

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**İNTÖRN DOKTORLARIN ACİL SERVİS STAJI
BAŞLANGICINDAKİ VE SONUNDAKİ ANKSİYETE VE UYKU
SKORLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ÖZGÜN MERAL**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. MERT ÖZEN**

DENİZLİ – 2024

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**İNTÖRN DOKTORLARIN ACİL SERVİS STAJI
BAŞLANGICINDAKİ VE SONUNDAKİ ANKSİYETE VE UYKU
SKORLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. ÖZGÜN MERAL**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. MERT ÖZEN**

DENİZLİ – 2024

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının yürütülmesi sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle bana her türlü desteği sağlayan, bu çalışmanın ve uzmanlık eğitim hayatımın her aşamasında büyük emekleri olan Sayın Danışman Hocam Doç. Dr. Mert ÖZEN'e,

Acil tıp uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle her daim yanımda olan Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.B.D.'deki hocalarım Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER'e, Prof. Dr. Bülent ERDUR'a, Doç. Dr. Atakan YILMAZ'a, Doç. Dr. Murat SEYİT'e, Doç. Dr. Alten OSKAY'a,

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve özverilerini esirgemeyen değerli mesai arkadaşlarım Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.B.D.'da görevli asistan doktor arkadaşlarıma, benimle çalışmaya katılmayı kabul eden 2022-2023 eğitim öğretim yılı Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi intörnleri olan meslektaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca beni hep destekleyen annem, babam, kardeşim ve başarılarımda en büyük emeğin sahibi sevgili eşim Sibel MERAL'e, doğumunu heyecanla beklediğimiz kızım Melis MERAL'e tüm içtenliğim ile teşekkür ederim.

Dr. Özgün MERAL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUĞU	2
2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	2
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluklar	3
2.1.3. Özgül Fobi	4
2.1.4. Sosyal Fobi	5
2.1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Akut Stres Bozukluğu)	5
2.1.6. Panik Bozukluğu (Agorafobili, Agorafobisiz)	6
2.1.7. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu.....	7
2.1.8. Madde/İlaç Kullanımının Sebep Olduğu Anksiyete Bozukluğu	7
2.1.9. Anksiyete Duyarlılığı	8
2.1.10. Beck Anksiyete Ölçeği	9
2.2. UYKU	9
2.2.1. Uyku Fizyolojisi	11
2.2.2. Uykunun Evreleri.....	13
2.2.2.1. NREM Uykusu.....	13
2.2.2.2. REM Uykusu	14
2.2.3. Uykunun Fonksiyonları	14
2.2.4. Uyku Gereksinimi.....	15
2.2.5. Uyku İhtiyacı	16
2.2.6. Uyku Bozuklukları Sınıflaması	18

2.2.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	19
3. MATERYAL METOT	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ.....	38
7. KAYNAKLAR	40
EKLER.....	49
Ek 1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI).....	49
Ek 2. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi.....	50
Ek 3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksinin Puanlaması	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
GAD	: Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
BDT	: Bilişsel davranış terapisi
OKB	: Obsesif-kompulsif bozukluk
KDT	: Kognitif davranış terapisi
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
EMDR	: Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
NREM	: Hızlı göz hareketi olmayan yavaş dalga uyku fazı (Non-rapid eye movement')
REM	: Hızlı göz hareketi olan uyku fazı (rapid eye movement)
EEG	: Elektroensefalogram
ICSD	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
vb.	: ve benzeri

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. İntörn doktorların ön test ve son testteki demografik değişkenlerine ilişkin bulgular.....	22
Tablo 2. Ön testte uygulanan BECK Anksiyete Ölçeği	23
Tablo 3. Son testte uygulanan BECK Anksiyete Ölçeği	24
Tablo 4. İntörn doktorların PUKİ skorlarının ön teste-son teste göre karşılaştırılması	25
Tablo 5. İntörn doktorların ön test-son test Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 6. İntörn doktorların ön test-son test PUKİ skorlarının karşılaştırılması ..	27
Tablo 7. İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılması	27
Tablo 8. İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılması	28
Tablo 9. İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılması.....	29
Tablo 10. İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılması	29
Tablo 11. Doktorların ön test ve son testteki ölçek puanlarının farklı parametrelerle karşılaştırılmasına ilişkin korelasyon analizi	31

ÖZET

İntörn Doktorların Acil Servis Stajı Başlangıcındaki ve Sonundaki Anksiyete ve Uyku Skorlarının Karşılaştırılması

Dr. Özgün MERAL

Anksiyete, bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan psikolojik ve fizyolojik bir durumdur. Uzun ve zorlu bir süreç olan tıp eğitimi öğrencilerde anksiyete oluşturabilmektedir. Bunun yanı sıra tıp fakültesi öğrencilerinin daha az uyku açısından risk altında oldukları bilinmektedir. Uyku ile ilgili sorunlar kişinin günlük mesleki ve sosyal yaşamını etkileyebileceği gibi bilişsel işlev ve yaşam kalitesini de bozabilmektedir. Bu çalışmada intörn doktorların anksiyete düzeyi ve uyku sorunları sıklığını saptamak ve belirtilen parametreler açısından karşılaştırıp acil servis staj eğitimi sürecinde bu parametrelerin olası değişimini değerlendirmek amaçlandı.

01.07.2022-30.06.2023 tarihleri arasında acil serviste çalışan intörn doktorlar çalışmaya dahil edildi. Çalışmamızda öğrencilere Beck Anksiyete Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi Anketi ve sosyodemografik özelliklerle ilgili 5 soruluk (intörnlükte çalışma ayı, yaş, cinsiyet, Acil servise gelirken anksiyete yaşama durumu ve daha önce anksiyete tanısı alma durumu) anket formu uygulanmıştır. Bu çalışmadaki verilerin analizinde IBM SPSS 25.0 for Windows paket programı kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön testteki yaş ortalamaları 23,97, son testteki yaş ortalamaları 23,99'du. Ön testte ve son testte intörn doktorların %60,7'si kadındı. Ön testte intörn doktorların %45,4'ünün, son testte ise %39,9'unun acil servise gelirken anksiyete yaşadığı belirlendi. İntörn doktorların Beck anksiyete puan ortalamaları ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. PUKİ skor ortalamaları ön testte 6,83, son testte 8,15'tir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$).

Ön test PUKİ değerlendirmesi doktorların %59,6'sının, son testte %80,3'ünün kötü uyku şeklindeydi. PUKİ skoru 25 yaş ve üstü yaştakilerde, 23 ve 24 yaştakilere oranla anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,005$). Ön test ve son testte uyku değerlendirmesinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ön testte ve son

teste PUKİ skor ortalaması ile Beck anksiyete skor ortalaması arasında pozitif yönlü korelasyon ilişkisi vardı.

Sonuç olarak uyku bozukluğu olan veya kötü uyku kalitesine sahip olan intörn doktorların anksiyete belirtileri gösterdikleri belirlendi. Ayrıca staj başındaki uyku bozukluğu düzeylerinin staj sonunda daha yüksek olduğu ve kötü uykuya sahip olanların oranlarında artış olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, İntörn doktor, Uyku kalitesi, Beck Anksiyete Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi Anketi

SUMMARY

Comparison Of Anxiety And Sleep Scores Of Intern Doctors At The Beginning And End Of Emergency Department Internship

Dr. Özgün MERAL

Anxiety is a psychological and physiological condition with cognitive, somatic, emotional and behavioral components. Medical education, which is a long and challenging process, can create anxiety in students. In addition, it is known that medical school students are at risk for less sleep. Sleep-related problems can affect a person's daily professional and social life, as well as impair cognitive function and quality of life. In this study, it was aimed to determine the anxiety level and frequency of sleep problems of intern doctors, compare them in terms of the specified parameters and evaluate the possible change of these parameters during the emergency department internship training process.

Intern doctors working in the emergency department between 01.07.2022-30.06.2023 were included in the study. In our study, Beck Anxiety Scale, Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire and 5 questions about sociodemographic characteristics (month of study, age, gender, state of anxiety when coming to the emergency department and state of having been diagnosed with anxiety before) questionnaire form were applied to the students. IBM SPSS 25.0 for Windows package program was used in the analysis of the data in this study.

The average age of the intern doctors in the pre-test was 23.97 and the average age in the final test was 23.99. In the pre-test and post-test, 60.7% of the intern doctors were women. It was determined that 45.4% of intern doctors in the preliminary test and 39.9% in the final test experienced anxiety when coming to the emergency department. There was no statistically significant difference between the intern doctors' Beck anxiety score averages in the pre-test and post-test. The PKI score averages were 6.83 in the pre-test and 8.15 in the final test, and there is a statistically significant difference ($p=0.0001$).

The pre-test SCORE assessment of 59.6% of doctors and 80.3% of them had poor sleep in the last test. The PUKI score was significantly higher in those aged 25 years and older compared to those aged 23 and 24 years ($p=0.005$). There was no statistically significant difference in sleep assessment according to age in the pre-test and post-test. There was a positive correlation between the PKI score average in the pre-test and the Decal test and the Beck anxiety score average.

As a result, it was determined that intern doctors who had sleep disorders or had poor sleep quality showed symptoms of anxiety. In addition, it was found that the levels of sleep disorders at the beginning of the internship were higher at the end of the internship and there was an increase in the rates of those who had poor sleep.

Keywords: Anxiety, Intern doctor, Sleep quality, Beck Anxiety Scale, Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire

1. GİRİŞ

Tıp fakültelerindeki mevcut eğitimin amacı, yaşadığı ülkenin sağlık problemlerine hâkim ve birinci basamakta bu problemleri çözebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış, mesleğin etik kurallarına riayet eden, kendisini araştırmalarla sürekli olarak yenileyip bilgi ve becerilerini güncel tutan, uluslararası düzeyde kabul edilen kriterlerde hekimler yetiştirmektir (1).

Uzun ve zorlu bir süreç olan tıp eğitimi öğrenciler üzerinde stres oluşturur. Oluşan bu psikolojik sıkıntı mesleğe adım atmalarına ramak kalan son sınıf öğrencilerinde en yüksek seviyeye ulaşır. Acil servisler de hastanelerde stres ve anksiyetenin en yoğun yaşandığı yerler olup, acil servislerde intörn doktor olarak çalışan hekim adayları bu stresi en yoğun şekilde yaşayan bireyler arasındadır.

Yapılan çalışmalarda, Avrupa'da tıp öğrencilerinin %30'unun depresyon ve anksiyete belirtilerinin olduğu bildirilmiştir (2). 2014 yılında Amerika'da yapılan sistematik gözden geçirmede 11 araştırma değerlendirilmiş ve tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete sıklığının %7,7 ile %65 arasında değiştiği gösterilmiştir (3).

Uyku ile ilgili sorunlar kişinin günlük mesleki ve sosyal yaşamını etkileyebileceği gibi bilişsel işlev ve yaşam kalitesini de bozabilmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin daha az uyku açısından risk altında oldukları bilinmektedir. Yeterli miktarda uykunun fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesi ile ilişkili olması ve uyku sorunlarının psikiyatrik bozukluklarla güçlü ilişkisinin varlığı tıp öğrencilerinde uyku düzeni ve hijyeninin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın amacı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intörn doktorların) Acil Servis stajı başlangıcındaki ve sonundaki anksiyete ve uyku skorlarını karşılaştırmaktır. Tıp fakültesinde okuyan altıncı sınıf öğrencilerinde anksiyete düzeyi ve uyku sorunları sıklığını saptamak ve belirtilen parametreler açısından karşılaştırıp acil servis staj eğitimi sürecinde bu parametrelerin olası değişimini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUĞU

Anksiyete bozuklukları, kişinin normalde beklenebilecek bir stres tepkisinden daha fazla ve daha uzun süreli bir şekilde anksiyete (kaygı) yaşadığı durumları ifade eder. Anksiyete bozuklukları, belirtilerinin şiddeti ve süresi açısından farklı alt dallara ayrılabilir (4). Anksiyete bozukluğunun bazı alt dalları şu şekildedir:

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Obsesif Kompulsif Bozukluklar

Özgül Fobi

Sosyal Fobi

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Panik Bozukluğu (Agorafobili, Agorafobisiz),

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Madde/İlaç Kullanımının Sebep Olduğu Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete Duyarlılığıdır (5).

2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu veya DSM-IV'e göre Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu (GAD), kişinin uzun bir süre boyunca (en az 6 ay) sürekli olarak aşırı kaygılı hissettiği bir anksiyete bozukluğu türüdür. YAB belirtileri, kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir (5).

YAB'li bireyler, olaylar ve durumlar hakkında sürekli olarak aşırı kaygılı ve endişeli hissederler. Bu kaygıları, kişinin kontrolü altına alması zor olabilir. Kaygı durumu, fiziksel belirtilere yol açabilir. Bu belirtiler arasında kas gerginliği, huzursuzluk, sinirlilik, mide problemleri, kolay yorulma, titreme ve terleme bulunabilir. Kişi, sürekli olarak olumsuz senaryoları düşünebilir, gelecek hakkında aşırı endişeler taşıyabilir ve

zihinsel olarak huzursuz hissedebilir. YAB'li bireyler, uykusuzluk yaşayabilirler. Uykuya dalmakta güçlük çekebilirler veya gece boyunca sık sık uyanabilirler (5,6).

YAB sürekli kaygı, dikkat ve konsantrasyon sorunlarına neden olabilir. Bu, iş veya okul performansını olumsuz etkileyebilir. YAB, bazen somatik (fiziksel) şikayetlere yol açabilir. Bu şikayetler, baş ağrısı, mide rahatsızlığı, sırt ağrısı veya başka fiziksel belirtiler şeklinde olabilir (4). YAB, günlük yaşamda normal kaygıdan daha fazla ve sürekli olarak aşırı kaygı yaşamakla karakterizedir. Bu durum, kişinin işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. YAB tanısı, bir uzman tarafından klinik bir değerlendirme sonucu konur ve uygun tedavi yöntemleri belirlenir. Bilişsel davranış terapisi (BDT) ve ilaç tedavisi gibi psikoterapiler YAB'nin yönetiminde etkili olabilir. Ayrıca, rahatlama teknikleri ve stres yönetimi stratejileri de kaygıyı azaltmaya yardımcı olabilir (7).

YAB, genellikle erişkinlerde daha sık görülür ve kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olarak rapor edilir. Bu cinsiyet farklılıkları, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin bir kombinasyonu ile ilişkilendirilebilir. Kadınlarda hormonal değişiklikler, toplumsal beklentiler, roller ve stresle başa çıkma farklılıkları, YAB'nin kadınlarda daha yaygın görülmesine katkıda bulunabilir (8).

YAB, kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, tedavi ve destek önemlidir. Klinisyenler, kişinin anksiyetesini ne kadar kontrol altına alabildiğini değerlendirmeli ve tedavi planını buna göre yönlendirmelidir. Terapi, BDT gibi yöntemlerle kişinin anksiyetesini kontrol etmeyi öğrenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, anksiyeteye yol açan dış faktörlerin belirlenmesi ve yönetilmesi önemlidir. Stres faktörlerinin azaltılması veya yönetilmesi, anksiyete düzeyini düşürebilir. Bu, kişinin günlük hayatında daha aktif ve sağlıklı bir şekilde işlev göstermesine yardımcı olabilir (5, 6).

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluklar

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), psikiyatrik bir bozukluktur ve belirti olarak obsesyonlar ve kompulsyonları içerir. Obsesyonlar, kişinin tekrarlayan ve istenmeyen düşünceler, dürtüler, görüntüler veya dürtüler yaşadığı zihinsel deneyimlerdir. Bu düşünceler veya dürtüler genellikle kişiye rahatsızlık veya rahatsızlık verir ve kişi bu

düşünceleri bastırmak veya nötralize etmek için çaba gösterir. Örnek obsesyonlar, enfeksiyon kapma korkusu, aşırı mükemmeliyetçilik, dini obsesyonlar veya cinsel düşünceler olabilir (9).

Kompulsiyonlar ise kişinin obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Bu davranışlar, kişinin kaygısını azaltmaya veya obsesyonlarına karşı koyabilmek için bir çeşit rahatlama sağlama amacı güder. Örneğin, obsesyoneel bir temizlik korkusu yaşayan bir kişi, ellerini sürekli yıkama kompulsiyonuna sahip olabilir. Başka bir örnek, simetrik düzenleme kompulsiyonu yaşayan bir kişinin nesnelere sürekli olarak simetrik bir şekilde düzenlemesi olabilir (10).

OKB'nin tanısı, obsesyonların ve kompulsiyonların kişinin günlük yaşamını, işlevselliğini veya genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği durumlarda konmaktadır. OKB, tedavi edilebilir bir durumdur ve psikoterapi, ilaçlar veya bunların bir kombinasyonu gibi farklı tedavi yöntemleri kullanılarak yönetilebilir. Bu bozukluğun tedavisinde en yaygın kullanılan terapilerden biri BDT'dir. Bu terapi, obsesyonları ve kompulsiyonları yönetmek ve kişinin daha sağlıklı düşünce ve davranış kalıpları geliştirmesine yardımcı olmak için kullanılır (11).

2.1.3. Özgül Fobi

Özgül fobi, belirli bir nesne, durum veya aktivite karşısında aşırı ve anormal bir korku ve kaygı hissi yaşanmasıyla karakterizedir. Bu korku ve kaygı, etkilenen kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyebilir. Özgül fobiler, insanların belirli nesnelere veya durumlardan kaçınma eğiliminde olmalarına neden olur. Örneğin, yükseklik korkusu (akrofobi) olan bir kişi yüksek yerlere çıkmaktan kaçınabilir veya sadece büyük bir kaygı yaşar. Ayrıca böcek fobisi, uçak korkusu, kapalı alan korkusu gibi özgül fobi türleri de mevcuttur (12).

Özgül fobiler genellikle tedavi edilebilir. BDT, bu tür fobilerin yönetilmesi ve tedavisi için yaygın olarak kullanılan bir terapi türüdür. Terapi, kişinin korktuğu nesne veya durumla başa çıkma becerilerini geliştirmesine yardımcı olur ve bu fobinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesini engellemeye çalışır. Ayrıca bazen ilaç tedavisi de özgül

fobilerin tedavisinde kullanılabilir, ancak genellikle terapi ilk tercih edilen yaklaşımdır (13).

2.1.4. Sosyal Fobi

Sosyal fobi, kişinin sosyal etkileşimlerde veya topluluk önünde bulunduğu durumlarda aşırı bir kaygı ve korku yaşadığı bir anksiyete bozukluğudur. Bu durum, kişinin normal yaşamını olumsuz etkileyebilir ve kişisel ilişkiler, iş veya eğitim gibi alanlarda sorunlara yol açabilir. Sosyal fobi, topluluk önünde konuşma, performans sergileme, tanıdık olmayan insanlarla iletişim kurma, topluluk içinde yemek yeme veya sosyal etkinliklere katılma gibi durumlarda yoğun bir kaygı ve korku hissiyle karakterizedir. Bu durumda kişi genellikle olumsuz bir değerlendirme veya eleştiriye maruz kalma korkusu taşır ve bu nedenle bu tür durumlardan kaçınma eğilimindedir (14, 15).

Sosyal fobi, terapi ve ilaç tedavisi gibi yöntemlerle tedavi edilebilir. Kognitif davranış terapisi (KDT), bu bozukluğun yönetilmesi için etkili bir terapi yaklaşımıdır. Terapi, kişinin düşünce kalıplarını ve davranışlarını değiştirmesine yardımcı olur ve sosyal durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirir. Ayrıca antidepresan ilaçlar da bazen sosyal fobi tedavisinde kullanılır (16).

2.1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Akut Stres Bozukluğu)

Travma, kişinin yaşadığı ciddi ve olağandışı bir olayın etkisiyle fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz şekilde etkilendiği bir durumdur. Travmatik olaylar, bireyin hayatını tehdit eden, ciddi yaralanmalara yol açan veya aşırı stres ve korku yaşatan olaylar olabilir. Bu olaylar, doğal afetler, kazalar, saldırılar, savaşlar, cinsel saldırılar, aile içi şiddet gibi çeşitli durumları içerebilir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin travmatik bir olayı deneyimledikten sonra uzun süreli ve şiddetli stres yaşaması durumunda ortaya çıkar. TSSB'nin belirtileri arasında kabuslar, anımsanan travmatik olaylardan kaynaklanan yoğun kaygı ve korku, sürekli uyarılmışlık durumu, sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtiler yer alır (17, 18).

TSSB, profesyonel yardım ve tedavi ile yönetilebilir. KDT ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi (EMDR) gibi terapi yöntemleri, TSSB'nin tedavisinde etkili olabilir. Ayrıca antidepresan ilaçlar ve anksiyolitikler de semptomların yönetilmesine yardımcı olabilir. Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik bir olay sonrasında ortaya çıkan ciddi bir psikolojik rahatsızlıktır ve profesyonel yardım almak önemlidir. Tedavi ile semptomların azaltılması ve kişinin yaşam kalitesinin yeniden kazanılması mümkün olabilir (19, 20).

2.1.6. Panik Bozukluğu (Agorafobili, Agorafobisiz)

Panik Bozukluğu, tekrarlayan panik ataklarla karakterize edilen bir anksiyete bozukluğudur. Panik ataklar, kişinin ani bir şekilde yoğun bir korku veya panik hissettiği, çeşitli fiziksel semptomlar yaşadığı ve çoğu zaman beklenmedik bir şekilde ortaya çıktığı durumlardır. Panik ataklar, kişinin kalp çarpıntısı, nefes darlığı, terleme, titreme, bayılma korkusu gibi fiziksel belirtilerle birlikte gelir (21).

Agorafobisiz Panik Bozukluğu: Bu alt tip, panik ataklar yaşayan bireylerde, panik atakların tekrarlanmasından veya belirsiz bir tehlike durumunda başka bir kişiye veya bir yere ulaşamamaktan duyulan yoğun korku ve kaçınma davranışlarına odaklanır. Bu kişiler, genellikle kalabalık yerler, alışveriş merkezleri, toplu taşıma araçları veya açık alanlar gibi yerlerde panik ataklarının tekrarlanabileceğinden endişe ederler ve bu nedenle bu tür yerlerden kaçınma eğilimindedirler. Agorafobisi olan kişiler, panik ataklarını tetikleyen durumları veya yerleri önlemeye çalışır (22).

Agorafobik Panik Bozukluğu: Bu alt tip, panik ataklarının yanı sıra kişinin belirli durumlar, yerler veya aktivitelerle güçlü bir şekilde ilişkilendirilen aşırı kaçınma davranışlarını içerir. Kişi, bu tetikleyici durumları veya yerleri denemekten veya zorlamaktan kaçınır. Örnek olarak, kişi asansör kullanmaktan, açık alanlarda yalnız dolaşmaktan veya uzun mesafeli yolculuklara çıkmaktan kaçınabilir (23).

Panik Bozukluğu, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir ve kişinin günlük aktiviteleri veya sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir. Tedavi, genellikle BDT gibi psikoterapötik yaklaşımları içerir. İlaç tedavisi de bazı durumlarda

kullanılabilir. İlaçlar ve terapi kombinasyonu, panik atakları kontrol altına almada ve agorafobiye karşı başa çıkmada yardımcı olabilir (21, 22).

2.1.7. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (Medical Condition-Induced Anxiety Disorder), tıbbi bir durumun veya hastalığın neden olduğu belirgin anksiyete semptomlarına sahip olan bir anksiyete bozukluğu türüdür. Bu tür anksiyete, kişinin mevcut bir tıbbi durumu veya hastalığıyla doğrudan ilişkilidir. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu, tıbbi bir hastalık veya durumun neden olduğu kaygı, endişe, korku ve anksiyete semptomlarını içerir. Bu tür anksiyete, tıbbi bir tanı aldıktan sonra veya ciddi bir sağlık sorunu ile karşılaştıktan sonra ortaya çıkabilir. Kişi, hastalığı hakkında sürekli endişelenir, gelecekteki sağlık sorunları veya komplikasyonlar konusunda korkar ve bu durum genellikle günlük yaşamını olumsuz etkiler (24).

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu; sürekli endişe ve kaygı hali, sağlıkla ilgili sürekli korkular, sürekli bedensel semptomların ve belirtilerin izlenmesi, sağlıkla ilgili bilgileri sürekli araştırma ve kontrol etme davranışları sergileme, sık doktora gitme veya sağlık hizmetlerinden fazla yararlanma, sosyal ve işlevsel işlevsellikte azalma gibi semptomları içerir. Bu tür anksiyete, genellikle kişinin tıbbi durumunun ciddiyetini aşırı derecede abartmasıyla ilişkilendirilir. Örneğin, kişi bir basit baş ağrısını veya normal bir mide rahatsızlığını ciddi bir hastalık olarak algılayabilir. Bu tür anksiyete, sağlık kaygısı veya hipokondriyazis olarak da adlandırılabilir. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu olan kişiler için tedavi hem tıbbi durumun yönetimi hem de anksiyete semptomlarının azaltılmasını içermelidir. Tedavi genellikle psikoterapi (örneğin, bilişsel davranış terapisi) ve ilaç tedavisi kombinasyonunu içerebilir (25).

2.1.8. Madde/İlaç Kullanımının Sebep Olduğu Anksiyete Bozukluğu

Madde/İlaç Kullanımının Sebep Olduğu Anksiyete Bozukluğu, madde veya ilacın kötüye kullanımının veya bağımlılığının neden olduğu bir anksiyete bozukluğu türüdür. Bu durumda, kişi madde veya ilaç kullanımı sonucu anksiyete semptomları yaşar. Bu semptomlar madde veya ilaç kullanımının başlaması, kullanımının sürdürülmesi veya kullanımının sona erdirilmesiyle ilişkilendirilebilir (26).

Madde/İlaç Kullanımının Sebep Olduğu Anksiyete Bozukluğu, madde kötüye kullanımının bir sonucu olarak ortaya çıkabilir ve kullanılan maddeye bağlı olarak farklı semptomlar gösterebilir. Örnek olarak, uyuşturucu maddeler, alkol, uyku ilaçları veya reçete edilen ilaçların kötüye kullanımı anksiyete semptomlarına yol açabilir. Bu durumu yönetmek ve tedavi etmek için hem bağımlılığı hem de anksiyeteyi ele almak önemlidir. Tedavi, bağımlılığın tedavisi ve anksiyete semptomlarının azaltılmasını içerebilir. Tedavi süreci, kişinin madde veya ilaç kullanımı ile ilgili nedenleri anlamasına ve sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirmesine yardımcı olmayı amaçlar (27).

2.1.9. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı, kişilerin anksiyete yaşama olasılığına ve bu duruma verdikleri tepkilere odaklanan bir psikolojik kavramdır. Anksiyete duyarlılığı, anksiyeteye karşı aşırı duyarlılık veya hassasiyeti ifade eder. Bu kavram, Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmış ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (28).

Anksiyete duyarlılığı, bir kişinin anksiyeteye bağlı belirtiler yaşama olasılığına ve bu belirtilere verdiği tepkilere aşırı bir korku veya endişe duyması olarak açıklanır. Örneğin, bir kişi kalp atışlarını hızlandıran bir durumda normal bir tepki yerine bu durumu aşırı endişe ve korkuyla karşılayarak panik atak yaşayabilir. Anksiyete duyarlılığı, anksiyete belirtileri hakkında aşırı bir farkındalık ve bu belirtilere karşı aşırı tepki verme eğilimini içerir (29, 30).

Anksiyete duyarlılığı, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi altında gelişebilir. Araştırmalar, kadınlarda hem genetik hem de çevresel faktörlerin anksiyete duyarlılığı üzerinde etkili olduğunu gösterirken, erkeklerde yalnızca çevresel faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Yani, bireylerin genetik yatkınlığı anksiyete duyarlılığına katkıda bulunabilir, ancak çevresel etmenler (örneğin, travmatik yaşam olayları) bu duyarlılığı tetikleyebilir veya artırabilir (28,29).

Anksiyete duyarlılığı, anksiyete bozukluklarının riskini artırabilir ve bu bozuklukların başlangıcını veya şiddetini etkileyebilir. Bu nedenle anksiyete duyarlılığına sahip kişilerin psikolojik destek ve tedaviye erişimleri önemlidir.

Psikoterapi ve gerektiğinde ilaç tedavisi, anksiyete duyarlılığına sahip bireylere yardımcı olabilir (30).

2.1.10. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeği, katılımcıların anksiyete semptomlarının sıklığını ölçmeyi amaçlayan Likert tipi bir ölçektir (31). 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Yüksek puan, daha yoğun anksiyete semptomlarını gösterir. Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında Türkçe'ye uyarlanan ölçek, Türkçede de geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir (32).

Puanlama ve Yorumlama:

21 puan: Hafif anksiyete

22-35 puan: Orta düzeyde anksiyete

36-63 puan: Şiddetli anksiyete

2.2. UYKU

Uyku, insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve karmaşık bir süreçtir. Uyku, biyolojik saatin ve çevresel faktörlerin etkisi altında düzenlenir. Uyku, tekrarlayan uyku döngülerinde gerçekleşir. Her döngü, hızlı göz hareketi olmayan yavaş dalga uyku fazı (NREM) ve hızlı göz hareketi olan uyku fazı (REM) olmak üzere iki ana bölümden oluşur. İnsanlar bu döngülere düşerek uyur ve her döngü yaklaşık 90 dakika sürer. Uyku başlangıcında daha fazla derin NREM uyku bulunur, ardından REM uyku fazı gelir. Bu döngüler uyanana kadar tekrarlanır (33).

NREM uyku fazı, uyku döngüsünün başlangıcında bulunur. NREM uyku, aşamalar 1, 2, 3 ve 4 olarak sınıflandırılır. Derin uyku aşamaları 3 ve 4 olarak kabul edilir ve bu aşamada vücut iyileşme ve dinlenme işlevini yerine getirir. REM uyku fazı ise gözlerin

hızlı hareket ettiği ve rüyaların genellikle en canlı olduğu dönemdir. Bu fazda beyin aktivitesi uyanıklık sırasındaki gibi aktiftir. Kaslar neredeyse felç olmuş gibi hareketsizdir, bu da rüyalar görürken gerçek dünyada hareket etmemizi engellemesini sağlar (34).

İnsanların uyku süresi bireysel farklılıklar gösterse de yetişkinler için genellikle 7 ila 9 saat arasında ideal bir uyku süresi olarak kabul edilir. Yaş, yaşam tarzı ve genetik faktörler, kişinin uyku ihtiyacını etkileyebilir. Uyku döngüleri gece boyunca tekrarlanır ve her döngüdeki REM uyku süresi artar. İlk uyandıığımızda genellikle son REM döneminde uyanırız, bu nedenle sabah saatlerinde rüyalarınız daha canlıdır (33).

Yeterli uyku almak, fiziksel ve zihinsel sağlık için önemlidir. Uyku eksikliği, dikkat eksikliği, zihinsel yorgunluk, bağışıklık sistemi zayıflığı ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir. Ayrıca uyku, öğrenme ve hafıza işlevleri üzerinde de önemli bir rol oynar. Uyku, vücudun yeniden şarj olmasını ve zihinsel işlevlerin düzeltilmesini sağlar. Bu nedenle sağlıklı bir yaşam tarzının önemli bir parçasıdır ve uyku alışkanlıklarına dikkat etmek, genel sağlığı desteklemek için önemlidir (33).

Uyku, vücut tarafından düzenlenen ve birçok biyolojik süreçle etkileşimde bulunan karmaşık bir fenomendir. Uyku, kişinin fiziksel davranışlarıyla gözlemlenebilir. Kişi gözlerini kapar, kasları gevşer, postürü değişir ve beden dinlenme pozisyonuna geçer. Bu davranışsal değişiklikler, uyku halini gözlemek için kullanılabilir. Uyku sırasında kas aktivitesi azalır. Kaslar gevşer ve hareket etme eğilimi azalır. Bu nedenle uyku sırasında fiziksel aktivite ve kas tonusu düşer. Uyku sırasında uyarılma eşiği yükselir. Bu, dış uyaranlara tepki verme eşiğinin arttığını ve kişinin çevresel uyarıcılara daha az duyarlı hale geldiğini gösterir. Uyku, dışarıdan gelen uyaranlara tepki verme yeteneğini kısıtlar (35).

Uyku, homeostatik bir denge içinde kontrol edilir. Eğer bir kişi bir gece boyunca yeterince uyumazsa, vücut uyku ihtiyacını telafi etmek için bir sonraki gece daha fazla uyuma eğiliminde olur. Bu, uyku düzeninin ve kalitesinin korunmasına yardımcı olur. Hayvan deneyleri ve gözlemler, uyku eksikliğinin canlılar için ciddi sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Total uyku eksikliğine maruz bırakılan hayvanlar, total açlık sonucu hayatta kalan hayvanlar gibi belirli bir süre sonra ölebilirler (35). Uyku,

vücut için en az beslenme gibi temel bir ihtiyaç olarak kabul edilir ve birçok fizyolojik işlevi etkiler. Uykunun karmaşıklığı ve vücut üzerindeki etkileri, onun sadece dinlenme ve yeniden enerji toplama süreci olmadığını gösterir. Ayrıca zihinsel ve fiziksel sağlığımız için önemli bir rol oynar (33,34).

Uyku evresinin karakterizasyonu için elektriksel ölçümler, özellikle elektroensefalogram (EEG) kullanılır. EEG, beynin elektriksel aktivitesini kaydetmek için kullanılan bir tekniktir. Uyku sırasında beynin farklı evrelerini tanımlamak için önemli bir araçtır. Örneğin beta dalgaları, uyanık durumda olan bir bireyin EEG'sinde görülen yüksek frekanslı ve düşük amplitüdü dalgaları temsil eder. Bu dalgalar, zihinsel uyanıklık, dikkat ve uyanıklık halini yansıtır (36).

Alfa dalgaları, genellikle kişinin gözlerini kapattığı durumlarda kaydedilir. Bu dalgalar, beta dalgalarına benzer şekilde yüksek frekansta olup düşük amplitüdüdür. Theta dalgaları (hafif uykuya geçiş), uykuya dalma sürecinin başlangıcında görülür. Bu dalgalar, daha düşük frekansta ve daha yüksek amplitüdüdür. Delta dalgaları (derin uyku), derin yavaş dalga uyku fazında (NREM-3 ve NREM-4) kaydedilir. Bu dalgalar, düşük frekansta ve yüksek amplitüdüdür. Derin uyku sırasında kas aktivitesi minimum seviyededir (26).

REM uykusu sırasında beynin aktivitesi, uyanıklık durumuyla benzerdir. REM dalgaları gözlerin hızlı hareketleri ile ilişkilidir ve rüya sırasında kaydedilir. Bu EEG ölçümleri, uyku evrelerini tanımlamak ve uyku kalitesini değerlendirmek için kullanılır. Özellikle derin uyku evresi (NREM-3 ve NREM-4), delta dalgalarının belirginliği ile karakterizedir. Vücudun dinlenmesi ve iyileşmesi için önemlidir. REM uyku fazı ise rüya görme ile ilişkilendirilir ve kognitif işlevlerin yeniden düzenlenmesine katkıda bulunabilir. EEG, uyku bozukluklarının teşhisinde ve araştırılmasında da kullanılır (37).

2.2.1. Uyku Fizyolojisi

Uykunun işlevini açıklamaya çalışan iki ana grup teori olan restoratif ve evrimsel teoriler, farklı yaklaşımlar sunarlar ve uykunun amacını farklı şekillerde yorumlarlar.

Restoratif Teoriler: Bu teorilere göre, uyku vücut için bir yeniden şarj ve onarım sürecidir. Uyanık geçirilen zaman boyunca vücutta birçok fizyolojik değişiklik meydana gelir ve bu değişikliklerin birçoğu uyku sırasında düzeltilir. Örneğin, kasların onarımı, hafıza güncellemesi, bağışıklık sistemi işlevinin optimize edilmesi ve enerji depolarının yeniden doldurulması gibi süreçler uyku sırasında gerçekleşebilir. Bu teoriler, uyku eksikliği durumunda bu onarıcı süreçlerin ihlal edilebileceğini ve sağlık sorunlarına yol açabileceğini öne sürer (38,39).

Evrimsel Teoriler: Evrimsel teorilere göre ise uyku, enerji tasarrufu ve güvende kalma amacıyla evrimleşmiştir. Bu teorilere göre uyku, avcılar veya tehlikeli durumlardan korunma amacıyla karanlıkta saklanma fırsatı verir. Ayrıca enerji tasarrufu yaparak, gündüz aktiviteleri için enerji depolarını korumaya yardımcı olur. Bu teoriler, uyku ve uyanıklık döngüsünün evrimsel avantajlarını vurgular (40).

Her iki teori de uykunun farklı yönlerini vurgular ve uykunun işlevini açıklamada kullanılırlar. Ancak uyku konusundaki araştırmalar hala devam etmektedir ve uykunun tam işlevi hala tam olarak anlaşılmamıştır. Muhtemelen uykunun işlevi, birçok farklı sürecin birleşimi olarak karmaşıktır ve hem restoratif hem de evrimsel faktörleri içerebilir (37).

Uyku, insan sağlığı için son derece önemli bir süreçtir ve birçok biyolojik ve psikolojik işlevi etkiler. Uyku sırasında vücut dinlenir, kaslar onarılır, bağışıklık sistemi güçlenir ve enerji depoları yenilenir. Bu, vücudun yeniden şarj olmasına ve günlük aktiviteler için enerji sağlamasına yardımcı olur. Uyku, belleği konsolide eder, öğrenme süreçlerini iyileştirir ve bilişsel işlevleri optimize eder. İyi bir uyku, daha iyi konsantrasyon, problem çözme yeteneği ve yaratıcılığı destekler. Uyku, duygusal dengenin korunmasına yardımcı olabilir. Yetersiz uyku, duygusal dalgalanmalara, gerginliğe ve stres düzeylerinde artışa neden olabilir (41).

Uyku, vücut sıcaklığı, hormon seviyeleri ve diğer fizyolojik süreçlerin düzenlenmesine yardımcı olur. Bu düzenlemeler, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için önemlidir. REM (hızlı göz hareketi) uykusu sırasında rüya görme sıklığı yaşanır ve bu rüyaların psikolojik işlevleri olduğu düşünülmektedir. Rüyaların bilinçaltı işlemlerle ilişkili olduğu ve bazen duygusal işleme yardımcı olabileceği öne sürülmüştür. Uyku

eksikliği, fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir. Uyku kalitesini artırmak için düzenli uyku alışkanlıkları geliştirmek, uygun bir uyku ortamı oluşturmak ve stresten kaçınmak önemlidir (42).

Uyku apnesi ve diğer uyku bozukluklarına dair erken gözlemler ve çalışmalar tarihsel olarak farklı dönemlere dayanmaktadır. OSA'nın klinik özelliklerini tanımlayan ilk hekim 1877'de Broadbent'ti (43). Wells, 1898'de birçok hastada üst solunum yolu tıkanıklığını tedavi ederek uyku halinin iyileştirildiğini bildirdi (43). Burwell ve arkadaşları somnolansı olan obez hastaları incelemişler, somnolanslarını hiperkapniye bağlamışlar ve 1956'da "pickwickian" terimini icat etmişlerdir (44, 45). 1965 yılında Fransa'da Gastaut ve arkadaşları (46) ve Almanya'da Jung ve Kuhlo (47) uyku apnesini ve bununla ilişkili polisomnografik bulguları tanımladılar. Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği (1975), uyku bozuklukları ile ilgili çalışmaların düzenlenmesi ve standardizasyonu için bir organizasyon olarak kurulmuştur. Bu dernek, uyku bozukluklarına dair araştırma, tanı ve tedavi alanlarında önemli katkılarda bulunmuştur (48).

2.2.2. Uykunun Evreleri

2.2.2.1. NREM Uykusu

Derin yavaş dalga uyku fazında, motor aktivite ve postüral tonus (kasların gerilimi), azalmaktadır. Bu nedenle vücut hareketleri sınırlıdır. Metabolizma hızı, kalp hızı, solunum hızı ve arterial kan basıncı düşer (49). Beyin ve vücut sıcaklığı azalır. Böbrek ve bağırsak fonksiyonları yavaşlar. Endokrin özellikleri olarak kortizol ve tirotropin hormonlarının salınımı azalırken, büyüme hormonu, aldosteron, testosteron, prolaktin ve insülin salınımı artar (50).

Normal bireylerde NREM uykusunun evrelere göre dağılımı;

- NREM Evre-1: Uyku süresinin % 2-5'ini,
- NREM Evre-2: Uyku süresinin % 45-55'ini,
- NREM Evre-3: Uyku süresinin % 20-25'ini oluşturur.

Evre 1; uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir, dakikalarla sınırlıdır.

Evre 2; gece uykusunun en uzun dönemidir. Yaklaşık %50-60'ını oluşturur. 4-7 Hz'lik teta dalga frekansında, düşük amplitüt temel EEG aktivitesi görülür. Bu evrede 12-14 Hz'lik, kısa süreli, uyku içiği olarak da isimlendirilen, K-kompleksi olarak bilinen yüksek voltajlı bifazik ve trifazik, sinüzoidal dalgalar mevcuttur. Bu dönemin karakteristik aktivitesi uyku içiklerinin ve K-komplekslerinin epizodik aralıklarla tekrarlanmasıdır (39).

2.2.2.2. REM Uykusu

Hızlı göz hareketi olan uyku fazında, hızlı göz hareketleri karakteristik bir özelliktir. Bu nedenle REM uyku aynı zamanda "paradoksal uyku" olarak da adlandırılır. Barorefleks (arterial kan basıncını düzenleme refleksi) azalır. Pupiller daralır, kalp hızı, solunum hızı ve kan basıncı düzensizleşir (51). Metabolizma hızı artar. Rüya görmek bu fazda sıklıkla rapor edilir ve gözlerin hızlı hareketleriyle ilişkilendirilir. Hızlı göz hareketi olan uyku genellikle derin NREM uyku fazları arasında veya uyanmadan önce gözlenir. REM dönemi, uyku süresince 90–120 dakikalık döngülerle oluşur ve 5–30 dakika süreli periyotlar halinde uyku boyunca boyunca 4–6 kez tekrarlanır (50).

2.2.3. Uykunun Fonksiyonları

Yeterli uyku, beynin düzgün çalışması için gerekli olan bir dizi işlemin gerçekleşmesine imkan verir. Uyku sırasında, gün boyunca öğrenilen bilgiler beyinde pekiştirilir ve uzun süreli belleğe aktarılır. Yeterince uyumak, yeni bilgileri öğrenmeyi ve hatırlamayı kolaylaştırır (52). Uyku eksikliği, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon zorluğu ve zihinsel uyuşukluğa yol açar. Yeterli uyku ise dikkat, konsantrasyon ve odaklanma yeteneğini artırır. Uyku eksikliği, mantıksal düşünme, problem çözme ve karar verme yeteneğini zayıflatır (53). Yeterli uyku ise bu bilişsel işlevlerin daha hızlı ve verimli bir şekilde gerçekleşmesini sağlar. Uyku eksikliği, duygusal dengesizliklere, sinirlilik ve öfke patlamalarına yol açabilir. Yeterli uyku ise duyguları daha iyi yönetmeyi ve stresle daha kolay başa çıkmayı sağlar. Uyku, beynin yeni bağlantılar kurmasına ve yeni fikirler üretmesine yardımcı olur. Yeterli uyku, daha yaratıcı ve özgün düşünmeyi teşvik eder

(52). Non-REM evresinde, birey fiziksel olarak dinlenir. REM evresinde ise birey, ruhsal olarak dinlenir (54).

Fiziksel dinlenme kısmında Non-REM 3 ve 4 evrelerinde protein sentezi ve büyüme hormonu artış gösterir. N1 Evresi, uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş aşamasıdır. Göz kapakları kapanmaya başlar, kaslar gevşer ve beyin dalgaları yavaşlar. Bu evre genellikle 5-10 dakika sürer. N2 Evresi, kalp atış hızı ve solunum daha da yavaşlar, kaslar gevşer ve beyin dalgaları daha da yavaşlar. Uykuya dalma evresi olarak da bilinir. Bu evre genellikle 20-30 dakika sürer. N3 Evresi, en derin uyku evresidir. Kaslar tamamen gevşer, beyin dalgaları çok yavaşlar ve solunum ve kalp atış hızı en düşük seviyelerine ulaşır. Büyüme hormonu salgılanır ve hücre yenilenmesi gerçekleşir. Bu evre genellikle 20-40 dakika sürer. REM uykusu, rüya görme evresidir. Bu evrede, beyin dalgaları uyanıkkenkine benzer şekilde aktiftir. Gözler hareket eder, ancak kaslar felçlidir. Bu evrede duygusal işleme, bellek pekiştirme ve öğrenme gerçekleşir. REM uykusu genellikle 20-30 dakika sürer ve gece boyunca 4-5 kez tekrarlanır. Non-REM uyku, vücudun dinlenmesi ve yenilenmesi için önemlidir. REM uykusu, beynin öğrenmesi, hafızayı pekiştirmesi ve duyguları işlemesi için önemlidir (55, 56).

2.2.4. Uyku Gereksinimi

Bireylerin uyku ihtiyacı, cinsiyet, yaş, çevresel ortam, sağlık durumu ve aktivite düzeyi gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir. Yaşlandıkça toplam uyku ihtiyacı ve uykudaki REM oranı azalır (56). Yeni doğan bebekler, ortalama 17 saat uyurlar ve bu uykunun %50'si REM uykusudur. Yeni yürümeye başlayan bebekler, günün ortalama 10 ila 14 saatini uykuda geçirirler ve bu uykunun %25'i REM uykusudur. Okul öncesi ve okul dönemindeki çocuklar, ortalama 10 ila 11 saat uyurlar. Genç yetişkin ve ergenler, günde 8 ila 10 saat arası uyurlar ve REM uykusu %20 civarındadır. Yetişkinler, ortalama 8 saat uykuya ihtiyaç duyarlar ve bu ihtiyacın %20 ila %25'ini REM uykusu sağlar. Yaşlılar ise daha az uykuya ihtiyaç duyarlar ve uykuları daha bölünmüş olur (57). Erkekler genellikle kadınlardan daha az uykuya ihtiyaç duyar. Gürültü, ışık ve sıcaklık gibi çevresel faktörler uyku kalitesini ve süresini etkileyebilir. Bazı sağlık sorunları uyku ihtiyacını ve kalitesini etkileyebilir. Daha fazla aktivite yapan kişiler daha fazla uykuya ihtiyaç duyabilir (58).

2.2.5. Uyku İhtiyacı

Uyku, hayatta kalmak için gerekli olan temel biyolojik ihtiyaçlarımızdan biridir. Yetişkinlerin ortalama 7-8 saat uykuya ihtiyacı olduğu kabul edilir ve bu da hayatımızın yaklaşık üçte birini kaplar. Yeterli ve kaliteli uyku hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlıklı kalmanın temel şartlarından biridir (59).

Uyku sırasında, dokular onarılır, yeni hücreler üretilir ve büyüme hormonu salgılanır. Yeterli uyku, bağışıklık sisteminin işlevini optimize etmeye ve enfeksiyonlara karşı direnci artırmaya yardımcı olur. Uyku sırasında, beyin gün boyunca öğrenilen bilgileri pekiştirir ve uzun süreli belleğe aktarır. Yeterince uyumak, odaklanma, dikkat ve konsantrasyon yeteneğini artırır. Uyku eksikliği, sinirlilik, stres, kaygı ve depresyon gibi ruhsal problemlere yol açabilir. Yeterli uyku, metabolizmayı düzenlemeye ve kilo kontrolünü korumaya yardımcı olur. Uyku sırasında, beyin duyguları işler ve düzenler. Yeterince uyumak, stresle daha iyi başa çıkmaya ve strese karşı direnci artırmaya yardımcı olur. Uyku, beyni canlandırır ve yeni fikirler üretmek için gerekli olan bilişsel işlevleri geliştirir. Yeterince uyumak, motivasyonu ve enerji seviyesini artırır. Uyku, zihinsel berraklığı ve bilişsel işlevleri optimize etmeye yardımcı olur (60).

Uyku, insan sağlığı için oldukça önemli bir biyolojik ihtiyaçtır. Yeterince ve kaliteli uyku hem fiziksel hem de ruhsal açıdan zinde olmanın temel şartlarından biridir. Kişinin bir günde yaklaşık 4 ile 11 saat uykuya ihtiyacı olsa da asıl önemli olan uykunun süresi değil, kalitesidir. Kaliteli bir uyku; kişinin uykudan dinlenmiş olarak kalkmasını, günlük faaliyetlerinde odaklanma sorunu yaşamamasını, halsiz hissetmemesini sağlar (59).

Uyku niteliği, kişinin uykudan kalktıktan sonra kendini iyi ve dinç hissetmesi şeklinde belirtilir. Uykuya dalma süresi, uyku süresi, uyku derinliği ve rahatlatıcılık gibi faktörler uyku niteliğini etkiler. Uyku niteliğinin iyi olmaması, birçok açıdan olumsuz etkilere yol açar. Hafıza, odaklanma, öğrenme, problem çözme gibi zihinsel işlevler zayıflar. Yorgunluk, halsizlik, kas ağrıları gibi belirtiler ortaya çıkar. Bağışıklık sistemi zayıflar, hormon dengesi bozulur, metabolizma yavaşlar. Sinirlilik, stres, depresyon, kaygı gibi ruhsal problemler görülebilir. Gerçekleştirilen araştırmalar, uyku niteliğinin kötü olmasının obezite, diyabet, kalp hastalıkları, felç, kanser gibi kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (61,62).

Uyku kalitesi, sadece uyku süresinden ibaret değildir. Uykuya dalma süresi, uykuda ne kadar süre kalındığı, uyku derinliği ve uyanma hissi gibi birçok faktörü de kapsar. Uykuya geçiş süresi, ne kadar sürede uykuya dalındığı, uyku kalitesinin bir göstergesidir. Hızlı uykuya dalmak, kaliteli bir uykuya işaret eder. Yetişkinler için ortalama 7-8 saatlik bir uyku süresi idealdir. Kişinin bireysel ihtiyacına göre bu süre değişebilir. Her gün aynı saatte yatıp kalkmak ve düzenli bir uyku düzeni oluşturmak, uyku kalitesini artırır. Uyku apnesi, narkolepsi, restless legs syndrome (huzursuz bacak sendromu) gibi uyku bozuklukları uyku kalitesini olumsuz etkiler. Kabuslar ve sık sık görülen kötü rüyalar da uyku kalitesini düşürebilir. Düzenli olarak uyku ilacı kullanmak, uykuya bağımlılık yaratabilir ve uyku kalitesini bozabilir (63).

Yeterince dinlenememek, gün içerisinde yorgunluğa, konsantrasyon eksikliğine ve işlev bozukluğuna yol açabilir. Yaşlandıkça uyku süresi ve derinliği azalır. Erkekler genellikle kadınlardan daha az uykuya ihtiyaç duyar. Gürültü, ışık ve sıcaklık gibi çevresel faktörler uyku kalitesini etkileyebilir. Vardiyalı çalışanlarda uyku düzeni bozulabilir ve uyku kalitesi düşebilir. Stres, kaygı ve maddi sıkıntılar gibi sosyal ve ekonomik sorunlar uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. Düzensiz bir yaşam tarzı, sağlıksız beslenme ve alkol kullanımı gibi faktörler de uyku kalitesini bozabilir. Bazı metabolik hastalıklar uyku problemlerine yol açabilir. Depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıklar ve bazı kronik hastalıklar da uyku kalitesini etkileyebilir. Bazı ilaçların yan etkileri uyku problemlerine yol açabilir (64,65).

Kısa süreli uyku bazı durumlarda faydalı olabilirken, gün içinde uzun süreli uyumak gece uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Her gün farklı saatlerde yatıp kalkmak ve uyku süresini düzensiz hale getirmek, vücut saatinin ritmini bozarak uyku kalitesini düşürür. Özellikle mavi ışık yayan elektronik cihazlardan yayılan ışık, melatonin hormonu salgılanmasını engelleyerek uykuya dalmayı zorlaştırır. Kafein, nikotin ve alkol gibi uyarıcı maddeler uykuya dalmayı zorlaştırabilir ve uyku kalitesini düşürebilir. İşle ilgili etkinlikler yapmak, yatağa tablet veya telefonla girmek gibi uyarıcı faaliyetler, uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Yatak odasını sadece uyku için kullanmak ve burayı rahatlatıcı bir ortam haline getirmek önemlidir. Yatak odasında televizyon seyretmek, iş yapmak gibi faaliyetler, uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Yatak odasının karanlık, sessiz ve serin olması uyku kalitesi için önemlidir. Rahatsız bir yatak, gürültülü bir ortam veya

aşırı sıcak bir oda uykuya dalmayı zorlaştırabilir. Stres ve kaygı uykuya dalmayı zorlaştırabilir ve uyku kalitesini düşürebilir. Uyumadan önce rahatlatıcı aktiviteler yapmak stresi azaltmaya ve uyku kalitesini artırmaya yardımcı olabilir. Uyku apnesi, narkolepsi, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozuklukları da uyku kalitesini düşüren önemli faktörlerdendir (66,67).

2.2.6. Uyku Bozuklukları Sınıflaması

Uyku bozukluklarının sınıflandırılması ve tanılanması için farklı sistemler kullanılmaktadır. Bu sistemler, uyku bozukluklarını tanımlamak ve kategorize etmek için kullanılır. Bu sınıflandırma sistemlerinin ana hatları şu şekilde ifade edilebilir (68):

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD): ICSD, Amerikan Uyku Derneği tarafından geliştirilen bir sınıflandırma sistemidir. Bu sınıflandırma sistemi, uyku bozukluklarını ayrıntılı bir şekilde sınıflandırır ve birçok farklı uyku bozukluğu türünü tanımlar. ICSD, uyku bozukluklarını sekiz ana kategoriye ayırır. Bunlar uykusuzluk bozuklukları, uykuyla ilişkili solunum bozuklukları, santral hipersomnolans bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler, uykuyla ilişkili hareket bozuklukları, diğer uyku bozuklukları ve nörolojik hastalıklara bağlı uyku bozukluklarıdır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM): Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen DSM, ruh sağlığı bozukluklarını tanımlayan bir rehberdir. DSM-5'te (beşinci baskı) uyku bozuklukları, "Uyku-Uyanıklık Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılır. Bu kategoride uyku bozuklukları, uyku döngüsü, uyku alışkanlıkları ve uyku sırasında ortaya çıkan problemleri içerir. DSM ve ICSD arasındaki sınıflandırma farkları, DSM-5 ile bir ölçüde azalmış olsa da hala devam edebilir (69,70).

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi (ICD): ICD, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen bir tıbbi sınıflandırma sistemidir. ICD hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarını sınıflandırır ve tanımlar. ICD, uyku bozukluklarını "organik olan ve organik olmayan" şeklinde iki ana kategoriye ayırır. Organik olan uyku bozuklukları, bir tıbbi durum veya nedenle ilişkilendirilen uyku problemlerini içerirken,

organik olmayan uyku bozuklukları, fiziksel bir nedenle açıklanamayan uyku sorunlarını kapsar (71,72).

Bu sınıflandırma sistemleri, uyku bozukluklarının tanınması ve tedavi edilmesinde klinisyenlere rehberlik etmek için kullanılır. Hangi sistem kullanılırsa kullanılsın, uyku bozukluklarının doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi önemlidir, çünkü uyku kalitesi genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

2.2.7. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

PUKİ, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (73). Ölçek, Türkçe'ye Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında uyarlanmıştır (74). Ölçek, 24 sorudan oluşmaktadır. 19 sorusu kendini değerlendirme, 5 sorusu ise oda arkadaşı veya yatak partneri tarafından cevaplandırılır. 7 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; öznel uyku kalitesi, uyku latansı (gecikmesi), uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğudur. Her bir bileşen 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0-21 arasında değişir.

Puanlama ve Yorumlama:

5 ve üzeri puan: Kötü uyku kalitesi

5'ten az puan: İyi uyku kalitesi

3. MATERYAL METOT

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi hastanesi acil serviste İntörn doktor olarak staj dönemi başında ve sonunda olmak üzere test-tekrar test yöntemi ile zamana bağlı değişimin karşılaştırıldığı epidemiyolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma Pamukkale üniversitesi girişimsel olmayan etik kuruldan 28-06-2022 yıl ve PAU-TIPF-010 sayılı etik kurulu onayını takip eden dönem başlangıcında uygulanmaya başlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi tıp fakültesi öğrencileri 6. Sınıf başında ilk staj günü öntest olarak uygulanan form stajın bitişini takiben son test ile tekrar uygulanarak acil servisteki Depresyon, anksiyete ve uyku durumu değişimini ölçmeyi tasarladık.

01.07.2022-30.06.2023 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde çalışan 198 intörn doktorunun çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu nedenle dahil edilme kriterlerine sahip ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 198 intörn doktordan 187'sine öntest ve 183'üne sonteste ulaşılarak teste dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

01.07.2022-30.06.2023 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde intörn doktor olarak çalışanlar, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri:

- Ağır anksiyete bozukluğu, aktif psikoz, major depresyon gibi psikiyatrik herhangi bir hastalık tanısı olan intörn doktorlar,
- Duygu durumunda çökkünlük oluşturacak herhangi bir ruhsal ya da fiziksel travmaya (yakın akrabada vefat, trafik kazası, ayrılık vb.) yakın zamanda maruz kalmış intörn doktorlar
- Anket formunu doldururken istatistiksel olarak standart hata oluşturacak formlar dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda öğrencilere Beck Anksiyete Ölçeği (21 soru), Pittsburgh Uyku Kalitesi Anketi (11 soru), ve sosyodemografik özelliklerle ilgili (5 soru) anket formu uygulanmıştır.

İstatistiksel Analiz:

Bu çalışmadaki verilerin analizinde IBM SPSS 25.0 for Windows paket programı kullanılmıştır. Dahil edilen verilerden sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma ile değerlendirilirken kategorik veriler kişi (n) ve yüzde ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerde normallik varsayımları için Skewness ve Kurtosis testleri kullanılmıştır. Normallik varsayımlarında kabul edilen alan olarak $\pm 1,5$ değer aralığı alınmıştır. Sürekli değişkenlerde normallik varsayımları sağlandığı için ikili gruplarda independent sample T testi ve üçlü gruplarda ANOVA testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Fisher kesin ki-kare testi ve Pearsons ki-kare testleri kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman analizi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0,050$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

İntörn doktorların ön test ve son testteki demografik değişkenlerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. İntörn doktorların ön testteki yaş ortalamaları 23,97, son testteki yaş ortalamaları 23,99’dur. İntörn doktorların 111’i (%60,7) kadındı. Ön testte intörn doktorların 83’ünün (%45,4), son testte ise 73’ünün (%39,9) acil servise gelirken anksiyete yaşadığı belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. İntörn doktorların ön test ve son testteki demografik değişkenlerine ilişkin bulgular

	Değişken	Ön test (n=183)	Son test (n=183)	P
	(Ort±s.s.)	23,97±0,91	23,99±0,93	0,820*
Yaş	23 yaş	62 (%33,9)	60 (%32,8)	
	24 yaş	80 (%43,7)	80 (%43,7)	0,972**
	25 yaş ve üstü	41 (%22,4)	43 (%23,5)	
Cinsiyet	Kadın	111 (%60,7)	111 (%60,7)	1,000**
	Erkek	72 (%39,3)	72 (%39,3)	
Acil servise gelirken anksiyete yaşama durumu	Evet	83 (%45,4)	73 (%39,9)	
	Hayır	17 (%9,3)	18 (%9,8)	0,568**
	Kısmen/bazen	83 (%45,4)	92 (%50,3)	

* independent sample t testi kullanılmıştır.

** ki-kare testi kullanılmıştır.

Ön testte uygulanan BECK anksiyete ölçeğinde hiç rastlanmadığı belirtilen semptomlardan ilk üçü; baygınlık/sersemlik, ölüm korkusu ve dengeyi kaybetme duygusu olmuştur. Hafif düzeyde hissedilen semptomların başında; korkuya kapılma, terleme ve ellerde titreme gelmektedir. Orta düzeyde hissedilen semptomlardan sinirlilik, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, gevşeyememe ilk üç sıradadır. Şiddetli düzeyde hissedilen semptomların başında; sinirlilik, çok kötü şeyler olacak korkusu, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi gelmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Ön testte uygulanan BECK Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli
1. Bedenin herhangi bir yerinde uyuşma ve karıncalanma	128 (%69,9)	37 (%20,2)	16 (%8,7)	2 (%1,1)
2. Sıcak/ateş basması	88 (%48,1)	59 (%32,2)	29 (%15,8)	7 (%3,8)
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	100 (%54,6)	55 (%30,1)	22 (%12)	6 (%3,3)
4. Gevşeyememe	79 (%43,2)	58 (%31,7)	38 (%20,8)	8 (%4,4)
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	81 (%44,3)	52 (%28,4)	35 (%19,1)	15 (%8,2)
6. Baş dönmesi veya sersemlik	115 (%62,8)	52 (%28,4)	10 (%5,5)	6 (%3,3)
7. Kalp çarpması	89 (%48,6)	58 (%31,7)	26 (%14,2)	10 (%5,5)
8. Dengeyi kaybetme duygusu	136 (%74,3)	37 (%20,2)	6 (%3,3)	4 (%2,2)
9. Dehşete kapılma	124 (%67,8)	35 (%19,1)	15 (%8,2)	9 (%4,9)
10. Sinirlilik	67 (%36,6)	53 (%29)	47 (%25,7)	16 (%8,7)
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	125 (%68,3)	36 (%19,7)	17 (%9,3)	5 (%2,7)
12. Ellerde titreme	90 (%49,2)	60 (%32,8)	28 (%15,3)	5 (%2,7)
13. Titreklik	124 (%67,8)	43 (%23,5)	12 (%6,6)	4 (%2,2)
14. Kontrolü kaybetme korkusu	116 (%63,4)	43 (%23,5)	14 (%7,7)	10 (%5,5)
15. Nefes almada güçlük	126 (%68,9)	38 (%20,8)	14 (%7,7)	5 (%2,7)
16. Ölüm korkusu	154 (%84,2)	15 (%8,2)	7 (%3,8)	7 (%3,8)
17. Korkuya kapılma	87 (%47,5)	65 (%35,5)	20 (%10,9)	11 (%6)
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	69 (%37,7)	55 (%30,1)	46 (%25,1)	13 (%7,1)
19. Baygınlık, sersemlik	164 (%89,6)	16 (%8,7)	2 (%1,1)	1 (%0,5)
20. Yüzün kızarması	104 (%56,8)	52 (%28,4)	22 (%12)	5 (%2,7)
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	89 (%48,6)	60 (%32,8)	28 (%15,3)	6 (%3,3)

Son testte uygulanan BECK anksiyete ölçeğinde hiç rastlanmadığı belirtilen semptomlardan ilk üçü; baygınlık/sersemlik, ölüm korkusu ve titreklik olmuştur. Hafif düzeyde hissedilen semptomların başında; sıcak/ateş basması, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, bacaklarda halsizlik, titreme, gevşeyememe ve terleme gelmektedir. Orta düzeyde hissedilen semptomlardan sinirlilik, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, gevşeyememe ilk üç sıradadır. Şiddetli düzeyde hissedilen semptomların başında;

sinirlilik, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, gevşeyememe gelmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Son testte uygulanan BECK Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli
1. Bedenin herhangi bir yerinde uyuşma ve karıncalanma	124(%67,8)	45(%24,6)	14(%7,7)	0
2. Sıcak/ateş basması	94(%51,4)	61(%33,3)	26(%14,2)	2(%1,1)
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	100(%54,6)	52(%28,4)	27(%14,8)	4(%2,2)
4. Gevşeyememe	80(%43,7)	52(%28,4)	43(%23,5)	8(%4,4)
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	86(%47,0)	49(%26,8)	41(%22,4)	7(%3,8)
6. Baş dönmesi veya sersemlik	114(%62,3)	41(%22,4)	25(%13,7)	3(%1,6)
7. Kalp çapması	108(%59,0)	45(%24,6)	26(%14,2)	4(%2,2)
8. Dengeyi kaybetme duygusu	124(%67,8)	41(%22,4)	16(%8,7)	2(%1,1)
9. Dehşete kapılma	119(%65)	39(%21,3)	18(%9,8)	7(%3,8)
10. Sinirlilik	42(%23,0)	45(%24,6)	72(%39,3)	24(%13,1)
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	122(%66,7)	34(%18,6)	20(%10,9)	7(%3,8)
12. Ellerde titreme	112(%61,2)	38(%20,8)	29(%15,8)	4(%2,2)
13. Titreklik	140(%76,5)	27(%14,8)	14(%7,7)	2(%1,1)
14. Kontrolü kaybetme korkusu	123(%67,2)	41(%22,4)	13(%7,1)	6(%3,3)
15. Nefes almada güçlük	136(%74,3)	30(%16,4)	14(%7,7)	3(%1,6)
16. Ölüm korkusu	151(%82,5)	24(%13,1)	6(%3,3)	2(%1,1)
17. Korkuya kapılma	105(%57,4)	50(%27,3)	21(%11,5)	7(%3,8)
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	72(%39,3)	56(%30,6)	43(%23,5)	12(%6,6)
19. Baygınlık, sersemlik	158(%86,3)	19(%10,4)	5(%2,7)	1(%0,5)
20. Yüzün kızarması	122(%66,7)	41(%22,4)	19(%10,4)	1(%0,5)
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	100(%54,6)	52(%28,4)	27(%14,8)	4(%2,2)

İntörn doktorların uyku bozukluğu bileşenlerinin ön test ve son test bulguları Tablo 4’de verilmiştir. Ön testte katılımcıların 109’unun (%59,6) öznel uyku kalitesi oldukça kötü, 60’ının (%32,8) öznel uyku kalitesi çok kötüdür. Son testte katılımcıların 82’sinin (%44,8) öznel uyku kalitesi oldukça kötü, 83’ünün (%45,4) ise çok kötüydü ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,019$). Ön testte katılımcıların 107’sinin

(%58,5) uyku süresi 7 saatten fazla, 43'ünün (%23,5) uyku süresi 6-7 saat arasındaydı. Son testte katılımcıların 60'nın (%32,8) uyku süresi 7 saatten fazla, 63'ünün (%34,4) uyku süresi 6-7 saat arasındaydı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,0001$). Ön testte katılımcıların 141'inin (%77) alışılmış uyku etkinliği %85'in üstünde, son testte ise katılımcıların 116 (%63,4) alışılmış uyku etkinliği %85'in üstündeydi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,039$) (Tablo 4).

Tablo 4. İntörn doktorların PUKİ skorlarının ön teste-son teste göre karşılaştırılması

		Ön test	Son test	p
Öznel uyku kalitesi	Çok iyi	0	2 (%1,1)	0,019**
	Oldukça iyi	9 (%4,9)	6 (%3,3)	
	Oldukça kötü	109 (%59,6)	82 (%44,8)	
	Çok kötü	60 (%32,8)	83 (%45,4)	
Uyku latansı	≤15 dk	34 (%18,6)	35 (%19,1)	0,918**
	16-30 dk	84 (%45,9)	78 (%42,6)	
	31-60 dk	44 (%24)	49 (%26,8)	
	>60 dk	21 (%11,5)	21 (%11,5)	
Uyku süresi	>7 saat	107 (%58,5)	60 (%32,8)	0,0001**
	6-7 saat	43 (%23,5)	63 (%34,4)	
	5-6 saat	20 (%10,9)	33 (%18,0)	
	< 5 saat	13 (%7,1)	27 (%14,8)	
Alışılmış uyku etkinliği	>%85	141 (%77)	116 (%63,4)	0,039**
	%75–84	22 (%12)	35 (%19,1)	
	%65–74	8 (%4,4)	15 (%8,2)	
	<%65	12 (%6,6)	17 (%9,3)	
Uyku bozukluğu	Son ayda hiç	11 (%6)	11 (%6)	0,528**
	Haftada bir defadan az	144 (%78,7)	135 (%73,8)	
	Haftada bir veya iki kez	28 (%15,3)	36 (%19,7)	
	Haftada üç kereden fazla	0	1 (%0,5)	
Uyku ilacı kullanımı	Geçen ay boyunca hiç	176 (%96,2)	178 (%93,7)	0,856**
	Haftada bir defadan az	4 (%2,2)	3 (%1,6)	
	Haftada bir veya iki defa	3 (%1,6)	2 (%1,1)	
	Haftada üç veya daha fazla kez	0	0	
Uyku işlev bozukluğu	Geçen ay boyunca hiç	64 (%35)	44 (%24,0)	0,002**
	Haftada bir defadan az	67 (%36,6)	57 (%31,1)	
	Haftada bir veya iki defa	41 (%22,4)	53 (%29,0)	
	Haftada üç veya daha fazla kez	11 (%6)	29 (%25,8)	

** ki-kare testi kullanılmıştır.

Ön testte katılımcıların 67'si (%36,6) haftada bir defadan az uyku işlev bozukluğu yaşarken, 64'ü (%35) geçen ay boyunca hiç uyku işlev bozukluğu yaşamamıştır. Son testte katılımcıların 57'si (%31,1) haftada bir defadan az, 53'ü haftada bir veya iki defa uyku işlev bozukluğu yaşamışlardır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,002$). İntörn doktorların uyku latansı, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı durumlarına göre PUKİ skorlarında ön teste-son teste göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4).

İntörn doktorların ön test-son test Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. İntörn doktorların Beck anksiyete puan ortalamaları ön testte 12,85, son testte 12,36'dır. Ön testte doktorların 147'sinin (%80,3), son testte 150'sinin (%82) Beck şiddeti hafiftir ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. İntörn doktorların ön test-son test Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken		Ön test (n=183)	Son test (n=183)	p
Beck anksiyete puan ortalaması		12,85±11,22	12,36±11,21	0,672*
Beck şiddeti	Hafif	147 (%80,3)	150 (%82,0)	0,690**
	Orta	28 (%15,3)	23 (%12,6)	
	Şiddetli	8 (%4,4)	10 (%5,5)	

* independent sample t testi kullanılmıştır.

** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test-son test PUKİ skorlarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. PUKİ skor ortalamaları ön testte 6,83, son testte 8,15'tir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,0001$). Ön test PUKİ değerlendirmesi doktorların 109'unun (%59,6), son testte 147'sinin (%80,3) kötü uyku şeklindeydi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,0001$) (Tablo 6).

Tablo 6. İntörn doktorların ön test-son test PUKİ skorlarının karşılaştırılması

Değişken		Ön test (n=183)	Son test (n=183)	p
PUKİ skor ortalaması		6,83±3,05	8,15±3,18	0,0001*
PUKİ değerlendirmesi	İyi uyku	74 (%40,4)	36 (%19,7)	0,0001**
	Kötü uyku	109 (%59,6)	147 (%80,3)	

* independent sample t testi kullanılmıştır.

** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 7’de verilmiştir. Ön testte ve son testte Beck anksiyete puan ortalamalarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön testte ve son testte Beck şiddetinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılması

Değişken		23 yaş	24 yaş	25 yaş ve üstü	p	
ÖN	Beck anksiyete puan ortalaması	15,48±12,96	11,34±9,79	11,83±10,55	0,073	
	Beck şiddeti	Hafif	45 (%72,6)	68 (%85)	34 (%82,9)	0,186
		Orta	13 (%21)	11 (%13,8)	4 (%9,8)	
		Şiddetli	4 (%6,5)	1 (%1,3)	3 (%7,3)	
SON	Beck anksiyete puan ortalaması	14,18±13,06	11,03±9,74	12,28±10,88	0,257	
	Beck şiddeti	Hafif	47 (%78,3)	67 (%83,8)	36 (%83,7)	0,202
		Orta	7 (%11,7)	12 (%15)	4 (%9,3)	
		Şiddetli	6 (%10)	1 (%1,3)	3 (%7)	

* Anova testi kullanılmıştır. ** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 8’de verilmiştir. Ön testte intörn doktorların

PUKİ skoru ortalamalarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$) ve PUKİ skoru 25 yaş ve üstü yaştakilerde, 23 ve 24 yaşındakilere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir. Son testte ise yaşa göre PUKİ skor ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön test ve son testte yaşa göre PUKİ değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının yaş değişkeni ile karşılaştırılması

Değişken		23 yaş	24 yaş	25 yaş ve üstü	p	Tukey
ÖN	PUKİ skor ortalaması	6,32±2,80	6,53±2,80	8,17±3,92	0,005	23-25 24-25
	PUKİ değerlendirmesi				0,595	
	İyi uyku	25 (%40,3)	35 (%43,8)	14 (%34,1)		
	Kötü uyku	37 (%59,7)	45 (%56,3)	27 (%65,9)		
SON	PUKİ skor ortalaması	7,78±3,10	9,02±3,41	8,14±3,18	0,113	
	PUKİ değerlendirmesi					
	İyi uyku	14 (%23,3)	18 (%22,5)	4 (%9,3)		
	Kötü uyku	46 (%76,7)	62 (%77,5)	39 (%90,7)	0,147	

* Anova testi kullanılmıştır. Anlamlılık için Tukey testi kullanılmıştır: 23 yaş -25 yaş ve üstü ** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 9’da verilmiştir. Ön testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda 14,12, erkeklerde 10,90’dı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,006$). Son testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda 14,19, erkeklerde 9,53’tü ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$). Buna göre hem ön testte hem de son testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir. Ayrıca hem öntestte hem de son teste cinsiyete göre Beck şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. İntörn doktorların ön test ve son test Beck anksiyete skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılması

		Değişken	Kadın (n=111)	Erkek (n=72)	p
ÖN	Beck anksiyete puan ortalaması		14,12±10,73	10,90±11,75	0,006*
	Beck şiddeti	Hafif	85 (%76,6)	62 (%86,1)	0,098**
		Orta	22 (%19,8)	6 (%8,3)	
Şiddetli	4 (%3,6)	4 (%5,6)			
SON	Beck anksiyete puan ortalaması		14,19±11,53	9,53±10,15	0,005*
	Beck şiddeti	Hafif	86 (%77,5)	64 (%88,9)	0,132**
		Orta	18 (%16,2)	5 (%6,9)	
Şiddetli	7 (%6,3)	3 (%4,2)			

* independent sample t testi kullanılmıştır.

** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 10’da verilmiştir. Ön test ve son testte cinsiyete göre PUKİ skor ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön test ve son testte cinsiyete göre PUKİ değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. İntörn doktorların ön test ve son test PUKİ skorlarının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılması

		Değişken	Kadın (n=111)	Erkek (n=72)	p
ÖN	PUKİ skor ortalaması		6,50±2,90	7,35±3,22	0,071*
	PUKİ değerlendirmesi	İyi uyku	48 (%43,2)	26 (%36,1)	0,210**
		Kötü uyku	63 (%56,8)	46 (%63,9)	
SON	PUKİ skor ortalaması		8,13±3,30	8,18±3,01	
	PUKİ değerlendirmesi	İyi uyku	22 (%19,8)	14 (%19,4)	0,554**
		Kötü uyku	89 (%80,2)	58 (%80,6)	

* independent sample t testi kullanılmıştır.

** ki-kare testi kullanılmıştır.

İntörn doktorların ön test ve son testteki PUKİ değerlendirmesi ve Beck anksiyete skorlarının karşılaştırılmasına ilişkin korelasyon analizi bulguları Tablo 11’de verilmiştir.

Ön testte PUKİ skor ortalaması ile Beck anksiyeti skor ortalaması arasında pozitif yönlü çok düşük düzey korelasyon vardı ($p=0,018/ r=0,175$). Son testte PUKİ skor ortalaması ile Beck anksiyeti skor ortalaması arasında pozitif yönlü düşük düzey korelasyon vardı ($p=0,000/ r=0,290$).

Ön testte PUKİ skor ortalaması ile yaş ($p=0,020/r=0,172$) ve intörnükte çalışma ayı ($p=0,050/r=0,145$) arasında pozitif yönde çok düşük düzeyde korelasyon ilişkisi vardı. Ön testte PUKİ skor ortalaması ile uyku süresi arasında negatif yönde çok düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı ($p=0,007/r=-0,198$). Ön testte PUKİ skor ortalaması ile öznel uyku kalitesi ($p=0,000/r=-0,617$) ve uyku latansı ($p=0,000/r=-0,609$) arasında negatif yönlü yüksek düzey korelasyon ilişkisi vardı. Ön testte PUKİ skor ortalaması ile alışılmış uyku etkinliği ($p=0,000/r=0,632$) ve gündüz işlev bozukluğu ($p=0,000/r=0,637$) arasında pozitif yönlü yüksek düzey korelasyon ilişkisi vardı. Ön testte PUKİ skor ortalaması ile uyku bozukluğu arasında pozitif yönde orta düzey ($p=0,000/r=0,433$) ve uyku ilacı kullanımını ($p=0,001/r=0,233$) arasında düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı.

Son testte PUKİ skor ortalaması ile uyku süresi arasında negatif yönlü düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı ($p=0,001/r=-0,243$). Son testte PUKİ skor ortalaması ile öznel uyku kalitesi ($p=0,000/r=0,672$), uyku latansı ($p=0,000/r=0,609$) arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon ilişki bulunmuştur. Son testte PUKİ skor ortalaması ile alışılmış uyku etkinliği ($p=0,000/r=-0,639$), gündüz işlev bozukluğu ($p=0,000/r=0,569$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon ilişkisi vardı.

Ön testte Beck anksiyete skoru ile yaş arasında negatif yönde ($p=0,017/r=-0,177$), uyku süresi arasında pozitif yönde düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı ($p=0,046/r=-0,148$). Ön testte Beck anksiyete skoru ile uyku latansı, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında pozitif yönde düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı.

Son testte Beck anksiyete skoru ile öznel uyku kalitesi ($p=0,003/r=-0,222$), uyku latansı ($p=0,003/r=-0,148$) ve gündüz işlev bozukluğu ($p=0,013/r=-0,184$) arasında pozitif yönde düşük düzey korelasyon ilişkisi vardı. Son testte Beck anksiyete skoru ile uyku bozukluğu arasında pozitif yönde orta düzey korelasyon ilişkisi vardı ($p=0,000/r=-0,444$) (Tablo 11).

Tablo 11. Doktorların ön test ve son testteki ölçek puanlarının farklı parametrelerle karşılaştırılmasına ilişkin korelasyon analizi

		ÖNTEST		SONTEST	
		Puki Skoru	Beck anksiyete Skoru	Puki Skoru	Beck anksiyete Skoru
Yaş	r	,172*	-,177*	0,131	-0,095
	p	0,020	0,017	0,076	0,201
İntörnlükte Ay	r	,145*	0,001	0,118	0,100
	p	0,050	0,989	0,112	0,179
Uyku süre	r	-,198**	,148*	-,243**	0,032
	p	0,007	0,046	0,001	0,667
Öznel uyku kalitesi	r	-,617**	-0,050	-,672**	,222**
	p	0,000	0,500	0,000	0,003
Uyku latansı	r	-,679**	,161*	-,609**	,217**
	p	0,000	0,029	0,000	0,003
Alışılmış uyku etkinliği	r	,632**	0,101	,639**	0,086
	p	0,000	0,176	0,000	0,247
Uyku bozukluğu	r	,433**	,295**	,388**	,444**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
Uyku ilacı kullanımı	r	,233**	0,063	,284**	0,138
	p	0,001	0,397	0,000	0,062
Gündüz işlev bozukluğu	r	,637**	,204**	,596**	,184*
	p	0,000	0,006	0,000	0,013
Puki Skoru	r		,175*		,290**
	p		0,018		0,000
Beck anksiyete Skoru	r	,175*		,290**	
	p	0,018		0,000	

*Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada intörn doktorların acil servis stajlarının başında ve sonunda anksiyete ve uyku skorlarının farklılık gösterme durumları değerlendirildi. Anksiyete, bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan psikolojik ve fizyolojik bir durumdur (75). Yeterli ruh sağlığı, iyi bir yaşam sürmenin ön koşulu olarak her insanın temel gereksinimidir. Anksiyete ve depresyonun kişisel ve mesleki yaşam üzerinde olumsuz etkileri vardır (76). Ancak çoğu insan, hatta sağlık profesyonelleri, sağlık sorunları için tarama veya tedaviyi kabul etmeye hazır değildir. Anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere zihinsel sağlık sorunlarının resmi değerlendirmesi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Literatür, gelişmekte olan ülkelerin dünyadaki toplam psikiyatri hastalarının neredeyse üçte ikisini taşıdığını ve durumun kötüleşmesinin beklendiğini ortaya koymaktadır (77). Hekimler, çalışma koşulları nedeniyle kaygı ve depresyona neden olabilecek veya şiddetlendirebilecek zihinsel sağlık sorunları geliştirme riski altındadır. Doktorların ruh sağlığı sorunları genellikle sadece halk tarafından değil, doktorların kendileri tarafından da göz ardı edilmektedir (78). Bu nedenle doktorların anksiyete düzeylerine yönelik yapılan çalışmalar ile konuya dikkat çekmek önem arz etmektedir.

40.348 tıp öğrencisini kapsayan 69 çalışmanın incelendiği bir çalışmada tıp öğrencileri arasında anksiyetenin yaygınlık oranının %33,8 olduğu bildirilmiştir (79). Iqbal ve ark.'larının tıp fakültesi öğrencileriyle yürüttükleri çalışmada tıp öğrencilerinin orta düzey anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (80). Çin'de kamu hastahanelerinde çalışan 2641 doktorun %25,67'sinde anksiyete belirtisi bulunmuştur (81). Pougnet ve ark.'larının asistan tıp doktorlarını dahil ettikleri çalışmada katılımcıların %28,7'sinde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (82). Rawalpindi'deki Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi tıp öğrencileriyle yürütülen çalışmada öğrencilerin yaklaşık %19,0'unda orta ila şiddetli düzeyde anksiyete olduğu belirtilmiştir (83). McCullough ve Van Hamel'in (2020) (84) çalışmalarında doktorların (n=11839) göreve başladıkları ilk haftada %27,3'ünün, dördüncü haftada ise %21,0'inin anksiyete belirtisi gösterdikleri bildirilmiştir. Medisaukaite ve Kamau çalışmalarında doktorların %13,2'sinde şiddetli anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (85).

Çalışmamızda intörn doktorların acil servis stajlarının başında yapılan ön testte %19,7'sinin ve sonunda yapılan son testte %18,1'inin orta ile şiddetli düzey anksiyeteye sahip olduğu görüldü. İntörn doktorların acil servis staj başında (80,3) ve sonunda (82,0) Beck anksiyete skor ortalamalarına göre anksiyete düzeyleri hafif düzeydedir ve ön test-son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). İntörnlük yılları tıp öğrencilerinin ilk kez zorlu hastalarla veya hasta ölümleriyle karşılaştıkları dönem olacağından stres, depresyon, kaygı gibi psikolojik durumlara yatkın hale gelmelerinin nedenleri olarak gösterilebilir. Bunun yanı sıra iş yükü ve sorumlulukların artması da kaygıyı tetikleyebilecek etmenler arasında gösterilebilir. İntörn doktorların geliştirdikleri kaygının altında yatan nedenleri araştırılarak, buna göre uygun psikolojik destek sağlanabilir.

Kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklere göre daha yaygın olduğu bilinmektedir. Ulusal Komorbidite Araştırması verilerine göre kadınlarda anksiyete bozukluğu görülme sıklığı erkeklerden 2 kat daha fazladır (86). Pandey ve ark.'larının asistan doktor ve tıp öğrencilerinin Corona virüsle ilgili anksiyetelerini konu aldıkları çalışmada kadınların anksiyete düzeyleri erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (87). McCullough ve Van Hamel'in çalışmalarında kadın doktorların kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (84).

Çalışmamızda katılımcıların %60,7'si kadındı. Kadınların anksiyete skor ortalamaları (14,12), erkeklerden (10,90) daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p=0,006$). Bu farkın biyolojik, hormonal, sosyal ve psikolojik faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınlar, erkeklerden farklı sosyo-kültürel streslere maruz kalabilirler. Cinsiyet rolleri, aile içi sorumluluklar, ayrımcılık ve şiddet gibi faktörler kadınlarda anksiyeteye neden olabilir. Çalışmamızda bulduğumuz, kadınların anksiyete puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu sonucu, literatürdeki diğer bulgularla uyumludur (80, 84, 88-90). Bunun nedeni, erkeklerin kadınlara oranla psikolojik durumlarını dışa vurma ve yardım isteme olasılıklarının daha düşük olması olabilir. Bunun yanı sıra literatürde cinsiyetin kaygı düzeyi üzerinde etkisi olmadığını ortaya koyan çalışmalara da rastlanmıştır (79, 81, 91, 92).

Xu'nun (2019) tıp öğrencilerinin kaygı ve depresyon durumlarını değerlendirdiği çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 28,3'tü ve yaşın öğrencilerin anksiyetelerinde etkili olmadığı bildirilmiştir (93). Pokhrel ve ark.'larının (2020) tıp öğrencileri ve asistanlarla yürüttükleri çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 25'ti ve anksiyete düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir fark yoktur (94).

Çalışmamızda intörn doktorların, yaş ortalamaları ön testte 23,97, son testte 23,99'du. İntörn doktorların anksiyete puan ortalamalarında yaşa göre anlamlı bir fark yoktu. Bu sonucun aksine daha önce yapılan bir çalışmada 21-25 yaş aralığındaki tıp öğrencilerinin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (84).

Nihal ve arkadaşlarının çalışmalarında, intörn doktor ve doktorların %34,5'inin hafif düzeyde kaygı, %23,86'sının orta düzeyde kaygı ve %23,86'sının yüksek düzeyde ve %15,82'sinin şiddetli kaygı yaşadığı saptanmıştır. Örneklemin çoğunluğu orta düzeyde stres (%62,47) ve hafif düzeyde kaygı (%34,58) altında olduğu tespit edilmiştir (95). Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlanan hekim ve hekim adayları arasında sınava hazırlık sürecinde anksiyete ve depresyon görülme sıklıklarının konu alındığı bir çalışmada, 49,5'i depresif belirtiler, %58,8'inde ise anksiyete belirtileri görüldüğü bildirilmiştir (96). Dave ve arkadaşlarının çalışmasında asistan doktorların yaklaşık %27,7'sinde depresyon, %36,6'sında anksiyete ve %24,2'sinde stres tespit edilmiştir (97). Çalışmamızda intörn doktorların acil servis stajı başında (12,85) ve sonundaki (12,36) Beck anksiyete skorlarına göre anksiyete düzeylerinin hafif düzeyde olduğu ve ön test-son test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Uykusuzluk, uyku için yeterli fırsat olmasına rağmen ortaya çıkan ve gündüz fonksiyonlarında önemli bir sıkıntı veya bozulma ile ilişkili uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede zorluk şikayeti olarak tanımlanır. Uykusuzluğun klinik tanısı, uykuya dalmada zorluk, uykuyu sürdürmede zorluk veya sabah erken uyanma şikayetine ve bunun sonucunda ortaya çıkan gündüz işlev bozukluğuna dayanmaktadır (70, 98). Uyku yoksunluğu yetişkinler arasında yaygın bir sorundur. En yaygın semptomlardan biri gündüz aşırı uykululuktur. Diğer semptomlar arasında depresif ruh hali ve zayıf hafıza veya konsantrasyon yer alır (99, 100). Bir gecelik kaçırılan

uykunun ardından önemli bir bilişsel düşüş meydana gelebilir (100, 101). Uyku yoksunluğu olan doktorlarda gözlenen bilişsel bozulmaya ek olarak, depresyon, anksiyete, hastalarla empati kuramama ve intihar gibi duygusal etkiler de ortaya çıkabilir (102).

Gündüz ve gece nöbetlerini içeren uygulamalı eğitim yılları, tıp öğrencilerinin başa çıkabilmek için uykudan fedakarlık etme eğiliminde olduğu ve uykuda geçirilen sürenin azaldığı yorucu dönemlerdir (103). Gece nöbeti kronik uyku kısıtlamasına yol açmaktadır (104). Araştırmalar, nöbet tutan ve birkaç günde bir ek görevler alan asistanların uyku sorunları yaşama ve uykudan mahrum kalma eğiliminde olduklarını göstermiştir (103).

Uyku süresi uyku kalitesini belirleyen önemli faktörlerden biridir (73). Pokhrel ve ark.'larının (2020) (94) çalışmasında, yeterli uyuyanlarda kaygı görülme olasılığı düşük bulunmuştur. Lemma ve ark. (105) depresyon ve anksiyete belirtileri ile uyku kalitesi arasında güçlü bir korelasyon bulmuştur. Başka bir çalışmada kötü uyku kalitesinin tıp öğrencileri arasındaki zayıf akademik performansla da ilişkili olduğu bulunmuştur (106).

Jassem (2022) ve ark.'larının Şam'da 497 asistan doktorun uyku kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında, katılımcıların %79,5'inin uyku kalitesi kötü bulunmuştur (107). Samsun'da Aile Hekimliği asistanı olarak nöbet tutan doktorlarla yapılan çalışmada doktorların %70,0'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (108). Suudi Arabistan'daki Majmaah Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde uykusuzluğun yaygınlığının incelendiği çalışmada öğrencilerin %70'inde uykusuzluk gözlemlendiği bildirilmiştir (109). Başka bir çalışmada Hong Kong üniversitesi öğrencileri arasında uykusuzluk oranının %68,6 olduğu belirtilmiştir (110).

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle yürütülen çalışmada doktorlarla yapılan ön testte PUKİ puanı 4,73 iken, bir ay nöbet tuttuktan sonraki son testte PUKİ değeri 5,9 olarak bildirilmiştir (108). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada PUKİ ortalama puanı 6,76 olduğu ve öğrencilerin %58,8'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (111). Çalışmamızda intörn

doktorların staj başındaki PUKİ skorları staj sonunda artış gösterdi ve staj başında doktorların %59,6'sının, staj sonunda ise %80,3'ünün uyku kaliteleri kötüydü. Ön test PUKİ skorları (6,83) ile son test PUKİ skorları (8,15) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı vardı ($p=0,0001$). İntörn doktorların uyku kalitelerinin; artan iş yükü, yoğun çalışma saatleri ve nöbet tutma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Majmaah Üniversitesi tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %31,6'sının uykuya dalmakta güçlük çektikleri belirtildi (109). Çalışmamızda intörn doktorların ön testte %46,5'inin, son testte %42,6'sının uykuya dalma süreleri 16-30 aralığındaydı. İki test sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Jassem (2022) ve arkadaşlarının çalışmalarında asistan doktorların kötü uyku kalitesi ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (107). Çalışmamızda, ön testte intörn doktorların PUKİ skoru ortalamasında istatistiksel olarak yaşa göre anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$) ve PUKİ skoru 25 yaş ve üstü yaştakilerde, 23 ve 24 yaşındakilere oranla anlamlı şekilde daha yüksekti. Son testte ise yaşa göre PUKİ skor ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Uyku değerlendirmesinde, ön testte ve son teste yaşa göre anlamlı bir fark yoktu. İntörn doktorlarda yaş arttıkça uyku kalitelerinin kötüleştiği görüldü.

Başkent Üniversitesi Ankara hastanesinde görev yapan 159 doktorla yapılan çalışmada kadınların uyku kaliteleri erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olduğu saptanmıştır (112). Perotta ve ark.'larının tıp öğrencileriyle yapmış oldukları çalışmada kadınların PUKİ puanları erkeklere oranla daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (113). Çalışmamızda hem ön hem de son testte intörn doktorların PUKİ skor ortalamaları ve PUKİ değerlendirmelerinde cinsiyete göre anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

İran'daki bir üniversite merkezinde tıp öğrencilerinin uyku kaliteleri ile anksiyeteleri düzeyleri arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir ve uyku kaliteleri kötü olanların anksiyeteleri daha yüksek bulunmuştur (114). Tıp öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres yaygınlığı ve uyku kalitesi ile ilişkisini konu alan bir çalışmada, uyku kalitesi arttıkça anksiyete düzeyinin düştüğü bildirilmiştir (59). Ocak'ın (2020) klinik

psikolojisi yüksek lisans öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin PUKİ ölçeği puanı arttıkça BECK Anksiyete Ölçeği toplam puanlarının da anlamlı şekilde arttığı belirtilmektedir (115). Pokhrel ve ark.'larının (2020) Nepal'deki tıp öğrencileri ve asistanların katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da yeterli uyuyanlarda kaygı görülme olasılığının azaldığı belirtilmiştir (94).

Çalışmamızda ön testte intörn doktorların PUKİ skor ortalamaları ile BECK anksiyete skor ortalamaları ($p=0,018/ r=0,175$) arasında pozitif yönlü korelasyon ilişkisi bulundu. Benzer şekilde son testte de intörn doktorların PUKİ skor ortalamaları ile BECK anksiyete skor ortalamaları ($p=0,000/ r=0,290$) arasında pozitif yönlü korelasyon ilişkisi bulundu. Buna göre PUKİ skorları arttıkça BECK Anksiyete Ölçeği toplamalarının da arttığı görüldü. Uykusuzluk problemi olanların ve kötü uyku kalitesine sahip olanların aynı zamanda anksiyete yaşadıkları belirlendi. Bu sonuçlar literatürdeki bazı çalışma sonuçlarıyla benzerdir (59, 94, 114-116).

Lübnan Üniversitesi'nde yapılan çalışmada, tıp öğrencileri ve asistanların ciddi uyku bozukluğu sıklığının yüksek olduğu belirtilmiş ve akademik yılla ilişkilendirilmiştir (103). Çalışmamızda intörnlükteki ay ile PUKİ skor ortalaması ($p=0,023/r=0,118$) ile PUKİ değerlendirmesi arasında ($p=0,002/r=0,157$) pozitif yönde çok düşük düzey korelasyon ilişkisi belirlendi. İntörlükte çalışma süresi arttıkça, iş yüklerine veya nöbet tutma durumu uyku kaliteleri üzerinde olumsuz etki oluşturabilir. Danimarka'da tıp öğrencileri ve asistanlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların anksiyetelerinin daha önce stres ve anksiyete tedavisi görme durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (90).

Sonuç olarak uyku bozukluğu olan veya kötü uyku kalitesine sahip olan intörn doktorların anksiyete belirtileri gösterdikleri belirlendi. Ayrıca staj başındaki uyku bozukluğu düzeylerinin staj sonunda daha yüksek olduğu ve kötü uykuya sahip olanların oranlarında artış olduğu görüldü.

6. SONUÇ

1. İntörn doktorların Beck anksiyete puan ortalamaları ön testte 12,85, son testte 12,36'dır. Ön testte doktorların %80,3'ünün, son testte %82'sinin Beck şiddeti hafifti ve gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).
2. PUKİ skor ortalamaları ön testte 6,83, son testte 8,15'ti ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$). Ön test PUKİ değerlendirmesi doktorların %59,6'sının, son testte %80,3'ünün kötü uyku şeklindeydi ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,0001$).
3. Ön testte ve son testte Beck anksiyete puan ortalamalarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön testte ve son testte Beck şiddetinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).
4. İntörn doktorların PUKİ skoru ortalaması istatistiksel olarak yaşa göre anlamlıydı ($p=0,005$) ve PUKİ skoru 25 yaş ve üstü yaştakilerde, 23 ve 24 yaştakilere oranla anlamlı şekilde daha yüksekti. Son testte ise yaşa göre PUKİ skor ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön test ve son testte yaşa göre PUKİ değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).
5. Ön testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda 14,12, erkeklerde 10,90'dı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,006$). Son testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda 14,19, erkeklerde 9,53'tü ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,005$). Buna göre hem ön testte hem de son testte Beck anksiyete puan ortalaması kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir. Ayrıca hem öntestte hem de son teste cinsiyete göre Beck şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).
6. Ön test ve son testte cinsiyete göre PUKİ skor ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Ön test ve son testte cinsiyete göre PUKİ değerlendirmesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).
7. Ön testte PUKİ skor ortalaması ile Beck anksiyeti skor ortalaması arasında pozitif yönlü çok düşük düzey korelasyon vardı ($p=0,018/ r=0,175$). Son testte PUKİ skor

ortalaması ile Beck anksiyeti skor ortalaması arasında pozitif yönlü düşük düzey korelasyon vardı ($p=0,000/ r=0,290$).

7. KAYNAKLAR

1. Öner N, Le Compte A. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı [State and Trait Booklet]. Istanbul, Turkey: Bogazici Univer. Publ.[in Turkish]; 1982.
2. Haldorsen H, Bak NH, Dissing A, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. 2014;42(1):89-95.
3. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. 2014;48(10):963-79.
4. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? 2011;9(3):369-88.
5. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. 2011;45(2):65-74.
6. Şahin MJASvEAD. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. 2019;6(10):117-35.
7. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur M. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliliği. 2013;50(1).
8. Noyes Jr R, Hoehn-Saric R. The anxiety disorders: Cambridge University Press; 1998.
9. Önder G. Acil servise bel ağrısı ile başvuran hastalarda anksiyete, depresyon sıklığı ve yeti yitiminin değerlendirilmesi. 2022.
10. Stein DJ, Costa DL, Lochner C, Miguel EC, Reddy YJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. 2019;5(1):52.
11. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif inançlar. 2012;13(2).
12. Işıklı S, Baran Z, Aslan S. Özgül fobilerde sanal gerçeklik teknolojisi uygulamaları ile tedaviye yardımcı araç geliştirme: Bir etkililik çalışması. 2019;22(3).
13. Demirci OO, Sağaltıcı E, Yıldırım A. Özgül fobinin göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme yöntemi ile tedavisi: bir olgu sunumu. 2015;18(4):124-9.
14. Heimberg RG. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment: Guilford Press; 1995.

15. Clark DM, Crozier W, Alden LJ. A cognitive perspective on social phobia. 2005;193-218.
16. Mercan N, Emine O, Alamur B, Serpil G, Bengül S. İşyeri yalnızlığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. 2012;4(1):213-26.
17. Bolu A, Erdem M, Öznur Tjajoci. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. 2014;8(2).
18. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. 2015;1(1):1-22.
19. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. 2017;376(25):2459-69.
20. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. 2012.
21. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, Gómez-Conesa AJ. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. 2010;30(1):37-50.
22. Pompili A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. 2016(4).
23. Asmundson GJ, Taylor S, AJ Smits JJD, Anxiety. Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. 2014;31(6):480-6.
24. Pollak Y, Yirmiya R. Cytokine-induced changes in mood and behaviour: implications for 'depression due to a general medical condition', immunotherapy and antidepressive treatment. 2002;5(4):389-99.
25. Vardar E, Tuğlu C, Tekin S. Genel tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk: Araknoid kist ve şizofreni benzeri psikoz-vaka sunumu. 2000;1(4):246-51.
26. Arunogiri S, Lubman DI. Anxiety and substance use disorders: A worrying combination. 2015;23(4):382-7.
27. Campêlo SR, Barbosa MA, Porto CC, Dias DR. Prevalence of comorbid substance use disorders with anxiety disorders or post-traumatic stress disorder in people seeking treatment for substance abuse: a systematic review protocol. 2021;19(8):1924-33.
28. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. 2011;22(3):187-93.
29. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KBJ. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. 2009;135(6):974.

30. Deacon B, Abramowitz J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. 2006;20(7):837-57.
31. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). Arch gen psychiatry. 1961;4(6):561-71.
32. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Journal of cognitive psychotherapy. 1998;12(2):163.
33. inanc g, ozgoren m, oniz ajcr, trends n. sleep research from past to present.27.
34. Versace F, Mozzato M, Tona GDM, Cavallero C, Stegagno L. Heart rate variability during sleep as a function of the sleep cycle. 2003;63(2):149-62.
35. ALGIN D, Akdağ G, Erdinç O. Kaliteli uyku ve uyku bozukluklari/Quality sleep and sleep disorders. 2016;38(1):29-34.
36. Blinowska K, Durka PJWeobe. Electroencephalography (eeg). 2006.
37. Bakırcı ÇM. Uyku Nedir? Uykunun Evrimi, Günlük Uyku Süreleri ve Uyku Sırasında Düşme Hissi Üzerine. 2019.
38. Aydın İh. Geleceğin Felsefesi.
39. Iber C, Meoli A, Coleman J, Casey K, Clark R, Fayle R, et al. Definitions of respiratory events in sleep-disordered breathing. 2002;3(5):451; author reply 3-; author reply 3.
40. İbrahim Hakkı B, BDCAN A. Uyku fizyolojisi. 2007;3(23):1-6.
41. Saygin M, Öztürk Ö, Şenel Fa, Yalçın A. Aile hekimlerinin uyku bozuklukları hakkındaki farkındalık düzeyleri. 2021;2(2):26-31.
42. Troynikov O, Watson CG, Nawaz N. Sleep environments and sleep physiology: A review. 2018;78:192-203.
43. Culebras A. Sleep disorders and neurological disease: CRC Press; 1999.
44. Dement WC. History of sleep physiology and medicine. Principles and practice of sleep medicine. 2011:3-15.
45. Burwell CS, Robin ED, Whaley RD, Bickelmann AG. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation—a Pickwickian syndrome. Obesity research. 1994;2(4):390-7.
46. Gastaut H, Tassinari C, Duron B. Polygraphic study of diurnal and nocturnal (hypnic and respiratory) episodal manifestations of Pickwick syndrome. Revue neurologique. 1965;112(6):568-79.

47. Jung R, Kuhlo W. Neurophysiological studies of abnormal night sleep and the Pickwickian syndrome. *Progress in brain research*. 1965;18:140-59.
48. Colten HR, Altevogt BM. *Sleep physiology. Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem: National Academies Press (US); 2006.*
49. Bradley TD, Floras JS. Sleep apnea and heart failure: Part I: obstructive sleep apnea. 2003;107(12):1671-8.
50. Ertuğrul AJUnvbüeTPD. Rezaki M. 2004;15(4):300-8.
51. Ut Ç, Ankara. Uykuda solunum bozuklukları sınıflaması ve tanımlar. 2004:49-57.
52. Doran SM, Van Dongen HP, Dinges DF. Sustained attention performance during sleep deprivation: evidence of state instability. *Archives italiennes de biologie*. 2001;139(3):253-67.
53. Wesensten NJ, Killgore WD, Balkin TJ. Performance and alertness effects of caffeine, dextroamphetamine, and modafinil during sleep deprivation. *Journal of sleep research*. 2005;14(3):255-66.
54. Görgülü Ü. KOAH hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. 2003.
55. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*. 2007;8(4):234-40.
56. Potter P, Perry A. *Basic nursing: Essentials for practice 5th ed. Mosby Company. 2003.*
57. Black J. Sleepiness and residual sleepiness in adults with obstructive sleep apnea. *Respiratory physiology & neurobiology*. 2003;136(2-3):211-20.
58. Taşdemir F, Temel AB. Yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve etkili uyku ekolojisi etmenleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(3):1-19.
59. Doğan N. Öğretmenlerde sirkadyen tercihler, uyku kalitesi, kişilik özellikleri, yaşam ve iş doyumu arasındaki ilişkiler: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2016.
60. Üstün Y, ŞÇ Y. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011;4(1):29-38.
61. Grandner MA, Patel NP, Gehrman PR, Perlis ML, Pack AI. Problems associated with short sleep: bridging the gap between laboratory and epidemiological studies. *Sleep medicine reviews*. 2010;14(4):239-47.

62. Valipour A. Gender-related differences in the obstructive sleep apnea syndrome. *Pneumologie*. 2012;66(10):584-8.
63. Wu YM, Pietrone R, Cashmere JD, Begley A, Miewald JM, Germain A, et al. EEG power during waking and NREM sleep in primary insomnia. *Journal of clinical sleep medicine*. 2013;9(10):1031-7.
64. McGowan PO, Sasaki A, D'alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009;12(3):342-8.
65. Kump K, Whalen C, Tishler PV, Browner I, Ferrette V, Strohl KP, et al. Assessment of the validity and utility of a sleep-symptom questionnaire. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 1994;150(3):735-41.
66. Scammell TE, Arrigoni E, Lipton JO. Neural circuitry of wakefulness and sleep. *Neuron*. 2017;93(4):747-65.
67. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P. Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*. 2015;21:72-85.
68. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). 2007;8(3):88-91.
69. Ursavaş A. New classification of sleep disorders (ICSD-3) what has changed in sleep breathing disorders. 2014;2(2):139-51.
70. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
71. Sebahat G. The new classification of sleep disorders (ICSD-3): The changes in the classification of sleep related breathing disorder with ICSD-3. 2017;8(31):23-31.
72. Sateia M. International classification of sleep disorders. 2014;146(5):1387-94.
73. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
74. Ağargün M, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg*. 1996; 7 (2): 107–115.
75. Ufuk B, Çakmak S, Şükrü U. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):441-59.

76. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2004;54(2):45-9.
77. Saraceno B. 2001-A Landmark year for world mental health. *JCPSP-Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan.* 2001;11(4):190-1.
78. Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J.* 2006;23(10):759-63.
79. Tian-Ci Quek T, Wai-San Tam W, X. Tran B, Zhang M, Zhang Z, Su-Hui Ho C, et al. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health.* 2019;16(15):2735.
80. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian journal of medical research.* 2015;141(3):354-7.
81. Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PloS one.* 2014;9(7):e103242.
82. Pougnet R, Pougnet L. Anxiety disorders and mood disorders in hospital doctors: a literature review. *Medycyna Pracy Workers' Health and Safety.* 2020;72(2):163-71.
83. Azad N, Shahid A, Abbas N, Shaheen A, Munir N. Anxiety and depression in medical students of a private medical college. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad.* 2017;29(1):123-7.
84. McCullough JH, van Hamel C. Anxiety among newly-qualified doctors: an eight-year analysis. *Medical teacher.* 2020;42(1):52-7.
85. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res.* 2019;274:383-90.
86. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry.* 2005;62(6):617-27.
87. Pandey U, Corbett G, Mohan S, Reagu S, Kumar S, Farrell T, et al. Anxiety, depression and behavioural changes in junior doctors and medical students associated with the coronavirus pandemic: a cross-sectional survey. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India.* 2021;71:33-7.

88. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PS, Itaquí Lopes MH, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC medical education*. 2016;16:1-9.
89. Kunwar D, Risal A, Koirala S. Study of depression, anxiety and stress among the medical students in two medical colleges of Nepal. *Kathmandu Univ Med J*. 2016;53(1):22-6.
90. Juul MV, Fast AT, Lassen AT. Anxiety among medical students and junior doctors in Denmark. *Danish Medical Journal*. 2022;69(11):A03220162.
91. Mihăilescu A, Diaconescu L, Ciobanu A, Donisan T, Mihailescu C. The impact of anxiety and depression on academic performance in undergraduate medical students. *European Psychiatry*. 2016;33(S1):s284-s.
92. Jafari P, Nozari F, Ahrari F, Bagheri Z. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders. *International journal of medical education*. 2017;8:116.
93. XU W. Anxiety and depression among students before finishing the standardized resident training program. *Academic Journal of Second Military Medical University*. 2019:1157-61.
94. Pokhrel NB, Khadayat R, Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2020;20:1-18.
95. Nihal GN, Challuri P, Reddy MPK, Babu RS. Stress and anxiety among medical interns and doctors deputed in COVID duties: A cross-sectional study. *Telangana Journal of Psychiatry*. 2021;7(2):122-7.
96. Ataç Ö, Hayran OE, Emreciksin A. Anxiety and depression levels of doctors during studying for examination for specialty in medicine. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4(1):35-44.
97. Sateia MJ. International classification of sleep disorders. *Chest*. 2014;146(5):1387-94.
98. Glozier N, Martiniuk A, Patton G, Ivers R, Li Q, Hickie I, et al. Short sleep duration in prevalent and persistent psychological distress in young adults: the DRIVE study. *Sleep*. 2010;33(9):1139-45.
99. Steptoe A, Peacey V, Wardle J. Sleep duration and health in young adults. *Arch Intern Med*. 2006;166(16):1689-92.
100. Carskadon MA, Dement WC. Cumulative effects of sleep restriction on daytime sleepiness. *Psychophysiology*. 1981;18(2):107-13.

101. Kayser KC, Puig VA, Estepp JR. Predicting and mitigating fatigue effects due to sleep deprivation: A review. *Front Neurosci.* 2022;16:930280.
102. Chahine S, Kassem J, Wanna S, Almawy E, Matar H, Salameh P. Assessment of Sleep Among Lebanese University Medical Trainees During Clinical Years and Association With Shifts, Psychological Stress, and Fatigue. *The Primary Care Companion for CNS Disorders.* 2023;25(5):48938.
103. Basner M, Dinges DF, Shea JA, Small DS, Zhu J, Norton L, et al. Sleep and alertness in medical interns and residents: an observational study on the role of extended shifts. *Sleep.* 2017;40(4):zxx027.
104. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research.* 1989;28(2):193-213.
105. Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams MA. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC psychiatry.* 2012;12:1-7.
106. Lawson HJ, Wellens-Mensah JT, Attah Nantogma S. Evaluation of sleep patterns and self-reported academic performance among medical students at the University of Ghana School of Medicine and Dentistry. *Sleep disorders.* 2019;2019.
107. Jassem M, Abdelwahed RN, Alyousbashi A, Meer A. Evaluation of daytime sleepiness and sleep quality among resident physicians of Damascus: A cross-sectional study. *Sleep Epidemiology.* 2022;2:100035.
108. Tuğçe Yılmaz. Klinik nöbet tutmanın asistanların uyku kaliteleri ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi, . Tıp Fakültesi,: Ondokuzmayıs Üniversitesi,; 2020,.
109. Mohamed EY, Abdulrahim SA, Sami W, Althaqib A, Alzuwayyid A, Almutiri KA, et al. Insomnia and related anxiety among medical students. *J Res Med Dent Sci.* 2020;8(3):198-202.
110. Sing C, Wong WS. Prevalence of insomnia and its psychosocial correlates among college students in Hong Kong. *Journal of American college health.* 2010;59(3):174-82.
111. Özmen M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyleri, Psikolojik Belirtiler ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi. Tıp Fakültesi: Selçuk Üniversitesi; 2021.
112. Başak Zeynep Nursal. Doktorların Uyku, İş Yaşam ve Diyet Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Başkent Üniversitesi; 2023.
113. Perotta B, Arantes-Costa FM, Enns SC, Figueiro-Filho EA, Paro H, Santos IS, et al. Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and

perception of academic environment in medical students. BMC medical education. 2021;21:1-13.

114. Keyvanfar A, Mohseny M, Zamani A, Derisi M, Soheili A, Seyedalhosseini Z, et al. Association between Sleep Quality and Mental Health among Medical Students in a University Center in Tehran, Iran. *International Journal of Body, Mind & Culture* (2345-5802). 2022;9(1).
115. Ocak C. Üniversite öğrencilerinde sirkadiyen ritim, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü.
116. Albhlal L, Alanzi F, Ghannam K, Alqahtani A, Alenazi A, Alanazi M. Sleep disturbance patterns among medical students, Saudi Arabia. *Arch Med*. 2017;9(3).

EKLER

Ek 1. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI)

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, bugün dâhil son **bir (1) hafta** içinde, aşağıda maddeler halinde sıralanmış belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun yeri işaretleyerek belirleyiniz.

Son bir hafta içinde;	Hiç	Hafif Beni pek etkilemedi	Orta Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karuncalanma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sıcak/ateş basmaları	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Gevşeyememe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Kalp çarpıntısı	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Dengeyi kaybetme duygusu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Dehşete kapılma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Sinirlilik	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Ellerde titreme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Titreklilik	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Nefes almada güçlük	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Ölüm korkusu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Korkuya kapılma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Baygınlık, sersemlik	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Yüzün kızarması	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Beck, A. T., Epstein, H., Brown (1988) Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

<21: hafif | 22-35: orta | >36 şiddetli



www.fronline.com

Toplam Puan (0-63): _____

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

Ek 2. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alı veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
 Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
 Hiç Haftada 1'den az Haftada 1 - 2 kez Haftada 3'ten çok
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 Hiç Haftada 1'den az Haftada 1 - 2 kez Haftada 3'ten çok
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeterli kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
 Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Buyse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213

Ek 3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksinin Puanlaması

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Puanlaması											
Bileşen 1: Öznel Uyku Kalitesi, soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.	Bileşen 5: Uyku Bozukluğu soru 5b-f'nin hesaplanması ile elde edilir. Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j sorulara alt skor toplamı aşağıdaki gibi hesaplanır.										
Bileşen 2: Uyku Latansı, soru 2 ve 5a'nın puanlaması ile elde edilir.	<table border="1"><thead><tr><th>Soru 5b-5j toplamı</th><th>Bileşen 5 puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-9</td><td>1</td></tr><tr><td>10-18</td><td>2</td></tr><tr><td>19-21</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 5b-5j toplamı	Bileşen 5 puanı	0	0	1-9	1	10-18	2	19-21	3
Soru 5b-5j toplamı	Bileşen 5 puanı										
0	0										
1-9	1										
10-18	2										
19-21	3										
<table border="1"><thead><tr><th>Soru 2 ve 5a'nın toplamı</th><th>Bileşen puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-2</td><td>1</td></tr><tr><td>3-4</td><td>2</td></tr><tr><td>5-6</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 2 ve 5a'nın toplamı	Bileşen puanı	0	0	1-2	1	3-4	2	5-6	3	<p>Bu değerlendirme sonucu bileşen 5 puanı elde edilir.</p>
Soru 2 ve 5a'nın toplamı	Bileşen puanı										
0	0										
1-2	1										
3-4	2										
5-6	3										
Bileşen 3: Uyku Süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.	Bileşen 6: Uyku İlacı Kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.										
Bileşen 4: Alışılmış Uyku Etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.	Bileşen 7: Gündüz İşlev Bozukluğu soru 8 ve 9'un puanlaması ile elde edilir										
<p>Alışılmış Uyku Etkinliği (%)</p> $= \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi} \times 100}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}}$	<table border="1"><thead><tr><th>Soru 8 ve 9 toplamı</th><th>Bileşen 7 puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-2</td><td>1</td></tr><tr><td>3-4</td><td>2</td></tr><tr><td>5-6</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 8 ve 9 toplamı	Bileşen 7 puanı	0	0	1-2	1	3-4	2	5-6	3
Soru 8 ve 9 toplamı	Bileşen 7 puanı										
0	0										
1-2	1										
3-4	2										
5-6	3										
<table border="1"><thead><tr><th>Alışılmış Uyku Etkinliği</th><th>Bileşen 4 puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>Uyku etkinliği \geq %85</td><td>0</td></tr><tr><td>%75 \leq Uyku etkinliği $<$ %84</td><td>1</td></tr><tr><td>%65 \leq Uyku etkinliği $<$ %74</td><td>2</td></tr><tr><td>Uyku etkinliği $<$ %65</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Alışılmış Uyku Etkinliği	Bileşen 4 puanı	Uyku etkinliği \geq %85	0	%75 \leq Uyku etkinliği $<$ %84	1	%65 \leq Uyku etkinliği $<$ %74	2	Uyku etkinliği $<$ %65	3	<p>Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilir.</p>
Alışılmış Uyku Etkinliği	Bileşen 4 puanı										
Uyku etkinliği \geq %85	0										
%75 \leq Uyku etkinliği $<$ %84	1										
%65 \leq Uyku etkinliği $<$ %74	2										
Uyku etkinliği $<$ %65	3										
<p>Bu değerlendirme sonucunda bileşen 4 elde edilir.</p>	<p>Tüm bu bileşenlerin puanları toplanarak PUKİ puanı elde edilir.</p>										
	<p>Bysscc 01, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213</p>										
	<p>Hastanın Toplam PUKİ Skoru:</p>										