

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Gülseda TOPAL**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**ŞUBAT 2021
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Gülseda TOPAL**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN
Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**ŞUBAT 2021
NEVŞEHİR**

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN'a,

Tez çalışmam süresince bilgilerini benimle paylaşan değerli ikinci danışman hocam Nalan Gördeles Beşer'e

Çalışmamda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Arş.Gör.Dr Ayşe Topal Hançer'e

Hemşirelik Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca üzerimde emeği olan, yoluma ışık tutan bütün hocalarıma,

Çalışmama katılmayı kabul eden Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde görev yapan hemşire arkadaşlarıma,

Tez çalışmam boyunca manevi desteğini hep yanımda hissettiğim sevgili Çağlar Kılıncarslan'a,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi tez çalışmam boyunca da desteklerini eksik etmeyen, hayatıma anlam katan ve ömür boyu gönül borcum olan canım annem Hatice Topal, canım babam Nevzat Topal ve sevgili kardeşlerime çok teşekkür ederim.

HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gülseda TOPAL

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şubat 2021

ÖZET

Araştırma hemşirelerin uyku kalitesi ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayan türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bir ilin devlet hastanesinde çalışan hemşireler (n: 201) oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş, %66.2sine ulaşılmıştır. Etik kurul, kurum izni ve hemşirelerin onamı alınarak yapılan çalışmada veriler, 'Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Stresle Başa çıkma Ölçeği (BSÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ile toplanmıştır. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi, Kruskal Wallis testi, Spearman'rsrho korelasyon katsayısı lineer regresyona analizi ve Enter metodu ile yapılmıştır. Hemşirelerin ölçeklerden aldığı puan ortalaması PUKİ $8.2\pm 4.5(0-19)$, BDE $13.1\pm 8.2(1-46)$, BSÖ $86.5\pm 15.1(24-120)$ ve EUÖ $7.9\pm 4.7(0-24)$ olarak bulunmuştur. Araştırmada hemşirelerin uyku kalitesini; çalışma yılının, vardiyalı çalışma durumunun, aydaki nöbet sayısının, yaşın, çay ve kahve tüketim durumunun etkilediği bulunmuştur. Hemşirelerin stres ile başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri azaldıkça depresyon düzeyleri arttığı ($p<0.001$; $r=-0.484$), depresyon düzeyi arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0.001$; $r=0.426$). Ayrıca hemşirelerin uykululuk düzeyi arttıkça stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri azalmaktadır ($p<0.05$; $r=-0.209$). Hemşirelerin uyku kalitelerini arttırmak ve ruh sağlığını düzenlemek için; hemşirelerin çalışma sistemlerine yönelik yeni planlamalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler :Uyku Kalitesi, Hemşirelerde Uyku Kalitesi, Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Tez Danışmanı :Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

Sayfa Adedi :75

**DETERMINATION OF SLEEPING QUALITY OF NURSES AND THEIR EFFECTING
FACTORS
(Master Thesis)**

Gülseda TOPAL

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES
February 2021**

ABSTRACT

The research was conducted in a descriptive and relationship-seeking type to determine the sleep quality of nurses and related factors. The population of the study was composed of nurses (n: 201) working in a state hospital of a province. In the research, it was aimed to reach the whole universe, 66.2% of it was reached. The data in the study, which was carried out with the approval of the ethics committee, institutional permission, and the nurses, was collected using Personal Information Form, Beck Depression Inventory (BDI), Stress Coping Scale (PSI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Epworth Sleepiness Scale (EUI). Data were analyzed with IBM SPSS V23. In the evaluation of the data, computerized t-test, Mann-Whitney U test, one-way variance (ANOVA) analysis, Kruskal Wallis test, Spearman's correlation coefficient were performed by linear regression analysis and Enter method. The mean scores obtained by the nurses from the scales were found as PSQI 8.2 ± 4.5 (0-19), BDI 13.1 ± 8.2 (1-46), PSI 86.5 ± 15.1 (24-120), and EUI 7.9 ± 4.7 (0-24). The sleep quality of nurses in the research; It was found that the working year, shift work status, number of shifts per month, age, and tea and coffee consumption were affected. It was found that as the nurses' potential to use stress coping strategies decreased, their depression levels increased ($p < 0.001$; $r = -0.484$), and as the level of depression increased, their sleep quality decreased ($p < 0.001$; $r = 0.426$). In addition, as the sleepiness level of nurses increases, their potential to use stress-coping strategies decreases ($p < 0.05$; $r = -0.209$). To increase the sleep quality of nurses and to regulate their mental health; It may be suggested to make new plans for the working systems of nurses.

Keywords: Sleep Quality, Sleep Quality in Nurses, Factors Affecting Sleep Quality

Thesis Advosar: Asst. Prof. Ayşegül ÖZCAN

Page Number: 75

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	İ
TEZ BİLDİRİM SAYFASI.....	İİ
TEŞEKKÜR	İİİ
ÖZET.....	İV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ	İX
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	İX
1.BÖLÜM	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. BÖLÜM	3
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.HEMŞİRELİK KAVRAMI	3
2.2.UYKUNUN TANIMI	4
2.3.UYKUNUN FİZYOLOJİSİ.....	4
2.4.UYKUNUN EVRELERİ	5
2.4.1.Rem:	5
2.4.2. NREM:	5
2.5.SİRKADİYEN RİTİM (UYKU-UYANIKLIK RİTMİ).....	6
2.6.UYKU GEREKSİNİMİ:	6
2.7.UYKU BOZUKLUKLARI:	7
2.7.1. Birincil Uyku Bozuklukları	7
2.7.2. Diğer Uyku Bozuklukları	8
2.8. UYKU KALİTESİ	8
2.9.HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ	9
2.10.UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	11
2.10.1.Yaş.....	11

2.10.2.Cinsiyet	11
2.10.3. Hastalıklar	11
2.10.4. Çevresel Faktörler	11
2.10.5. Fiziksel Aktivite	11
2.10.6.Beslenme	12
2.10.7.Yaşam Tarzı	12
2.10.8.Kullanılan İlaçlar.....	12
2.10.9.Alkol, Sigara Kullanımı	12
2.10.10.Emosyonel Durum.....	12
2.11.UYKU YOKSUNLUĞU VE ETKİLERİ.....	12
2.12.VARDİYALI ÇALIŞMANIN HEMŞİRELERİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	13
2.13.HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE VARDİYALI ÇALIŞMA İLE İLGİLİ DÜNYA'DAKİ VE TÜRKİYE'DEKİ YASAL DÜZENLEMELER	13
3. BÖLÜM.....	15
GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	15
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	15
3.3.1. Evren.....	15
3.3.2. Örneklem.....	15
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	15
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	16
3.5.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	16
3.5.3. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (BSÖ).....	16
3.5.4.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	17
3.5.5.Epworth Uykululuk Ölçeği.....	17
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ ÖN UYGULAMASI.....	17
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULAMASI.....	18
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	18
3.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	18
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	18
4. BÖLÜM.....	19

BULGULAR.....	19
5. BÖLÜM	44
TARTIŞMA	44
6. BÖLÜM	49
SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR.....	51
EKLER	64
ÖZGEÇMİŞ	84



TABLolar LİSTESİ

TABLO 1. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI.....	19
TABLO 2. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI	20
TABLO 3. HEMŞİRELERİN BAZI ALIŞKANLIKLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSLERİNE GÖRE DAĞILIMI	21
TABLO 4. HEMŞİRELERİN BAZI NİCEL DEĞİŞKENLERE VE ÖLÇEK PUANLARINA GÖRE DAĞILIMI	21
TABLO 5. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	23
TABLO 6. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE GÖRE PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	24
TABLO 7. HEMŞİRELERİN BAZI ALIŞKANLIKLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	26
TABLO 8. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE BECK DEPRESYON ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	28
TABLO 9. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE GÖRE BECK DEPRESYON ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	29
TABLO 10. HEMŞİRELERİN BAZI ALIŞKANLIKLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE BECK DEPRESYON ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	30
TABLO 11. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	31
TABLO 12. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE GÖRE STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	32
TABLO 13. HEMŞİRELERİN BAZI ALIŞKANLIKLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSLERİNE GÖRE STRESLE BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	34
TABLO 14. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	35
TABLO 15. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİNE GÖRE EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI	36
TABLO 16. HEMŞİRELERİN BAZI ALIŞKANLIKLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ ORTALAMALARININ DAĞILIMI.....	37
TABLO 17. HEMŞİRELERİN BAZI ÖLÇEKLERE GÖRE FREKANS DAĞILIMLARI	39
TABLO 18. BECK DEPRESYON ENVANTERİ, PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ VE EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİNE GÖRE HEMŞİRELERİN YAŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	40
TABLO 19. ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DAĞILIMI.....	42
TABLO 20. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ'NE ETKİ EDEN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN ÇOKLU LİNEER REGRESYON MODELİ İLE İNCELENMESİ	43

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

%	: Yüzde
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BSÖ	: Stresle Başaçıkma Ölçeği
BSR	: Bulbar Senkronize Edici Sistem
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromyelografi
EOG	: Elektrookülog
EUÖ	: Epworth Uykululuk Ölçeği
ICN (International Council of Nursing)	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
N	: frekans
NREM	: Non- RapidEyeMovement
P	: Anlamlılık düzeyi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
R	: Spearman'rhokorelasyon katsayısı
RAS	: Retiküler Aktivasyon Sistem
REM	: RapidEyeMovement
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
U	: Mann-Whitney U test istatistiği
χ^2	: Kruskal Wallis istatistiği
\bar{x}	: Aritmetik ortalama
F	: Varyans analizi test istatistiği.
T	: Bağımsız iki örnek t test istatistiği.

1.BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan ömrünün ortalama üçte birini oluşturan uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolmasıdır [1,2]. Uyku, vücudun dinlenmesini sağlayarak, bireyi yeni güne hazırlarken, uyku düzenindeki değişiklikler bireyin günlük yaşamındaki aktiviteleri etkilemektedir [3,4]. Fizyolojik temel bir yaşam gereksinimi olan uyku, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir [5].

Hemşireler hastane ortamlarında 7/24 hasta bakımını sağlamak için kaçınılmaz olarak vardiyalı çalışma programlarına dahil olurlar [6]. Vardiyalı çalışma zorunluluğu olan hemşirelik mesleği, doğal biyolojik ritimlerine uymayan çalışma saatlerinden dolayı uyku kalitesinin düşük olması açısından önemli risk grubunu oluşturmaktadır [3,7,8]

Chien ve ark. (2013) hemşirelerin %70'inden daha fazlasının yetersiz uyku, stres gibi vardiyalı çalışmanın neden olduğu sorunlar yaşadığını, Zeng ve ark. (2019) ise hemşirelerin % 61'inin düşük uyku kalitesi semptomları olduğunu bildirmiştir [9,10]. Türkiye'de Sönmez ve ark. (2010) vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama sıklığını %35.9, gündüz aşırı uykululuk sıklığını %15.4 olarak saptanmıştır [11]. Vardiyalı sistemde gece çalışmak uykusuzluk, gündüz uykululuğu ve uyku kalitesinde azalma gibi pek çok uyku sorununu yanında getirmektedir [12]. Yapılan çalışmalarda erişkin bireylerin uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukların olması ve kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın belirtisi olması açısından uyku kalitesi üzerinde durulması gereken bir kavramdır [3,13].

Literatürde uyku kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında vardiyalı çalışmak, kafein kullanımı, günlük yaşamda karşılaşılan iş-aile çatışması, anksiyete, stres gibi faktörler gösterilmektedir [14-22]. Yurtdışında Bao (2018), Song (2018) ve Türkiye'de Küçük ve Yağmur (2018) hemşirelerle ilgili yaptıkları çalışmalarda; alınan ücretin yetersizliği, yapılan işin değersiz olarak görülmesi, vardiyalı çalışılması ve iş ortamında sağlığı tehdit edecek tehlikelere maruziyet stresin en önemli nedenleri olarak saptanmıştır [23-25].

Hemşirelik mesleği kişilerarası iletişimin önemli olduğu meslek gruplarından birisidir [26]. Hemşire, temel sorumluluğu olan bakım işlevini, hasta ya da sağlıklı bireylerle kurduğu kişilerarası ilişkiler yoluyla yerine getirmektedir [27]. Hemşirelerin sunduğu bakımın kalitesinin sağlanması için hemşirelerin tam bir iyilik halinde olması gerekmektedir. Uyku kalitesi de hemşirelerin fiziksel ve ruhsal iyilik halini etkilemektedir [28]. Hemşirelik bakım kalitesini arttırmak için; hemşirelerin uyku kaliteleri, depresyon düzeyleri belirlenmeli ve uyku kalitelerini arttırıcı ve kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkileyecek çalışmalar yapılmalıdır. Dünyada hemşirelerin uyku kalitesi ve risk faktörleri incelenmiştir [9,10,23,24]. Ancak Türkiye’de hemşirelerin uyku kalitesi incelenmiş olup risk faktörleri ayrı olarak incelenmiştir [11,25]. Hemşirelerin uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin bilinmesi hem hemşirelerin kendi sağlığını koruma açısından hem de hastaların bakım kalitesinin artırılmasına faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma hemşirelerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1.Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik kavramı ve hemşireliğin işlevleri, ilk olarak 1859 yılında ‘Hemşirelik Üzerine Notlar’ adlı kitapta Florence Nightingale tarafından “bireyin; doğanın birey üzerindeki olumsuz etkilerinden zarar görmemesi için bireyi en iyi hale getirebilmek” olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda hemşirenin hastaya sağladığı güvenli çevre, temizlik, iyi ışık, planlı bir diyet sağlanmasının da hasta için önemli olduğunu belirtmiştir [29,30].

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing- ICN) hemşireliğin; sağlıklı ya da hasta bireyin mevcut durumunu koruyarak, geliştirmeye yardım eden, herhangi bir hastalık durumunda iyileştirme ve sonrasında gelişebilecek kalıcı durumlarda bireyi rehabilite etmeye destek veren ve hasta bakımını planlayarak bakıma katılan bir meslek grubu olarak tanımlamıştır [31,32].

Türk Hemşireler Derneği ise hemşireliği; “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir.” şeklinde tanımlamıştır [33,34].

Joyce Travelbee (1973), hemşireliği, “iki insan arasındaki kişilerarası bir süreç olarak” tanımlamaktadır. Empati ve sempati kavramlarının ancak hastayla beraber oldukça sağlanabildiğini öne süren Travelbee; bu nedenle hemşirelerin hastayla mümkün olduğunca daha sık beraber olmalarını önermektedir [33,35].

Virginia Henderson hemşireliğin en beğenilen tanımı olan, “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” ifadesini kullanmıştır. Hemşireliği hastanın iyileştirilmesi, sağlam bireyin sağlığının korunması ya da huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardım eden güç olduğunu belirtir [36,37].

2.2.Uykunun Tanımı

Uyku organizmanın çevresi ile iletişiminin geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması ve duyuşsal ya da başka uyarılar ile geri döndürülebilen bedensel bir süreçtir [2,4]. Maslow'un temel gereksinimler hiyerarşisinde fizyolojik gereksinimler kısmında yer alan uyku; insanın sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için en temel gereksinimler arasında bulunmaktadır [3].

2.3.Uykunun Fizyolojisi

Uyku; beyinsapı, hipotalamus, talamus ve bazal ön beyin bölgelerindeki merkezlerin fonksiyonu sonucu oluşan fizyolojik bir süreçtir.

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

(1) Beyin sapında, spinalkordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistem (ReticularActivatingSystem-RAS)

(2) Medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (BulbarSynchoronizingRegion-BSR)" dir [38].

Bu iki merkez birlikte çalışır ve aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. Görme, işitme, dokunma ve ağrı uyarılarını serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olur ve RAS uyarılır, bu durum uyanıklık süresi boyunca devam eder [39]. Uykunun gelmesiyle birlikte RAS aktivasyonunun azalması ve BSR aktivitesinde artması ile uykuya dalma görülür. Uyku süresince devam eden bu durum RAS'ın tekrar uyarılması ile sona erer ve kişi uyanır [40,41]. Dopamin, seratonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin gibi nörotransmitterler uykuda önemli bir rol oynarlar. Nörotransmitterler arasında uykuya başlamada en önemli rolü seratonin üstlenir. Seratoninin salınımının artmasıyla birlikte RAS inhibe olur [41].

Bunun yanında gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortam, rahat ve uygun bir pozisyon gibi çevresel koşullarda RAS'ın uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasını sağlar [41,42].

2.4.Uykunun Evreleri

Uykunun evreleri, EEG (Elektroensefalografi) ile beynin elektriksel aktivitesi, EMG ile (Elektromyografi) kasın dinlenme durumunda kasılıp gevşeme durumu ve EOG (Elektrookülog) ile de göz hareketlerinin tespit edilmesiyle belirlenebilir [41,42].

Uyku, belirli aralıklarla tekrar eden hızlı göz hareketlerinin eşlik etmediği NREM (Non- RapidEyeMovement) ve hızlı göz hareketlerinin eşlik ettiği REM (RapidEyeMovement) uyku dönemi olmak üzere iki ana dönemde incelenmektedir [43].

Uykuya daldıktan sonraki ilk evre NREM evresidir, yaklaşık 90 dakika sonra REM dönemi görülmektedir [42,43].

2.4.1.Rem:

Rüyaların görüldüğü, kalbin daha hızlı attığı, hızlı göz hareketlerinin olduğu düzensiz nefes alınan dönem Rem dönemidir [44]. Beyin, günlük aktivitelerle ilgili depolanan bilgileri bu evrede süzer bu sebeple REM evresi uykusunu alamayan bireyde mental ve emosyonel sorunlar ortaya çıkabilir [45].

2.4.2. NREM:

Gece uykusunun %75ini oluşturan NREM dönemi ise; uyku ve uyanıklık açısından geçiş dönemi olan yüzeysel uyku (1. ve 2.evre) ve kişinin göz ve kas hareketlerinin olmadığı, kişiyi uyandırmanın daha zor olduğu dönem olan derin uyku (3.ve 4.evre) olarak ikiye ayrılır [39,44].

2.4.2.1.NREM1:

Uyku ile uyanıklık arasında olan yalnızca birkaç dakika süren evredir. Bu evrede kişi kolaylıkla uyanabilir [46].

2.4.2.2.NREM2:

Uykunun başladığı ve çevreden iletişimin kesildiği yaklaşık 10-20 dakika süren evredir [46].

Bu evrede beden ısısı ve kan basıncı düşer, kalp atım hızı ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır [47].

2.4.2.3.NREM3:

Derin uykuya geçilen bu evrede kaslar gevşer, refleksler kaybolur. Solunum ve kalp hızı da bu evrede yavaşlar [45,47]. Bu evrenin en temel özelliği Growth hormonun salgılanmasıdır. Growth hormonunun salgılanmasıyla beraber protein sentezi artar ve metabolizmanın çalışma hızı yavaşlar [46]. Bu evre yaklaşık 15-30 dakika sürer [45].

2.4.2.4.NREM4:

Uykunun en derin evresi olup dinlenmenin sağlandığı evredir. Büyüme hormonu, testosteron ve prolaktin salgıları artar. Tüm bu değişimler vücudun yenilenmesine hizmet eder [45,47]. Bu evre yaşlanma ile azalmakta, 60 yaşından sonra ise hiç görülmemektedir. Horlama, uykuda konuşma, uyurgezerlik, enürezis gibi uyku sorunlarının da görüldüğü evredir [48].

Uyku NREM ve REM dönemlerinin birbirlerini belirli sürelerle takip etmesiyle meydana gelmektedir. Ortalama 90-120 dakikada NREM-REM döngüsü tekrarlanmaktadır [46,47].

2.5.Sirkadiyen Ritim (Uyku-Uyanıklık Ritmi)

Sirkadiyen Latince “circa” yaklaşık,”dies” gün anlamına gelen iki sözcüğün birleşmesinden meydana gelmiş olup vücut işlevlerinin düzenli olarak işleyişi anlamına gelmektedir [8].

Uykunun 24 saatlik zaman diliminde sirkadiyen ritmi, anterior hipotalamusta bir çift yapı olarak bulunan suprachiasmatic çekirdek (SCN) tarafından sağlanır. Organizmanın yaklaşık 24 saatlik fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade eden sirkadiyen ritimdir [49]. Sirkadiyen ritim, uyku zamanlamasına ek olarak gece gündüz döngülerindeki, kalp hızı, kan basıncı, beden sıcaklığı, hormon salınımı, metabolik aktiviteler gibi birçok hayati fonksiyonu da kontrol eder [50].

Her bireyin kendine özgü bir biyolojik saati vardır. Bireylerin alışık oldukları saatte daha kolay uyuması ve kalkma saatlerinin alışkanlıklarına bağlı olarak değişmesi bireylerin sirkadiyen ritmi ile uyumludur [47,49].

2.6.Uyku Gereksinimi:

İnsanların uyku gereksinimi; yaş, beslenme şekli, sağlık durumu, çevresel ve bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir [38]. İnsan hayatının yaklaşık üçte biri

uykuyla geçmektedir. Uyku süresi günde 4-11 saat arasındadır ve bu süre kişiden kişiye değişmektedir [47]. Yenidoğan bebekler günde ortalama 17 saat, okul öncesi çocuklar günde ortalama 11 saat, adölesan ve genç yetişkinler 8-10 saat uykuya ihtiyaç duyarlar [51]. Yaşlılarda ise uyuklama süresi ve sıklığı artarken gece uykusu azalmaktadır ortalama 6 saat uyku yeterli olmaktadır [47].

2.7.Uyku Bozuklukları:

2.7.1. Birincil Uyku Bozuklukları

2.7.1.1. Dissomnia:

Dissomnialargündüz uykululuğuna neden olan uykunun başlamaya da devamına ilişkin ve bozukluklardır [51].

İnsomnia:

En az bir ay süren uykuya dalmada, sürdürmede, sonlandırmada sıkıntılarla karakterize ve dinlendirici olmayan uykuya insomnia adı verilmektedir [52].

Hipersomnia:

Bir aydan daha uzun süredir devam eden gece yeterince uyunmasına rağmen gündüzleri aşırı uykulu olma haline hipersomnia adı verilmektedir [53].

Narkolepsi:

En az üç ay süren uyanıklıkta uyku ataklarıyla ve anormal Rem dönemleri ile karakterize bir bozukluktur [54].

Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu:

Apne, hipopne, oksijen desatürasyonu gibi uyku sırasında oluşan solunum sorunlarıyla karakterize bir bozukluktur [55].

Sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu:

Çevresel ve sosyal koşullara uygun olan uyku uyanıklık ritminin devamlı veya tekrarlayıcı tarzda bozulmasıdır [49].

Başka Türü Adlandırılmayan Disomnialar:

Uyku boyunca ayaklarda kasılmalarla karakterize” idiopatik periyodik bacak ve kolhareketleri” (nokturnalmiyoklonus), uykuda bacaklarını oynatma ihtiyacı duyma

ile karakterize “huzursuz bacak sendromu” (RestlessLegs Sendromu-RLS), günün büyük bir çoğunluğunu uyumakla geçirmekle karakterize “Kleine-Levin Sendromu”, menstrasyonla ilişkili sendrom, yetersiz uyku ve uyku sarhoşluğu başka türlü adlandırılmayan disomniaları oluşturmaktadır [56,57,58].

2.7.1.2. Parasomnia

Uyku sırasında ortaya çıkan davranış ve fizyolojik değişmelerle karakterize uyanma bozukluğudur [58].

Kabus bozukluğu:

Her yaşta görülebilen, en yaygın 3-5 yaşlarında ortaya çıkan kişinin Rem döneminde kâbus görecer uyanma halidir [59]. Genellikle kişi olan biteni hatırlamaktadır [58].

Uykuda korku nöbeti (PovarNocturnus):

Genellikle kişinin ne olduğunu hatırlamadığı 3. Ve 4. Evrelerde ortaya çıkan büyük panik ve anksiyete halidir [58,59].

Uyurgezerlik (Sleepwalking):

En yaygın 8-12 yaşlarında ortaya çıkan, yetişkinlikte prevalansı %1 olan; derin NRem uykusu sırasında aniden kalkma, yürüme, konuşma ile karakterize uyku bozukluğudur. Kişi olan biteni hatırlamamaktadır [41,58].

Diğer Parasomnialar:

Uyku sırasında konuşma, diş gıcırdatma ve şiddetli hareketler vb şeklinde ortaya çıkabilir [59].

2.7.2. Diğer Uyku Bozuklukları

Tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonuçlarına bağlı olarak gelişen uyku bozukluklarıdır [2].

2.8. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde ve yeni güne hazır hissetmesidir [3]. Birçok fizyolojik, psikolojik ve çevresel etmenler uyku kalitesini etkilemektedir [60]. Uyku kalitesi; uyku ile ilgili yakınmaların yaygın olmasından ve kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın belirtisi olabileceğinden dolayı önemlidir

[3,13]. Kecklund ve Axelsson (2016), Lajoie ve ark. (2015) çalışmalarında metabolik sendrom gibi çeşitli sağlık risklerinin düşük uyku kalitesi ve yetersiz uyku süresiyle arttığı bildirilmiştir [15,16]. Uyku kalitesi düşük olduğunda dikkat dağınıklığı, emosyonel bozukluklar gözlemlenmekte; iş başarıları düşmekte; süregelen biyolojik değişikliklerle beraber semptomların şiddet derecesi giderek artmaktadır [28].

Baek ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada hemşireler arasında uyku süresindeki değişkenlik % 34 bulup, ergenlere (% 16.4), üniversite öğrencilerine (% 12.1), yetişkinlere (% 15.4-23.4) ve yaşlılara (% 11.0-12.6) göre daha yüksek olduğunu saptamıştır [61-65]. 2010 yılında yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çalışanların % 29.9u günde 6 saatten az uyurken, 2014 yılında Welsh ve ark. çalışanların uyku süresinin son on yılda her yıl azaldığını saptamıştır [66,67].

Uyku yoksunluğu; bedenin uykudan yoksun kalması ve uzamış uyanıklık olarak tanımlanmaktadır [68]. Uyku yoksunluğu 2015 yılında bir "Halk Sağlığı Salgını" olarak kabul edilmiştir [69]. Ülkemizde Türk Uyku Tıbbı Derneği'nin (2010) yaptığı araştırmada erişkin toplumun %21.8inin uyku kalitesinin düşük olduğunu saptanmıştır [70]. Mayda ve ark.(2012) tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin yarısından fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamıştır [71]. Okutan (2018) sağlık çalışanlarında uyku kalitelerini incelediği çalışmasında tüm sağlık çalışanlarının kaliteli uyku uyuyamadıkları, PUKİ toplam puanı (<5) değerinde hiçbir sağlık çalışanının olmadığını saptamıştır [72].

Vardiyalı çalışmak zorunda olan sağlık profesyonellerin sirkadyen ritimlerindeki bozukluklar uyku problemlerine ve uyku kalitesindeki azalmaya neden olmaktadır [73]. Bumin ve ark. (2019) vardiyalı ve vardiyasız çalışan sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada gece vardiyası çalışanlarının, gündüz çalışanlara göre uyku kalitesinin düşük olduğunu saptamışlardır [74].

2.9.Hemşirelerde Uyku Kalitesi

Vardiyalı çalışma zorunluluğu olan meslek gruplarından biri olan hemşirelik mesleği doğal biyolojik ritimlerine uymayan çalışma saatlerinden dolayı uyku bozukluklarının yüksek ve uyku kalitesinin düşük olması açısından önemli risk

grubunu oluşturmaktadır [3,7,8]. Hemşirelerde uyku kalitesi yurt içinde ve yurt dışında çeşitli çalışmalarda incelenmiştir.

Rocha ve Martino (2010) çalışmasında, stres düzeyi yüksek hemşirelerin %73.3 oranında uyku kalitesinin kötü olduğuna yönelik sonuçlar elde etmişlerdir [75]. Chan (2009) Hong Kong'da yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %70'ten fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu, Shcao ve ark (2010) Tayvan'da 435 hemşire ile yaptıkları araştırmada hemşirelerin %57'sinin uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamışlardır [76,77]. Ghalichi ve ark. (2013) da benzer olarak sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada vardiyalı çalışma ile yetersiz uyku arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir [78]. Kore'de ise Park ve ark.(2018) yaptıkları çalışmada uyku kalitesi düşük hemşirelerin oranı % 79.8 olarak saptamışlardır [79].

Wanga ve ark. (2020) Çin'de hemşirelerin uyku kaliteleri ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında, tüm hemşirelerin % 27.6'sının uyku kaliteleri kötü olduğunu ve uyku sorunları yaşayan hemşirelerin intihar düşüncelerinin yaygın olduğunu saptamışlardır. Liu ve ark. (2020)'nin yaptıkları benzer bir çalışmada Çin'de bir hastanede çalışan hemşirelerin sadece %30.7'sinin iyi uyku kalitesine sahip olduğu sonucunu elde etmişlerdir [20,80].

Uyku kalitesi ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalar incelenmiştir. Kaçan ve ark (2016) hemşirelerin uyku kalitelerini belirlemek için yaptığı çalışmasında hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nden 12.4 puan alarak "uzun dönem uyku rahatsızlığı" ile uyumlu olduğunu saptamıştır [81]. Çetinel (2018) çalışmasında hemşirelerin %89.7'si Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nden uyku kalitesinin kötü olduğunu gösteren 5 ve daha yüksek puan aldığını uyku kalitesinin kötü olduğunu belirlemiştir [82]. Dağcan (2019) ise hemşirelerin %69.1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu saptamıştır [83].

Hemşirelerin vardiyalı çalışma durumu, çalıştığı klinikler ve çalışma koşulları uyku kalitelerini etkilemektedir. Yeşilçicek ve ark. (2014) yaptıkları çalışmanın sonucunda, vardiyalı çalışmanın hemşirelerin %95.2'sinin fiziksel sağlığının etkilendiği ve hemşirelerin yarısından fazlasının fiziksel yorgunluk ve uyku sorunu yaşadığını bildirmiştir [84]. Karakaş ve ark (2017) vardiyalı çalışan hemşirelerde

yaptığı çalışmada hemşirelerin gece nöbetlerinin uyku problemlerine neden olduğunu belirtmiştir [85].

2.10.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

2.10.1.Yaş

Kişinin uyku gereksinimi ve uyku kalitesi yaşa göre farklılık göstermektedir. Yaş değişkeni bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir. Bebekler ve çocuklar daha çok uykuya gereksinim duyarken yaşın ilerlemesi ile birlikte uyku gereksiniminde azalma gözlenir [86]. Yaş gruplarına göre uykuda geçirilen ortalama saat yenidoğanların yaklaşık 16 saat, adölesan ve yetişkinlerin ortalama 8-10 saat, yaşlıların ise ortalama 6 saatinin uykuda geçirdiği belirtilmektedir [86-89].

2.10.2.Cinsiyet

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Karakaş ve ark.(2017) çalışmalarında kadınların uyku kalitelerinin erkeklere göre daha kötü olduğunu saptamıştır. [85].

2.10.3. Hastalıklar

Hastalıklar bireyde oluşturduğu psikolojik ve fizyolojik etkiler nedeniyle uyku düzeninde bozulmaya yol açabilir. Birçok hastalık ağrı, anksiyete, depresyona ve sonuç olarak da insomniyaya (uykusuzluk) yol açar. Hipotiroidi, serebrovasküler hastalıklar gibi bazı durumlar da hipersomniyaya sebep olurlar [38].

2.10.4. Çevresel Faktörler

Uyku için en önemli bileşenlerden biri de çevre faktörüdür. Birey alışık olduğu çevrede daha rahat ve daha çabuk uykuya dalarken alışık olmadıkları çevrede uyumakta zorluk çekebilirler [90].

2.10.5. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite bireyi rahatlatırken yorulmasına da neden olarak uykuya geçişi kolaylaştırır ve REM döneminin uzamasına neden olur [90]. Düzenli egzersiz uyku kalitesini arttırırken düzensiz yapılan egzersiz uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir [51,91].

2.10.6.Beslenme

Besinlerle alınan aminoasit L-triptofan uykuyu başlatan en önemli transmitter olan seratonin ön maddesidir. L-triptofanın en çok ve en kullanılabilir halinin sütte bulunduğu bilinmektedir Yüksek karbonhidratlı besinler uykuya eğilimi arttırırken yüksek proteinli besinler uyanıklığı arttırmaktadır [42,91].

2.10.7.Yaşam Tarzı

Yaşam tarzı bireyin uyku kalitesini ve düzenini etkileyen etmenler arasındadır [92]. Bireyin çalışma şekli vardiyalı ise bireyin değişen uyku saatlerine uyum sağlaması zorlaşır ve bir süre sonra bireyin biyolojik saatinde kaymalar meydana gelir [93].

2.10.8.Kullanılan İlaçlar

Kullanılan bazı ilaçların uyku kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçların da yararlarının yanı sıra yeni problemlere de yol açtığı için uyku kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir [92].

2.10.9.Alkol, Sigara Kullanımı

Sigara içinde bulunan nikotin uykuya geçişi zorlaştırarak uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Gece az miktarda alınan alkol sedatif etki göstererek uykuya dalmayı kolaylaştırır da zamanla uykunun bölünmesine uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına neden olarak uyku kalitesini düşürmektedir [92,93].

2.10.10.Emosyonel Durum

Bireyin günlük yaşamda karşılaştığı anksiyete, stres bireyin gereksinimi olan uykuyu sağlamakta güçlük çekmesine; depresyon da bireyin uykuya dalmada güçlük yaşamasına ve sık sık uyanmasına neden olarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilenir [92,93].

2.11.Uyku Yoksunluğu ve Etkileri

Temel fizyolojik gereksinimlerden biri olan uykunun yeterli olabilmesi için hem nicelik hem nitelik açısından tam olması gerekmektedir. Kaliteli bir uyku için tüm uyku evreleri ve süreleri yeterli olarak sağlanmalıdır. Uyku yoksunluğu; bedenin ihtiyacı olan yeterlilikte uykunun alınmaması ve uzamış uyanıklık olarak tanımlanmaktadır [68].

2.12.Vardiyalı Çalışmanın Hemşirelerin Sağlığı Üzerine Etkileri

Vardiyalı çalışma düzeni uyku problemlerine, bazı hastalıklara karşı dirençsizliğe, sürekli yorgunluk, stres ve depresyona neden olabilmektedir [95]. Yıldırım (2010), Muşlu ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada vardiyalı çalışmanın bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir [3,96].

Hemşireler düzensiz ve alışılmamış çalışma koşulları nedeniyle, vardiyalı çalışmanın en sık görülen fizyolojik etkilerinden biri olan uyku sorunları yaşamaktadır [97,98]. Zencirci ve Arslan'ın (2011) yaptıkları çalışmada da değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerin, sürekli gece ve sürekli gündüz çalışanlara göre daha fazla uyku problemi yaşadıklarını saptanmıştır [99].

Vardiyalı çalışma, sosyal olarak hemşirelerin aile içinde bölünmelere ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olarak bireyin sosyal hayattaki yerini de olumsuz etkilemektedir [100]. Vardiyalı çalışmanın diğer önemli etkileri ise tükenmişlik sendromudur. Hemşirelerin çalışma saatlerinin sürekli değişmesi, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, ağır iş yükü, kadın mesleği olması ve hastalarla yakın ilişkide bulunmasından kaynaklanan birçok stres faktörleriyle karşı karşıya olması hem bedenen hem de zihnen tükenmelerine neden olmaktadır [101].

Karagözoğlu ve Bingöl yaptıkları çalışmada gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %94.7'sinin vardiyalarının sonunda yorgun hissettiği, %71.3'ünün uyku düzeninde bozulmalar olduğu, %60.3'ünün sosyal yaşamında olumsuz etkilendiği, %43.3'ünün duygusal sorunlar yaşadığı, %22.7'sinin sık sık hasta olduğu, %19.4'ünün evlilik hayatından olumsuz etkilendiği ve %14.1'inin ise çocuk bakımında zorluk yaşadığı saptanmıştır [102].

2.13.Hemşirelik Mesleğinde Vardiyalı Çalışma ile ilgili Dünya'daki ve Türkiye'deki Yasal Düzenlemeler

Uluslararası Çalışma Konferansı'nın 63. Oturumunda hemşirelerin çalışma saatleri ve haklarıyla ilgili düzenlemeleri içeren Hemşirelik Personeli Antlaşması aralarında Türkiye'nin de olduğu 38 ülke tarafından imzalanmıştır [103,104].

Bu antlaşmanın 157 sayılı önerisinde hemşirelerin günlük çalışma süresinin 8 saati, haftalık çalışma süresinin 40 saati aşmaması, haftalık 40 saatten fazla çalışan

lkelerde bu oranın aşağı çekilmesi önerilmektedir. Ayrıca fazla mesai ile birlikte günlük çalışma süresi 12 saati aŐmamalı ve haftalık tatil süresi kesintisiz 48 saat ya da en az 36 saat olmalı, nöbetler arasında en az 12 saat kesintisiz dinlenme süresi olmalıdır. Yıllık izinlerin ise en az 4 hafta olması önerilmektedir [105,106].

Türkiye de hemşirelerin vardiyalı çalışmaları ile ilgili yasal düzenlemeler 657 sayılı Devlet Memurları Kanuna ya da 2003 yılında çıkan 4857 sayılı İŞ Kanuna göre ayarlanmaktadır (THD 2008) [103]. 657 sayılı Devlet Memurları Kanuna göre hemşirelerin haftalık çalışma saatleri haftalık 40 saat olarak İŞ Kanununa göre de hemşirelerin haftalık çalışma saatleri 45 saat olarak düzenlenmiŐtir. (4857 sayılı kanun), Kurumlara verilen insiyatifler ve her iki kanunda da olan boŐluklar nedeniyle hemşirelerin çalışma koşulları standartlaŐtırılamamıŐtır [103,106].

Ülkemizde, niversite ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan hemşireler genellikle 3 vardiyalı (8:00-16:00, 16:00-12:00, 12:00-8:00) alıŐmaktadır. Ancak hemşire sayısı yetersiz olduğu için arka arkaya 2 vardiya çalışması gerektiğinde uyku kalitesi ve uyku düzeni bozulur. İnsanlara sağlık hizmeti veren hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olması gerektiği için bu konu ciddiye alınmalıdır [107].

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hemşirelerin uyku kalitesi ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayan türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde Ocak 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi 455 ruhsat yatak kapasitesi ile 12.11.1974 yılında SSK Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Hastane 20.02.2005 tarihinde SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi adını almış olup, halen 21 branş, 4 adet laboratuvarları, 503 tescilli, 479 fiili yatak kapasitesi, 933 kadrolu personeli ile hizmet vermektedir. Hastanede 150 doktor, 201 hemşire görev yapmaktadır [108].

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Evren

Araştırmanın evrenini Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan 201 hemşire oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem

Araştırmanın örnekleme Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında araştırmayı gönüllü katılmayı kabul eden 133 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş, %66.2'sine ulaşılmıştır. Ön uygulama yapılan (15), ücretsiz izinli, raporlu ve görevlendirme ile araştırma döneminde kurumda bulunmayan (22), araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (31) hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olarak katılan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini yansıtan Kişisel Bilgi Formu (Ek-4) , Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-5), Stresle Başa Çıkma Ölçeği (BSÖ) (Ek-6), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-7), Epworth Uykululuk Ölçeği (Ek-8) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür tarayarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülen bireysel özellikleri içeren 16 sorudan oluşmaktadır

3.5.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır [109].

BDE'den alınacak en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0 dır. Ölçekten alınan 17 ve üzeri puanlar depresif belirtili olarak tanımlanmıştır. Hisli (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır [110]. Çalışmamızda Cronbach Alfa katsayısı 0.854 olarak elde edilmiştir.

3.5.3. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (BSÖ)

Stresle başa çıkma yöntemlerinin ölçülmesinde, Moos (1993) tarafından geliştirilen ve yetişkinlere özel olarak hazırlanmış olan başa çıkma yöntemleri ölçeği kullanılmıştır. Orijinal dili İngilizce olan ölçeğin Türkçeye uyarlanması Koca Ballı ve Kılıç (2016) tarafından sadece tek bölüm (yaklaşma tepkileri) ve dört boyutu (mantıksal analiz, pozitif değerlendirme, rehberlik ve destek arama, problem çözme) kapsayacak şekilde yapılmıştır. [111]. Yirmi dört ifadeden oluşan ölçek 5li Likert tipinde derecelendirilmiştir ve cevap seçenekleri; 1-Hiçbir zaman, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Çoğunlukla, 5-Her zaman şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten alınan puanın artması stresle başa çıkma strateji düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir [112]. Çalışmamızda Cronbach Alfa katsayısı 0.940 olarak elde edilmiştir.

3.5.4.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan öz bildirim dayalı bir tarama ve değerlendirme testidir [3]. Toplam Yirmi dört sorudan oluşan indekste yedi bileşene ilişkin skorlar elde edilmektedir. Bunlar; öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur [4]. Yedi bileşene ilişkin skorların toplamı toplam PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında bir değer alabilir. Toplam skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi”; 5in üzerinde olanların ise uyku kalitesi “kötü” olarak değerlendirilir [3,21].

PUKİ skorunun 5in üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir. Bu indeksin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [113]. Çalışmamızda Cronbach Alfa katsayısı 0.793 olarak elde edilmiştir.

3.5.5.Epworth Uykululuk Ölçeği

EUÖ, Johns tarafından 1991 yılında geliştirilen uygulaması, değerlendirilmesi kolay ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. EUÖ dörtlü likert tipi bir ölçektir. 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan gündüz uykululuğu göstermektedir [114]. Gündüz uykululuğunun genel düzeyinin ölçülmesini hedef alan basit ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ülkemizde EUÖ geçerlilik ve güvenilirliği çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [115]. Ölçeğin sonunda elde edilen toplam puan 10dan büyükse aşırı gündüz uykululuğunun varlığının göstergesi olarak kabul edilir [116]. Çalışmamızda Cronbach Alfa katsayısı 0.777 olarak elde edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formunun etkinliğini değerlendirmek ve soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Ocak 2019’da 15 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Kişisel bilgi formu ve ölçekler araştırmanın amacı kısaca açıklanarak, herhangi bir zaman kısıtlaması getirilmeksizin, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler tarafından Ocak 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında doldurulmuştur. Veri toplama araçları uygulanmadan önce hemşirelerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiştir. İkili gruba göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi ve normal dağılmayan veriler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen puanlar arasındaki ilişkiyi ölçmek için Spearman'ın korelasyon katsayısı kullanılmıştır. PUKİ değerleri üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde lineer regresyona analizi kullanılmış ve bağımsız değişkenlerin modele dâhil edilmesinde Enter metodu kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm s. sapma ve ortanca (minimum - maksimum) şeklinde, kategorik veriler için frekans (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. Önem düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmaya başlamadan önce, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi'nin etik kurulundan etik izin (Ek-1), Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nden gerekli kurum izni (Ek-2) alınmıştır. Veri toplama araçları uygulanan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri (Ek-3) alınmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	118	88.7
Erkek	15	11.3
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi ve ön lisans	26	19.5
Lisans ve lisansüstü	107	80.5
Medeni Durum		
Evli	78	58.6
Bekâr	55	41.4
Ekonomik Durumu		
İyi	45	33.8
Orta	82	61.7
Kötü	6	4.5
İşe Gelme Şekli		
Özel araç	50	37.6
Otobüs	39	29.3
Yürüyerek	44	33.1
Çocuk Sahibi		
Olan	66	49.6
Olmayan	67	50.4

N: Frekans , %: Yüzde

Tablo 1’de Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı verilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %88.7’si kadın, %80.5’inin eğitim durumunun lisans ve lisansüstü olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %58.6’sı evli, %61.7’sinin ekonomik durumu orta, %37.9’unun işe gelme şeklinin özel araç, %50.4’ünün çocuğu olmadığı görülmektedir.

Tablo 2.Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma Özellikleri	N	%
Çalışma Yılı		
1-5	55	41.4
6-10	19	14.3
11-20	59	44.4
Çalıştığı Klinik		
Cerrahi birim, dâhili birim ve acil servis	61	45.9
Yoğun bakım	38	28.6
Poliklinik, diyaliz, EKG, EEG	34	25.6
Çalıştığı Pozisyon		
Sorumlu hemşire	8	6
Hemşire	125	94
Vardiyalı Çalışma Durumu		
Çalışan	115	86.5
Çalışmayan	18	13.5
Aydaki Nöbet Sayısı		
1-5	56	42.1
6 ve üzeri	63	47.4
Nöbet tutmayan	14	10.5

N: Frekans , %: Yüzde

Tablo 2 de Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin %41.4'ünün 1-5 yıldan beri çalıştığı, %45.9'unun cerrahi birim, dahili birim ve acil serviste çalıştığı, % 86.5'inin vardiyalı çalıştığı, %47.4'ünün aydaki nöbet sayısı 6 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksleri	N	%
Sigara Durumu		
Kullanan	35	26.3
Kullanmayan	93	69.9
Bırakan	5	3.8
Alkol Durumu		
Kulanan	20	15
Kullanmayan	113	85
Çay İçme durumu		
İçen	127	95.5
İçmeyen	6	4.5
Kahve İçme Durumu		
İçen	91	68.4
İçmeyen	42	31.6
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	5	3.8
Normal kilolu	83	62.4
Fazla kilolu	45	33.8

N: Frekans , %: Yüzde

Tablo 3’de Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı verilmektedir. Hemşirelerin %26.3’ünün sigara kullandığı, %13.5’inin günde 16-20 adet sigara içtiği, %85’inin alkol kullanmadığı, tamamına yakınının (%95.5) çay ve %68.4’ünün kahve içtiği bulunmuştur. Hemşirelerin beden kitle indekslerine bakıldığında; %62.4’ünün beden kitle indeksine göre normal kilolu, %33.8nin fazla kilolu olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.Hemşirelerin Bazı Nicel Değişkenlere ve Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

Nicel Değişkenler	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. -Max.)
Yaş	33.7 \pm 9.6	32 (20 - 58)
Boy	164.2 \pm 7.5	163 (150 - 190)
Kilo	65.4 \pm 12.2	62 (47 - 125)
Pittsburgh Uyku Kalitesi	8.2 \pm 4.5	7 (0 - 19)
Beck Depresyon Envanteri	13.1 \pm 8.2	12 (1 - 46)
Stresle Başa Çıkma Ölçeği	86.5 \pm 15.1	87 (24 - 120)
Epworth Uykululuk Ölçeği	7.9 \pm 4.7	8 (0 - 24)

\bar{x} :Aritmetik ortalama, $S.s$: Standart sapma

Tablo 4’de Hemşirelerin Bazı Nicel Değişkenlere ve Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin yaş ortalaması $33.7 \pm 9.6(20-58)$, boy ortalaması $164.2 \pm 7.5(150-190)$ kilo ortalaması $65.4 \pm 12.2(47-125)$ olarak elde edilmiştir. Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puanlarının ortalaması $8.2 \pm 4.5(0-19)$ ile Beck Depresyon Envanteri ölçek puanlarının ortalaması $13.1 \pm 8.2(1-46)$ ile Stresle Başa Çıkma Ölçeği puanlarının ortalaması $86.5 \pm 15.1(24-120)$ ve Epworth Uykululuk Ölçeği puanının ortalaması $7.9 \pm 4.7(0-24)$ olarak belirlendi. Bu sonuçlara göre hemşirelerin hafif depresyonda olduğu, uyku kalitelerinin kötü ve artmış gün içi uykululuk düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min.-Max.)	p
Cinsiyet			
Kadın	8.2 ±4.5	7 (0 - 19)	U=905.0 0.886
Erkek	8.3 ±4.1	8 (3 - 19)	
Eğitim durumu			
Sağlık meslek lisesi ve önlisans	8.3 ± 4.4	7.5 (1 - 17)	U=1355.0 0.838
Lisans ve lisansüstü	8.2 ± 4.5	7 (0 - 19)	
Medeni durum			
Evli	8.1 ± 4.8	7 (0 - 19)	U=2351.0 0.345
Bekar	8.5 ± 3.9	9 (2 - 17)	
Ekonomik durumu			
İyi	7.7 ± 4.5	7 (0 - 19)	$\chi^2=1.169$ 0.557
Orta	8.4 ± 4.2	8 (1 - 19)	
Kötü	10.2 ± 6.8	11 (2 - 19)	
İşe gelme şekli			
Özel araç	8.2 ± 4.4	7.5 (2 - 19)	$\chi^2=0.025$ 0.988
Otobüs	8.4 ± 5.1	7 (0 - 19)	
Yürüyerek	8.2 ± 3.9	8 (1 - 17)	
Çocuk Sahibi			
Olan	8.2 ± 5.1	7 (0 - 19)	U=2413.5 0.360
Olmayan	8.3 ± 3.8	9 (2 - 17)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 5’de Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puanlarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, işe geliş şekli ve çocuk varlığına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 6. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Özellikleri	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min.- Max.)	P
Çalışma yılı			
1-5	9.1 ± 4.4	9 (2 - 19) ^a	$\chi^2=6.412$ 0.041
6-10	8.7 ± 4.7	8 (0 - 19) ^{ab}	
11-20	7.3 ± 4.3	6 (1 - 18) ^b	
Çalıştığı klinik			
Cerrahi birim. dahili birim ve acil servis	9.2 ± 5.2	8 (0 - 19)	$\chi^2=3.916$ 0.141
Yoğun bakım	7.6 ± 3.2	8.5 (2 - 14)	
Poliklinik. diyaliz ve diğer	7.2 ± 3.9	6 (3 - 18)	
Çalıştığı pozisyon			
Sorumlu hemşire	5.5 ± 2.7	5 (2 - 10)	U=694.5 0.065
Hemşire	8.4 ± 4.5	8 (0 - 19)	
Vardiyalı çalışma durumu			
Çalışan	8.6 ± 4.4	8 (0 - 19)	U=614.5 0.006
Çalışmayan	6.1 ± 4.5	5 (2 - 18)	
Aydaki nöbet sayısı			
1-5	7.8 ± 4.6	7 (0 - 19) ^{ab}	$\chi^2=7.011$ 0.030
6 ve üzeri	9 ± 4.1	9 (1 - 19) ^a	
Nöbet tutmayan	6.6 ± 5	5 (2 - 18) ^b	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 6'da Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma yılı gruplarına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 9 (2-19), 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalaması 8 (0-19), 11-20 yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalaması 6 (1-18) olarak saptanmıştır. Tabloya göre, çalışma yılı fazla olan hemşirelerin uyku kalitesi puanlarının çalışma yılı az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Vardiyalı çalışan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 8 (0-19) ve vardiyalı çalışmayan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 5 (2-18) olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Vardiyalı olarak çalışmayan

hemşirelerin uyku kalite ölçek puanları vardiyalı olarak çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır.

Hemşirelerin bir ayda tuttuğu nöbet sayısına göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Nöbet sayısı 1-5 olan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 7 (0-19), nöbet sayısı 6 ve üzeri olan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 9 (1-19), nöbeti olmayan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 5 (2-18) olarak elde edilmiştir. Nöbeti olmayan hemşirelerin uyku kalitesi puanlar ortalamaları nöbet sayısı 6 ve üzerinde olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştığı klinik ve çalıştığı pozisyona göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 7. Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksi	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. - Max.)	P
Sigara durumu			
Kullanan	7.9 ± 4.4	7 (1 - 19)	U=1848.5 0.494
Kullanmayan	8.4 ± 4.5	7.5 (0 - 19)	
Alkol durumu			
Kullanan	8.6 ± 4.3	9 (1 - 16)	U=1046.0 0.596
Kullanmayan	8.2 ± 4.5	7 (0 - 19)	
Çay içme durumu			
İçen	8.1 ± 4.4	7 (0 - 19)	U=548.0 0.069
İçmeyen	11.5 ±4.6	11 (5 - 18)	
Kahve içme durumu			
İçen	8.7 ± 4.3	8 (0 - 19)	U=1482.5 0.037
İçmeyen	7.2 ± 4.6	6.5 (1 - 19)	
Beden kitle indeksi			
Zayıf	8.2 ± 5.8	9 (2 - 16)	$\chi^2=0.120$ 0.942
Normal kilolu	8.4 ± 4.6	8 (1 - 19)	
Fazla kilolu	8 ± 4.1	7 (0 - 19)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur. P: Test istatistiği, \bar{x} : Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 7’de Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksine Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin kahve içme durumuna göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Kahve içen hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 8 (0-19) ve kahve içmeyen hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalaması 6.5 (1-19)

olarak elde edilmiştir. Kahve içmeyen hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan ortalamaları kahve içen hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, çay tüketim durumu ve beden kitle indeksine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçek puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).



Tablo 8.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Beck Depresyon Envanteri		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. - Max.)	P
Cinsiyet			
Kadın	12.9 ±7.3	12 (1 - 36)	U=813.5 0.610
Erkek	14.4 ±13.7	11 (1 - 46)	
Eğitim durumu			
Sağlık meslek lisesi ve önlisans	10.6 ± 6.1	11 (1 - 22)	U=1631.0 0.173
Lisans ve lisansüstü	13.7 ± 8.6	12 (1 - 46)	
Medeni durum			
Evli	11.5 ± 6.7	12 (1 - 46)	U=2559.0 0.058
Bekar	15.4 ± 9.6	14 (3 - 45)	
Ekonomik durumu			
İyi	9.9 ± 5.7	10 (1 - 27) ^a	$\chi^2=11.374$ 0.003
Orta	14.4 ± 8.7	12 (1 - 46) ^b	
Kötü	18.8 ± 10	17.5 (9 - 36) ^{ab}	
İşe gelme şekli			
Özel araç	11.6 ± 7.6	10 (1 - 45)	$\chi^2=4.771$ 0.092
Otobüs	13.6 ± 9.7	12 (1 - 46)	
Yürüyerek	14.4 ± 7.4	14 (2 - 36)	
Çocuk varlığı			
Var	12.3 ± 8.3	12 (1 - 46)	U=2435.0 0.313
Yok	13.9 ± 8.2	12 (1 - 36)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. a-b: Aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 8’de Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin ekonomik duruma göre Beck Depresyon Envanteri puanlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Ekonomik durumu iyi olan hemşirelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 10 (1-27), ekonomik durumu orta olan hemşirelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 12 (1-46) ve ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 17.5 (9-36) olarak elde edilmiştir. Ekonomik durumu iyi olan hemşirelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması ekonomik durumu kötü olan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, işe geliş şekli ve çocuk varlığına göre Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 9.Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Özellikleri	Beck Depresyon Envanteri		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. - Max.)	P
Çalışma yılı			
1-5 yıl	14.7 ± 9.5	12 (1 - 46)	$\chi^2=1.598$ 0.450
6-10 yıl	12.7 ± 5.9	12 (3 - 25)	
11 yıl ve üzeri	11.8 ± 7.4	12 (1 - 45)	
Çalıştığı klinik			
Cerrahi birim. dahili birim ve acil servis	14.5 ± 9.7	12 (1 - 46)	$\chi^2=2.379$ 0.304
Yoğun bakım	12.8 ± 6.7	12 (1 - 35)	
Poliklinik. diyaliz ve diğer	10.9 ± 6.4	10.5 (1 - 27)	
Çalıştığı pozisyon			
Sorumlu hemşire	8.8 ± 2.9	8.5 (5 - 14)	U=701.5 0.056
Hemşire	13.4 ± 8.4	12 (1 - 46)	
Vardiyalı çalışma durumu			
Çalışan	13.4 ± 8.3	12 (1 - 46)	U=879.0 0.304
Çalışmayan	11.4 ± 7.9	9.5 (1 - 29)	
Aydaki nöbet sayısı			
1-5	11 ± 6.3	11 (1 - 36)	$\chi^2=5.348$ 0.069
6 ve üzeri	14.9 ± 9.4	12 (1 - 46)	
Nöbet tutmayan	13.4 ± 7.7	11.5(3 - 29)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama,

S.s : Standart sapma

Tablo 9’da Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin çalışma yılı, çalıştığı klinik, çalıştığı pozisyon, vardiyalı çalışma durumu ve aydaki nöbet sayısına göre Beck Depresyon Envanteri ölçek puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 10.Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksine Göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksi	Beck Depresyon Envanteri		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. - Max.)	p
Sigara durumu			
Kullanan	14.6 ± 11	12 (2 - 46)	U=1663.0 0.790
Kullanmayan	12.6 ± 7	12 (1 - 36)	
Alkol durumu			
Kullanan	13.6 ± 8.1	12 (4 - 36)	U=1112.5 0.912
Kullanmayan	13 ± 8.3	12 (1 - 46)	
Çay içme durumu			
İçiyor	13.2 ± 8.3	12 (1 - 46)	U=339.0 0.648
İçmiyor	10.7 ± 5.9	11 (3 - 17)	
Kahve içme durumu			
İçiyor	13.5 ± 8.1	12 (1 - 46)	U=1622.0 0.161
İçmiyor	12.1 ± 8.5	11 (1 - 45)	
Beden kitle indeksi			
Zayıf	7.6 ± 5.2	8 (1 - 15)	$\chi^2=3.400$ 0.183
Normal kilolu	13.8 ± 8.5	12 (1 - 46)	
Fazla kilolu	12.4± 7.9	12 (1 - 45)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama,

S.s : Standart sapma

Tablo 10'da Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksine Göre Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, çay tüketim durumu, kahve tüketim durumu ve beden kitle indeksine göre Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 11. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Stresle Başa çıkma Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. -Max.)	P
Cinsiyet			
Kadın	86.9 ±14.2	87 (24 - 120)	U=825.5 0.672
Erkek	82.7 ±21.7	88 (24 - 115)	
Eğitim durumu			
Sağlık meslek lisesi ve önlisans	87.9 ± 12.5	87.5 (69 - 115)	U=1349.0 0.812
Lisans ve lisansüstü	86.1 ± 15.7	87 (24 - 120)	
Medeni durum			
Evli	87 ± 15.3	87 (24 - 120)	U=1943.5 0.357
Bekar	85.7 ± 15	87 (55 - 120)	
Ekonomik durumu			
İyi	91.8 ± 14.4	92 (66 - 120) ^a	$\chi^2=8.058$ 0.018
Orta	84 ± 15.1	85.5 (24 - 120) ^a	
Kötü	80.2 ± 9.5	81.5 (65 - 89) ^{ab}	
İşe gelme şekli			
Özel araç	88.1 ± 16.7	87.5 (24 - 120)	F=0.845 0.432
Otobüs	83.9 ± 16.2	85 (24 - 120)	
Yürüyerek	86.8 ± 12.1	88 (55 - 118)	
Çocuk varlığı			
Var	86.9 ± 16.4	88 (24 - 120)	U=1982.0 0.303
Yok	86 ± 13.9	86(55 - 120)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. a-b: Aynı harfe sahip durumlar arasında fark yoktur. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 11’de Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin ekonomik duruma göre Stresle Başa çıkma Ölçeği puanlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p<0.05). Ekonomik durumu iyi olan hemşirelerin puan ortalaması 92 (66-120), ekonomik durumu orta olan hemşirelerin puan ortalaması 85.5 (24-120) ve ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin puan ortalaması 81.5 (65-89) olarak bulunmuştur. En yüksek Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamasına ekonomik durumu iyi olan hemşireler sahipken en düşük Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamasına ekonomik durumu kötü olan hemşireler sahiptir.

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, işe geliş şekli ve çocuk varlığına göre Stresle Başa çıkma Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 12. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Özellikleri	Stresle Başa çıkma Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. -Max.)	p
Çalışma yılı			
1-5	83.9 ± 15.9	86 (24 - 120)	$\chi^2=2.593$ 0.273
6-10	88.2 ± 11.4	88 (70 - 107)	
11-20	88.3 ± 15.4	87 (24 - 120)	
Çalıştığı klinik			
Cerrahi birim,dahili birim ve acil servis	84.2 ± 16.4	86 (24 - 118)	$\chi^2=1.832$ 0.400
Yoğun bakım	87.6 ± 15.6	86.5 (66 - 120)	
Poliklinik, diyaliz ve diğer	89.1 ± 11.6	89.5 (69 - 115)	
Çalıştığı pozisyon			
Sorumlu hemşire	94.6 ± 16.5	93 (76 - 120)	U=363.0 0.195
Hemşire	85.9 ± 15	87 (24 - 120)	
Vardiyalı çalışma durumu			
Çalışan	86.4 ± 14.3	87 (24 - 120)	U=1146.5 0.463
Çalışmayan	87.1 ± 20.4	90 (24 - 118)	
Aydaki nöbet sayısı			
1-5	86.1 ± 14.9	86.5 (24 - 120)	$\chi^2=1.246$ 0.536
6 ve üzeri	85.7 ± 15.6	87 (24 - 120)	
Nöbet tutmayan	91.3 ± 14.3	90 (71 - 118)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 12’de Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Stresle Başa çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmiştir.

Çalışma yılı, çalıştığı klinik, çalıştığı pozisyon, vardiyalı çalışma durumu ve aydaki nöbet sayısına göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).



Tablo 13.Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksi	Stresle Başa çıkma Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. -Max.)	p
Sigara durumu			
Kullanan	84.2 ± 16.4	86 (24 - 120)	U=1889.5 0.372
Kullanmayan	87.3 ± 14.7	87.5 (24 - 120)	
Alkol durumu			
Kullanan	83.4 ± 10.2	86.5 (62 - 101)	U=1290.0 0.314
Kullanmayan	87 ± 15.8	87 (24 - 120)	
Çay içme durumu			
İçen	85.9 ± 14.9	87 (24 - 120)	U=550.0 0.067
İçmeyen	98.8 ± 15.9	94.5 (81 - 120)	
Kahve içme durumu			
İçen	85.8 ± 16.1	86 (24 - 120)	U=2031.0 0.561
İçmeyen	87.9 ± 13	88 (62 - 120)	
Beden kitle indeksi			
Zayıf	102 ± 19.5	106 (73 - 120)	U=4.344 0.114
Normal kilolu	84.6 ± 15.5	86 (24 - 120)	
Fazla kilolu	88.1 ± 13.1	87 (62 - 120)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama,

S.s : Standart sapma

Tablo 13’de Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerine Göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları verilmektedir.

Hemşirelerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, çay tüketim durumu, kahve tüketim durumu ve beden kitle indeksine göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 14. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Epworth Uykululuk Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min.-Max.)	p
Cinsiyet			
Kadın	7.8 ±4.6	8 (0 - 18)	U=926.0 0.770
Erkek	8.4 ±6.1	9 (0 - 24)	
Eğitim durumu			
Sağlık meslek lisesi ve önlisans	7.4 ± 4.7	6 (0 - 18)	U=1517.0 0.474
Lisans ve lisansüstü	8 ± 4.7	8 (0 - 24)	
Medeni durum			
Evli	8.1 ± 5	8 (0 - 24)	U=2082.0 0.773
Bekar	7.6 ± 4.3	8 (0 - 18)	
Ekonomik durumu			
İyi	7.8 ± 5.1	8 (0 - 18)	$\chi^2=1.582$ 0.453
Orta	8.1 ± 4.4	8 (0 - 24)	
Kötü	5.7 ± 5.6	4 (0 - 15)	
İşe gelme şekli			
Özel araç	7.7 ± 4.5	8 (0 - 18)	F=0.042 0.959
Otobüs	7.9 ± 4.7	8 (0 - 24)	
Yürüyerek	8 ± 5.1	7.5 (0 - 18)	
Çocuk varlığı			
Var	7.6 ± 4.9	7.5 (0 - 24)	t=-0.662 0.509
Yok	8.1 ± 4.5	8 (0 - 18)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. F: Varyans analizi test istatistiği. t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği. P: Test istatistiği, \bar{x} : Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 14’de Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, işe gelme şekli ve çocuk varlığına göre Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).

Tablo 15.Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Özellikleri	Epworth Uykululuk Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min.- Max.)	p
Çalışma yılı			
1-5	8.3 ± 4.8	8 (0 - 24)	F=1.902 0.153
6-10	9.3 ± 5.1	10 (0 - 18)	
11-20	7.1 ± 4.5	7 (0 - 18)	
Çalıştığı klinik			
Cerrahi birim. dahili birim ve acil servis	8.7 ± 4.9	8 (0 - 24)	F=2.781 0.066
Yoğun bakım	7.9 ± 4.8	8 (0 - 18)	
Poliklinik. diyaliz ve diğer	6.4 ± 3.9	6 (0 - 17)	
Çalıştığı pozisyon			
Sorumlu hemşire	5.6 ± 4.4	4.5 (0 - 14)	U=657.0 0.136
Hemşire	8 ± 4.7	8 (0 - 24)	
Vardiyalı çalışma durumu			
Çalışan	7.9 ± 4.7	8 (0 - 24)	U=971.0 0.673
Çalışmayan	7.5 ± 5.1	6.5 (2 - 18)	
Aydaki nöbet sayısı			
1-5	7 ± 4.5	6.5 (0 - 18)	$\chi^2=5.448$ 0.066
6 ve üzeri	8.8 ± 4.8	9 (0 - 24)	
Nöbet tutmayan	7.1 ± 4.7	5.5 (2 - 14)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. F: Varyans analizi test istatistiği. P: Test istatistiği, \bar{x} Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 15’de Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin çalışma yılı, çalıştığı klinik, çalıştığı pozisyon, vardiyalı çalışma durumu, aydaki nöbet sayısına göre Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 16.Hemşirelerin Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksine göre Epworth Uykululuk Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı

Bazı Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndeksi	Epworth Uykululuk Ölçeği		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min. - Max.)	p
Sigara durumu			
Kullanan	8.1 ± 5.4	8 (0 - 24)	U=1702.5 0.949
Kullanmayan	7.8 ± 4.5	8 (0 - 18)	
Alkol durumu			
Kullanan	8.6 ± 4.8	8 (0 - 18)	U=993.5 0.389
Kullanmayan	7.8 ± 4.7	8 (0 - 24)	
Çay içme durumu			
İçen	8.1 ± 4.6	8 (0 - 24)	U=125.0 0.005
İçmeyen	2.7 ± 3.4	1 (0 - 8)	
Kahve içme durumu			
İçen	8.1 ± 4.8	8 (0 - 24)	U=1776.0 0.512
İçmeyen	7.5 ± 4.5	7.5 (0 - 18)	
Beden kitle indeksi			
Zayıf	11.2 ± 6.8	12 (2 - 18)	$\chi^2=1.631$ 0.442
Normal kilolu	7.9 ± 4.8	8 (0 - 24)	
Fazla kilolu	7.4 ± 4.3	8 (0 - 18)	

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği. U: Mann-Whitney U test istatistiği. t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği. P: Test istatistiği, \bar{x} : Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 16’da Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Epworth Uykululuk Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı verilmektedir.

Hemşirelerin çay içme durumuna göre Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Çay içen hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalaması $8.1\pm 4.6(0 - 24)$ ve hiç çay içmeyen hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalaması $2.7\pm 3.4(0 - 8)$ olarak elde edilmiştir. Hiç çay içmeyen hemşirelerin

uykululuk puanı ortancası en düşük elde edilmişken çay içen hemşirelerin uykululuk puan ortancası en yüksek olarak elde edilmiştir.

Hemşirelerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, kahve tüketim durumu ve beden kitle indeksine göre Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.050$).



Tablo 17.Hemşirelerin Bazı Ölçeklere Göre Frekans Dağılımları

Ölçekler	N	%
Beck Depresyon Envanteri		
Minimal depresyon	47	35.3
Hafif depresyon	57	42.9
Orta depresyon	23	17.3
Şiddetli depresyon	6	4.5
Pittsburgh uyku kalitesi indeksi		
Sağlıklı uyku	46	34.6
Kötü uyku	53	39.8
Uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu	34	25.6
Epworth uykululuk ölçeği		
Normal	41	30.8
Normal ama artmış gün içi uykululuk	56	42.1
Artmış ama ılımlı gün içi uykululuk	15	11.3
Artmış orta derecede gün içi uykululuk	12	9
Artmış. şiddetli gün içi uykululuk	9	6.8

N: Frekans, %: Yüzde

Tablo 17’de Hemşirelerin Bazı Ölçeklere Göre Frekans Dağılımları verilmiştir.

Beck depresyon ölçeğine göre hemşirelerin %42.9’u hafif depresyona sahipken, %4.5’i şiddetli depresyona sahip olduğu görülmektedir.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre hemşirelerin % 39.8’i kötü uyku kalitesine sahipken, %25.6’sı uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Epworth uykululuk ölçeğine göre hemşirelerin % 42.1’i artmış gün içi uykululuk seviyesine sahipken, % 6.8’i artmış şiddetli gün içi uykululuk seviyesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 18.Beck Depresyon Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Epworth Uykululuk Ölçeğine Göre Hemşirelerin Yaşlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	YAŞ		
	$\bar{x} \pm S.s$	Medyan (Min.- Max.)	p
Beck Depresyon Envanteri			
Minimal depresyon	35.5±10.5	38 (20 - 58)	$\chi^2=3.724$ 0.293
Hafif depresyon	32.9 ± 9.1	32 (5 - 55)	
Orta depresyon	34 ± 9.6	32 (23 - 55)	
Şiddetli depresyon	27.3 ± 4	26 (24 - 35)	
Pittsburgh uyku kalitesi indeksi			
Sağlıklı uyku	37.7 ± 9.9	39 (21 - 58) ^a	$\chi^2=10.531$ 0.005
Kötü uyku	32.3 ± 8.4	30 (20 - 52) ^b	
Uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu	30.6 ± 9.6	27.5 (5 - 55) ^b	
Epworth uykululuk ölçeği			
Normal	36 ± 10.4	37 (21 - 58)	$\chi^2=3.149$ 0.533
Normal ama artmış gün içi uykululuk	32.6 ± 9.9	30.5 (5 - 55)	
Artmış ama ılımlı gün içi uykululuk	34.3 ± 8.3	32 (25 - 51)	
Artmış. orta derecede gün içi uykululuk	31.3 ± 8.4	26.5 (23 - 48)	
Artmış. şiddetli gün içi uykululuk	32.4 ± 7.3	30 (25 - 46)	

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği. a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. P:Test istatistiği, \bar{x} :Aritmetik ortalama, S.s : Standart sapma

Tablo 18’de Beck Depresyon Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Epworth Uykululuk Ölçeğine Göre Hemşirelerin Yaşlarının Karşılaştırılması verilmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’ne göre hemşirelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlıklı uykuya sahip olanların yaş ortalaması 39 (21-58), kötü uykuya sahip olanların yaş ortalaması 30 (20-52) ve uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu olanların yaş ortalaması 27.5 (5-55) olarak

elde edilmiştir. Beck Depresyon Envanteri ve Epworth Uykululuk Ölçeği puan ortalamaları ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).



Tablo 19.Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Ölçekler		PUKİ	BDE toplam	BSÖ toplam	EUÖ toplam
BDE toplam	R	0.426			
	P	<0.001			
BSÖ toplam	r	-0.181	-0.484		
	p	0.037	<0.001		
EUÖ toplam	r	0.087	0.047	-0.209	
	p	0.319	0.591	0.016	

r: Spearman'rho korelasyon katsayısı, P:Test istatistiği, PUKİ: Pittsburgh uyku kalitesi indeksi, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BSÖ: Stresle Başa çıkma Ölçeği, EUÖ :Epworth Uykululuk Ölçeği

Tablo 19'da Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı verilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri ölçek puanları ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0.001$; $r=0.426$). Yani hemşirelerde depresyon düzeyi arttıkça uyku kaliteleri bozulmaktadır. Stresle Başa Çıkma Ölçeği ölçek toplam puanları ile Beck Depresyon Envanteri ölçek toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($p<0.001$; $r=-0.484$). Yani hemşirelerin stres ile başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri arttıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır. Epworth Uykululuk Ölçeği toplam puanları ile Stresle Başa çıkma Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p=0.016$; $r=-0.209$). Yani hemşirelerin uykululuk düzeyi arttıkça stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri azalmaktadır.

Diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 20. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Linear Regresyon Modeli ile İncelenmesi

Çoklu Linear Regresyon Modeli	Beta	Standart Hata	Standartlaştırılmış Beta	T	P	%95 CI	
						Alt limit	Üst limit
Sabit	-2.828	4.319		-0.655	0.514	-11.374	5.719
Vardiyalı çalışma durumu	2.382	1.041	0.184	2.288	0.024	0.322	4.443
Beck Depresyon Envanteri	0.177	0.052	0.326	3.415	0.001	0.074	0.279
Stresle Başa Çıkma Ölçeği	-0.015	0.029	-0.050	-0.506	0.614	-0.072	0.043
Epworth Uykululuk Ölçeği	0.008	0.08	0.009	0.104	0.918	-0.151	0.167

F=5.477. p<0.001. R²=0.207. Düzeltilmiş R²=0.169

Tablo 20'de Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Linear regresyon Modeli ile İncelenmesi verilmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin etkisi çoklu lineer regresyon ile incelendiğinde kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir (F=5.477; p<0.001). Vardiyalı çalışma durumu, Beck Depresyon Envanteri ve Epworth Uykululuk Ölçeği değişkenlerinin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeks puanı üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri ve Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Pittsburgh uyku kalitesi indeksi üzerine çok düşük düzeyde etkisi olduğu, bu değişkenlerden en önemli etkiye sahip değişkenin vardiyalı çalışma durumu olduğu belirlenmiştir (p=0.024). Ayrıca Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin negatif yönlü önemsiz bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Hemşirelerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler literatür ışığında bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmamızda Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre hemşirelerin % 39.8'i kötü uyku kalitesine sahipken, %25.6'sı uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 17). Yurtdışında hemşirelerde yapılan çalışmalarda; Chan (2009) Hong Kong'da hemşirelerin %70'ten fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu, Shcao ve ark. (2010), Tayvan'da hemşirelerin %57'sinin uyku bozukluğu yaşadığını ve Liu K ve ark. (2020) Çin'de hastanede çalışan hemşirelerin sadece %30.7'sinin iyi uyku kalitesine sahip olduğunu saptamışlardır [20,76,77]. Türkiye'de hemşirelerin uyku kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda; Çetinel (2018) hemşirelerin %89.7'sinin, Dağcan (2019) ise hemşirelerin %69.1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir [82,83]. Araştırmamızda ise uyku kalitesi kötü olan hemşirelerin oranı %39.8'dir. Literatürdeki bu farklılığın sebebi uyku kalitesini değerlendiren ölçeklerin ve örneklemelerin farklılığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin gün içi uykululuk durumlarını değerlendirmek için uyguladığımız Epworth Uykululuk Ölçeği puanlarına göre hemşirelerin %42.1'i artmış gün içi uykululuk seviyesine sahipken, %6.8'i şiddetli gün içi uykululuk seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 17). Sönmez (2010) çalışmasında vardiyalı çalışan hemşirelerde gündüz uyku hali prevalansını %47.1 olarak saptamıştır. Omaç ve ark. (2010) hemşirelerin %18.4'ünde artmış gün içi uykululuk saptanmıştır [11,114]. Çalışmamıza benzer şekilde uykululuğu arttıran en önemli faktörü hemşirelerde vardiyalı çalışma ile ilişkilendirmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çalışma yılı fazla olanların uyku kalitesinin çalışma yılı az olan hemşirelere göre anlamlı derecede daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6). Yıldırım (2010) ve Özdemir (2014) yaptıkları çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak çalışma yılı fazla olan hemşirelerin uyku kalitesinin çalışma yılı az olan hemşirelere göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir [39,117]. Literatürdeki bu sonuçların aksine Yüksel (2013) çalışmasında çalışma yılı 11-19 yıl arasında olan hemşirelerin uyku kalitesinin daha kötü olduğunu bulmuştur [118]. Bu

sonuçlar bize meslek hayatının ilk yılında olan hemşirelerin daha yoğun birimlerde çalışmaları ve mesleğine alışmaya çalıştıklarından uyku kalitelerinin daha kötü olmasına neden olabileceği düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde vardiyalı çalışmanın uyku kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir [12,97,98]. Araştırmamızda vardiyalı olarak çalışmayan hemşirelerin uyku kalitesi vardiyalı olarak çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede daha iyi olarak elde edilmiştir ($p<0.05$; Tablo 6). Baek J ve ark. (2020) Güney Kore’de bir hastanede hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında vardiyalı çalışan hemşirelerin vardiyalı tiplerine bağlı olarak uyku düzenlerinin değiştiğini ve uyku yoksunluğunun özellikle gündüz vardiyasından önce şiddetli olduğunu saptamışlardır [61]. Sönmez (2010), Selvi (2010) ve Karakaş’ın (2017) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin vardiyalı çalışması uyku kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini ve hemşirelerin bu durumdan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir [8,11,85]. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Yüksel (2013), etinol (2018) ve Heath ve ark. (2019) hemşirelerin vardiyalı çalışma şekli ile uyku kalitesi arasında istatistiksel bir ilişki saptamamışlardır [82,118,119]. Bu farklılığın nedeninin hemşirelerin gece ve gündüz sirkadiyen ritimlerinin sürekli olarak nöbet usulü çalışma düzenine alışmış olmasından kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Araştırmamızdaki hemşirelerin bir ayda tuttuğu nöbet sayısı arttıkça uyku kalitelerinin anlamlı derecede daha kötü olduğu saptanmıştır ($p<0.05$ Tablo 6). Fışkın (2013) yaptığı çalışmada çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak nöbet sayısı arttıkça hemşirelerde uyku sorunlarının arttığını saptamıştır [120]. Çalışmamızdan farklı olarak Dağcan (2019) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında bir ayda tutulan nöbet sayısı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır [83]. Bu farklılığın nedeninin araştırmanın örnekleminin büyüklüğünden ve hemşirelerin aylık çalışma saatleri ve nöbet sayıları farklılığından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Yapılan çalışmalarda uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında kafein kullanımı da gösterilmektedir [21]. Yücel (2015) sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıklarını inceleyen çalışmasında çalışma esnasında fırsat bulamama nedeniyle bazı öğünlerin atlandığını ve öğün aralarında en sık tüketilen ieeğin çay veya kahve olduğunu

saptamıştır [121]. Araştırmamıza kahve içmeyen hemşirelerin uyku kalitesi kahve içenlere göre anlamlı derecede daha iyi ($p<0.05$) (Tablo 7); hiç çay içmeyen hemşirelerin gün içi uyuklama şansı daha düşük olarak saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 16). Literatürdeki benzer çalışmalara bakacak olursak; Chung ve ark. (2008), Shcao ve ark. (2010) ve Fışkın (2013) hemşirelerde yaptıkları çalışmalarda kafein kullanımının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır [77,120,122]. Ancak Üstün ve Çınar-Yücel (2011) hemşirelerde yaptıkları ve Ergün ve ark. (2017) ise sağlık yüksekokul öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda kahve tüketme durumunun, Şahin ve ark. (2014) tıp fakültesi öğrencilerinde, Orhan ve ark. (2017) sağlık yüksekokul öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda çay tüketme durumunun uyku kalitesi ile istatistiksel bir ilişkisi olmadığını saptamışlardır [3,123,124,125]. Çalışmalardaki bu farklılık öğrenci hayatı ile çalışma hayatının getirdiği farklılıklardan kaynaklanabilir. Bunun yanısıra çay ve kahve tüketiminin uyku kalitesi üzerine etkisinin ayrıntılı sorgulanarak değerlendirilmesi gerekebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin yaşı arttıkça uyku kalitesi artmaktadır ($p<0.005$) (Tablo 18). Fakat hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği puanları ile yaş ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.050$) (Tablo 18). Çınar ve Üstün Yücel (2011), Demir Zencirci ve Arslan (2011), Li Chien ve ark. (2013), çalışmalarında hemşirelerin uyku kaliteleri ile yaşları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlemişlerdir [3,99,126]. Chan (2009) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ilerledikçe uyku kalitesinin azaldığını saptamıştır [76]. Özdemir ise (2014) hekim dışı sağlık çalışanlarında, Çetinol (2018) hemşirelerde yaptığı çalışmasında tam tersi sonuç olarak yaş ilerledikçe uyku kalitesinin düzeldiğini belirtmişlerdir [39,82]. Araştırma sonuçlarımız da benzer şekilde genç yaşta olan hemşirelerin uyku kalitelerinin anlamlı derecede daha kötü olduğu ve yaş ilerledikçe uyku kalitesinin düzeldiği saptanmıştır. Daha genç hemşirelerin uyku kalitesinin daha düşük olma sebebinin genç yaştaki hemşirelerin daha yoğun yerlerde çalışıp, daha sık nöbet tutması ve dinlenmeye zaman ayırma isteğinin daha az olmasından kaynaklanabilir. Bunların yanısıra yaş ilerledikçe hemşirelerin vardiyalı çalışmadan ayrılma durumları da sebep olarak gösterilebilir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalışma hayatındaki yaşadıkları zorluklardan dolayı ruhsal yönden olumsuz etkilendikleri bildirilmektedir [125,127]. Günaydın

(2014) vardiyalı çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada hemşirelerin %52.9'unun ruhsal sorunu olduğunu saptamıştır [28]. Araştırmamıza katılan hemşirelerin %42.9'u hafif depresyonda, %4.5'i şiddetli depresyonda olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Zengin ve Gümüş (2018) çalışmalarında hemşirelerin % 68.4'ünün orta düzeyde depresif olduğunu belirtmişlerdir [128]. Literatürü destekleyen araştırma bulgularımız, hemşirelerin depresif belirtileri olduğu ve çalışma hayatında hemşirelerin ruhsal sorunlarına yönelik önlemler alınması gerekliliğini göstermektedir.

Literatürde bireyin günlük yaşamda karşılaştığı anksiyete, stres, depresyon da bireyin uykuya dalmada güçlük yaşamasına ve sık sık uyanmasına neden olarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir [93]. Araştırmamızda benzer şekilde uyku kalitesi kötü olan hemşirelerin hafif düzeyde depresif olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Gerekli literatür tarandığında Günaydın (2014) çalışmamıza benzer olarak hemşirelerin genel ruhsal durumunun kötüleştikçe uyku kalitesinin azaldığını saptamıştır [28]. Çalışmamızda da bunu destekler nitelikte Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin etkisi çoklu lineer regresyon ile incelendiğinde hemşirelerin depresyon puanı bir birim artığında uyku kalitesi indeksi 0.177 azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 20). Literatürde Gelaye ve ark. (2015). Guo ve ark. (2017), Qian ve ark. (2017), Becker ve ark. (2018) uyku problemi olan bireylerin intihar düşüncesi için yüksek bir risk sergilediğini göstermiştir [129-132]. Bu çok çarpıcı bir sonuçtur fakat Türkiye'de bununla ilgili bir çalışma yapılmamıştır.

Hemşirelerin çalışma hayatındaki yaşadıkları zorlukların karşılığında yeterli ücreti alamadıkları için mesleki doyumsuzluk ve ruhsal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir [129]. Araştırmamızda ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin depresyon puanının daha yüksek olduğu yani daha depresif oldukları, stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 8)(Tablo 11). Sonuçlarımıza benzer olarak; Özgür ve ark. (2011), Zengin ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarda ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır [128,133]. Literatürde hemşirelerin gelir durumu ile stresle başa çıkma durumlarını gösteren çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Yapılan çalışmalarda araştırma sonucumuzdan farklı

olarak; Kelleci ve Gölbaşı (2004) ve Kopuz (2013) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin gelir durumları ile stresle başa çıkma potansiyelleri arasında ilişki saptanmamıştır [134,135]. Araştırmamızda hemşirelerin stres ile başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri azaldıkça, depresyon düzeylerinin arttığı ve uyku kalitelerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0.001$)(Tablo 19). Bu sonuç hemşirelerin hem bakım verdikleri hastaların bakımı hem de kendi sağlığını koruma ve sürdürme davranışları açısından önemli bir sonuç olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda ekonomik durumu kötü olan ($p<0.05$)(Tablo 8), çalışma yılı az olan ve vardiyalı çalışan hemşirelerin Beck Depresyon Envanteri puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 9). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin etkisi çoklu lineer regresyon ile incelendiğinde, Beck Depresyon Envanteri puanı artığında uyku kalitesi kötüleşmektedir ($p<0.001$)(Tablo 20). Hemşirelerin çalışma şartları ruhsal durumlarını, stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyellerini dolayısıyla da uyku kalitelerini etkilemektedir. Araştırmamızda hemşirelerin ekonomik durumu; depresyon durumunu, stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelini etkileyen önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma şartlarının düzeltilmesi, stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelinin artmasına ve ruhsal sorunların azalmasına dolayısıyla da uyku kalitelerinin düzelmesine neden olabilir. Araştırmamızda hemşirelerin uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi; uyku kalitelerini arttırmak, ruh sağlığını düzenlemek ve stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyellerini arttırmak için yapılacak planlamalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin uyku kalitelerini arttırmak, ruh sağlığını düzenlemek ve stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyellerini arttırmak için; hemşirelerin çalışma sistemlerine yönelik yeni planlamalar yapılmalı, nöbet çizelgelerinin yeterli dinlenmeyi sağlayacak ve gün içi uykululuk durumunu azaltacak şekilde hazırlanmalı, çalışanların sorunlarını aktarmak için uygun ortamlar hazırlanmalı ve özlük haklarını iyileştirici çalışmaları yapılmalıdır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre %39.8'i kötü uykuya sahipken, %25.6'sı uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu olduğu,
2. Hemşirelerin Beck depresyon ölçek puanlarına göre %42.9'u hafif depresyona sahipken %4.5'i şiddetli depresyona sahip olduğu, .
3. Epworth uykululuk ölçek puanlarına göre hemşirelerin %42.1'i artmış gün içi uykululuk seviyesine sahipken, %6.8'i artmış şiddetli gün içi uykululuk seviyesine sahip olduğu,
4. Hemşirelerden çalışma yılı fazla olanların PUKİ ölçek puan ortancalarının çalışma yılı az olanlara göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkından istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0.05$),
5. Vardiyalı çalışan hemşirelerin PUKİ ölçek puan ortancaları vardiyalı çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$),
6. Hemşirelerin bir ayda tutulan nöbet sayısı fazla olanların PUKİ ölçek puan ortancalarının nöbet sayısı az olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
7. Kahve tüketimi olan hemşirelerin uyku kalitelerinin anlamlı derecede daha kötü olduğu, çay tüketen hemşirelerin tüketmeyenlere göre gündüz uykululuk durumu anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
8. Hemşirelerin yaşı arttıkça uyku kalitesinin daha iyi olduğu ($p<0.05$),
9. Hemşirelerin cinsiyetinin, eğitim durumunun, medeni durumunun, ekonomik durumunun, işe geliş şeklinin, çocuk varlığı durumunun, çalıştığı kliniğin ve çalıştığı pozisyonun, sigara ve alkol kullanım durumunun, çay tüketim durumunun ve beden kitle indeksinin uyku kalitesine etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0.050$).
10. Ekonomik durumu kötü olan hemşirelerin ekonomik durumu iyi olanlara göre depresyon puanının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$),

11. Ekonomik durumu daha iyi olan hemşirelerin stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyellerinin ekonomik durumu kötü olan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0.05$),

12. Hemşirelerin stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri azaldıkça depresyon puanlarının arttığı, depresyon puanlarının da arttıkça uyku kalitelerinde düşme meydana geldiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda vardiyalı çalışan hemşireler başta olmak üzere uyku kalitelerinin düzeltilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Araştırmamızdaki yaklaşık her 3 hemşireden birinin uyku kalitelerinin kötü olması ve gün içi uykuluk durumuna sahip olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının uyku kalitelerinin belirlenmesi, uyku kaliteleri kötü olan hemşirelerin bu konuda bilgilendirilmesi ve gerekli önlemler alınması ve meslekte yeni olan hemşirelerin uyku kalitesini arttırmak için çalışanlara ve yöneticilere hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi,
- Hemşirelerin uyku kalitelerini etkileyen vardiyalı çalışma durumu, nöbet sayısı, çalışma yılı, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma stratejilerini kullanma potansiyelleri ekonomik durumlarıyla da ilişkilendirildiği için çalışma şartlarını ve özlük haklarını iyileştirici çalışmalar yapılması,
- Hemşirelerin ruh sağlığını korumak ve sürdürmek için belirli aralıklarla psikolojik danışmanlık hizmetleri verilmesi, yönetici ve idarecilerine sorunlarını aktarabilmeleri için uygun ortamlar hazırlanıp aralıklarla çalışma koşulları üzerine toplantıların yapılması,
- Kahve içme alışkanlıkları hemşirelerin uyku kalitelerini olumsuz etkilerken, çay içme alışkanlıkları gündüz uykululuk durumlarının artmasına neden olduğundan dolayı hemşirelerin bazı alışkanlıklarının sağlık üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla çalışmalar planlanması ve bu sonuçlara yönelik sağlık çalışanlarının sağlığı koruma ve geliştirilmeye yönelik eğitim planlamalarının düzenlenmesi,
- Araştırmamızın tek bir hastane ile sınırlı olmasını dikkate alarak benzer araştırmayı yapacak olanlara daha büyük örneklem grubu ile çalışmalarını yürütmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Papilla İ, Acioğlu E. “Obstrüktif uyku apne sendromu”, Hipokrat dergisi, 387-391, 2004.
2. Öztürk MO. “Uyku Bozuklukları Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, Yenilenmemiş 10. Basım, Nobel Tıp Kitap Evi, 479-486, Ankara, 2004.
3. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. “Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi”. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1), 29-38, 2011.
4. Şenol V. Soyuer F. Pekşen Akça R. Argün M. “Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler”, Kocatepe Tıp Dergisi, 14, 93-102,2012.
5. Atik D.Ö, Zeydan Z.E. ve Çosar A.A.”Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur mu?”, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,1, 3, 2-8 ,2012
6. Jung, H, Lee B. “Contributors to shift work tolerance in South Korean nurses working rotating shift”, Applied Nursing Research. 28 (2), 150–155, 2015.
7. Çoban S, Yılmaz H, Ok G, Erbüyün K, Aydın D. “Yoğun bakım hemşirelerinde uyku bozukluklarının araştırılması”, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 9,59-63, 2011.
8. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A. “Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi”, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23:238-43, 2010.
9. Chien PL, Su HF, Hsieh PC, Siao RY, Ling PY, Jou HJ. “*Sleep quality among female hospital staff nurses*”, Sleep Disorders.283490, 2013.
10. Zeng L.N, Yang Y, Wang C, Li X.H, Xiang Y.F, Hall B.J, Ungvari G.S, Li C.Y, Chen C, Chen L.G, Cui X.L, An F.R, Xiang Y.T, “*Prevalence of poor sleep quality in nursing staff: a meta-analysis of observational studies*”, Behavior Sleep Medication , 1–14,2019.
11. Sönmez S, Ursavaş A, Uzaslan E, Ediger D, Karadağ M, Gözü R, Ege E. “Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları” Tur Toraks Der (11), 105-8,2010.

12. Gök D, Peköz M, Aslan K. “Vardiyalı Çalışma ve Vardiyalı Çalışma Sonucu Gelişen Uyku Bozuklukları: Tanısı, Bulguları ve Tedavisi” *Journal of Turkish Sleep Medicine*;(4) :30-34, 2017.
13. Akhlaghi K.A.A, Ghalebani M. F. “Sleep quality and its correlation with general health in preuniversity students of Karaj”, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3 (1), 44-49,2009.
14. Son Y. J, Park Y. R. “*Relationships between sleep quality, fatigue and depression on health promoting behavior by shift-work patterns in university hospital nurses*”, *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 13(3), 229–237. 2011.
15. Lajoie P, Aronson K, Day A, Tranmer J. “*A cross-sectional study of shift work, sleep quality and cardiometabolic risk in female hospital employees*”, *BMJ Open*, 5(3), e007327, 2015.
16. Kecklund G, Axelsson J. “*Health consequences of shift work and insufficient sleep*”, *BMJ*, 355, i5210. 2016.
17. Gómez-García, T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid J. A, Rol M. A, Martínez-Madrid M. J, Moreno-Casbas, T. “*Nurses’ sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: Observational study among different shifts*”, *BMJ Open*, 6(8), e012073. 2016.
18. McLellan T.M, Riviere L.A, Williams K.W, McGurk D, Lieberman H.R. “*Caffeine and energy drink use by combat arms soldiers in Afghanistan as a countermeasure for sleep loss and high operational demands*”, *Nutr. Neurosci.* 0 (0), 1–10, 2018.
19. Chen S.S, Zheng D.Y, Chen Q.Y. “*Study on the relationship between work family conflict and sleep quality for operating room nurses*”, *Hospital Management Forum*, 34(6), 44–47, 2017.
20. Liu K, Yin T, Shen Q. “*Relationships between sleep quality, mindfulness and work-family conflict in Chinese nurses: A cross-sectional study*” *Applied Nursing Research* 55 151250,2020.

21. Aysan E. “*Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3),193-198, 2014.
22. Silva M. “*Sleep Quality Determinants Among Nursing Students*”, Procedia – Social and Behavioral Sciences 217 999 – 1007, 2016.
23. Bao A. “*Study on the relationship between job burnout, organizational support and turnover intention in Chinese public hospital nurses*”, Nanjing University of Chinese Medicine,2018.
24. Song D.H. “*Correlation of sleep quality, mindfulness level and personality traits among oncology clinical Nurses*”, Shandong University, 2016.
25. Küçük S, Yağmur B. “*Yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin iş stresini etkileyen faktörler ve algılanan iş stresi düzeyleri*”, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(72), 142-152, 2018.
26. Çiftçi K. “*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesi*”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015.
27. Avşar G. “*Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu*”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 3, 2009.
28. Günaydın N. “*Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi*”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing;5(1):33-40, 2014.
29. Ayaz S, Beydağ KD. “*Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler: Balıkesir Örneği*”, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(2):60-69, 2014.
30. Çatak T, Bahçecik N. “*Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*”, Journal of Marmara University Institute of Health Sciences, Vol. 5 Issue 2, p85-95. 11, 2015.
31. The ICN Definition of Nursing, 2018 Erişim: <http://www.icn.ch/definition.htm>
32. International Council of Nursing-ICN [online] Erişim adresi: (<https://nenedir.com.tr/uluslararası-hemşirelik-konseynine-icn-international-counsel-of-nursing-gore-hemşirelik-nedir/>) [Erişim tarihi 26 Mart 2019]

33. Velioğlu P, Pektekin , Őanlı T. “*HemŐirelikte Kişilerarası İlişkiler*”, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, s.20-27, Eskişehir, 1991.
34. Korkmaz F. “*MeslekleŐme ve lkemizde Hemşirelik*”, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 59-67, 2011.
35. Velioğlu P. “*HemŐirelikte Kavram ve Kuramlar*”, Akademi Basın ve Yayıncılık, s.260-267, 2012.
36. nsal A. “*Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, evre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik*”, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), s.11-25, 2017.
37. Velioğlu P. “*HemŐirelikte Kavram ve Kuramlar*”, Akademi Basın ve Yayıncılık, s.155-183, 2012.
38. Guyton CA, Hall EJ. “*Tıbbı Fizyoloji*” (10.Baskı), Prof. Dr. Hayrünnisa avuŐoglu (eviri edt), Nobel kitapevi Ltd.Sti, 689-696, Ankara, 2001.
39. zdemir C. “*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde alıŐan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler*”, *Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Kayseri, 2014.
40. Duman M. “*Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Uyku Hijyeni Eğitim ve Gevşeme Egzersizin Uyku Kalitesine Etkisi*”, *Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya*, 2016.
41. Guyton AC, Hall JE. “*Tıbbı Fizyoloji*”, Nobel Kitabevi, Ankara: 171-173, 2001.
42. Balcı K. “*Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde alıŐan YetiŐkin bireylerin Beslenme Durumları İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*”, *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*, 2017.
43. Köktürk O. “*Uyku Kayıtlarının Skorlanması*”, *Solunum*, 15(2), 14-29, 2013.
44. İlhan Algın D, Akdağ G, Erdinç OO. “*Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları*”, *Osmangazi Tıp Dergisi, zel Sayı(1)*, 29-34, 2016.
45. zgen F. “*Uyku ve Uyku Bozuklukları*”, *Psikiyatri Dünyası*, 5, 41-48, 2001.
46. Cici R. “*NöroŐirurji Servisinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesi*”, *Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya*, 2014.

47. Yüksel Deniz S. “Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı*, İstanbul, 2014.
48. National Sleep Foundation “*Sleep Tips for Pregnant Women*”, Erişim: <http://www.sleepfoundation.org/article/hot-topics/sleep-tips-pregnant-women>, 2011. (Erişim Tarihi: 20.08.2020)
49. Zhu L, Zee PC. “*Circadian rhythm sleep disorders*”, *Neurol Clin*, 30:1167-1191. 2012.
50. Akıncı E, Orhan F. “*Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları*”, *Current Approaches in Psychiatry*, 178-189. 2016.
51. Şahin Köybaşı E. “Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi”, *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2013.
52. Tal J. Z. Suh S.A. Dowdle C. L. Nowakowski S. “*Treatment of Insomnia, Insomnia Symptoms and Obstructive Sleep Apnea During and After Menopause: Therapeutic Approaches*”, *Curr Psychiatry Rev. Author Manuscript*; available in PMC, 11(1), 63-83. 2016.
53. Yetkin S, Özgen F. “*Hipersomnili Hastanın Değerlendirilmesi*” *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2007.
54. Yılmaz K. “*Güncel Bilgiler Işığında Narkolepsi*” *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*; 1:1-6, 2015
55. Erdiñç O. “*Solumla İlişkili Uyku Bozuklukları ve Serebrovasküler Hastalıklar*”, *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 16:1; 1-6, 2010.
56. Emre, M. “*Nöroloji Temel Kitabı*”, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2013.
57. Öge E, Baykan B. “*Nöroloji*”, NobelTıp Kitabevleri, İstanbul, 2011.
58. İlhan Algın D, Akdağ G, Erdiñç OO. “*Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları*”, *Osmangazi Tıp Dergisi, Özel Sayı(1)*, 29-34. 2016.
59. Yılmaz H, Tuncel, D. “*Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi*” *Türk Nöroloji Derneği*, Ankara, 2014.
60. Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. “*Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*”, *Dokuz*

- Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 171-177, 2014.
61. Baek J, Han K, Choi-Kwon S. *“Sleep diary- and actigraphy-derived sleep parameters of 8-hour fast-rotating shift work nurses: A prospective descriptive study”*, International Journal of Nursing Studies 112,103719, 2020.
 62. Lemola S, Ledermann T, Friedman E.M, *“Variability of sleep duration is related to subjective sleep quality and subjective well-being: an actigraphy study”*, PLoS One 8 (8), e71292, 2013.
 63. Moore M, Kirchner H.L, Drotar D, Johnson N, Rosen C, Redline S. *“Correlates of adolescent sleep time and variability in sleep time: the role of individual and health related characteristics”*, Sleep Med. 12 (3), 239–245.2011.
 64. Ness T.E, Saksvik-Lehouillier I. *“The relationships between life satisfaction and sleep quality, sleep duration and variability of sleep in University students”*, J. Eur. Psychol. Stud. 9, 28–39, 2018.
 65. Rowe M, McCrae C, Campbell J, Horne C, Tiegs T, Lehman B, Cheng J, *“Actigraphy in older adults: comparison of means and variability of three different aggregates of measurement”*, Behav. Sleep Med. 6 (2), 127–145. 2008.
 66. Luckhaupt S. E, Tak S, Calvert G. M. *“The prevalence of short sleep duration by industry and occupation in the National Health Interview Survey”*, Sleep, 33(2), 149–159, 2010.
 67. Welsh D.T, Ellis A.P.J, Christian M.S, Mai K.M. *“Building a self-regulatory model of sleep deprivation and deception: The role of caffeine and social influence”*, Journal of Applied Psychology, 99 (6), 1268–1277, 2014.
 68. Killick R, Banks S, Liu PY. *“Implications of sleep restriction and recovery on metabolic outcomes”*, J Clin Endocrinol Metab 97(11): 3876–3890, 2012.
 69. Faber N.S, Häusser J.A, Kerr N.L. *“Sleep deprivation impairs and caffeine enhances my performance, but not always our performance: How acting in a group can change the effects of impairments and enhancements”*, Personality and Social Psychology Review, 21(1), 3–28, 2017.

70. “Türkiye’de Erişkin Toplumda Uyku Epidemiyolojisi Araştırması İlk Sonuçları”, Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını; 2010.
71. Mayda A.S, Kasap H, Yıldırım C, Yılmaz M, Derdiyok Ç, Ertan D, Erten R, Gül A, Gül G, Kara M, Karakaya H, Kasırga F. “4-5-6. Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu Sıklığı”, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2 (2), 8-11, 2012.
72. Okutan A. “Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirmesi”, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018.
73. Tarhan M, Dalar L. “Vardiyalı Çalışma ve Algılanan Çalışma Ortamının Hemşirelerin Ruh Sağlığı Durumları Üzerine Etkisi”, Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi; 1(2): 25-39, 2016.
74. Bumin G, Tatlı İ, Cemali M, Kara S, Akyürek G. “Vardiyalı ve Gündüz Çalışan Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi, Reaksiyon Zamanı, Stres ve İyilik Halinin Karşılaştırılması” HUHEMFAD-JOHUFON, 6(3), 170-176, 2019.
75. Rocha MC, Martino MM. “Stress And Sleep Quality Of Nurses Working Different Hospital”, Rev ESC Enferm USP; 44(2): 280-286, 2010.
76. Chan MF. “Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts”, Journal Clinical Nursing June; 18(2): 285-93, 2009.
77. Shcao MF, Chou YC, Yeh MY & et al. “Sleep Quality And Quality Of Life In Female Shift Working Nurses”, J Adv Nurs; 66(7): 1565-1572, 2010.
78. Ghalichi L, Pournik O, Ghaffari M, Vingard E. “Sleep Quality Among Health Care Workers”, Arch Iran Med; 16(2): 100-3, 2013.
79. Park E, Lee H.Y, Park C.S.Y. “Association between sleep quality and nurse productivity among Korean clinical nurses”, Journal of Nursing Management, 0, 1–8, 2018.
80. Wang J, Zhanga X, Yang B, Lia J, Lia Y, Chena Q, Wua L, Caoa F, “Suicidal Ideation Among Nurses: Unique and Cumulative Effects of Different Subtypes of Sleep Problems”, Journal of Affective Disorders 276 600–607, 2020.

81. Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. “*Hemşirelerde Uyku Kalitesi*” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 19:3, 2016.
82. Çetinel T. “*Hemşirelerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler*”, *Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği*, 2018.
83. Dağcan N. “*Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi*”, *Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli*, 2019.
84. Yeşilçicek Çalık K, Aktaş S, Kobyay Bulut H, Özdaş Anahar E. “*Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi*”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*;2 (1):33-45, 2014.
85. Karakaş SA, Gönültaş N, Okanlı A. “*Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi*”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*;4(1), 17-26, 2017.
86. Monk TH, Thompson WK, Buysse DJ, Hall M, Nofzinger EA, Reynolds CF. “*Sleep In Healthy Seniors: A Diary Study Of The Relation Between Bedtime And The Amount Of Sleep Obtained*” *Journal Of Sleep Research*, 15, 256-260, 2006.
87. Karadeniz G. “*Uyku, Dinlenme ve Hemşirelik Yaklaşımları*”, *Geriatri Hemşireliği, İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ankara.70-76, 78-86, 2008.
88. Akça Ay F, Keser Özcan N. “*Öz Bakım Uygulamaları. Uyku ve Uyku Sorunları olan Hastanın Bakımı*”, Akça Ay F. (Edi.). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, İstanbul Medikal Yayıncılık, 236-241, 409-420, 2007.
89. Sabuncuoğlu N, Ecevit Alpar Ş, Özdiilli K, Batmaz M, Bahçecik N, Erkal İlhan S, Özhan F, Dursun S. “*Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*”, Ankara: Alter Yayıncılık, 2009.
90. Ağan K. “*Menopoz Hastalarında Uyku Kalitesi*”, *Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce*, 2015.

91. Aksu Aslan S. “Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’ne Başvuran Hastaların Uyku Kalitesinin ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Ankara Numune Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Aile Hekimliği*, Ankara, 2017.
92. Taylor C, Lillis C, Lemone P, “*Fundamentals of Nursing*”, The Art & Science of Nursing Care, (Fourth Edition), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
93. Lafçı D. “Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi”, *Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı*, Adana 2009.
94. Özkan Oskay P. “Genel Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi” *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2013.
95. Camkurt MZ. “İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi”, *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20(6):12-7, 2007.
96. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis N, Kara İH. “*Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi*”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(1), 17-23, 2012.
97. Han Y, Yuan Y, Zhang L, Fu Y. “*Sleep disorder status of nurses in general hospitals and its influencing factors*”, *Psychiatr Danub*; 28(2):176–83, 2016.
98. Yüksel Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. “*Hemşirelerde uyku kalitesi*”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;19(3):0-0, 2016.
99. Demir Zencirci A, Arslan S. “*Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study*”, *Croat Med J*; 52: 527 – 537, 2011.
100. Arpacı F. “*Vardiya usulü çalışmanın hemşirelerin sosyal yaşamı ve ev yaşamı üzerindeki etkilerinin incelenmesi*”, *Life Scien*; 2(4), 71-79, 2007.
101. Biçim S, Dakman M, Coşkun Y, Maydos A. “*Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi*”, *Bilimsel Çalışmalar* 2002.

102. Karagözoğlu Ş, Bingöl N. “*Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses*”, Nurs Outlook;56:298-307, 2008.
103. THD (Türk Hemşireler Derneği), 7 gün-24 saat / hasta başında Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları, Ankara, 2008.
104. ILO Nursing Personnel Convention No.149 International Labour Office, Geneva,2005
https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nursing_convention_C149.pdf
(Erişim Tarihi: 25.08.2020).
105. International Labour Organization. “R157 –Nursing Personnel Recommendation,1977(No.157)”.(online)
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R157, (Erişim Tarihi: 25.08.2020).
106. Sağlık Bakanlığı, “*Vardiyalı çalışma saatleri*”, Genelge 2004. <http://www.saglik.gov.tr>
107. Özabacı N, Pektekin Ç. “*Physical, mental and social problems and causes related to nurses work conditions*”, (2nd ed), National Nursing Congress Book; p. 377-85 Izmir, Turkey: 1990.
108. Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Resmi web sitesinden 30.05.2019 tarihinde alınmıştır. Erişim: <https://zonguldakataturkdh.saglik.gov.tr/TR,27599/tarihcemiz.html>
109. Ayvaz S. “*Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri*”, Türk Psikiyatri Dergisi; 17(4):243-251, 2006.
110. Hisli N. “*Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma*”, Psikoloji Dergisi; 6: 118-126, 1988.
111. Ballı A, Kılıç K. “*Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*” Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 25, Sayı 3, Sayfa 273-286, 2016.
112. Kaya F. “*Kent Yaşamı Memnuniyeti, Stresle Başa Çıkma ve Yaşam Doyumu İlişkisi: İstanbul Örneği*” Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2019.
113. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. “*Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’nin Geçerliliği ve Güvenirliliği*”, Türk Psikiyatri Dergisi 7(2): 107-115, 1996.

114. Omaç M, Eğri M, Karaoğlu L. “Malatya İl Merkezi Hastanelerinde Çalışmakta Olan Hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği ile Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi” e-Journal of New World Sciences Academy Volume: 5, Number: 4, Article Number:1B0021, 2010.
115. Ağargün M.Y, Çilli A.S, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz Ü.B, Başoğlu C. “Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği” Türk Psikiyatri Dergisi, 10(4):261-267, 1999.
116. Johns M. W. “A New Method For Measuring Daytime Sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale”, Sleep, 14(6), 540-545, 1991.
117. Yıldırım S. “Vardiyalı Sağlık Çalışanlarının Uyku Sorunları İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.
118. Yüksel C. “Hemşirelerde Uyku Kalitesi İş Doyumu Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, 2013.
119. Heath G, Dorrian J, Coates. “Associations Between Shift Type, Sleep, Mood, and Diet in a Group of Shift Working Nurses”, Scand. J. Work Environ, Health 45 (4), 402–412. 2019.
120. Fışkın A, Bayık Temel A, Yıldırım JG. “Hemşirelerde Uyku Sorunları ve Etkili Etmenler”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;29 (2):13-32, 2013.
121. Yücel B. “Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
122. Chung MH, Chang FM, Yang CC. “Sleep Quality and Morningness-Eveningness Of Shift Nurses”, J Clin Nurs 18(2): 279-284, 2009.
123. Ergün S, Duran S, Gültekin M, Yanar S. “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Uyku Alışkanlığı ve Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, TJFMPC, 11(3): 186-193,2017.

124. Şahin S, Açıklı C.H, Türker T, Okyay S. “GATA Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gündüz Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(1) , 2014.
125. Orhan F, Akyüz S, Varol Ş, Tuncer S. “Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Gündüz Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile Değerlendirilmesi”, Usaysad Derg.; 3(3):354-369, 2017.
126. Li Chien P, Su H, Hisieh P,Siao R, Ling P, Jou H. “Sleep Quality among Female Hospital Staff Nurses, Sleep Disorders”, Volume 2013, 6 pages 2013.
127. Cihan YB. “Onkoloji Bölümünde Çalışan Sağlık Personelinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, Yeni Tıp Dergisi 28:17-22, 2011.
128. Zengin L, ve Gümüş F. “Hemşirelerde Anksiyete, Depresif Belirti ve İlişkili Faktörler” , JAREN;5(2):116-122, 2019.
129. Gelaye B, Barrios Y.V, Zhong Q.Y, Rondon M.B, Borba C.P, Sanchez S.E, Henderson D.C, Williams M.A, “Association of Poor Subjective Sleep Quality With Suicidal Ideation Among Pregnant Peruvian Women”, Gen. Hosp. Psychiatry 37,441–447, 2015.
130. Guo L, Xu Y, Deng J, Huang J, Huang G, Gao X, Li P, Wu H, Pan S, Zhang W.H, Lu C, “Association Between Sleep Duration, Suicidal Ideation, and Suicidal Attempts Among Chinese Adolescents: the Moderating Role of Depressive Symptoms” J. Affect. Disord. 208, 355–362. 2017.
131. Qian Y, Sun L, Zhou C, Ge D, Zhang L, “The association between suicidal ideation and sleep quality in elderly individuals: a cross-sectional study in Shandong”,China.PsychiatryRes.256,453–457, 2017.
132. Becker S.P, Dvorsky M.R, Holdaway A.S, Luebbe A.M, “Sleep problems and suicidal behaviors in college students”, J. Psychiatr Res. 99, 122–128.2018.
133. Özgür G, Gümüş A. B, Gürdağ Ş. “Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi”, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi;24:296-305,2011.

134. Kelleci M, Gölbaşı Z. “*Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (2): 1-8, 2004.
135. Kopuz E. “*Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi ve Stresle Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi*” *Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi*, 2013.



EKLER

Ek-1: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul İzni



Ek-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı.

Bu çalışma Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen araştırmadır. Çalışmanın amacı, hemşirelerin uyku kaliteleri ve etkileyen değişkenler ile ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelindedir. Ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Sizin dürüst ve içten cevaplar vermeniz geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından önemlidir.

Çalışmada sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece çalışma kapsamında değerlendirilecek ve bu bilgiler sadece bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplamayabilirsiniz. Anket sonunda bu çalışmayla ilgili sorularınız varsa cevaplanacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Gülseda Topal (E-posta:gulsedatopal@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Gösterdiğiniz ilgi ve yardım için şimdiden teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip

çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İsim Soyisim

Tarih

Ek-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyet 1. Kadın 2. Erkek

2.Yaş

3.Eğitim Durumu

1.Sağlık meslek lisesi ()

2.Önlisans ()

3.Lisans ()

4.Medeni Durum

1.Evli () 2.Bekar () 3.Boşanmış. Dul ()

5.Ekonomik Durum

1.İyi () 2.orta () 3.kötü ()

6.İşe Gelme Şekli

1.Özel araç () 2.Otobüs () 3.Yürüyerek ()

7.Çocuk Varlığı

1.Var () 2.Yok ()

8.Çalışma yılı

1. 1-5 yıl ()

2. 6-10 yıl ()

3. 11-15 yıl ()

4. 16 yıl ve üzeri ()

9.Çalıştığınız Kliniğin Adı nedir

1.Cerrahi Birim ()

2.Dahili Birim ()

3.Acil Servis ()

4.Yoğun Bakım ()

5.Poliklinik ()

6.Diyaliz Ünitesi ()

7.Diğer ()

10.Klinikte Hangi Pozisyonda Çalışıyorsunuz

1.Klinik Sorumlu Hemşiresi ()

2.Klinik Hemşiresi ()

11. Nöbet/Vardiyalı çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

12. 1 ayda Tutulan Nöbet Sayısı

1. 1-5 ()

2. 6-10 ()

3. 11 ve üzeri ()

13.Sigara kullanım durumu

1.Evet () ...adet/paket/gün/ay/yıl

2.Hayır ()

3.Bıraktım ()

14. Alkol kullanım durumu

1.Evet ()kadeh/şişe/gün/ay/yıl

2.Hayır ()

3.Bıraktım ()

15. Günde çay içme durumu/kupa/çay bardağı
/gün/ay/yıl

Günde kahve içme durumu...../kupa/çay bardağı /gün/ay/yıl

16. Boy: Kilo:



Ek-5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

AÇIKLAMA:

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz.

Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her Şeyden hoŐlanmıyorum.
 2. Artık hiÇbir Şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her Şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0.** Kendimi herhangi bir Şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0.** Bana cezalandırılmıŐım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0.** Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0.** BaŐkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleŐtiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karŐısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0.** Kendimi öldürmek gibi düŐüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düŐündüđüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek.konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak.görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı.sancı.mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilгимde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilğimi tamamen kaybettim.



Ek-6. STRESLE BAŞAÇIKMA ÖLÇEĞİ (BSÖ)

Stresle Başa çıkma Ölçeği	Ölçek maddeleri	1-Hiçbir zaman	2- Nadiren	3- Bazen	4- Çoğunlukla	5-Her zaman
1	Sorunlarla başa çıkmak için farklı yollar düşünürüm					
2	Sorunlara dışarıdan bakmaya ve objektif olmaya çalışırım					
3	Söylediklerimde ve yaptıklarımdaya aklıma izlerim					
4	Olaylardan ders almaya çalışırım..					
5	Olayların nasıl sonuçlanacağını tahmin etmeye çalışırım					
6	İnsanların benden beklediklerini anlamaya çalışırım.					
7	Kendimi daha iyi hissetmek için kendi kendimi motive ederim					
8	Hayatta her zaman daha kötüsünün de olabileceğini düşünürüm.					
9	Olayların iyi tarafını görmeye çalışırım					
10	Benzer problemlere sahip insanlardan.daha iyi durumda olduğumu düşünürüm					
11	Kendime her şeyin daha iyi olacağını söylerim.					
12	Yaşadığım sorunların hayatımı olumlu olarak değiştireceğini düşünürüm.					
13	Sorunlar hakkında eşim ya da diğer akrabalarım ile konuşurum					
14	Sorunlar hakkında bir arkadaşım ile konuşurum.					
15	Sorunlarla ilgili olarak profesyonel birinden yardım alırım					
16	Benzer problemler yaşamış					

	kişi ya da gruplardan yardım alırım.					
17	Karşılaştığım sorunlarla ilgili daha fazla bilgi edinmek için çalışırım.					
18	Zorlukların üstesinden gelmek için dua ederim.					
19	. Bir plan yapar ve onu izlerim.					
20	Yapılması gerekenleri bilir ve onları yapmak için çok çalışırım..					
21	Ne istediğime karar verir ve istediğimi gerçekleştirmek için çalışırım.					
22	Sorunları çözmek için birden fazla bakış açısı geliştiririm					
23	Kendimi sürekli geliştirmeye çalışırım.					
24	Sorunları çözerken acele etmeden yavaş yavaş ilerlerim.					

Ek-7.PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)

İsim: _____ Tarih: _____ Yaş: _____

Açıklamalar: Aşağıdaki sorular geçen ay içindeki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınızı verirken son ayda size en çok hangi seçenek uyuyorsa o işaretlenmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1.Geçen ay akşamları ne zaman yattınız?

Genel Yatış Saati:.....

2. Geçen ay. akşamları uykuya dalmanız ne kadar sürüyor?(dakika olarak)

Dakika:.....

3. Geçen ay.sabahları genelde ne zaman uyandınız?

Genel uyanma saati.....

4. Geçen ay.geceleri kaç saat hiç uyanmadan uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Bir gecede ki uyku süresi.....saat

Aşağıdaki soruların her biri için size uyan cevabı seçiniz. Lütfen bütün soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay.aşağıda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

a) 30 dk. İçinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

b) Gece yarısı veya sabah erken uyanığınız oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez

Haftada üç veya daha fazla

c) Gece lavaboya gitme ihtiyacı duyuyormusunuz?

- Geçen ay boyunca hiç
 Haftada birden az
 Haftada bir veya iki kez
 Haftada üç veya daha fazla

d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
 Haftada birden az
 Haftada bir veya iki kez
 Haftada üç veya daha fazla

e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
 Haftada birden az
 Haftada bir veya iki kez
 Haftada üç veya daha fazla

f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
 Haftada birden az
 Haftada bir veya iki kez
 Haftada üç veya daha fazla

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
 Haftada birden az
 Haftada bir veya iki kez
 Haftada üç veya daha fazla

h) Ağrıyla uyandığınız oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

I) Diğer neden(ler)i lütfen belirtiniz.

i) Geçen ay bu nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay uyku kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi
- Oldukça iyi
- Oldukça kötü
- Çok kötü

7. Geçen ay boyunca uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı aldınız?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken, otururken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için kendinizi zorladınız?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez

- Haftada üç veya daha fazla

9. Geçen ay.bu durum işlerinizi istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı
- Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Eşiniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Eşim veya oda arkadaşım yok
- Başka odada uyuyan arkadaş var
- Aynı odada uyuyan var ama aynı yatakta değil
- Eşim var

Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı soracağız....

a) Gürültülü horlama oldumu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar oldu mu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

c) Uyurken bacaklarında seğirme veya sıçrama oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç

- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?

- Geçen ay boyunca hiç
- Haftada birden az
- Haftada bir veya iki kez
- Haftada üç veya daha fazla

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklar neler?

Ek-8.EPWORDH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

Kendinizi yorgun hissetmenin dışında. aşağıdaki durumlarda ne sıklıkla uyuklama ya da uykuya dalma şansınız olmaktadır. Bu açıklama. ŞU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl hissetmekte olduğunuzu belirtmektedir. Bazılarını son zamanlarda yaşamadıysanız da. sizi ŞU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl etkileyebileceğini göz önüne alın. Aşağıdaki ölçeği. her duruma karşılık en uygun rakamı seçmekte kullanın:

0 = Hiçbir zaman

1 = Hafif uyuklama şansı

2 = Orta derecede uyuklama şansı

3 = Çok uyuklama şansı

Durum	Şu anda uyuklama şansı (Uygun rakamı aşağı yazın)
1. Oturur ve kitap okurken	
2. Televizyon izlerken	
3. Umumi bir yerde sükûnetle otururken	
4. Bir arabada yolculuk yaparken	
5. Şartlar uygun olduğunda öğleden sonra uzanmışken	
6. Oturup bir başkası ile konuşurken	
7. Öğle yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken	
8. Trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken	