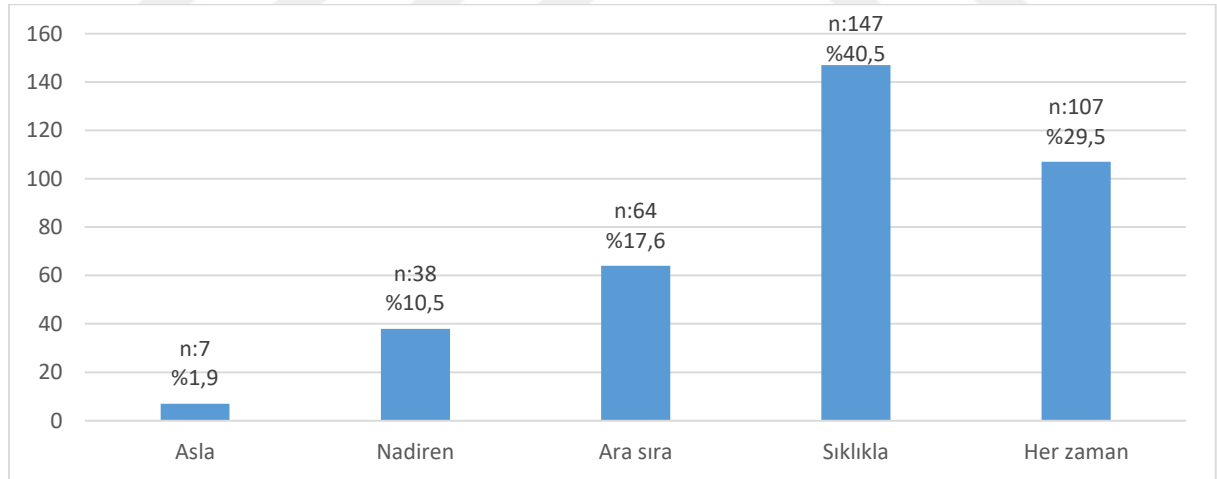
*Doğru cevapları belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin bilgi düzeylerini ölçmek için sorulan sorular doğru ve yanlış olarak değerlendirildi. Fikrim yok seçeneğini işaretleyen hekimlerin cevapları yanlış olarak değerlendirildi. Katılımcıların verdikleri doğru cevapların ortalaması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları

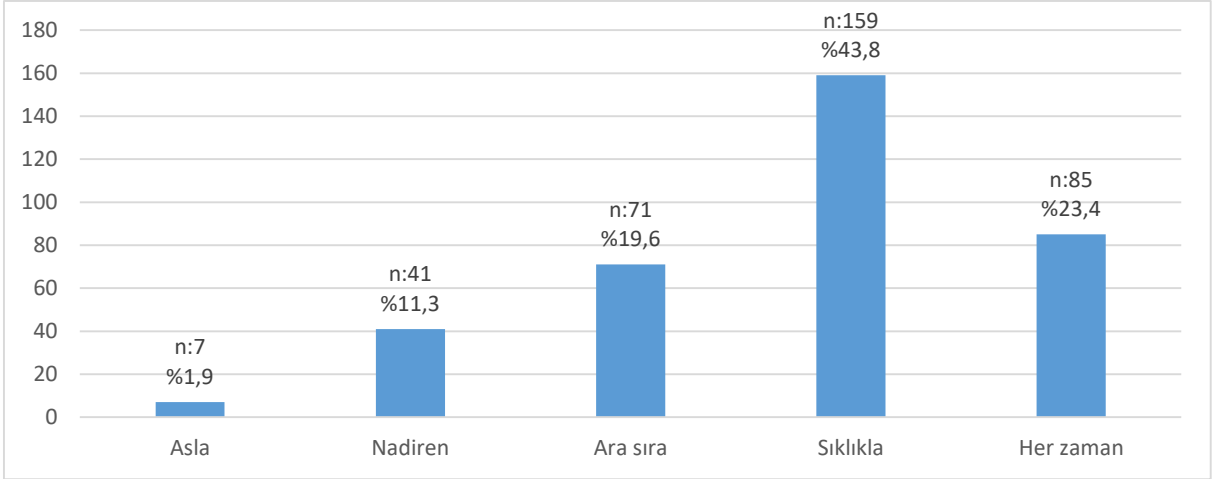
| Soru grupları | Sayı (n) | Minimum | Maksimum | Ortalama ($\bar{x}\pm SD$) |
|--|----------|---------|----------|------------------------------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 363 | 0 | 33 | 24,93 \pm 5,30 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 363 | 0 | 27 | 17,24 \pm 5,0 |
| Genel toplam | 363 | 0 | 60 | 42,17 \pm 9,62 |

Katılımcılara sorulan “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır” sorusuna katılımcıların %1,9’u (n=7) asla şeklinde yanıtlarken %29,5’i (n=107) her zaman şeklinde yanıt vermişlerdir (Şekil 10).



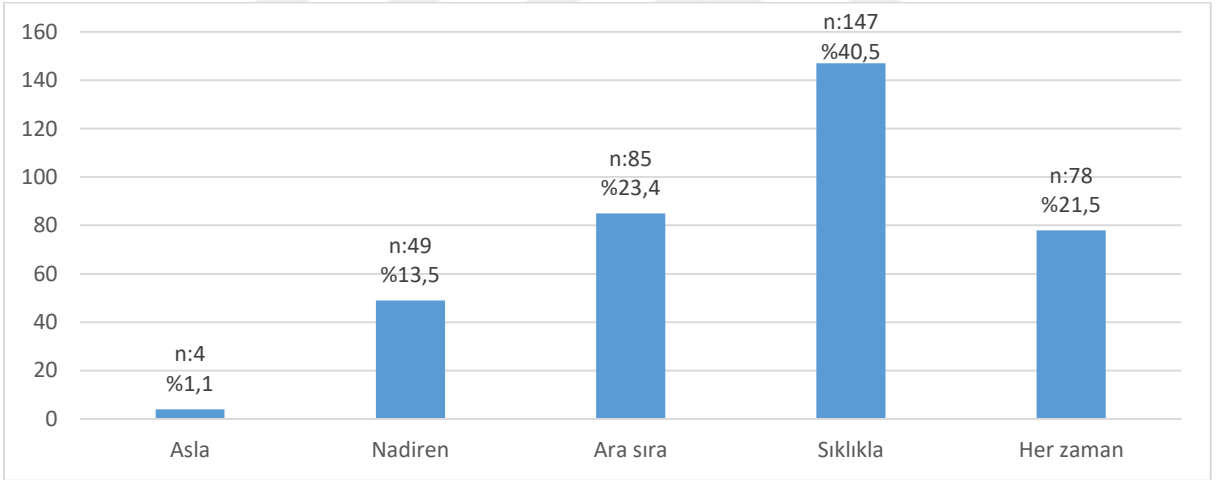
Şekil 10. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır?

Katılımcılara “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır” diye sorduğumuzda %1,9’u (n=7) asla şeklinde yanıtlarken %23,4’ü (n=85) her zaman yanıtını vermişlerdir (Şekil 11).



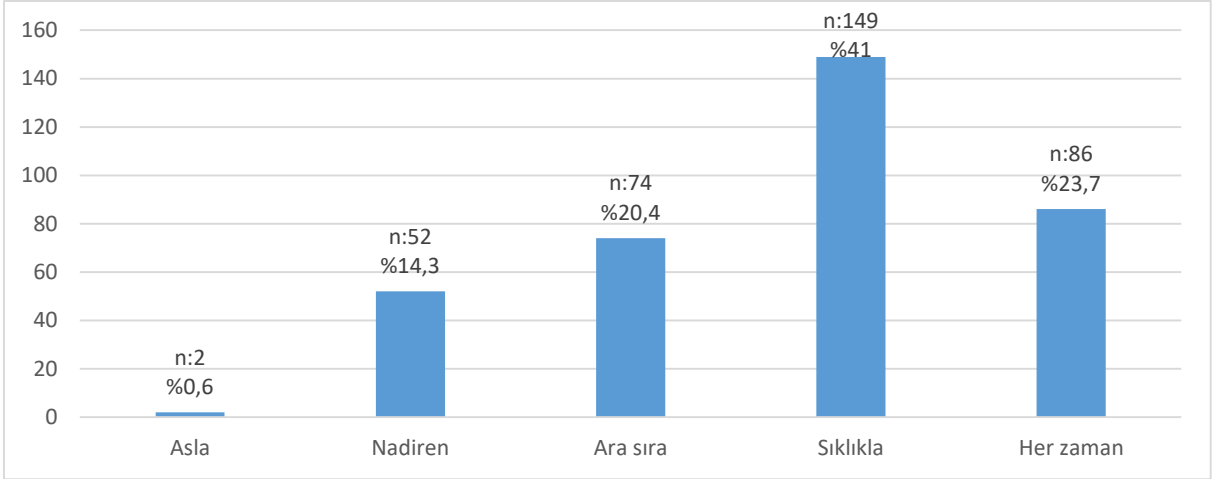
Şekil 11. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır?

Katılımcılara “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır” sorusu sorulduğunda %1,1’i (n=4) asla şeklinde yanıtlarken %21,5’i (n=78) her zaman şeklinde yanıtlamıştır (Şekil 12).



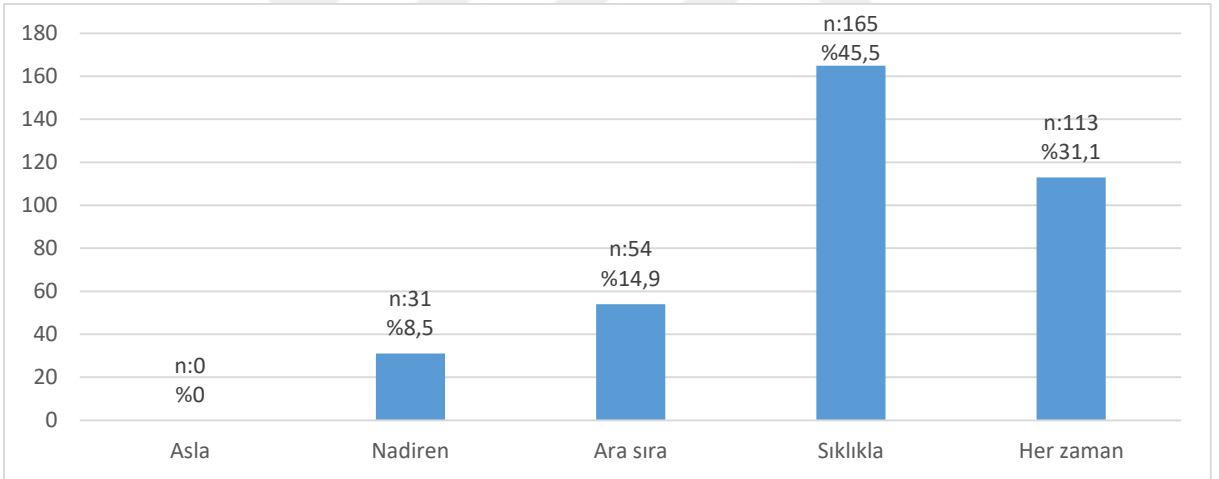
Şekil 12. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır?

Katılımcılara “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır” diye sorulduğunda katılımcıların %0,6’sı (n=2) asla yanıtını verirken %23,7’si (n=86) her zaman yanıtını vermiştir (Şekil 13).



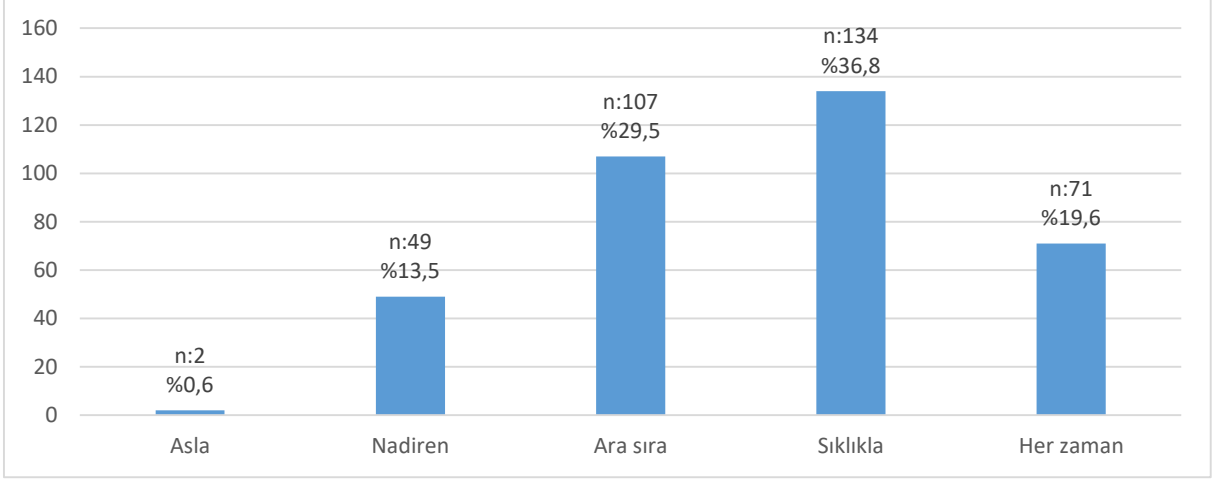
Şekil 13. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır?

Katılımcılara “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeylerini sorgulanmalıdır” sorusu sorulduğunda asla cevabı kimse tarafından işaretlenmezken katılımcıların %31,1’i (n=113) her zaman yanıtını vermiştir (Şekil 14).



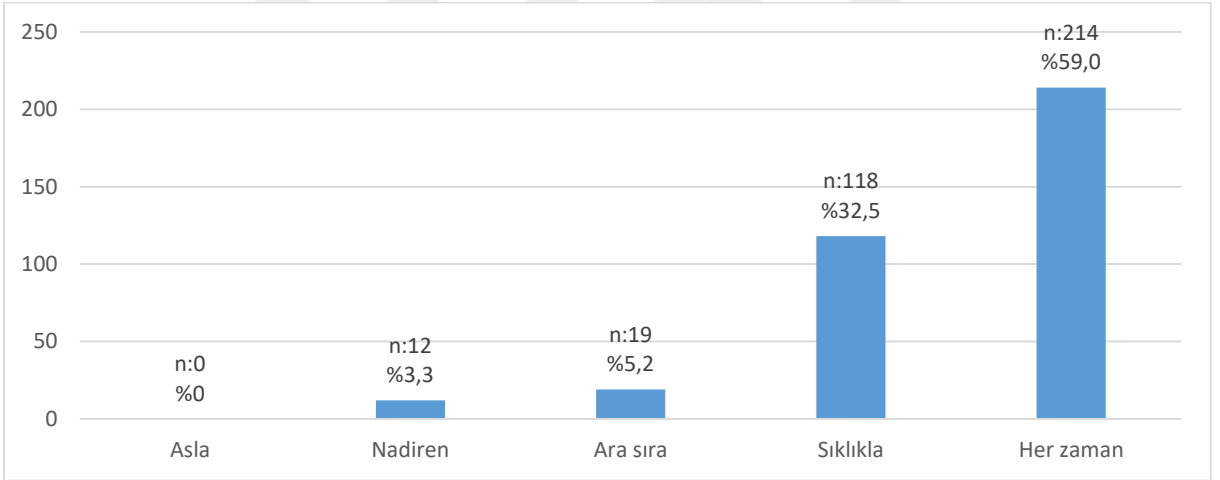
Şekil 14. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeyleri sorgulanmalıdır?

“Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır” sorusuna katılımcıların %0,6’sı (n=2) asla yanıtını verirken %19,6’sı (n=71) her zaman yanıtını vermiştir (Şekil 15).



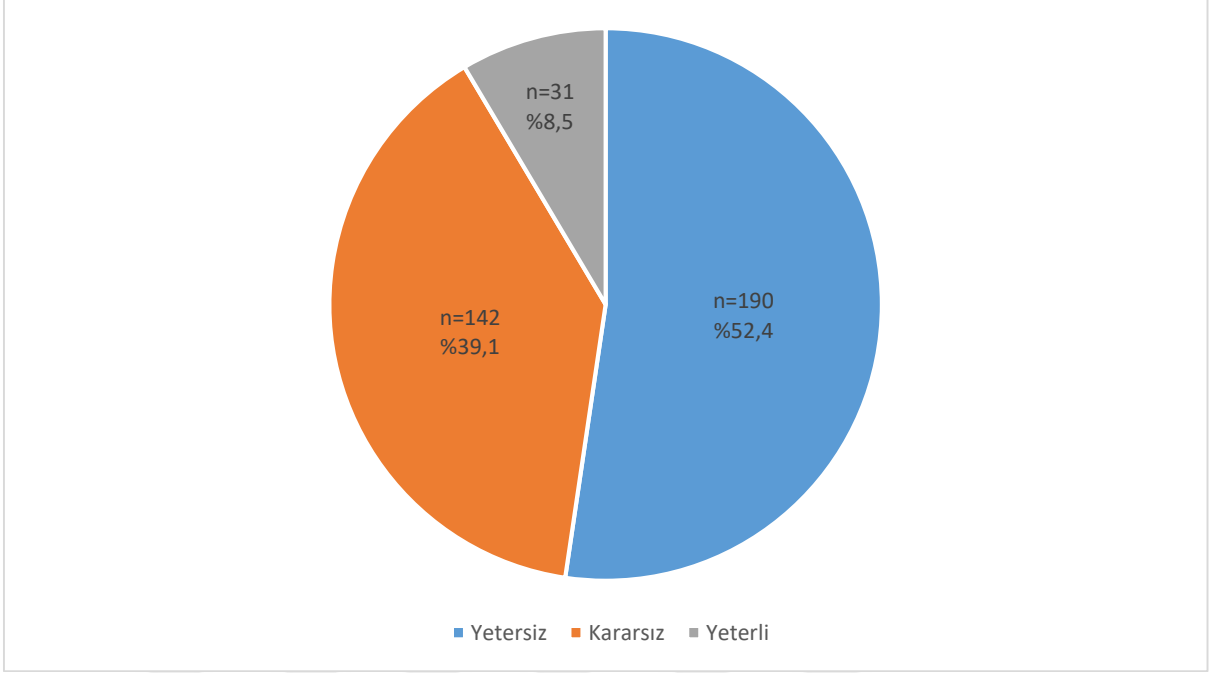
Şekil 15. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır?

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır” sorusuna asla yanıtı kimse tarafından işaretlenmemiş olup katılımcıların %59’u (n=214) her zaman yanıtını vermiştir (Şekil 16).



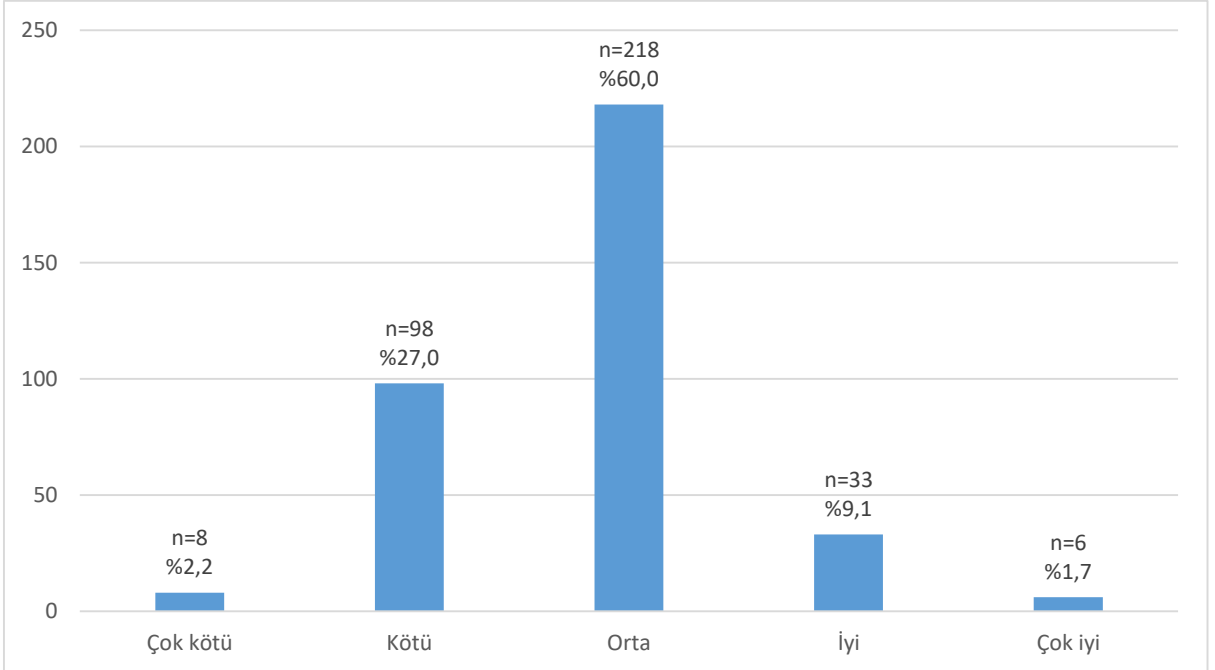
Şekil 16. Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır?

Katılımcılara yöneltilen “Uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %52,4’ü (n=190) tıp fakültesinde uyku ve uyku hijyeni konusunda aldıkları eğitimi yetersiz bulurken %8,5’i (n=31) aldıkları eğitimin yeterli olduğunu yanıtını vermiştir (Şekil 17).



Şekil 17. Uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığımız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Katılımcıların “Uyku ve uyku hijyeni konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna %2,2’si (n=8) çok kötü yanıtı verirken %1,7’si (n=6) çok iyi yanıtı vermiştir (Şekil 18).



Şekil 18. Uyku ve uyku hijyeni konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Katılımcıların yaşı ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,335$ $r= -0,051$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,873$ $r= -0,008$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,473$ $r= -0,038$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların cinsiyeti ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,410$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,140$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,821$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların medeni hali ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,448$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,970$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,627$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,935$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,458$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,758$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Kronik hastalığı olanlar ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,805$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,397$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,799$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumu ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,586$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,354$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,428$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların meslekteki yılı ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,941$ $r= 0,004$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,162$ $r= 0,074$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,472$ $r= 0,038$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların uzmanlık eğitiminde geçirdiği ay ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,430$ $r= 0,042$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki

bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,338$ $r= 0,050$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,440$ $r= 0,041$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların sigara kullanımı ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,968$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,811$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,922$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcılardan alkol kullanan bireyler ile alkol kullanmayan bireyler arasında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,054$). Katılımcıların alkol kullanımı ile; alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p<0,001$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p<0,001$) arasında anlamlı fark saptandı. Buna göre alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına alkol kullanan bireyler ($18,74\pm0,37$) alkol kullanmayan bireylere ($16,23\pm0,34$) göre daha fazla doğru cevap vermiştir. Toplam bilgi sorularına alkol kullanan bireyler ($44,52\pm0,67$) alkol kullanmayan bireylere ($40,59\pm0,69$) göre daha fazla doğru cevap vermiştir.

Katılımcıların aynı evde kronik hastalığı bulunan bireyle yaşama ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,577$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,342$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,491$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcıların aynı evde 65 yaş üzeri bireyle yaşama ile; uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,107$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevaplar ($p=0,316$) ve tüm sorulara verilen doğru cevaplar ($p=0,142$) arasında anlamlı fark saptanmadı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırması Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırması

| Sosyodemografik özellikler | | Uyku ve uyku hijyeni | | Alışkanlıklar ve uyku | | Tüm sorular | |
|---------------------------------|-------|----------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|----------|
| | | Ortalama puan | P değeri | Ortalama puan | P değeri | Ortalama puan | P değeri |
| Cinsiyet | Kadın | 25,09±0,35 | 0,410 | 16,99±0,33 | 0,140 | 42,08±0,64 | 0,821 |
| | Erkek | 24,68±0,45 | | 17,61±0,42 | | 42,30±0,82 | |
| Medeni durum | Bekar | 25,37±0,33 | 0,448 | 17,47±0,35 | 0,970 | 42,84±0,64 | 0,627 |
| | Evli | 24,50±0,44 | | 17,02±0,38 | | 41,53±0,77 | |
| Çocuk sahibi olma | Hayır | 25,03±0,29 | 0,935 | 17,23±0,28 | 0,458 | 42,26±0,54 | 0,758 |
| | Evet | 24,47±0,77 | | 17,29±0,63 | | 41,76±1,35 | |
| Kronik hastalık | Yok | 25,17±0,26 | 0,805 | 17,25±0,27 | 0,397 | 42,43±0,49 | 0,799 |
| | Var | 23,54±1,07 | | 17,16±0,84 | | 40,70±1,84 | |
| Düzenli ilaç kullanımı | Yok | 24,87±0,31 | 0,586 | 17,06±0,30 | 0,354 | 41,94±0,58 | 0,428 |
| | Var | 25,13±0,61 | | 17,94±0,49 | | 43,08±0,97 | |
| Sigara kullanımı | Yok | 24,81±0,34 | 0,968 | 17,21±0,31 | 0,811 | 42,02±0,60 | 0,922 |
| | Var | 25,26±0,44 | | 17,34±0,48 | | 42,60±0,87 | |
| Alkol kullanımı | Yok | 24,35±0,39 | 0,054 | 16,23±0,34 | <0,001 | 40,59±0,69 | <0,001 |
| | Var | 25,78±0,34 | | 18,74±0,37 | | 44,52±0,67 | |
| Kronik hastalıklı bireyle yaşam | Yok | 24,82±0,31 | 0,346 | 17,12±0,28 | 0,237 | 41,95±0,56 | 0,257 |
| | Var | 25,60±0,52 | | 18,04±0,57 | | 43,64±0,98 | |
| 65 yaş üzeri bireyle yaşam | Yok | 24,99±0,26 | 0,359 | 17,26±0,25 | 0,790 | 42,25±0,48 | 0,520 |
| | Var | 23,84±2,44 | | 16,94±1,88 | | 40,78±4,26 | |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,284), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,602) ve toplam bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,587) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 25,14± 4,56 | 22,05± 8,97 | 24,46± 5,63 | 25,68± 4,36 | 25,18± 4,22 | 5,02 | 0,284 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 14,42± 4,35 | 16,13± 6,66 | 17,06± 5,10 | 17,64± 4,58 | 17,38± 4,84 | 2,74 | 0,602 |
| Toplam | 39,57± 8,82 | 38,18± 15,25 | 41,53± 10,10 | 43,32± 8,22 | 42,57± 8,28 | 2,82 | 0,587 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,483), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,882) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,725) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 26,14± 4,05 | 21,82± 8,98 | 25,02± 5,49 | 25,38± 4,14 | 25,40± 4,34 | 3,46 | 0,483 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 17,28± 3,63 | 15,02± 7,38 | 17,35± 4,81 | 17,45± 4,70 | 17,83± 4,16 | 1,17 | 0,882 |
| Toplam | 43,42± 7,29 | 36,85± 15,58 | 42,38± 9,73 | 42,83± 8,18 | 43,23± 7,69 | 2,06 | 0,725 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,251), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,518) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,402) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 23,25± 2,62 | 21,75± 9,40 | 25,31± 3,82 | 25,57± 4,35 | 25,37± 4,16 | 5,37 | 0,251 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 16,00± 4,61 | 14,87± 6,90 | 17,24± 4,59 | 17,68± 4,80 | 17,96± 4,00 | 3,24 | 0,518 |
| Toplam | 39,25± 7,22 | 36,63± 15,54 | 42,56± 7,97 | 43,26± 8,48 | 43,33± 7,31 | 4,03 | 0,402 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,340), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,141) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,331) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 25,50± 0,70 | 22,50± 8,14 | 25,12± 5,82 | 25,14± 4,10 | 25,84± 4,12 | 4,51 | 0,340 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 20,00± 0 | 15,61± 6,81 | 17,77± 4,75 | 16,86± 4,84 | 18,37± 3,88 | 6,90 | 0,141 |
| Toplam | 45,50± 0,70 | 38,11± 14,26 | 42,89± 9,85 | 42,01± 8,39 | 44,22± 7,19 | 4,59 | 0,331 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeylerini sorgulanmalıdır” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,058), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,287) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,176) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 11’ de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeyleri sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 0 | 22,32± 9,83 | 23,33± 5,91 | 25,25± 4,47 | 25,93± 3,87 | 7,47 | 0,058 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 0 | 16,19± 7,15 | 17,20± 4,80 | 16,98± 4,84 | 17,93± 4,59 | 3,77 | 0,287 |
| Toplam | 0 | 38,51± 16,51 | 40,53± 10,14 | 42,23± 8,71 | 43,87± 7,66 | 4,94 | 0,176 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,279), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,137) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,228) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 12’ de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | X ² | P |
|---|-------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 21,00± 0 | 21,81± 9,26 | 25,36± 3,78 | 25,48± 4,47 | 25,49± 4,31 | 5,08 | 0,279 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 12,00± 0 | 14,73± 6,78 | 17,70± 4,18 | 17,65± 5,04 | 17,66± 4,15 | 6,97 | 0,137 |
| Toplam | 33,00± 0 | 36,55± 15,54 | 43,06± 7,12 | 43,14± 8,88 | 43,15± 7,64 | 5,63 | 0,228 |

Katılımcılar “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,351), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları (p=0,229) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları (p=0,389) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Asla | Nadiren | Ara sıra | Sıklıkla | Her zaman | χ^2 | P |
|---|------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------|-------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 0 | 19,16± 11,74 | 25,05± 6,09 | 24,41± 6,23 | 25,52± 3,71 | 3,27 | 0,351 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 0 | 12,41± 8,22 | 17,47± 5,47 | 17,60± 5,76 | 17,29± 4,11 | 4,41 | 0,229 |
| Toplam | 0 | 31,58± 19,71 | 42,52± 11,27 | 42,01± 11,41 | 42,82± 6,96 | 3,01 | 0,389 |

Katılımcılar “Uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz” sorusuna verdikleri cevaba göre gruplandırılıp bilgi düzeyleri kıyaslandığında uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları ($p=0,031$), alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap ortalamaları ($p=0,004$) ve toplam bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları ($p=0,008$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Buna göre aldığı eğitimi yeterli bulan kişilerin uyku ve uyku hijyeni hakkındaki bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları kararsız olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). Yine tıp fakültesinde uyku ve uyku hijyeni hakkında aldıkları eğitimi yeterli bulan kişiler alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına hem kararsızım diyen gruba ($p=0,003$) hem de yetersiz cevabını veren gruba ($p=0,047$) göre daha fazla doğru cevap vermiştir. Tüm bilgi sorularına verilen doğru cevaplar kıyaslandığında yeterli bulan kişiler hem kararsız olan gruptan ($p=0,002$) hem de yetersiz cevabını veren gruptan ($p=0,047$) daha fazla doğru cevap vermiştir. Bu konudaki detaylı bilgi Tablo 14’ te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların “Uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaba göre bilgi düzeyleri karşılaştırılması

| | Yetersiz | Kararsızım | Yeterli | X² | P |
|---|-----------------|-------------------|----------------|----------------------|----------|
| Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki sorular | 25,23± 4,99 | 24,12± 5,86 | 26,74± 3,75 | 6,96 | 0,031 |
| Alışkanlıklar ve uyku hakkındaki sorular | 17,46± 4,59 | 16,44± 5,51 | 19,54± 4,22 | 10,84 | 0,004 |
| Toplam | 42,70± 8,89 | 40,57± 10,70 | 46,29± 7,11 | 9,68 | 0,008 |

TARTIŞMA

Son yıllarda kötü uyku alışkanlıklarına dikkat ve ilgi artmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinlerin uykuda geçirdikleri süredeki sürekli düşüş ve uyku sorunlarının topluma tahmini yıllık maliyeti on milyarlarca Amerika Birleşik Devletleri dolarına mal olmaktadır (124). Aynı zamanda yapılan bir çalışmada insanların uyku süreleri 20 yıl gibi süreçte ortalama 7,5 saatten 6,5 saate düştüğü görülmüştür. Kendini uykudan mahrum bırakmaya, düzensiz programlara ve düşük uyku kalitesine yönelik eğilimin geniş kapsamlı sonuçları olabilir (125). Uyku sadece saat olarak değil ayrıca daha kaliteli bir uyku olduğunda verimlidir. Sağlıklı bir bireyde bile uyku kalitesi gece uykusunda sık sık uyanma ve azalmış uyku verimliliği ile etkilenebilir. Fizyolojik ritimler ile dışarıdan dayatılan çalışma-dinlenme programları arasında uyumsuzluk da uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde sorunlara neden olur (126).

Uyku sağlığıyla psikolojik ve fiziksel iyilik arasında önemli bir bağ vardır. Koruyucu hekimlik birinci basamakta sağlık hizmeti veren hekimlerin güçlü bir fonksiyonudur. Toplumdaki uyku bozukluklarının neden olabileceği sağlık sorunları göz önünde bulundurulduğunda koruyucu hekimlik sağlıklı uykuya önem vermelidir (127).

Bu çalışmada Türkiye genelindeki tüm tıp fakülteleri Aile Hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri Aile Hekimliği kliniklerinde görev yapan uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlandı. Farklı ülkelerde yapılmış sınırlı sayıda çalışma birinci basamak hekimlerinin uyku ve uyku bozuklukları hakkındaki bilgilerini değerlendirmiş olup genellikle birinci basamak hekimlerinin bu konuda yetersiz bilgiye sahip olduğunu göstermiştir (128).

Çalışmamıza katılan uzmanlık öğrencilerinin yaş ortalaması $28,98 \pm 3,532$ idi. 2020 yılında Doğan ve ark.'nın (129) 2020 yılında yaptığı 434 katılımcının bulunduğu benzer bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $29,26 \pm 4,31$ ile benzer çıkmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %59,2'sinin (n=215) kadın ve %40,8'inin (n=148) erkek olduğu görüldü. Sönmez ve ark.'nın (130) 2021 yılında 428 tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencisi ile yaptığı çalışmada katılımcıların %72,4'ünün (n=310) kadın, %27,6'sının (n=118) erkek olduğu görülmüştür.

Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalaması ile hekimlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık varlığı, meslekteki yıl, uzmanlık eğitimindeki süre, sigara kullanımı, alkol kullanımı, aynı evde kronik hastalığı bulunan bireyle yaşama, aynı evde 65 yaş üzeri bireyle yaşama, uyku hijyeni hakkındaki tutum sorularına verdikleri cevaplar, uyku ve uyku hijyeni hakkındaki tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yeterli bulma durumu, uyku ve uyku hijyeni konusunda kendi bilgi düzeylerini değerlendirilmesine verdikleri cevaplar karşılaştırıldı.

Katılımcıların en fazla doğru cevap verdiği soru %98,6 (n=358) “Düzenli fiziksel aktivite uyku kalitesini artırır.” sorusu olmuştur. Bu sorunun bu kadar doğru cevaplanmasının sebebi hem kişilerin kendi yaşamlarından düzenli egzersizin uykuya etkilerini bilmesinden hem de tıp fakültesinden mezun bireyler açısından kolaylıkla cevaplanabilecek olmasıdır.

Katılımcılar tarafından en az doğru cevaplanan soru %6,9 (n=25) “ICD-10’da ‘Yetersiz Uyku Hijyeni’ tanısı bulunmaktadır.” yanlış önermesi olmuştur. ICD-10’da ‘Yetersiz Uyku Hijyeni’ tanısı bulunmazken ICD-CM -10’da bulunmaktadır. Katılımcıların bu soruya bu kadar az doğru cevap vermesinin nedeni katılımcıların ‘Yetersiz Uyku Hijyeni’ tanısını bilmiyor olması veya ICD’de geçen tüm tanıların bilinmesinin zorluğu olabilir.

Çalışmamızda Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yaşı ile sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamızda yaş dağılımının normal dağılıma uymaması ve yaş aralığının dar olması, katılımcıların yaşı ile doğru cevap ortalamalarının sağlıklı değerlendirilmesini engellemiş olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin cinsiyeti ile sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Klinik çalışmalar yetersiz uyku uyuyan kadınların kardiyovasküler açıdan veya depresyon gibi duygudurum bozuklukları açısından erkeklerle kıyaslandığında daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir. Buna rağmen rağmen cinsiyet farklılıkların uykuya etkileri yeterince araştırılmamıştır (131). Wu ve ark. (132) 2020 yılında yaptığı çalışmada kadınların uyku kalitesinin erkeklerden daha kötü

olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada kadınların daha kötü uyku kalitesine sahip olmasına rağmen, bizim çalışmamızda kadınların ve erkeklerin sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Uyku kalitesi zayıf olan bireyler ile uyku kalitesi iyi olan bireylerin uyku hijyeni hakkındaki bilgi düzeylerini karşılaştıran çalışmalar araştırıldığında, literatürde bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma Lacks ve ark.'ı (133) tarafından yaklaşık 35 yıl önce yapılmış olmasına rağmen, sonrasında bu konu üzerine daha fazla çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada uyku kalitesi zayıf olan bireylerin, uyku hijyeni hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları gösterilmiş ancak uyku kalitesi zayıf olan bireylerin uyku hijyeni uygulamalarını yerine getirmede zorlandığı gösterilmiştir.

Ebeveynlerde uyku sorunları her yaşta çocukta çocukların uyku düzeni ile ilişkilidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Uyku Vakfı'nın 1473 ebeveyn ile yaptığı çalışmada 10 yaşında veya daha küçük çocukların ebeveynleri ortalama olarak gece boyunca 6,8 saat uyuduklarını göstermiştir (134). Aynı çalışmada ebeveynlerin %64'ü ihtiyaç duyduğu uykuyu uyuyamadıklarını belirtmiş. Ebeveynlere çocuklarının onları kaç gece uyandırdığı sorgulandığında bebeklerin en az %80'inin haftada bir kez uyandırdıklarını belirtmişler. Ebeveynlerin %48'i ebeveyn olmadan öncesine göre daha sık uyku sorunları yaşadığını bildirmiş. McDowall ve ark.'nın (135) 2017'de 115 ebeveyn ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin uyku ile ilgili bilgilerinin, çocuklarının uyku hijyeni ve uyku süresi ile ilgili olabileceğini göstermiştir. Aynı çalışmada çocuk uykusu hakkında hem gerçekçi hem de doğru bilgi vermenin önemine değinilmiştir. Yine Halstead ve ark.'nın (136) 2021 yılında 582 ebeveyn ile yaptığı çalışmada artan ebeveyn uyku bilgi düzeyinin hem çocukların hem de ebeveynlerin uyku sağlığını olumlu etkileyeceğini göstermiştir. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin sorulara verdiği doğru cevap ortalamaları ile çocuk sahibi olmayan bireyler arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamıza katılan çocuk sahibi olan veya olmayan hekimlerin bilgi düzeyi tıp fakültesinde aldıkları ortak eğitimden dolayı yakın çıkmış olabilir.

Çalışmamızda katılan kişilerin %15,2'sinin (n=55) kronik hastalığı vardı. Kronik hastalığı olan bireylerin bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalaması ile kronik hastalığı olmayan kişilerin sorulara verdikleri doğru cevap ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamakla beraber kronik hastalığı olmayan bireylerin sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları daha yüksekti. Kronik hastalığı olan bireylerin uyku kalitesinin kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha kötü olduğu bilinmektedir (137,138). Burada kronik hastalığı olanlar ve olmayan kişiler arasında sorulara verilen doğru cevap ortalamalarında anlamlı fark

çıkmasının nedeni yine kişilerin alınan uyku eğitimlerinin tıp fakültesi düzeyinde benzer olması olabilir.

Uyku sorunları 65 yaş üzeri bireylerde sıklıkla uyku düzeninin değişmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (139). 65 yaş üzeri bireylerin ailelerinin, uyku sorunları yaşayan aile üyeleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabileceğini düşünmemize rağmen, katılımcıların aynı evde 65 yaş ve üzeri bireyle yaşama durumu ile sorulara verilen doğru cevaplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Yaşla beraber uyku düzeninin değişmesi ve buna bağlı 65 yaş üzeri bireylerde oluşan rahatsızlıklar normal görülerek bu konuya yeterince önem verilmemiş olabilir.

Katılımcıların meslekteki yılı ile veya uzmanlık eğitiminde geçirdiği ay ile sorulara verilen doğru cevaplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu da katılımcıların meslekte veya uzmanlık eğitiminde kendilerini uyku ve uyku hijyeni hakkında geliştirmediklerinin göstergesi olarak algılanmaktadır.

Çalışmamızda alkol kullanan ve alkol kullanmayan bireyler arasında uyku ve uyku hijyeni bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken alkol kullanan bireyler hem alışkanlıklar ve uyku hakkındaki bilgi sorularına hem de tüm bilgi sorularına alkol kullanmayan bireylere göre daha fazla doğru cevap vermiştir. Alkol kullanan katılımcılar, yaşadıkları uyku problemlerinden edindikleri deneyimler ve bilgiler nedeniyle, alkol kullanmayanlara göre bu sorulara daha fazla doğru cevap vermiş olabilirler.

Katılımcıların uyku hijyeni hakkındaki tutumları sorgulandığında; “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır?” sorusuna %29,5’i (n=107) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna %23,4’ü (n=85) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır?” sorusuna yanıtlarken %21,5’i (n=78) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır?” sorusuna %23,7’si (n=86) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeylerini sorgulanmalıdır?” sorusuna %31,1’i (n=113) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır?” sorusuna %19,6’sı (n=71) her zaman, “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır?” sorusuna %59’u (n=214) her zaman yanıtını vermiştir. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin sorgulanması kolay bu sorulara düşük düzeyde ‘her zaman sorgulanmalıdır’ yanıtını vermesinin sebebi; uyku hijyeni yetersizliği veya sonrasında sebep olabileceği sorunların ciddi olmadığı gibi yanlış bir düşünce olabilir. Uyku ile ilgili sorunlar hastalar tarafından da ciddi görülmemeyebilir. Meissner ve ark.’nın (140) uyku dışı sebeplerle hastanede yatan 222 kişide

yaptığı çalışmada hastaların uyku ile ilgili şikayetleri sorgulanmış ve bireylerin %47'sinin uykusuzluk, gündüz aşırı uyku hali veya her ikisinden şikayetçi olduğu; ancak herhangi bir tıbbi kaydın hastaların uyku ile ilgili semptomlarını içermediği gözlemlenmiştir.

2011 yılında Mindell ve ark.'nın (141) yaptığı çalışmada Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki tıp fakültesi öğrencileri için uyku ile ilgili verilen eğitim süresi ortalama 3,1 saat olarak bulunmuştur. Meaklim ve ark.'nın (142) 2020 yılında Avustralya ve Yeni Zelanda'da yaptıkları çalışmada ise uyku eğitimi süresinin 2,5 saatin biraz altında olduğu ve tıp fakültelerinin %27'sinin eğitim vermediğini saptanmıştır. Saygın ve ark.'nın (127) aile hekimleri ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların daha önce uyku bozuklukları konusunda eğitim alıp almadığı sorgulandığında, çalışmaya katılan 89 kişiden 74'ü (%83,1) eğitim almadığını söylemiştir. Papp ve ark.'nın (143) aile hekimleri ile uyku ve uyku bozuklukları konusunda yapılan bir araştırma sonucunda hekimlerin bu konuda yetersiz oldukları ve uyku konusunda yeterli eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmamıza katılan uzmanlık öğrencilerinin %52,4'ü (n=190) uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığı eğitimi yetersiz bulmuştur. Tıp fakültesinde uyku ve uyku hijyeni hakkında aldıkları eğitimi yeterli bulan katılımcılar ile yetersiz bulan katılımcıların sorulara verdikleri doğru cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bizim çalışmamızda tıp fakültesinde uyku ve uyku hijyeni hakkında aldıkları eğitimi yeterli bulan katılımcıların doğru cevap ortalaması, aldıkları eğitimi yetersiz bulanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bunun sebebi Türkiye'deki bazı tıp fakültelerinde yeterli eğitimin verilmiş olabileceği, bazılarında ise eğitimin yetersiz kalması olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara sorulan “Uyku ve uyku hijyeni konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna %9,1 (n=33) iyi yanıtını verirken, %1,7 (n=6) çok iyi yanıtını vermiştir. Katılımcıların bu kadar az seviyede ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ yanıtı vermesi, bu konuda Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku ve uyku hijyeni konusunda özyeterlik eksikliği olduğunu gösterebilir. Bu da çalışma sırasında Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olan kişilerin Aile Hekimliği Uzmanlığı sürecinde uyku ve uyku hijyeni konusunda daha az çaba harcamasına, daha az hastaları sorgulamasına neden olabilir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızda elde edilen veriler anket yöntemi kullanılarak elde edilmiş olup, elde edilen oranlar katılımcıların gerçek bilgi düzeylerini yansıtmamış olabilir. Elde edilen veriler

katılımcıların teorik bilgi düzeyleri açısından bir bakış açısı sunuyor olsa da, hekimlerin pratik uygulamalarında bu bilgileri ne kadar kullandıkları ile ilgili net bilginiz yoktur.



SONUÇLAR

Türkiye genelindeki tüm tıp fakülteleri Aile Hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri Aile Hekimliği kliniklerinde görev yapan uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni hakkındaki bilgi ve farkındalıklarını tespit etmek amacıyla yaptığımız çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %52,4'ü tıp fakültesinde uyku hijyeni ile ilgili aldığı eğitimi yetersiz bulmaktaydı.
2. Katılan hekimler uyku hijyeni konusundaki bilgilerini %1,7 çok iyi, %9,1 iyi olarak düşünmekteydi.
3. Tıp Fakültesi müfredatında uyku ve uyku hijyeni ile ilgili konuların daha kapsamlı olarak ele alınması ve yapılacak eklemeler, eğitim ve bilgi eksikliklerin giderilmesini sağlayacaktır.
4. Katılımcılar tarafından alışkanlıklar ve uyku hakkındaki 27 soruya verdikleri doğru cevap ortalaması $17,24 \pm 5,0$ idi. Alkol, sigara, kahve tüketiminin ve ekran kullanımının yaygın olması ve bu cevap ortalamasının görece düşük olması bu konuda Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bu konuya özen göstermesi gerektiğini düşündürmektedir.
5. Tutum sorularında en fazla “her zaman” seçeneğinin işaretlendiği soru %59,0 oranı ile “Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır?” sorusu olmuştur. Sigara-alkol bağımlılığın %59,0 ile “her zaman” sorgulanmalıdır cevabı hem uyku ve uyku hijyeni, hem de diğer sistemler açısından düşük görünmektedir.

ÖZET

İnsanlar hayatlarının ortalama üçte birini uyuyarak geçirmektedir. Uyku hijyeni bu kadar önemli bir sürecin daha sağlıklı geçmesi adına önemlidir. Çalışmamızdaki amacımız Türkiye'deki Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmektir.

Çalışmamız Temmuz-Eylül 2022 tarihleri arasında Türkiye genelindeki tüm tıp fakülteleri Aile Hekimliği anabilim dalları ve eğitim araştırma hastaneleri Aile Hekimliği kliniklerinde görev yapan ve çalışmayı kabul eden 363 uzmanlık öğrencisi ile online olarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan anket çalışmasında sosyodemografik özellikleri içeren 12 soru, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış uyku hijyeni ile ilgili 63 soru ve katılımcıların uyku hijyeni hakkındaki tutumlarını sorgulayan 9 soru, toplam 84 soru bulunmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması $28,98 \pm 3,53$ idi. Katılımcıların %59,2'si kadın ve %51'i evli idi. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olmaları, kronik hastalık durumu, meslekteki süresi, uzmanlık eğitimindeki süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, aynı ev içerisinde kronik hastalığı olan bireyle yaşama, aynı ev içerisinde 65 yaş üzeri bireyle yaşama ile ilgili olarak, bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların ortalaması karşılaştırıldı. Bu karşılaştırmalardan alkol kullanan katılımcılarda alkol kullanmayanlara göre bilgi sorularına daha fazla doğru yanıt verdikleri görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Katılımcıların %52,4'ü tıp fakültelerinde uyku ve uyku hijyeni hakkındaki aldıkları eğitimin yeterli olmadığı görüşündeydi. Uyku ve uyku hijyeni konusunda katılımcıların %60,1'i bilgi düzeyinin orta seviyede olduğunu düşünüyordu. Uyku ve uyku hijyeni hakkındaki tıp

fakültesindeki aldıkları eğitimi yeterli bulan katılımcılar, yetersiz bulanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla doğru cevap vermiştir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku ve uyku hijyeni konusunda yeterli bilgileri olmadığı görüldü. Mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatlarında uyku ve uyku hijyeni konusuna verilen önemin artırılmasının bu konudaki eksikleri gidermeye yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: uyku hijyeni, Aile Hekimliği, tıbbi uzmanlık, öğrenciler, alışkanlıklar



EVALUATION OF FAMILY MEDICINE SPECIALITY STUDENTS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT SLEEP HYGIENE

SUMMARY

People spend an average of one third of their lives sleeping. Sleep hygiene is important for such an important process to be healthier. The aim of our study was to evaluate the knowledge and attitudes of family medicine speciality students in Turkey about sleep hygiene.

Our study was conducted online between July-September 2022 with 363 speciality students who accepted to participate in the study and who were working in the Family Medicine departments of all medical faculties and Family Medicine clinics of training and research hospitals throughout Turkey. In the descriptive and cross-sectional questionnaire study, there are 12 questions including sociodemographic characteristics, 63 questions about sleep hygiene prepared by the researchers by reviewing the literature and 9 questions questioning the attitudes of the participants about sleep hygiene, a total of 84 questions.

The mean age of the participants was 28.98 ± 3.53 years. 59.2% of the participants were female and 51% were married. The mean of the correct answers given by the participants to the information questions related to age, gender, marital status, having children, chronic disease status, duration in the profession, duration in speciality education, smoking, alcohol use, living with a person with chronic disease in the same household, and living with a person over 65 years of age in the same household were compared. From these comparisons, it was seen that participants who used alcohol gave more correct answers to the information questions than those who did not use alcohol and this difference was statistically significant. 52.4% of the

participants were of the opinion that the education they received in medical faculties about sleep and sleep hygiene was not sufficient. 60.1% of the participants thought that their level of knowledge about sleep and sleep hygiene was at an intermediate level. Participants who thought that the education they received in medical schools about sleep and sleep hygiene was adequate gave statistically significantly more correct answers than those who thought it was inadequate.

It was observed that the Family Medicine speciality students who participated in our study did not have sufficient knowledge about sleep and sleep hygiene. We believe that increasing the importance given to sleep and sleep hygiene in medical school curricula will help to overcome the deficiencies in this subject.

Keywords: sleep hygiene, Family Practice, medical specialty, students, habits

KAYNAKLAR

1. Souilm N, Elsakhy NM, Alotaibi YA, Ali SAO. Effectiveness of emotional freedom techniques (EFT) vs sleep hygiene education group therapy (SHE) in management of sleep disorders among elderly. *Sci Rep* 2022;12(1):6521.
2. Odabaşıoğlu ME, Dedeoğlu T, Kasırğa Z, Sünbül Z. Üniversite öğrencilerinde uyku hijyeni. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(4):204-12.
3. Polat F, Karasu F. Effect of sleep hygiene training given to elderly individuals on daytime sleepiness and fatigue: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care* 2022;58(4):2161-9.
4. Saygın M, Öztürk Ö, Şenel F, Yalçın A. Aile hekimlerinin uyku bozuklukları hakkında farkındalık düzeyleri. *Uyku Bülteni* 2021;2(2):22-5.
5. Selvi Y, Kilic S, Aydın A, Guzel Ozdemir P. The effects of sleep deprivation on dissociation and profiles of mood, and its association with biochemical changes. *Noro Psikiyatrs Ars* 2015;52(1):83-8.
6. Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017;4(1):17-26.
7. Yüksel A. Yaşlanma ve Uyku Fizyolojisi. Kılavuz A, Savaş S, Akçiçek F (Editörler). *Yaşlı Fizyolojisi*. İzmir: US Akademi & İntertıp Yayınevi; 2018:223-37.
8. Moorcroft WH. *Understanding sleep and dreaming*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers;2003:168-9.

9. Neylan TC. Fiftieth anniversary of the discovery of rapid eye movement (REM) sleep. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2003;15(4):453.
10. Weitzman ED, Czeisler CA, Coleman RM, Spielman AJ, Zimmerman JC, Dement W, et al. Delayed sleep phase syndrome: a chronobiological disorder with sleep-onset insomnia. *Archives of General Psychiatry* 1981;38(7):737-46.
11. Dement WC. History of sleep medicine. *Neurologic Clinics* 2005;23(4):945-65.
12. Rahman MM, Bhuiyan MIH, Hassan AR. Sleep stage classification using single-channel EOG. *Comput Biol Med* 2018;102:211-20.
13. Susmakova K, Krakovska A. Discrimination ability of individual measures used in sleep stages classification. *Artif Intell Med* 2008;44(3):261-77.
14. Saygın M, Özgüner M. Uykunun mikro yapısı ve mimarisi. *Uyku Bülteni* 2020;1(1):19-29.
15. Le Bon O. Relationships between REM and NREM in the NREM-REM sleep cycle: a review on competing concepts. *Sleep Med* 2020;70:6-16.
16. Nakazawa Y, Kotorii M, Ohshima M, Kotorii T, Hasuzawa H. Changes in sleep pattern after sleep deprivation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1978;32(1):85-93.
17. Dement W, Greenberg S. Changes in total amount of stage four sleep as a function of partial sleep deprivation. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 1966;20(5):523-6.
18. Fröberg JE. Twenty-four-hour patterns in human performance, subjective and physiological variables and differences between morning and evening active subjects. *Biological Psychology* 1977;5(2):119-34.
19. Åkerstedt T, Fröberg JE, Friberg Y, Wetterberg L. Melatonin excretion, body temperature and subjective arousal during 64 hours of sleep deprivation. *Psychoneuroendocrinology* 1979;4(3):219-25.
20. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine* 1993;153(18):2093-101.
21. Chen X, Redline S, Shields AE, Williams DR, Williams MA. Associations of allostatic load with sleep apnea, insomnia, short sleep duration, and other sleep disturbances: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005 to 2008. *Ann Epidemiol* 2014;24(8):612-9.

22. Cox D. Renewal theory. London: Methuen; 1962:142
23. Benington JH, Heller HC. REM-sleep timing is controlled homeostatically by accumulation of REM-sleep propensity in non-REM sleep. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 1994;266(6):1992-2000
24. Vivaldi EA, Ocampo A, Wyneken U, Roncagliolo M, Zapata AM. Short-term homeostasis of active sleep and the architecture of sleep in the rat. *Journal of Neurophysiology* 1994;72(4):1745-55.
25. Cappuccio P, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33(5):585-92.
26. Irwin MR, Olmstead R, Carroll JE. Sleep Disturbance, Sleep Duration, and Inflammation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies and Experimental Sleep Deprivation. *Biol Psychiatry* 2016;80(1):40-52.
27. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health* 2015;1(4):233-43.
28. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health* 2015;1(1):40-3.
29. Bernier A, Beauchamp MH, Bouvette-Turcot AA, Carlson SM, Carrier J. Sleep and cognition in preschool years: specific links to executive functioning. *Child Dev* 2013;84(5):1542-53.
30. Biggs SN, Lushington K, James Martin A, van den Heuvel C, Declan Kennedy J. Gender, socioeconomic, and ethnic differences in sleep patterns in school-aged children. *Sleep Med* 2013;14(12):1304-9.
31. Abe T, Hagihara A, Nobutomo K. Sleep patterns and impulse control among Japanese junior high school students. *J Adolesc* 2010;33(5):633-41.
32. Abe T, Komada Y, Nishida Y, Hayashida K, Inoue Y. Short sleep duration and long spells of driving are associated with the occurrence of Japanese drivers' rear-end collisions and single-car accidents. *J Sleep Res* 2010;19(2):310-6.
33. Myllymaki T, Kyrolainen H, Savolainen K, Hokka L, Jakonen R, Juuti T, et al. Effects of vigorous late-night exercise on sleep quality and cardiac autonomic activity. *J Sleep Res* 2011;20(1 Pt 2):146-53.

34. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2012;13(2):93-104.
35. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev* 2015;22:23-36.
36. Ozdemir PG, Boysan M, Selvi Y, Yildirim A, Yilmaz E. Psychometric properties of the Turkish version of the Sleep Hygiene Index in clinical and non-clinical samples. *Compr Psychiatry* 2015;59:135-40.
37. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, Chan MS, Chung EW, Lin WL. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 2018;35(4):365-75.
38. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. *Diagnostic and Coding Manual* 2005;51-55.
39. International Classification of Diseases. 2022 [internet]. World Health Organization. [cited 2022 June 12]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
40. Sleep Hygiene Tips. 2017 [internet]. Assosiation AS. [cited 2022 June 15]. Available from: <https://www.sleepassociation.org/about-sleep/sleep-hygiene-tips/>.
41. Hauri P. Current concepts: The Sleep Disorders. Kalamazoo, Michigan: The Upjohn Company; 1977.
42. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 2003;7(3):215-25.
43. Kabrita CS, Hajjar-Muça TA, Duffy JF. Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviors, and sleep habits. *Nature and Science Of Sleep* 2014;6:11.
44. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987;10(1):45-56.
45. Strøm-Tejsen P, Zukowska D, Wargocki P, Wyon DP. The effects of bedroom air quality on sleep and next-day performance. *Indoor air* 2016;26(5):679-86.

46. Laverge J, Novoselac A, Corsi R, Janssens A. Experimental assessment of ventilation in the bedroom: physiological response to ventilation and impact of position on rebreathing. In 5th International Building Physics Conference: 2012;973-80.
47. Muzet A. Environmental noise, sleep and health. *Sleep Medicine Reviews* 2007;11(2):135-42.
48. Kim R, Van den Berg M. Summary of night noise guidelines for Europe. *Noise and Health* 2010;12(47):61.
49. Xie H, Kang J, Mills GH. Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units. *Critical Care* 2009;13(2):1-8.
50. Comas M, Gordon CJ, Oliver BG, Stow NW, King G, Sharma P, et al. A circadian based inflammatory response—implications for respiratory disease and treatment. *Sleep Science and Practice* 2017;1(1):1-19.
51. Cajochen C, Kräuchi K, Wirz-Justice A. Role of melatonin in the regulation of human circadian rhythms and sleep. *Journal of Neuroendocrinology* 2003;15(4):432-7.
52. Cajochen C, Munch M, Kriebel S, Krauchi K, Steiner R, Oelhafen P, et al. High sensitivity of human melatonin, alertness, thermoregulation, and heart rate to short wavelength light. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;90(3):1311-6.
53. Brown GM. Light, melatonin and the sleep-wake cycle. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 1994;19(5):345.
54. Deacon S, Arendt J. Melatonin-induced temperature suppression and its acute phase-shifting effects correlate in a dose-dependent manner in humans. *Brain Research* 1995;688(1-2):77-85.
55. Hildebrandt VH. Back pain in the working population: prevalence rates in Dutch trades and professions. *Ergonomics* 1995;38(6):1283-98.
56. Park SJ, Lee HJ, Hong KH, Kim JT. Evaluation of Mattress for the Koreans. In Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting 2001;45(7):737-30.
57. Lee H, Park S. Quantitative effects of mattress types (comfortable vs. uncomfortable) on sleep quality through polysomnography and skin temperature. *International Journal of Industrial Ergonomics* 2006;36(11):943-9.

58. The Free Dictionary by Farlex. 2022 [internet]. Farlex I. [cited 2022 June 25]. Available from: <https://www.thefreedictionary.com/>
59. Booth FW, Chakravarthy MV, Gordon SE, Spangenburg EE. Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *Journal of Applied Physiology* 2002;93(1):3-30.
60. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology* 2000;88(2):774-87.
61. Burton DA, Stokes K, Hall GM. Physiological effects of exercise. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 2004;4(6):185-8.
62. ZubiaVeqar M. Sleep quality improvement and exercise: A Review. *International Journal of Sciencific and Research Publications* 2012;2(8):1-8.
63. van Tubergen A, van der Linden S. A brief history of spa therapy. *Annals of The Rheumatic Diseases* 2002;61(3):273.
64. Raymann RJ, Swaab DF, Van Someren EJ. Skin temperature and sleep-onset latency: changes with age and insomnia. *Physiology & Behavior* 2007;90(2-3):257-66.
65. Liao WC. Effects of passive body heating on body temperature and sleep regulation in the elderly: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2002;39(8):803-10.
66. Haghayegh S, Khoshnevis S, Smolensky MH, Diller KR, Castriotta RJ. Before-bedtime passive body heating by warm shower or bath to improve sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2019;46:124-35.
67. Zinn JK. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* Hyperion 1994:78-80.
68. Davis JH, Thompson E. From the five aggregates to phenomenal consciousness: toward a cross-cultural cognitive science. *Buddhist Philosophy: A Comparative Approach* 2017:165-87.
69. Desbordes G, Negi LT, Pace TW, Wallace BA, Raison CL, Schwartz EL. Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience* 2012:292.

70. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine* 2007;33(1):11-21.
71. Gillberg M, Kecklund G, Axelsson J, Åkerstedt T. The effects of a short daytime nap after restricted night sleep. *Sleep* 1996;19(7):570-5.
72. Luo Z, Inoué S. A short daytime nap modulates levels of emotions objectively evaluated by the emotion spectrum analysis method. *Psychiatry And Clinical Neurosciences* 2000;54(2):207-12.
73. Dhand R, Sohal H. Good sleep, bad sleep! The role of daytime naps in healthy adults. *Current Opinion In Pulmonary Medicine* 2006;12(6):379-82.
74. Stahl ML, Orr WC, Bollinger C. Postprandial sleepiness: objective documentation via polysomnography. *Sleep* 1983;6(1):29-35.
75. Broughton RJ, Dinges DF. Sleep and alertness: chronobiological, behavioral, and medical aspects of napping. New York: Raven Press; 1989.
76. Tassi P, Muzet A. Sleep inertia. *Sleep Medicine Reviews* 2000;4(4):341-53.
77. Stampi C, Mullington J, Rivers M, Campos JP, Broughton R. Ultrashort sleep schedules: sleep architecture and recuperative value of 80, 50 and 20 min naps. In: Horne J, ed. *Sleep '90*. Bochum: Pontenagel Press, 1990:71-4.
78. Feinberg I, Maloney T, March J. Precise conservation of NREM period 1 (NREMP1) delta across naps and nocturnal sleep: implications for REM latency and NREM/REM alternation. *Sleep* 1992;15(5):400-3.
79. Thapan K, Arendt J, Skene DJ. An action spectrum for melatonin suppression: evidence for a novel non-rod, non-cone photoreceptor system in humans. *The Journal of Physiology* 2001;535(1):261-7.
80. Brainard GC, Hanifin JP, Greeson JM, Byrne B, Glickman G, Gerner E, et al. Action spectrum for melatonin regulation in humans: evidence for a novel circadian photoreceptor. *Journal of Neuroscience* 2001;21(16):6405-12.
81. Cajochen C, Frey S, Anders D, Späti J, Bues M, Pross A, et al. Evening exposure to a light-emitting diodes (LED)-backlit computer screen affects circadian physiology and cognitive performance. *Journal of Applied Physiology* 2011;110(5):1432-8.

82. Chang AM, Aeschbach D, Duffy JF, Czeisler CA. Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2015;112(4):1232-7.
83. Wood B, Rea MS, Plitnick B, Figueiro MG. Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Applied Ergonomics* 2013;44(2):237-40.
84. Figueiro M, Overington D. Self-luminous devices and melatonin suppression in adolescents. *Lighting Research & Technology* 2016;48(8):966-75.
85. Grønli J, Byrkjedal IK, Bjorvatn B, Nødtvedt Ø, Hamre B, Pallesen S. Reading from an iPad or from a book in bed: the impact on human sleep. A randomized controlled crossover trial. *Sleep Medicine* 2016;21:86-92.
86. Chinoy ED, Duffy JF, Czeisler CA. Unrestricted evening use of light-emitting tablet computers delays self-selected bedtime and disrupts circadian timing and alertness. *Physiological Reports* 2018;6(10):e13692.
87. Gradisar M, Wolfson AR, Harvey AG, Hale L, Rosenberg R, Czeisler CA. The sleep and technology use of Americans: findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2013;9(12):1291-9.
88. Fossum IN, Nordnes LT, Storemark SS, Bjorvatn B, Pallesen S. The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behavioral Sleep Medicine* 2014;12(5):343-57.
89. Shechter A, Quispe KA, Mizhquiri Barbecho JS, Slater C, Falzon L. Interventions to reduce short-wavelength ("blue") light exposure at night and their effects on sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Advances* 2020;1(1):1-13.
90. Mitchell DC, Knight CA, Hockenberry J, Teplansky R, Hartman TJ. Beverage caffeine intakes in the US. *Food and Chemical Toxicology* 2014;63:136-42.
91. Barone J, Roberts H. Caffeine consumption. *Food and Chemical Toxicology* 1996;34(1):119-29.
92. Orbeta RL, Overpeck MD, Ramcharran D, Kogan MD, Ledsky R. High caffeine intake in adolescents: associations with difficulty sleeping and feeling tired in the morning. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(4):451-3.
93. Calhoun LK. Pharmacologic management of apnea of prematurity. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 1996;9(4):56-62.

94. Nehlig A, Daval JL, Debry G. Caffeine and the central nervous system: mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain Research Reviews* 1992;17(2):139-70.
95. Ronen A, OronGilad T, Gershon P. The combination of short rest and energy drink consumption as fatigue countermeasures during a prolonged drive of professional truck drivers. *Journal of Safety Research* 2014;49:39-43.
96. Dekker DK, Paley MJ, Popkin SM, Tepas DI. Locomotive engineers and their spouses: coffee consumption, mood, and sleep reports. *Ergonomics* 1993;36(1-3):233-8.
97. Petrie KJ, Powell D, Broadbent E. Fatigue self-management strategies and reported fatigue in international pilots. *Ergonomics* 2004;47(5):461-8.
98. Ursing C, Wikner J, Brismar K, Röjdmarm S. Caffeine raises the serum melatonin level in healthy subjects: an indication of melatonin metabolism by cytochrome P450 (CYP) 1A2. *Journal of Endocrinological Investigation* 2003;26(5):403-6.
99. Luciano M, Zhu G, Kirk KM, Gordon SD, Heath AC, Montgomery GW, et al. "No thanks, it keeps me awake": the genetics of coffee-attributed sleep disturbance. *Sleep* 2007;30(10):1378-86.
100. Byrne EM, Johnson J, McRae AF, Nyholt DR, Medland SE, Gehrman PR, et al. A genome-wide association study of caffeine-related sleep disturbance: confirmation of a role for a common variant in the adenosine receptor. *Sleep* 2012;35(7):967-75.
101. Mansfield DR, Hillman DR, Antic NA, McEvoy RD, Rajaratnam S. Sleep loss and sleep disorders. *Med J Aust.* 2013;199(8):5-6.
102. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2017;389(10082):1885-906.
103. Control CfD, Prevention. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2008;57(45):1226-8.
104. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives Of Internal Medicine* 1995;155(7):734-7.
105. Strine TW, Chapman DP. Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine* 2005;6(1):23-7.

106. Hughes JR, Hatsukami DK, Pickens RW, Krahn D, Malin S, Luknic A. Effect of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome. *Psychopharmacology* 1984;83(1):82-7.
107. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2009;49:57.
108. Bellatorre A, Choi K, Lewin D, Haynie D, Simons-Morton B. Relationships between smoking and sleep problems in black and white adolescents. *Sleep* 2017;40(1):1-8.
109. Peters EN, Fucito LM, Novosad C, Toll BA, O'Malley SS. Effect of night smoking, sleep disturbance, and their co-occurrence on smoking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 2011;25(2):312.
110. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors* 2009;34(4):365-73.
111. Liao Y, Xie L, Chen X, Kelly BC, Qi C, Pan C, et al. Sleep quality in cigarette smokers and nonsmokers: findings from the general population in central China. *BMC Public Health* 2019;19(1):1-9.
112. Griesar WS, Zajdel DP, Oken BS. Nicotine effects on alertness and spatial attention in non-smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 2002;4(2):185-94.
113. Trenchea M, Deleanu O, Suța M, Cristina O. Smoking, snoring and obstructive sleep apnea. *Pneumologia* 2013;62(1):52-5.
114. Hwang JW, Sundar IK, Yao H, Sellix MT, Rahman I. Circadian clock function is disrupted by environmental tobacco/cigarette smoke, leading to lung inflammation and injury via a SIRT1-BMAL1 pathway. *The FASEB Journal* 2014;28(1):176-94.
115. Riedel BW, Durrence HH, Lichstein KL, Taylor DJ, Bush AJ. The relation between smoking and sleep: the influence of smoking level, health, and psychological variables. *Behavioral Sleep Medicine* 2004;2(1):63-78.
116. Babson KA, Boden MT, Harris AH, Stickle TR, Bonn-Miller MO. Poor sleep quality as a risk factor for lapse following a cannabis quit attempt. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013;44(4):438-43.
117. Patterson F, Grandner MA, Malone SK, Rizzo A, Davey A, Edwards DG. Sleep as a target for optimized response to smoking cessation treatment. *Nicotine and Tobacco Research* 2019;21(2):139-48.

- 118.Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2013;37(4):539-49.
- 119.Roehrs TA, Roth T. Sleep disturbance in substance use disorders. *Psychiatric Clinics* 2015;38(4):793-803.
- 120.Roehrs T, Roth T. Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Research & Health* 2001;25(2):101.
- 121.Prinz PN, Roehrs TA, Vitaliano PP, Linnoila M, Weitzman ED. Effect of alcohol on sleep and nighttime plasma growth hormone and cortisol concentrations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 1980;51(4):759-64.
- 122.Stein MD, Friedmann PD. Disturbed sleep and its relationship to alcohol use. *Substance Abuse* 2006;26(1):1-13.
- 123.Erdem Ö. Türkiye'de aile hekimliğinin kısa tarihçesi, anabilim dalları ve akademisyenleri. Öztürk O, editör. *Aile Hekimliği Literatürü ve Akademik Süreç Yönetimi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.11-7.
- 124.Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *J Behav Med* 2006;29(3):223-7.
- 125.Brown FC, Buboltz Jr WC, Soper B. Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine* 2002;28(1):33-8.
- 126.Kervezee L, Cuesta M, Cermakian N, Boivin DB. Simulated night shift work induces circadian misalignment of the human peripheral blood mononuclear cell transcriptome. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2018;115(21):5540-5.
- 127.Saygın M, Öztürk Ö, Şenel FA, Yalçın A. Aile Hekimlerinin Uyku Bozuklukları Hakkındaki Farkındalık Düzeyleri. *Uyku Bülteni* 2021;2(2):26-31.
- 128.Saleem AH, Al Rashed FA, Alkharboush GA, Almazyed OM, Olaish AH, Almeneessier AS, et al. Primary care physicians' knowledge of sleep medicine and barriers to transfer of patients with sleep disorders: a cross-sectional study. *Saudi Medical Journal* 2017;38(5):553.
- 129.Doğan Ü. Türkiye'deki Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim ve Çalışma Koşulları Hakkındaki Görüşleri (tez). Konya: Meram Tıp Fakültesi; 2020.

130. Sönmez V. Türkiye'deki Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi (tez). Kocaeli: Kocaeli Tıp Fakültesi; 2021.
131. Mong JA, Cusmano DM. Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 2016;371(1688):20150110.
132. Wu W, Jiang Y, Wang N, Zhu M, Liu X, Jiang F, et al. Sleep quality of Shanghai residents: population-based cross-sectional study. *Quality of Life Research* 2020;29(4):1055-64.
133. Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behaviour Research And Therapy* 1986;24(3):365-8.
134. Mindell J, Carskadon M, Chervin R, Meltzer L. *Sleep in America Poll*. Washington, DC: National Sleep Foundation, 2004:31-8.
135. McDowall PS, Elder DE, Campbell AJ. Relationship between parent knowledge of child sleep, and child sleep practices and problems: a pilot study in a children's hospital cohort. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2017;53(8):788-93.
136. Halstead EJ, Jones A, Esposito G, Dimitriou D. The Moderating Role of Parental Sleep Knowledge on Children with Developmental Disabilities and Their Parents' Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(2):746.
137. Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Ejovoc* 2011;1(1):88-94.
138. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, et al. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;8(2):60-70.
139. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 2002;6(2):97-111.
140. Meissner H-H, Riemer A, Santiago SM, Stein M, Goldman MD, Williams A. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. *Western Journal of Medicine* 1998;169(3):146.
141. Mindell JA, Bartle A, Abd Wahab N, Ahn Y, Ramamurthy MB, Huong HTD, et al. Sleep education in medical school curriculum: a glimpse across countries. *Sleep Medicine* 2011;12(9):928-31.

142. Meaklim H, Jackson ML, Bartlett D, Saini B, Falloon K, Junge M, et al. Sleep education for healthcare providers: Addressing deficient sleep in Australia and New Zealand. *Sleep Health* 2020;6(5):636-50.
143. Papp KK, Penrod CE, Strohl KP. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward sleep and sleep disorders. *Sleep and Breathing* 2002;6(3):103-9.



EKLER



EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ | PROTOKOL KODU | | TUTF-GOBAEK 2022/230 | |
| | PROTOKOL ADI | | Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Uyku Hijyeni Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi | |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI | | Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | | Tek Merkez Ulusal | Çok Merkez Uluslararası | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No:15/29 | | Tarih:27.06.2022 | |
| | Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. İbrahim TAŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödülmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. | | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | | | | |
| CALIŞMA ESASI | | Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOBAEK Yönergesi | | |

ÜYELER

| Ünvan/Ad/ Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurumu | Cinsiyeti | İlişki(*) | Katılım (**) | İmza |
|---|-------------------------------|---|-----------|-----------|--------------|------|
| Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülüm ÖNAL Başkan | Tıp Tarihi ve Etik | T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D. | K | E H | E H | |
| Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı | Tıbbi Genetik | T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D. | E | E (H) | (E) H | |
| Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye | Biyoistatistik | T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D. | E | E H | E H | |
| Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. | E | E H | E H | |
| Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye | İç Hastalıkları | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D. | E | E H | E H | |
| Prof. Dr. Semaz TOPALOĞLU Üye | İç Hastalıkları | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D. | K | E (H) | (E) H | |
| Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye | Deri ve Zührevi Hastalıklar | T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D. | K | E (H) | (E) H | |
| Doç. Dr. Oktay KAYA Üye | Fizyoloji | T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D. | E | E H | E H | |
| Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye | Halk Sağlığı | T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. | E | E H | E H | |
| Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. | K | E H | E H | |
| Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye | Kadın Hastalıkları ve Doğum | T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. | E | E (H) | (E) H | |
| Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye | Anestezi ve Reanimasyon | T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D. | K | E (H) | (E) H | |
| Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye | Genel Cerrahi | T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D. | E | E H | E H | |
| Doç. Dr. Burhan Can ÇANAĞCI Üye | Endotonti | T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi | E | E H | E H | |
| Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye | Protez-Ortez ve Biyomekani | T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi | K | E H | E H | |
| Avukat Emine NURLU Üye | | T.Ü. Rektörlüğü | K | E (H) | (E) H | |
| Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye | Emekli Öğretmen | Serbest Üye | E | E H | E H | |

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK-2

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN UYKU HİJYENİ HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. İBRAHİM TAŞ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyku hijyeni hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesini saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Yaşınız?

2-Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3-Medeni durumunuz?

a) Bekar b) Evli

4-Çocuğunuz var mı?

a) Yok b) Var

5-Kronik hastalığınız var mı?(Var ise belirtiniz.)

a) Yok b) Var.....

6-Düzenli kullandığınız ilaç var mı?(Var ise belirtiniz.)

a) Yok b) Var.....

7-Mesleğinizin kaçınıcı yılındasınız?

.....

8-Uzmanlık eğitiminizin kaçınıcı ayındasınız?

.....

9-Sigara kullanıyor musunuz?

a) Hayır

b) Evet

10-Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hayır

b) Evet

11- Aynı ev içerisinde yaşadığınız kronik hastalığı olan birey var mı?

- a) Yok b) Var

12- Aynı ev içerisinde yaşadığınız 65 yaş üstü olan birey var mı?

- a) Yok b) Var

Size göre en doğru seçeneği işaretleyiniz:

13- Önerilen uyku süresi, yaş gruplarında farklılık gösterir.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

14- Okul çağındaki çocuklar için önerilen uyku süresi 9-11 saattir.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

15- Uykuya bağlı hastalıklar erişkin yaş grubunda sık görülür ve yaşla birlikte artar.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

16- Yaşlanmanın kendisi uyku bozukluklarına yol açar.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

17- Düzenli fiziksel aktivite uyku kalitesini artırır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

18- Yatmadan 1 saat önce yüksek yoğunluklu egzersiz yapmak uykuya başlama süresini uzatır ve toplam uyku süresini ve verimliliğini azaltır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

19- Uyku kalitesi, uykuya dalmak kolay olduğunda iyi olarak algılanır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

20- Uyku kalitesi, uyanmak kolay olduğunda iyi olarak algılanır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

21- Uyku kalitesi, uyku sürekli olduğunda iyi olarak algılanır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

22- Uyku kalitesi, yeterince uzun olduğunda iyi olarak algılanır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

23- Yetersiz uyku tüm nedenlere bağlı ölüm riskini artırır.

- a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

24- Kötü uyuyanlar, iyi uyuyarlardan gün içinde daha sık duygudurum değişiklikleri yaşar.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

25- Uyku bozukluğu olan kişiler sosyal uyumsuzluk gösterebilir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

26- Kötü uyuyanlar, gün içinde daha sık bilişsel bozulma yaşarlar.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

27- Kötü uyuyanlar, gün içinde daha sık kaygı yaşarlar.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

28- Kötü uyuyanlar gün içinde daha sık olarak azalan ağrı toleransından şikayet ederler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

29- 30 dakikadan daha kısa süreli gündüz uykusu, bireyin uyarılma(uyanıklık ve çevreden gelen uyaranları anlayabilme) seviyesini korur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

30- 30 dakikadan daha kısa süreli gündüz uykusu, bireyin gün içerisindeki performansının artmasına yardımcı olur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

31- Gündüz uykusu için en uygun zaman saat 12:00 civarındadır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

32- İki saatlik gündüz kestirmeleri sırasında yavaş dalga uykusunun ortaya çıkması, gece uykusundaki yavaş dalga uyku periyodlarını azaltır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

33- Kronotip, bireyin sirkadiyen ritim tercihini etkileyen kişilik özelliğidir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

34- Erken kronotipler; akşamları erken yatıp, sabahları erken ve kolaylıkla kalkan bireylerdir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

35- Geç kronotipler; geceleri geç yatar, sabahları uyanmakta zorlanır ve öğleden sonra uyarılmışlık düzeyleri en yüksektir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

36- Geç kronotipler; majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları için artan risk ile ilişkilendirilmiştir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

37- Uyku hijyeni açısından, uyku saatine yakın zamanda heyecan verici veya duygusal olarak üzücü faaliyetlerde bulunmamak gerekir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

38- Yatağın uyku ile ilgili olmayan faaliyetler için sık kullanımı (TV izlemek, kitap okumak vs.) uyku hijyenini kötü etkiler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

39- Rahatsız bir yatakta uyumak, yetersiz örtü kullanmak uyku hijyenini kötü etkiler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

40- Yatak odasının fazla aydınlık olması uyku hijyenini kötü etkiler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

41- Yatak odasının havasız olması uyku hijyenini kötü etkiler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

42- Yatak odasının sıcak veya soğuk olması uyku hijyenini kötü etkiler.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

43- ICD-10'da 'Yetersiz Uyku Hijyeni' tanısı bulunmaktadır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

44- Yetersiz verimlilik ve iş kazalarına sonucu oluşan engellilik nedeniyle erken emeklilik talepleri, uyuyamayanlarda daha sıktır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

45- Vardiyalı çalışmanın sağlıkla ilişkili en yaygın etkisi, uykuya dalmada zorluktur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

46- Gebelerde uyku bozuklukları birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek seviyelere gelir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

47- Gebe kadınlar en sık noktüri nedeniyle uyanırlar.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

48- Bir başka hastalığa bağlı ikincil uyku hastalıklarına, birincil uyku hastalıklarından daha çok rastlanılır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

49- Alkol, uykuya dalmayı kolaylaştırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

50- Alkol, özellikle uykunun ilk yarısında REM evresinin süresini kısaltır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

51- Alkol, uykunun ilk bölümünde yavaş dalga uyku süresini artırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

52- Yüksek dozlarda alkol, gece boyunca yavaş dalga uyku miktarını artırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

53- Alkol, uykunun ilk yarısında uyanma sıklığını azaltırken, ikinci yarısında artırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

54- Nikotin uyanıklığı artıran bir uyarıcıdır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

55- Nikotinin yatma saatine yakın alınması uyku gecikmesine sebep olur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

56- Uyku süresi; iş günleri ve boş günler arasında dört saat veya daha fazla olan kişilerde, sigara içme oranı %60'a çıkmaktadır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

57- Sigara içenler, içmeyenlere göre daha kötü uyku kalitesine sahiptir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

58- Sigara bağımlılarında nikotin, geceleri geri çekilme semptomları ve uykusuzluğa neden olabilir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

59- Günde 15'ten az sigara içenlerin toplam uyku süresi kısılırken, daha fazla içenlerde uyku normaldir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

60- Kötü uyku kalitesi, madde bağımlılarında bırakma girişimlerini takiben nüksetme için risk faktörüdür.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

61- Kafein beyindeki adenosin reseptörlerini antagonize ederek uyanıklığı artırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

62- Ağızdan alınan kafein kanda 30-60 dakika sonra maksimum seviyeye ulaşır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

63- Kahveden başka çay, çikolata, enerji içecekleri ve bazı gazlı içeceklerde de kafein bulunur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

64- Kafein metabolizması bireyler arasında farklılık gösterir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

65- Çeşitleri genler kafein duyarlılığına ve kafeinin neden olduğu uykusuzluğa sebep olabilir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

66- Kafein uykuya dalmayı zorlaştırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

67- Kafein uyku süresini azaltır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

68- Kafein uyku kalitesini kötüleştirir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

69- Kafein alımıyla yavaş dalga uykusu süresi azalır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

70- Uyku saatinden 6 saat önce alınan kafeinin uyku üzerine etkisi yoktur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

71- Kafeinin uyanıklığı artırıcı etkisine karşı tolerans gelişir; ve sonrasında uyanıklık için daha yüksek dozlarda almak gerekir.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

72- Yetersiz uyku hijyeni kafein bağımlılığı, alkolizm, gündüzleri aşırı uyku ihtiyacına neden olur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

73- Ekranlardan yayılan mavi ışık (akıllı telefonlar, dizüstü bilgisayarlar, monitörler), uykuyu başlamak için gerekli olan melatonin üretimini bastırır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

74- Uykuya dalmadan önce video oyunları ile zaman geçirme uyku gecikmesine sebep olur.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

75- Uykuya dalmadan önce video oyunları ile zaman geçirmek uyku süresini kısaltır.

a) Yanlış b) Doğru c) Fikrim yok.

76- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla uyku düzeni sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

77- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uyku süreleri sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

78- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınızın uykuya dalma süreleri sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

79- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza gündüz uykululuğu sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

80- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla yorgunluk düzeylerini sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

81- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla hastalarınıza kafein bağımlılığı sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

82- Rutin hasta muayenesinde ne sıklıkla sigara-alkol bağımlılığı sorgulanmalıdır?

a) Asla b) Nadiren c) Ara sıra d) Sıklıkla e) Her zaman

83- Uyku ve uyku hijyeni konusunda tıp fakültesinde aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Yetersiz b) Kararsızım c) Yeterli

84- Uyku ve uyku hijyeni konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

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

Anketimiz bitmiştir. Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.