



**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KAFEİN TÜKETİMİ İLE UYKU KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Atiye AYDIN

1188210101

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Mehmet ALPASLAN

Tez No: 2022/137

2022- TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KAFEİN TÜKETİMİ İLE
UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ

Atiye AYDIN

1188210101

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez No: 2022/137

DANIŞMAN

Prof. Dr. Mehmet ALPASLAN

2022- TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Prof. Dr. Mehmet ALPASLAN danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

23/06/2022

Jüri başkanı

Üye

Üye

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Yüksek Lisans Programı öğrencisi Atiye AYDIN'ın "Sağlık Çalışanlarında Kafein Tüketimi ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı tezi .../.../..... günü saat’da Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Enstitü Müdür

TEŞEKKÜR

Çalışmanın başından sonuna kadar engin bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan danışman hocam sayın Prof. Dr. Mehmet ALPASLAN'a en samimi dileklerle teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik desteklerini sunan tüm Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı sayın hocalarıma,

Gaziemir İlçe Sağlık Müdürü sayın Dr.Sunay YILMAZ'a ve Karabağlar İlçe Sağlık Müdürü sayın Uzm. Dr. İsrail ÖZTEPE'ye

Bu süreçte yardım ve desteklerini esirgemeyen Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencileri sınıf arkadaşlarım Uzm. Dyt. Beydanur NİZAM'a, Uzm. Dyt. Büşra AYDIN'a ve Uzm. Dyt. Nursena ALTUNSU'ya,

Çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen büyük desteği olan abim Osman KADAN'a ve kuzenim Ercan BALİN'e,

Her daim yanımda olan, yardım ve destekleri ile hayatımı kolaylaştıran canım dostum Uzm. Fzt. Merve TUNCAY'a,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan ve hayatımın tüm aşamalarında bana olan sevgi ve desteklerini bir an bile eksik etmeyen ve sabırlarını sunan sevgili ANNEM, BABAM ve ABİM'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Aydın, A. Sağlık Çalışanlarında Kafein Tüketimi ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2022. Bu çalışmada; sağlık çalışanlarında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi; Tire, Gaziemir ve Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde çalışmaya katılmayı kabul eden ve dışlama kriterlerini karşılayan 96 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Çalışma verileri, demografik bilgi formu, Gıda Sıklık Anketi, Kafein Tüketim Sıklığı Anketi, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bireylerin depresyon düzeyleri BDE ile tespit edilmiştir. Depresyon düzeyi bakımından çalışmaya dâhil edilen bireylerin %63,5'i minimal, %35'i hafif depresyonlu belirlenmiştir. PUKİ ile bireylerin uyku kalitesi tespit edilmiştir. Bireylerin 50 (%61,5)'si iyi uyku kalitesine sahip, 37(%38,5)'si kötü uyku kalitesine sahip tespit edilmiştir. PUKİ toplam puanları ile kafein tüketim miktarları puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin BDE puanlarının PUKİ puanlarını anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0,001$). Bireylerin PUKİ puanları ile kafein değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Bireylerin PUKİ puanları arttıkça kafein değerlerinde %28'lik artma olduğu bulunmuştur. Bireylerin PUKİ puanları ile siyah çay kafein değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin PUKİ puanları arttıkça siyah çay kafein değerlerinde %22'lik artma olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; bireylerin kafein tüketimi ile uyku kalitesinin ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Kafein, Uyku kalitesi, Sağlık çalışanları

ABSTRACT

Aydın, A. Determination of the Relationship Between Caffeine Consumption and Sleep Quality in Health Care Professionals. Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics, Master's Thesis, Tekirdağ, 2022. In this study; The aim of this study was to determine the relationship between caffeine consumption and sleep quality in healthcare workers. The sample of the research; It consists of 96 health workers who agreed to participate in the study and met the exclusion criteria in Tire, Gazimir and Karabağlar District Health Directorate and its affiliated units. Study data, demographic information form, Food Frequency Questionnaire, Caffeine Consumption Frequency Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI) and Beck Depression Inventory (BDI) questionnaire forms were applied by face-to-face interview method. Depression levels of individuals were determined by BDI. In terms of depression level, 63.5% of the individuals included in the study were found to be minimal and 35% mildly depressed. The sleep quality of individuals was determined with PUKI. It was determined that 50 (61.5%) of the individuals had good sleep quality and 37 (38.5%) had poor sleep quality. It was found that there was a statistically significant difference between the total scores of PUKI and the amount of caffeine consumption ($p < 0.05$). BDI scores of individuals were significantly related to their PUKI scores ($p < 0.001$). It was found that there was a statistically significant positive and weak correlation between individuals' PUKI scores and caffeine values ($p < 0.01$). It was found that as the PUKI scores of the individuals increased, there was a 28% increase in caffeine values. It was found that there was a statistically significant positive and weak correlation between individuals' PUKI scores and black tea caffeine values ($p < 0.05$). It was found that as the PUKI scores of the individuals increased, there was a 22% increase in the caffeine values of black tea. As a result; It has been determined that individuals' caffeine consumption is related to sleep quality

Keywords: Depression, Caffeine, Sleep quality, Healthcare workers

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	iv
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
ŞEKİLLER.....	xv
TABLolar	xvi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Uyku.....	3
2.2.Uyku Fizyolojisi.....	4
2.2.1.Uyku-Uyanıklık Homeostazı	5
2.2.2. Sirkadiyen Ritim	6
2.3. Uygunun Evreleri.....	7
2.3.1. NREM Uyku	8
2.3.2. REM Uyku	8
2.4. Uyku Gereksinimi	9
2.5. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	10
2.5.1. Yaş	10
2.5.2. Cinsiyet	10

2.5.3. Hastalık	10
2.5.4. İlaçlar.....	11
2.5.5. Ağrı	12
2.5.6. Çevre	12
2.5.7. Egzersiz.....	12
2.5.8. Emosyonel Durumlar	12
2.5.9. Alkol.....	13
2.5.10. Sigara	13
2.5.11. Kafein.....	14
2.5.12. Yaşam tarzı ve Sosyoekonomik Faktörler	14
2.6. Nörotransmitterler, Hormonlar ve Uyku.....	15
2.7. Obezite ve Uyku.....	16
2.8. Beslenme ve Uyku	16
2.8.1. Karbonhidrat ve Uyku.....	17
2.8.2. Protein ve Uyku	17
2.8.3. Yağ ve Uyku	18
2.8.4. Mikrobeyinler ve Uyku	19
2.9. Kafein.....	20
2.9.1. Kafeinin Metabolizması.....	20

2.9.2. Kafein kaynakları	22
2.9.3. Kafein ve Doz	24
2.9.4. Kafein ve Etkileri	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Evreni-Örnekleme.....	29
3.2. Çalışmanın Etiği.....	29
3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Yöntemleri	29
3.3.1. Veri Toplama Yöntemi	29
3.3.2. Anket Formunun İçeriği.....	30
3.3.3. Beden Kütle İndeksi.....	30
3.3.4. Gıda Sıklığı Anketi	30
3.3.5. Kafein Tüketim Sıklığı Anketi.....	31
3.3.6. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ).....	31
3.3.7. Beck Depresyon Envanteri.....	32
3.3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4. BULGULAR.....	34
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Bulguları	34
4.2. Beck Depresyon Envanteri'ne (BDE) İlişkin Bulgular.....	39
4.2.1. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Güvenirlik Analizi.....	39

4.2.2. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	40
4.2.3. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Bireylerin Beslenme Bulgularına Göre Karşılaştırılması	46
4.2.4. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Bireylerin Kafein Tüketim Bulgularına Göre Karşılaştırılması	50
4.2.5. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Uyku Durumu Bulgularına Göre Karşılaştırılması	52
4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne (PUKİ) İlişkin Bulgular	55
4.3.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Güvenirlilik Analizi	55
4.3.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	56
4.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Bireylerin BKİ ve Beslenme Alışkanlık Bulgularına Göre Karşılaştırılması.....	62
4.3.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Bireylerin Kafein Tüketim Bulgularına Göre Karşılaştırılması	65
4.3.5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Uyku Durumu Bulgularına Göre Karşılaştırılması	67
4.3.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Depresyon Düzeyi Bulgularına Göre Karşılaştırılması	70
4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	71
4.5. Beck Depresyon Envanteri'nin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ni Tahmin Gücünün İncelenmesi.....	71

4.6. Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Değerlerine Göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) Puanları Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi.....	72
4.7. Bireylerin Besinlerden Alınan Kafein Durumlarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	74
4.8. Bireylerin Besinlerden Alınan Kafein Miktarları ile BDE ve PUKİ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	75
5. TARTIŞMA	77
5.1. Bireylerin Demografik Bilgilerin ve Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	77
5.2. Antropometrik Ölçümler-BKİ.....	78
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının ve Kafein Tüketimlerin Değerlendirilmesi	78
5.4. Bireylerin Beck Depresyon Envanterine Göre Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi	79
5.5. Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Demografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi	81
5.6. Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) BKİ ve Beslenme Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi	84
5.7. Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Kafein Tüketimine Göre Değerlendirilmesi	85
5.8. Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Uyku Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi	86
5.9. Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Depresyon Düzeyi Göre Değerlendirilmesi	87

5.10. Bireylerin Tüketim Sıklık Anketlerine Göre Değerlendirilmesi	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR	92
EKLER	108



SİMGELER VE KISALTMALAR

SCN	Suprakiazmik Nukleus
SCRD	Sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu
NREM	Non Rapid Eye Movement
REM	Rapid Eye Movement
OUAS	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
GÖRH	Gastroözofageal Reflü
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
EEG	Elektroensefolografi
CCK	Kolesistokinin
PPY	Peptit Tirozin-Tirozin
BKİ	Beden Kütle İndeksi
OSA	Obstrüktif Uyku Apnesi
NHANES	ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
SCFA	Kısa Zincirli Yağ Asitleri
BDE	Beck Depresyon Envanteri
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
Zn	Çinko
Cu	Bakır
NMDA	N-Metil-D-Aspartat Glutamat
FDA	Gıda ve İlaç İdaresi
EFSA	Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi
cAMP	Siklik Adenozin Monofosfat

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 2.1 Uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi. Dijk ve Landolt (2019)'den alınmıştır.....	4
Şekil 2.2 İki süreçli uyku düzenleme modelinin tasviri. Foster (2020)'den alınmıştır.....	5
Şekil 2.3 Uykunun 5 aşaması. Linde (2014)'den alınmıştır.....	8
Şekil 2.4 Çift espressodaki kafeinin etkisi. Landolt (2015)'den alınmıştır.....	27



TABLOLAR

Sayfa

Tablo 2.1 Yaşam süresi boyunca günlük önerilen uyku süreleri. Chaput ve diğ. (2018)'nden alınmıştır.....	9
Tablo 3.1 Beden kütle indeksi (BKİ) Sınıflandırılması	30
Tablo 4.1 Bireylerin demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri	34
Tablo 4.2 Bireylerin beslenme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri.....	35
Tablo 4.3 Bireylerin içecek ve kahve tüketim bulgularının tanımlayıcı istatistikleri	37
Tablo 4.4 Bireylerin uyku durumlarının tanımlayıcı istatistikleri	38
Tablo 4.5 BDE için Cronbach's Alpha değerleri	39
Tablo 4.6 BDE puanlarının özet istatistikleri.....	39
Tablo 4.7 Bireylerin depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	40
Tablo 4.8 Bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	40
Tablo 4.9 BDE puanlarının bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	41
Tablo 4.10 Bireylerin yaş gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	41
Tablo 4.11 BDE puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılması	41
Tablo 4.12 Bireylerin medeni durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	42
Tablo 4.13 BDE puanlarının bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması.	42

Tablo 4.14 Bireylerin gelir düzeylerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	42
Tablo 4.15 BDE puanlarının bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması	43
Tablo 4.16 Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	43
Tablo 4.17 BDE puanlarının bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması	43
Tablo 4.18 Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	44
Tablo 4.19 BDE puanlarının bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılması	44
Tablo 4.20 Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri	44
Tablo 4.21 BDE puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.22 Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	45
Tablo 4.23 BDE puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırılması	45
Tablo 4.24 Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	46
Tablo 4.25 BDE puanlarının bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırılması	46

Tablo 4.26 Bireylerin BKİ gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	47
Tablo 4.27 BDE puanlarının bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.28 Bireylerin öğün sayılarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	47
Tablo 4.29 BDE puanlarının bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırılması	48
Tablo 4.30 Bireylerin öğün atlama durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	48
Tablo 4.31 BDE puanlarının bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılması	48
Tablo 4.32 Bireylerin besin tüketim şekillerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	49
Tablo 4.33 BDE puanlarının bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırılması	49
Tablo 4.34 Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	49
Tablo 4.35 BDE puanlarının bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırılması	50
Tablo 4.36 Bireylerin kahve tüketim bilgilerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	50
Tablo 4.37 BDE puanlarının bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırılması	51
Tablo 4.38 Bireylerin kahve tüketim miktarlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	51

Tablo 4.39 BDE puanlarının bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırılması	51
Tablo 4.40 Bireylerin toplam uyku saatlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	52
Tablo 4.41 BDE puanlarının bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırılması	52
Tablo 4.42 Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	53
Tablo 4.43 BDE puanlarının bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırılması	53
Tablo 4.44 Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	53
Tablo 4.45 BDE puanlarının bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırılması	54
Tablo 4.46 Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri	54
Tablo 4.47 BDE puanlarının bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.48 PUKİ için Cronbach's Alpha değerleri.....	55
Tablo 4.49 PUKİ puanlarının özet istatistikleri	55
Tablo 4.50 Bireylerin uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	55
Tablo 4.51 Bireylerin cinsiyetlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri	56

Tablo 4.52 PUKİ puanlarının bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	56
Tablo 4.53 Bireylerin yaş gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri	57
Tablo 4.54 PUKİ puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.55 Bireylerin medeni durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	57
Tablo 4.56 PUKİ puanlarının bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması	58
Tablo 4.57 Bireylerin gelir düzeylerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri	58
Tablo 4.58 PUKİ puanlarının bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.59 Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	58
Tablo 4.60 PUKİ puanlarının bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması	59
Tablo 4.61 Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	59
Tablo 4.62 PUKİ puanlarının bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılması	59
Tablo 4.63 Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	60
Tablo 4.64 PUKİ puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırılması.....	60

Tablo 4.65 Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	60
Tablo 4.66 PUKİ puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırılması	61
Tablo 4.67 Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	61
Tablo 4.68 PUKİ puanlarının bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırılması	62
Tablo 4.69 Bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri	62
Tablo 4.70 PUKİ puanlarının bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması	62
Tablo 4.71 Bireylerin öğün sayılarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri	63
Tablo 4.72 PUKİ puanlarının bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırılması	63
Tablo 4.73 Bireylerin öğün atlama durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	63
Tablo 4.74 PUKİ puanlarının bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılması	64
Tablo 4.75 Bireylerin besin tüketim şekillerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	64
Tablo 4.76 PUKİ puanlarının bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırılması	64
Tablo 4.77 Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	65

Tablo 4.78 PUKİ puanlarının bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırılması	65
Tablo 4.79 Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	66
Tablo 4.80 PUKİ puanlarının bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırılması	66
Tablo 4.81 Bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	66
Tablo 4.82 PUKİ puanlarının bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırılması	67
Tablo 4.83 Bireylerin toplam uyku saatlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	67
Tablo 4.84 PUKİ puanlarının bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırılması	68
Tablo 4.85 Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	68
Tablo 4.86 PUKİ puanlarının bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırılması	68
Tablo 4.87 Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	69
Tablo 4.88 PUKİ puanlarının bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırılması	69
Tablo 4.89 Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	69

Tablo 4.90 PUKİ puanlarının bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.91 PUKİ puanlarının bireylerin depresyon düzeylerine göre karşılaştırılması	70
Tablo 4.92 Ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları	71
Tablo 4.93 BDE puanlarının PUKİ puanlarına etkisi	71
Tablo 4.94 Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi değerlerinin BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları	72
Tablo 4.95 Bireylerin besinlerden alınan kafein durumlarının ortalama ve standart sapmaları	74
Tablo 4.96 Bireylerin besinlerden alınan kafein miktarları ile BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları	75

1.GİRİŞ

Uyku, dış çevreye verilen duyarlılığın azalması ile ilişkili olup hızla tersine çevrilebilen bir hareketsizlik halidir (Ogilvie ve Patel 2017). Uyku insan yaşamının üçte birini kapsayarak birçok fizyolojik sistemi etkileyen yiyecek, su ve hava gibi temel bir gereksinimdir (Jawabri ve Raja 2019; Grandner 2017). Neredeyse tüm organizmaların mutlak bir uyku ihtiyacı vardır. Kemirgenler birkaç haftadan daha uzun süre uykusuz hayatta kalamazken insanlar gönüllü olarak 2 ile 3 günden daha uzun süre uykusuz hayatta kalamazlar (Markov ve Goldman 2006).Uyku sayesinde kişiler gün boyunca maruz kaldığı fiziksel ve psikolojik yorgunluktan kurtulur, zihnini tazeler ve bedensel işlevlerini sürdürebilmek için enerjisini yeniler (Lan ve Lian 2016).

Yetersiz uyku ve uyku bozuklukları toplumda oldukça yaygındır (Pavlova ve Latreille2019; Grandner 2017). Uykusuzluk en yaygın sağlık şikâyetleri arasında olup yetişkinlerin yaklaşık üçte birinde uykusuzluk problemleri görülmektedir (De Souza Lopes ve diğ. 2012; Gómez-Chiappe ve diğ. 2020). Van De Straat ve Bracke 'nin 16 Avrupa ülkesi üzerinde uyku bozuklukları ile ilgili yaptıkları bir çalışmada uyku bozukluklarının en düşük insidansının Danimarka ve İtalya'da (%16,6) ve en yüksek insidansının Polonya'da (%31,2) olduğu bildirilmiştir. Toplam Avrupa nüfusunun ortalama %24,2'sinin 6 aylık süreçte uyku problemlerinden rahatsız olduğu bulunmuştur (Van De Straat ve Bracke 2015). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nden elde edilen verilere göre ABD'de her dört kişiden biri en az bir tür uyku bozukluğundan şikâyetçidir (Rakusa ve diğ. 2021). Ülkemizde Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması'na göre uykusuzluk görülme sıklığı %15'tir (Erkek:%10,5, Kadın:%20,2) (Tümer ve diğ. 2017).

Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni güne hazır hissetmesidir (Günaydın 2014). Uyku kalitesi, uyku sırasında vücudun fizyolojik toparlanmasında önemli bir faktördür (Hoevenaar-Blom ve diğ. 2011). Uyku beyin için besindir. Bu nedenle yetersiz uyku veya uyku yoksunluğunun yanı sıra düşük kaliteli bir uyku bireyin sağlığı üzerinde zararlı etkileri vardır (Dogas ve Pecotic 2021). Yetersiz uyku obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, kaza ve

yaralanmalar, stres, ağrı ve nörolojik bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir (Pavlova ve Latreille 2019; Grandner 2017).

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaşam alışkanlıkları ve psikolojik faktörler uyku bozuklukları için risk faktörleri olarak gösterilmiştir (Veldi ve diğ. 2005).

Uykuyu etkileyen faktörlerden biri de kafeindir (De Souza Lopes ve diğ. 2012; Temel ve diğ. 2013; Golem ve diğ. 2014; Mirjat ve diğ.2020; Gezmen Karadağ ve Aksoy 2009). Kafein beyindeki uykuyu indükleyen adenosin reseptörlerine antagonize ederek uyanıklığı artırır, uyku eğiliminin azalmasına yol açar (Zhao ve diğ. 2020; Golem ve diğ. 2014).

Kafeinin uyku üzerindeki etkileri üzerine yapılan bir incelemede, çeşitli çalışma popülasyonlarında günlük alınan kafeinin uyku sorunları ile güçlü bir ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Golem ve diğ. 2014). Kafein uyarıcı bir madde olarak düşük olan uyanıklık seviyelerinin düzeltilmesine ve yetersiz uyku sonucu oluşabilecek bozulmuş bilişsel performansa karşı korumada faydalıdır. Kafein tüketiminden sonraki uyku düzenine zararlı etkiler göstererek kişide gündüz uykularına da neden olabilir (Snel ve Lorist 2011; Roehrs ve diğ. 2008).

Sağlık alanında çalışan bireyler arasında yetersiz uyku ve buna bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk ile ilgili sıkıntılar yaygındır. Özellikle nöbet sistemine dayalı ve uzun süreli çalışma saatleri olanlarda yetersiz uyku sonucunda fiziksel, bilişsel ve duygusal performansta azalmalar görülür. Bunun sonucunda hem kişisel sağlık hem de hasta sağlığı ve güvenliği açısından problemler çıkabilir (Owens 2007).

Bu çalışma ile sağlık çalışanlarında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Uyku

Uyku, bilincin ve karar vermenin kısmen veya tamamen askıya alındığı ve bedensel fonksiyonların yavaşladığı, ancak uyanınca kolayca eski haline döndüğü bir fiziksel ve zihinsel dinlenme dönemidir (Golem ve diğ. 2014). Uyku ile sağlık arasında genellikle çift yönlü bir ilişki vardır ve bu ilişki karmaşıktır. Uykunun büyüme, öğrenme dâhil bağışıklık, obezite, ruh sağlığı, ağrı, yorgunluk ve birçok hastalıkla ilişkisi vardır (Bruce ve diğ. 2017).

Uyku sağlığın temel bir birleşeni olup uykunun zamanlaması, süresi ve kalitesi sağlığın önemli belirleyicileridir (Perry ve diğ. 2013).

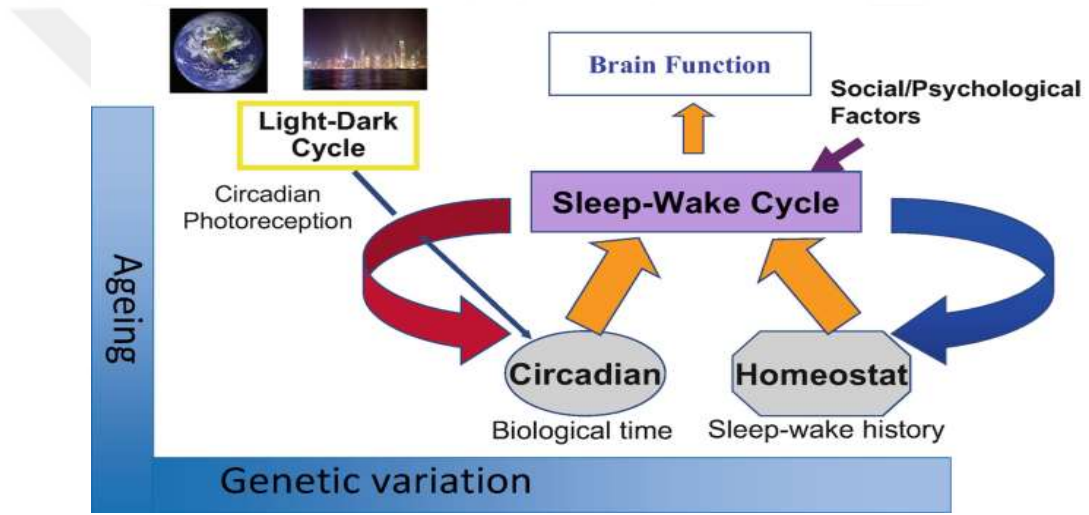
Uykunun amacına ilişkin temel teoriler üç kategoriye ayrılabilir:

- 1- Enerji metabolizması ile ilgili, vücudun enerji kaynaklarını yenilemek için uykuya ihtiyaç olduğunu belirten,
- 2- İltihaplanma/tehditle ilgili, uyanık kalmanın vücutta savunma reaksiyonlarını başlattığını belirten,
- 3- Sinirsel plastisite ile ilgili, öğrenme ve hafıza fonksiyonlarının altında yatan sinaptik homeostazın restorasyonu için uykuya ihtiyaç olduğunu belirten (Porkka-Heiskanen ve diğ. 2013).

Uyku süresinin yetersizliği Amerika Birleşik Devletleri'nde diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, septisemi, kazalar, malign neoplazm, serebrovasküler hastalık dâhil olmak üzere on beş önde gelen ölüm nedeninden yedisiyle bağlantılı bulunmuştur. Sağlığın yanı sıra yetersiz uyku daha fazla trafik ve endüstriyel kazalara, tıbbi hatalara ve iş veriminde azalmalara sebep olmakla birlikte uyku bilişsel performansta ve işyeri üretkenliğini belirlemede önemli bir rol oynamaktadır (Hafner ve diğ. 2017).

2.2.Uyku Fizyolojisi

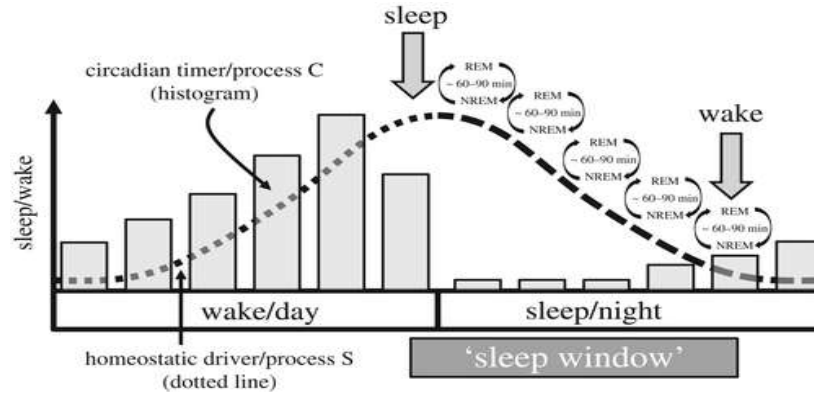
Uyku, birbiriyle örtüşen ancak farklı iki sistem tarafından düzenlenir (Bathory ve Tomopoulos 2017). Uyku homeostazı ile sirkadiyen ritim farklı olmasına ve bağımsız olarak çalışmasına rağmen, birlikte uyku uyanıklık döngüsünün zamanlamasını ve yapısını şekillendirir (Dijk ve Landolt 2019; Davis ve diğ. 2004). Sirkadiyen süreç aydınlık- karanlık döngüsüne bağlı olarak uyku- uyanıklık zamanlarını belirleyen bir iç ritim veya saattir. Homeostatik süreç ise uyanma saatlerine bağlı olarak uyku ihtiyacının arttığı ve uyku ile rahatladığı bir süreçtir (Davis ve diğ. 2004) .



Şekil 2.1 Uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesi. Dijk ve Landolt (2019)' dan alınmıştır.

Uyku/ uyanıklık döngüsünün gece/ gündüz döngüsüne nasıl hizalandığını geniş çapta açıklayan “İki Süreçli” uyku modeli tasvir edilmiştir. 24 saatlik sirkadiyen zamanlayıcı (C süreci) ve homeostatik süreç (S süreci, noktalı çizgi) uykunun zamanlamasını, süresini ve yapısını belirlemek için etkileşime girer. Gün boyunca uyanıklığı gece boyunca da uykuyu teşvik eden sirkadiyen güdümlü bir ritim gün içinde uykuyu artan bir şekilde destekleyen homeostatik süreç (S) ile karşı karşıyadır ve uyku sırasında, uyku bölümünün sonuna doğru homeostatik uyku basıncı dağılır. Uyku için en uygun günün saati ‘uyku penceresi’, sirkadiyen ve homeostatik süreçlerin kombine etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Uyku penceresindeki uyku basıncı,

gecenin ilk bölümünde en yüksek ancak gecenin sonuna doğru uyku için homeostatik süreç dağıldıkça giderek azalacaktır (Foster 2020).



Şekil 2.2 İki süreçli uyku düzenleme modelinin tasviri. Foster (2020)'den alınmıştır.

Davranışsal faktörlerin ve alışkanlıkların uyku üzerinde büyük etkileri vardır. Davranışsal faktörler homeostatik ve sirkadiyen faktörleri geçersiz kılabilir. Hem homeostatik hem sirkadiyen faktörler gece çalışan kişilerde gecenin ortasına doğru uykuyu desteklese bile uyanık kalabilirler. Birisiyle konuşmak, etrafta gezinmek vb. gibi davranışlar faktörler kişinin uyanık kalmasında yardımcı olur (Bjorvatn ve Pallesen 2009).

2.2.1.Uyku-Uyanıklık Homeostazı

Uyku- uyanıklık homeostazı, vücudun uykuya veya uyanmaya yönelik içsel nörofizyolojik dürtüsünü tanımlar. Denge ilkeleri tarafından yönetimi sağlanarak vücut uyku ve uyanıklık arasında bir dengeye doğru yönlendirilir (Bathory ve Tomopoulos 2017).

Homeostatik süreç vücudu uykuyu yönlendiren bir mekanizma olup uyku ihtiyacının kaydını tutar. Uzun süreli uyanıklık uyku dürtüsünü artırır, uyku süresi uzadıkça uyku dürtüsü azalır ve uyanıklıkla tekrar yükselir. Kişi uykudan mahrum kaldığında, bir sonraki uyku döngüsünde daha uzun ve daha derin uyumaya neden olarak kayıp telafi edilir (Davis ve diğ. 2004; Singh ve diğ. 2022; Troynikov ve diğ. 2018; Dement 2005).

2.2.2. Sirkadiyen Ritim

Sirkadiyen ritim latince circa diem teriminden türetilmiş olup ‘‘yaklaşık bir gün’’ olarak çevrilmiştir. Uyku ve uyanıklığın zamanlamasını düzenlemek için çevreden gelen etkilere bağlı olarak bir iç saat olarak işlev görür. Çevreden gelen etkilere bağlı sekronizasyon olmadığında aslında 25 saattir. Işığa veya karanlığa maruz kalma durumundaki değişikliklere bağlı olarak iç sirkadiyen ritim dış ortamla sekronize olur ve sirkadiyen ritim değişir. Uykudan önce ışığa maruz kalma, parlak iç mekân ışıkları, televizyon ve güneş ışıkları, beslenme / yemek zamanları, ortamın sıcaklığı, gürültü, fiziksel aktivite, yatma rutinleri, ağrı ve ilaçlar dâhil olmak üzere birçok sosyal ve çevresel etkiler sirkadiyen ritmi etkiler (Davis ve diğ. 2004).

Vücuttaki döngüsel değişikliklerden oluşup 24 saatlik süre ile endojen olarak sekronize olan uyku-uyanıklık, vücut ısısı döngüsü, günlük hormonal sekresyon döngüleri (melatonin ve kortizol gibi) ve kan basıncının regülasyonundan oluşan biyolojik ritimlerdir (Bathory ve Tomopoulos 2017; Cuddapah ve diğ. 2019.). Uyku-uyanıklık döngüsü tipik bir sirkadiyen ritimdir (Porkka-Heiskanen ve diğ. 2013).

Sirkadiyen sistem hem uyanıklığı hem de uykuyu teşvik eden davranışları yönlendirir, gün boyunca uyanıklığın korunması teşvik ediyor, uyku için artan homeostatik dürtüye karşı çıkıyor ve geceleri ise uykuyu teşvik eder (Foster 2020).

Sirkadiyen ritim, beyindeki optik kiazmanın üzerinde yer alan bir grup nöron olan suprakiazmatik nukleus (SCN) aktivitesi ile üretilir (Porkka-Heiskanen ve diğ. 2013). SCN tarafından gelen bilgi vücudun geri kalanına hipotalamustan girdikten sonra iletilir. SCN tarafından vücut organlarının sirkadiyen ritme verdiği yanıtlar (örneğin; uyku-uyanıklık döngüsü, kortizol salınımı, troid uyarıcı hormon, melatonin) kontrol edilir (Markov ve Goldman 2006).

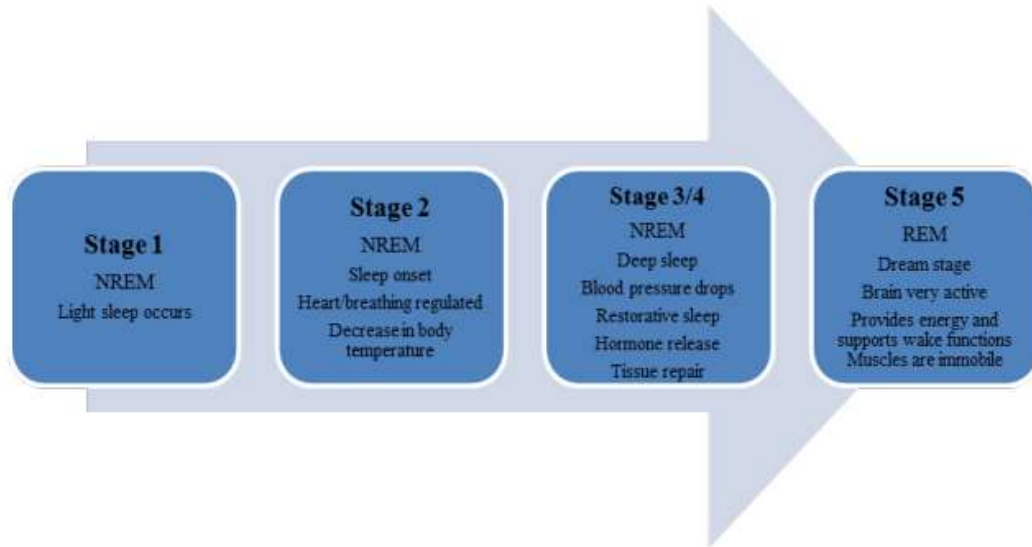
Günün karanlık zamanında epifiz bezinden melatonin salgılanır. Melatonin üretimi SCN tarafından düzenlenir. Salgı akşam azalan ışıkla başlar ve sabah ışığıyla durur. Melatonin beyne ışık periyodunun süresi ile ilgili bilgi verir (Porkka-Heiskanen ve diğ. 2013). Uykuyu teşvik edici etkisi vardır (Zisapel 2001). SCN, melatonin

reseptörleri içerir ve sirkadiyen ritim bir geri bildirim mekanizması ile melatonin tarafından sıfırlanabilir (Markov ve Goldman 2006).

Sirkadiyen ritim uyku bozukluğu (SRUB), kişilerin sirkadiyen uyku ve uyanıklık ritminin sosyal norm olarak kabul edilen veya arzulunan uyku düzeni ile uyumlu olmadığı kronik veya tekrarlayan bir durumu ifade eder (Thorpy 2012; Zisapel 2001). SRUB sadece uygunsuz bir zamanda ortaya çıkan uykululuk hali ile ilişkili olmayıp anormal metabolizma, kalp hastalığı, bağışıklığın azalması, artan stres, anormal biliş ve ruh hali durumları arasında değişen birçok hastalık için risk faktörüdür. Gençlerden vardiyalı sisteme dayalı çalışanlara kadar toplumun birçok sektöründe uyku ve SRUB yaygın olarak görülür (Foster ve Kreitzman 2013).

2.3. Uykunun Evreleri

Uyku, non-rapid eye movement (NREM) and rapid eye movement (REM) uykusu olarak iki ayrı durumdan oluşur. NREM uykusu dört evreye ayrılır (Linde 2014; Davis ve diğ. 2004). Bunlar 1, 2, 3 ve 4. evredir. 3.evre ile 4. evre toplu olarak yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır (Davis ve diğ. 2004). Evreler, uyku derinliğindeki dereceleri ve uyarılma gücünü temsil eder; 1. evre en hafif ve 4. evre en derindir (Davis ve diğ. 2004). REM uykusu fazik ve tonik olmak üzere iki evreye ayrılır. NREM ve REM uykusu bağışıklık sistemi ve otonom sinir sisteminde meydana gelen dinamik değişikliklerle ilişkilidir. Her 90 dakikada bir NREM-REM uyku döngüsü gerçekleşir ve uyku bölümü başına yaklaşık 4-6 kez döngü tekrarlanır. Gece boyunca her döngüde NREM uykusunun REM uykusuna oranı değişir. Erken döngülerde yavaş dalga uykusu sonraki döngülerde ise REM uykusu hâkimdir. Gecenin ilk üçte birinde yavaş dalga uykusu, gecenin son üçte birinde ise REM uykusu belirgindir.



Şekil 2.3 Uygunun 5 aşaması. Linde (2014)'den alınmıştır.

2.3.1. NREM Uyku

Toplam uyku süresinin %75-80'ini NREM uykusu oluşturur.

1.Evre: Toplam uyku süresinin %3-8'ini oluşturur. En sık olarak uyanıklıktan diğer uyku evrelerine geçişte veya uyku sırasındaki uyarılmaları takiben ortaya çıkar.

2. Evre: Evre 1'den yaklaşık olarak 10 -12 dakika sonra evre 2 uykusu başlar. Toplam uyku süresinin %45- 55'ini oluşturur. Gerçek uygunun başlangıcı olarak kabul edilir. Göz hareketlerinde, kas tonusunda azalma ve solunum ve kalp atış hızında yavaşlama bu aşama ile karakterizedir (Davis ve diğ. 2004).

3. ve 4. Evre: Toplam uyku süresinin %15-20'sini Evre 3 ve Evre 4 oluşturur. Uyanıklık ve evre 1'e kıyasla kas tonusu azalır (Rama ve diğ. 2005). Yavaş ve ritmik nefes alma, rahat bir vücut pozisyonu ve azalmış kalp hızı bu aşamaları karakterizedir, uyarılma zordur (Davis ve diğ. 2004).

2.3.2. REM Uyku

Toplam uyku süresinin %20-25'ini oluşturur. NREM uykusunun başlangıcından 60-90 dakika sonra ilk REM uykusu başlar. Tonik ve fazik olmak üzere

iki aşamaya ayrılır. Tonik aşamada elektroensefalografi (EEG)'de iskelet kas gruplarının atonisi ve monosinaptik ve polisinaptik reflekslerin baskılanması vardır. Fazik aşama, her yöne hızlı göz hareketlerinin yanı sıra kan basıncında, çene ve uzuv kaslarının miyoklonik seğirmesinde fazik dalgalanmalarla karakterizedir.

REM uykusunda hızlı göz hareketleri, yoğun beyin aktivitesi, kas felci ve rüya görme ile birlikte kas seğirmeleri, yüz ifadeleri ve seslendirmeler vardır. Solunum, kan basıncında ve kalp atış hızında sık değişiklikler yaygındır (Rama ve diğ. 2005; Davis ve diğ. 2004).

2.4. Uyku Gereksinimi

Uyku ihtiyaçları, genetik yapı, çevresel ve davranışsal faktörler de dâhil olmak üzere karmaşık bir dizi faktör tarafından belirlenir.

ABD'deki Ulusal Uyku Vakfı tarafından 2015 yılında yaşam süresi boyunca günlük önerilen uyku sürelerini yayınlamıştır (Chaput ve diğ. 2018).

Tablo 2.1 Yaşam süresi boyunca günlük önerilen uyku süreleri. Chaput ve diğ. (2018)'nden alınmıştır.

Ulusal uyku vakfı (ABD)	
Yaş grubu	Öneri
Yenidoğan (0- 3 ay)	14- 17 saat
Bebekler (4 – 11 ay)	12 – 15 saat
Yeni yürümeye başlayan çocuklar (1- 2 yaş)	11 – 14 saat
Okul öncesi (3 – 5 yaş)	10 – 13 saat
Çocuklar (6 – 13 yaş)	9 – 11 saat
Gençler (14 – 17 yaş)	8 – 10 saat
Genç yetişkinler (18 – 25 yaş)	7 – 9 saat
Yetişkinler (26 – 64 yaş)	7 – 9 saat
Daha yaşlı yetişkinler (\geq 65 yaş)	7 – 8 saat

2.5. Uykuyu Etkileyen Faktörler

2.5.1. Yaş

Uyku yaşa bağlı olarak değişir. Yaşlanma ile gece uyanmaları uzar, uyanma sayısı artar, gece uyku süresi azalır ve derin uyku azalır (Li ve diğ. 2018).

2.5.2. Cinsiyet

Kadınların ömrü boyunca ergenlik, hamilelik, emzirme ve menopoz gibi belirli dönemlerindeki farklı hormonal ve fiziksel değişiklikler uyku sağlığını etkileyip cinsiyete bağlı uyku bozukluklarına yol açar (Mallampalli ve Carter 2014).

2.5.3. Hastalık

Diyabet ile uyku bozuklukları arasında araştırmalar çift yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Diyabet uyku bozukluklarına neden olabilir. Uyku bozuklukları diyabetin kontrolünü zorlaştırabilir. Diyabetik hastalarda Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) sıklıkla görülmektedir. Diyabet hastalarının yaklaşık %36-60'ının OUAS yaşadığı bildirilmektedir (Ahmet ve diğ. 2015). Kardiyovasküler hastalıklarla Obstrüktif uyku apnesi ilişkilidir. Hipertansif hastaların %20'sinde Obstrüktif uyku apnesi vardır (Rivas ve diğ. 2016). Gastroözofageal Reflü Hastalığında (GÖRH) kısa uyku süresi, uykuya dalmada zorluk, uyku esnasında uyanma, uyku kalitesinde düşüklük ve sabah erken uyanma gibi durumlar uyku bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Fujiwara ve diğ. 2012).

Uyku bozukluğu, alerjik rinit ve astım hastalıklarının sınıflandırılmasının sağlanmasında bir birleşendir. Kanıtlar alerjik rinit hastalığının hem semptomlarının (hapşırma, burun akıntısı, burun kaşınması, burun tıkanıklığı) hem de altta yatan patolojinin uykuyu bozabileceği göstermiştir. Gece astımı uyku bozukluğuna neden olur. Astımlı hastaların %80'inden fazlası yaştan bağımsız olarak hırıltı ile gece uyanıklarını bildirmiştir (Baiardini ve diğ. 2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) hastalarında uykusuzluk, gündüz uykululuk hali genel nüfusa göre daha fazladır. KOA hastalarının yaklaşık %50'si uyku kalitesindeki bozukluktan şikâyetçidir (Öztürk 2011).

Uyku ile ilgili sorunlar ile nörolojik hastalıklar arasında güçlü bir ilişki vardır. Uykuya bağlı epilepsi, hareket ve solunum bozuklukları, parasomniler ve merkezi kökenli hipersomniler nörolojik problemlerle ilişkili başlıca uyku bozuklarından (Dyken ve diğ. 2012). Parkinson hastalığında uyku bozuklukları yaygın olup hastaların üçte ikisi şikâyetlerini bildirmektedir (Garcia-Borreguero ve diğ. 2003).

2.5.4. İlaçlar

Birçok ilaç merkezi sinir sistemini etkileyip uyku ve uyanıklık düzenini değiştirebilmektedir. Hatta bazı ilaçlar uyku bozukluklarını tetikleyip şiddetini artırabilir.

Antidepresanlar ilaçların uykuyu iyileştirebilen veya bozabilen ve gündüz uykuya neden olabilen çok çeşitli alt grupları vardır. Lityum ilaçları manik depresif hastaların tedavisinde kullanılır. Gündüz uykululuk hali ile ilişkilidir. Toplam uyku süresini, yavaş dalga uykusunu ve evre 2 uykusunu artırır fakat REM uykusunu azaltır. Antipsikotik ilaçlar şizofreni hastalarında kullanılır. Yavaş dalga uykusunu artırır. Toplam uyku süresini artırır, uyku gecikmesini ve REM uykusunu azaltır (Qureshi ve Lee-Chiong 2004).

Antidepresanların çoğu hastalarda ve sağlıklı gönüllerde REM uykusunu bastırır. REM uykusunu bastırma uzun süreli REM gecikmesi, REM uykusunda harcanan sürenin ve REM yoğunluğunun azalmasını içermektedir (Steiger ve Pawlowski 2019).

Kardiyovasküler ilaçlar; antihipertansif, antiaritmik ve hipolipidemik ilaçları içerir. Beta blokerler, genellikle gece uykusunun bozulması nedeniyle gündüz yorgunluğuna ve uykululuğa neden olabilmektedir.

Uyarıcı ilaçlar, amfetaminler ve metilfenidat, kokain, pemolin ve modafinil gibi ilgili bileşikler dâhil olmak üzere çeşitli ilaç sınıflarını içerir. Merkezi sinir sistemi uyarıcıları olarak kafein ve teofilin gibi ksantin türevleri de kabul edilir. Tüm uyarıcılar uyanıklığı artırır, toplam uykuyu azaltır ve dalga uykusunu yavaşlatır ve uyku gecikmesini artırır (Qureshi ve Lee-Chiong 2004).

Anti-alerjik ilaçlar merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinden dolayı uykuyu değiştirebilmektedir. İlaçlar uykuyu tetikler, uyanmayı olumsuz etkiler, uyanıklığı azaltır ve uykuyu uzatır (Baiardini ve diğ. 2006).

2.5.5. Ağrı

Kronik ağrısı olan hastalar genellikle uykusuzluktan şikâyetçidir. Ağrı uyarıcı etki göstererek uykunun başlamasını veya devam etmesini engeller ve gündüzleri artan uykuya sebep olur (Lautenbacher ve diğ. 2006). Ortopedik hastalar arasında ağrı, uyku bozukluğunun en yaygın nedenlerinden biridir (Lei ve diğ. 2009).

2.5.6. Çevre

Hava sıcaklığı, nem ve hava akışı gibi termal çevrenin hatta yatak takımı ve pijama dâhil olmak üzere ortam koşullarının uyku konforunu ve kalitesini etkilediği bilinmektedir (Lan ve Lian 2016; Troynikov ve diğ. 2018). Isıya veya soğuğa maruz kalma uyanıklığın atmasına, REM uykusunun ve yavaş dalga uykusunun azalmasına sebep olur (Okamoto-Mizuno ve Mizuno 2012).

2.5.7. Egzersiz

Egzersiz kaygıyı azaltarak vücudu rahatlattığı gibi aynı zamanda strese de sokabilen karmaşık bir aktivitedir (Driver ve Taylor 2000; Medysky ve diğ. 2017). Bireysel özellikler ve çalışılan egzersiz protokolleri arasındaki farklılıklar egzersizin uykuya etkisini değiştirir. Bazı çalışmalar egzersizin toplam uyku süresini ve yavaş dalga uykusunu artırdığı, REM uykusunun başlangıcını geciktirdiği ve REM uykusunu azalttığını göstermiştir (Driver ve Taylor 2000).

2.5.8. Emosyonel Durumlar

Uyku üzerinde stresin, uykudan önceki ruh halin ve duygusal durumların etkisi vardır. Emosyonel durumların uyku devamlılığındaki bozuklukların yanı sıra uyku bozukluğunun bir göstergesi olarak uykuda uyarılmaların ortaya çıkmasında, REM uykusuna geçişteki artış veya azalmada, REM yoğunluğunda artmada, REM uykusundan uyanma eşiklerinin yükselmesinde ve rüyayı hatırlamada azalma etkisi

vardır (Vandekerckhove ve Cluydts 2010). Depresyonun patofizyolojisinde ve tedavisinde uykunun önemli bir rolü vardır. Depresif bozukluğu olan kişilerin büyük bir çoğunluğu uyku bozukluğu veya uykuda değişiklik olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle depresyonun tüm tanı kriterleri uyku bozukluklarında temel bir özellik olarak gözükmektedir (Thase 2006). Depresyonlu hastaların uyku elektroensefalografi değişiklikleri karakteristik olarak aşağıda sıralanmıştır:

- Uyku devamlılığında bozukluk (uzamış uyku gecikmesi, artan aralıklı uyanmalar, sabah erken uyanmalar)

- REM uykusunun disinhibisyonu: Kısaltılmış REM gecikmesi veya Uyku başlangıcı REM süreleri, uzamış ilk REM süresi ve özellikle ilk REM döneminden artan REM yoğunluğu

- Uykuda REM dışı değişiklikler (Evre 2 ve yavaş uyku dalgasında düşüklük, daha genç hastalarda yavaş dalağa uykusunun birinci uyku döngüsünden ikinci uyku döngüsüne kayması) (Steiger ve Pawlowski 2019).

2.5.9. Alkol

Alkolün uyku üzerinde büyük bir etkisi olup alkol bağımlılığı olanlar, aşırı uyku hali ve derin uykusuzluk ile kendini gösteren ciddi ve uzun süreli uyku bozukluklarından şikâyetçilerdir (Thakkar ve diğ. 2015; Chakravorty ve diğ. 2016). Orta dozda alkol (<1 g / kg) kullanan çalışmalar, özellikle gecenin ikinci yarısında REM uyku süresinin azaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, yüksek dozda alkol (> 1 g / kg) kullanan çalışmalar uykuya dalmak için gereken süre ve uyku verimliliğinde azalma olduğunu uyku başlangıcından sonra uyanıklılıkta da artma olduğunu göstermiştir. Gecenin ilerleyen zamanlarında kandaki alkol seviyesi azaldıkça, NREM uykusunun evre 1 ve evre 2 aşaması artar, REM uykusu artar, uyku verimliliği azalır (He ve diğ. 2019; Chakravorty ve diğ. 2016).

2.5.10. Sigara

Sigara içenlerde uykuya dalmada ve sabah uyanmada güçlük, gündüz uykululuk hali, gece uyanmaları daha sık görülür (Costa ve Esteves 2018; Cohen ve

diğ. 2019; Wetter ve Young 1994). Sigara içenlerde uyku bozukluğu nikotinin uyarıcı etkilerinden dolayı gece yoksunluğu, uykuda solunum bozukluğu ve psikolojik rahatsızlıklardan kaynaklı daha yaygın olabilir (Costa ve Esteves 2018; Wetter ve Young 1994).

2.5.11. Kafein

Kafein, uyku-uyanıklık düzenlenmesinde etkin olan adenozin nöromodülatör ve reseptör sistemini bloke ederek bireylerde gece uykusunu bozar. Erkekler üzerinde 200 mg kafein verilerek yapılan bir çalışmada uykudan 16 saat öncesinde alınan kafeinin uyku EEG'sinde değişikliklere neden olup yüzeysel uykunun gerçekleştiği tespit edilmiştir (Landolt ve diğ. 1995; Clark ve Landolt 2017).

2.5.12. Yaşam tarzı ve Sosyoekonomik Faktörler

Çalışmalarda sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan gruplarda daha kısa uyku süresi ve daha fazla uyku problemleri olduğu bulunmuştur (Stamatakis ve diğ. 2007; Grandner ve diğ. 2010). Daha düşük gelir ve eğitim düzeyinin daha fazla uyku şikâyetleri ile ilgili olduğu saptanmıştır (Grandner ve diğ. 2010). Yapılan bir çalışmada evli olmayan kişilerin evli kişilere göre hafta içi ve hafta sonları daha kısa süre uydukları bildirilmiştir (Hale 2005).

Teknolojik gelişmeler ile televizyon, cep telefonları, video oyunları, bilgisayarlar, e- okuyucular ve benzeri elektronik ortamlarda geçirilen zaman giderek artmaktadır (Shochat 2012; Exelmans ve Van Den Bulck 2015). Yetişkinlerde dâhil olmak üzere birçok insan günün sonunda elektronik medyayı kullanmayı bırakarak yatağa girmektedir. Elektronik medya kullanımı uyku sorunları için başa çıkma yolu olarak da kullanılabilir. Elektronik medya kullanımı, yatma zamanı, ışıkların kapanması ve uyku giderek iç içe geçmiş bir duruma gelmektedir (Exelmans ve Van Den Bulck 2015). Genç erkek ve kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada çeşitli bilgi ve iletişim teknolojilerine maruziyetin stres, depresyon belirtiler ve uyku bozukları ile olan ilişkisi incelenmiştir. Kadınlar için internette gezinmenin tekrarlayan uyanmalar şeklinde uyku bozuklukları geliştirmesi ile ilişkilendirilmiştir. Erkekler için çok sayıda cep telefonu görüşmeleri ve SMS mesajlaşmaları uykuya dalmakta zorluk ile

ilişkilendirilmiştir (Thomé ve diğ. 2007). Elektronik medyaya maruz kalmanın muhtemelen elektronik ekranlardan yayılan parlak ışık tarafından melatoninin baskılanmasından dolayı uyarı etkileri olabileceği öne sürülmüştür (Shochat 2012).

Gece çalışanlarda veya vardiyalı çalışanlarda sirkadiyen ritmin bozulmasından kaynaklı uyku bozuklukları yaygındır (Jehan ve diğ. 2017; Wirth ve diğ. 2017; Brum ve diğ. 2020). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada gece vardiyasında çalışanların çalışma günlerinde ve serbest günlerinde daha düşük uyku süresine sahip oldukları gözlemlenmiştir (Brum ve diğ. 2020).

2.6. Nörotransmitterler, Hormonlar ve Uyku

Sinir sinyali veren kimyasallar veya nörotransmitterler beyindeki farklı sinir hücresi gruplarında hareket ederek uyku-uyanıklık durumunu kontrol ederler. Nöradrenalin, serotonin, asetilkolin, histamin ve öreksin uyanmayı teşvik eder; GABA, adenosin ve nitrik oksit uykuyu teşvik eder (Peuhkuri ve diğ. 2012). Uyku döngüleri gibi beyin işlevlerinin çoğunda serotonin dolaylı veya doğrudan kontrol eder. Serotonin bilinci artırır ve uykuyu önler. Serotoninin uyku düzenlemesindeki en güçlü yollarından biri melatonin konsantrasyonundaki değişikliklerdendir. Serotonin melatonin üretiminde bir ara üründür (Peuhkuri ve diğ. 2012).

Bazı raporlar, kolesistokinin (CCK), ghrelin, ve peptit tirozin-tirozin (PYY) gibi iştah düzenleyici hormonların uyku üzerinde önemli etkisi olduğunu göstermiştir (Peuhkuri ve diğ. 2012). İştah ve enerji dengesinde önemli rolü olan ghrelinin son yıllarda hem hayvanlara hem insanlar üzerinde uyku- uyanıklık döngüsünde rolü olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Ghrelin mide tarafından salgılanan büyüme hormonu salınımı, metabolizma ve iştah düzenlenmesinde rolü olan 28 aminoasitli bir peptittir. Kemirgenler üzerinde yapılan çalışmalarda ghrelin uygulamasının doza ve uygulama yoluna bağlı olarak sıçan ve farelerde uyanıklılığı artırdığı gözlemlenmiştir. Ghrelin uygulamasının insanlar üzerindeki etkileri cinsiyet ve uygulama zamanına bağlı olarak intravenöz ghrelin uygulamasının genç ve yaşlı erkeklerde NREM uykusunu artırdığını, REM uykusunu azalttığı fakat kadınlar üzerinde etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. İnsanlarda, köpeklerde ve farelerde oreksin sistemindeki eksiklikler gündüz aşırı uyku hali, katapleksi ve parçalanmış uyku ile sonuçlanan kronik bir

nörolojik bozukluk olan narkopleksi ile ilişkilendirilmiştir (García-García ve diğ. 2014).

2.7. Obezite ve Uyku

Kesitsel epidemiyolojik çalışmaların tümü hem yetişkinlerde hem de çocuklarda kısa uyku süresi ile obezite arasında önemli bir ilişki gözlenmiştir. Çalışmaların bazılarının uyku süresi ile beden kütle indeksi (BKİ) arasında U şeklinde bir ilişki olduğunu saptanmış olup gece başına 7-8 saat uyku uyuyan kişilerde minimum BKİ gözlenmiştir. Amerika'da yapılan boylamsal çalışmalar gece başına 6 veya 7 saatten az uyuyan yetişkinlerin kilo alma riski altında olduğu ve daha yüksek BKİ sahip olduğu saptanmıştır (García-García ve diğ. 2014). Taheri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kısa uyku süresi düşük leptin, yüksek ghrelin ve artan BKİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Taheri ve diğ. 2004). Mevcut çalışmalar obezitenin obstrüktif uyku apnesine (OSA) yatkınlık oluşturduğunu ve kilo vermenin OSA iyileşmesi ile sonuçlandığını göstermiştir. Son çalışmalarda OSA'nın kendisinin de kilo alımına yol açabileceğini düşündürmüştür. Uyku yoksunluğu obezite için bir risk faktörü görünse de OSA ile ilgili uyku parçalanması, genel uyku kaybı ve gündüz uyku hali kilo alımını destekleyebilir ve bu OSA'yı daha da kötüleştirebilir. Epidemiyolojik çalışmalar kronik kısmı uyku kaybının obezite riskinde artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Laboratuvar çalışmaları, uyku kısıtlamasının kalori alımında artışa, enerji harcamasında azalmaya ve kilo alımına yol açabilecek hormonal değişikliklere yol açtığını göstermektedir (Beccuti ve Pannain 2011). Avrupalı gençler üzerinde yapılan bir çalışmada kısa uyuyanlarda daha yüksek beden kütle indeksi, bel çevresi ve vücut yağ yüzdesi ile ilişkilendirilmiştir (Garaulet ve diğ. 2011).

2.8. Beslenme ve Uyku

Çalışmalar beslenme düzenlerinin gündüz uyanıklığı ile beraber gece uykusunu da etkileyebileceğini göstermiştir. Kısa uyuyan kişilerin normal düzeyde uyuyan kişilere göre özellikle yağ ve atıştırmalıklardan daha fazla enerji aldıklarını araştırmalar saptamıştır. NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) verileri, <7 saat/gece uyuyanlar olarak tanımlanan kısa uyuyanların 7-8 saat/gece bildirilen normal uyuyanlara göre karbonhidrat, protein, yağ ve lif alımının daha düşük

ve gıda tüketim çeşitliliğinin de daha az olduğunu göstermiştir. Balık, süt ürünleri, meyve ve sebzeleri gibi besinlerin uykuyu teşvik edici etkiler gösterdiğine dair küçük çalışmalar vardır. Özellikle meyvelerden kivi, vişne ve kirazın uyku kalitesini iyileştirdiğine yönelik çalışmalarda az sayıda mevcuttur (St-Onge ve diğ. 2016). 498 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kahvaltılı atlayan, gece geç saatlerde atıştıran, öğünlerini atıştırmalıklarla değiştiren ve düzensiz yemek yeme zamanları olan öğrencilerin uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Faris ve diğ. 2021). Japon tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre günde 3 ve daha fazla yemek yiyenlerin uyku kalitesinin öğün atlayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Fujii ve diğ. 2009).

2.8.1. Karbonhidrat ve Uyku

Orta yaşlı Japon kadın işçiler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre yüksek karbonhidrat alımına sahip olanlarda uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmaya göre düşük uyku kalitesine sahip olan yüksek karbonhidrat tüketen kişilerde şekerleme ve erişte tüketimi fazladır. Enerji içecekleri ve şekerli içeceklerin sık tüketilmesi (≥ 1 kez/ay) de düşük uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Katagiri ve diğ. 2014; St-Onge ve diğ. 2016).

Karbonhidrat fazla alındığında uyku başlangıcının gecikmesinde ve yavaş dalga uykusunda azalış, REM uykusunda artış olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur (St-Onge ve diğ. 2016).

2.8.2. Protein ve Uyku

Japon işçiler üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada düşük protein alımı (toplam enerjinin $< 16\%$ 'sı) uykuya başlamada zorluk ve düşük uyku kalitesi ile ilişkilendirilirken yüksek protein alımı (toplam enerjinin $\geq 19\%$ 'u) uyku sürdürmede zorluk ile ilişkilendirilmiştir (Tanaka ve diğ. 2013; St-Onge ve diğ. 2016).

Triptofan insanların diyetinde alması gerektiği esansiyel bir aminoasit olup serotonin ve melatoninin öncüsüdür. Sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde katkısı vardır (Bravo ve diğ. 2013). Triptofan büyük nötr aminoasitlerle (valin, lösin, izölösin, tirozin

ve fenilalanin) rekabet ederek kan beyin bariyerini geçer ve uykuyu teşvik eden hormonun öncüsü olan serotonine dönüşür (Binks ve diğ. 2020). Sağlıklı yetişkinler için günlük yaklaşık olarak 5mg/kg L-Triptofan alması önerilir. Soya fasulyesi, buğday, pirinç ve mısır gibi tahıllar; kaju, ceviz, yer fıstığı ve badem gibi kuruyemişler; susam, kabak ve ayçiçeği çekirdeği gibi tohumlar triptofan bakımından zengin gıdalardır (Strasser ve diğ. 2016).

Yenidoğanlar üzerinde yapılan bir çalışmada triptofanın kendisi veya yüksek dozda bu aminoasit içeren gıda maddeleri ile zenginleştirilmiş diyetin yenidoğanlarda sirkadiyen ritmi etkilediği ve gece uykusunu teşvik ettiği gözlemlenmiştir (Bravo ve diğ. 2013; Cubero ve diğ. 2005). Yaşlılar üzerine yapılan başka bir çalışmada 1 haftalık triptofanla zenginleştirilmiş tahıl alımından sonra yaşlılarda uyku parametrelerinin iyileştiği gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmada uyku süresi, uyku verimliliği ve hareketsiz geçirilen zaman artmış; uyanma nöbetleri, uyku gecikmesi ve toplam aktivite azalmıştır (Bravo ve diğ. 2013).

2.8.3. Yağ ve Uyku

Shi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 7 saatten daha az uykuya sahip olan bireylerde 7-9 saat uykuya sahip olanlara göre yağ alımının daha yüksek karbonhidrat alımının ise daha düşük olduğu saptanmıştır (Shi ve diğ. 2008; Tanaka ve diğ. 2013).

Yüksek yağ alımının uyku verimliliğini ve REM uykusunu azalttığı, yavaş dalga uykusunu artırdığı ve uyarılmaları teşvik ettiğine yönelik çalışmalar vardır (St-Onge ve diğ. 2016). Yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada uykusuzluk semptomları olanlarda daha kısa uyuyanların normal uyuyanlara göre dışkılarında kısa zincirli yağ asitleri (SCFA) daha yüksek bulunmuştur. Özellikle asetat, propiyonat ve bütirat metabolitleri kötü uyku ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Asetat, butirat, propiyonat ve toplam SCFA'lar uyku verimliliğinde azalma, gecikmiş uyku başlangıcı ve daha yüksek butirat seviyelerinin de toplam uyku süresinde kısalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Magzal ve diğ. 2021). Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada doymuş yağ asitlerinin uyanıklılığı azalttığı ve NREM uykusunu azalttığı gözlenmiştir (Sartorius ve diğ. 2012).

2.8.4. Mikrobeyinler ve Uyku

Çinko (Zn) ve bakır(Cu) metabolik reaksiyonlarda görev alan temel mikro besinlerdir. Merkezi sinir sisteminde duygudurum, biliş, ağrı algısı ve uykuya aracılık eden N-metil-d- aspartat glutamat (NMDA) reseptörlerinin antagonistleridir. Biribiri üzerinde de antagonistlik etkileri vardır. Zn ve Cu uyku üzerinde etkileri üzerinde çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bir kesitsel çalışmada yetişkin kadınlarda uyku süresi ile serum ve sataki Zn veya Cu düzeyleri ve Zn/Cu arasında önemli ilişki bulunmuştur. Yüksek Zn/Cu oranının daha uzun uyku saatleri ve optimal uyku süresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Song ve diğ. 2012). Bebekler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre bebeklerde çinko ile birlikte demir veya demir-folik asit takviyesinin uyku süresini artırdığı ve uykuyu iyileştirdiği bulunmuştur (Kordas ve diğ. 2009). Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre 72 saatte 220 mg çinko sülfat ile ayda bir çinko takviyesi alan grupta almayanlara göre uyku kalitesini iyileştirdiği gözlemlenmiştir (Gholipour Baradari ve diğ. 2018).

Vitaminlerin bazıları melatonin sentezinde görev almaktadır. Melatonin sentezinde görev alan vitaminlerin yetersizliği uyku alışkanlıkları etkileyebilir. B grubu vitaminleri kaliteli uyku için önemli rol oynar. Kinre yolağı ile diyet triptofanından elde edilen bir vitamin olan Niasin, suplemantasyon ya da diyet yoluyla alındığı zaman triptofanın niasine çevrilmesinin azalıp triptofanın daha fazla melatonin ve serotonin sentezinde yol alıcağı açıklanmaktadır (Singin zdurak 2022; Peuhkuri ve diğ. 2012). B6 vitamini ve B12 vitamini de melatonin sentezinde bağlantısı bulunan vitaminlerdir (Singin zdurak 2022). İnsanlar üzerinde yapılan bir çalışmada nikotinamid uygulamasının hem normal uyku düzenine sahip kişilerde hem de orta ile şiddetli uykusuzluğu olanlarda REM uykusunu arttırdığı, uykusuzluğu olanlarda ise uyku verimliliğini arttırdığı gözlemlenmiştir (Robinson ve diğ. 1977). Çift kör bir çalışmada metilkobalaminin uyku-uyanıklık ritim bozuklukları üzerinde faydalı bir etki gösterme eğiliminde olduğunu düşük bir terapötik etkiye sahip olsa da tedavilerde kullanılmasının dşnlmesi gerektiği saptanmıştır (Takahashi ve diğ. 1999).

2.9. Kafein

1,3,7-trimetilksantinin genel adı olan kafein, CH₈N₄O₂ molekül formülüne sahip acı, beyaz, kristalli bir ksantin alkaloiddir (Jabbar ve Hanly 2013; Lipton ve diğ. 2017; Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Merkezi sinir sistemi (CNS) uyarıcısı olup Dünyada en yaygın kullanılan psikoaktif maddelerden biridir (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Kahve, çay, kakao ve kola da dâhil olmak üzere 60'tan fazla bitki türünün yapraklarında, tohumlarında ve meyvelerinde doğal olarak bulunan bir grup bitki alkaloidinden biridir (Gray 1998; Tavares ve Sakata 2012; Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Gıdalarda doğal olarak bulunmasına ek olarak kafein, gıda katkı maddeleri ve bir ilaç veya birçok farmasötik preparatın bir birleşeni olarak kullanılmaktadır. Kafein ve ilgili metilksantinler, teobramin ve teofilin dünyadaki bitkilerde yaygın olarak bulunur (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). 850 yılında Habeşistanın güneyinde Khaldi adlı bir keçi çobanı tarafından otlattığı keçilerin kahve bitkisini yemesinden sonra çöşkulu ve hareketli olduklarını gözlemlemiş ve kendisinin de yemesi sonrası kafeinin etkileri fark edilmiş, ancak ilk kez 1819'da "Friedlieb Ferdinand Runge" adlı bir Alman kimyager tarafından ekstrakte edilmiştir. (Baratloo ve diğ. 2016; Garipağaoğlu ve Kuyrukçu 2009). 15. ve 16. yüzyıllarda Arap ülkelerinde, 18 ve 19. yüzyıllarda Avrupa'da çay ve kahve gibi kafein içeren içecekler yaygınlaşmıştır (Baratloo ve diğ. 2016).

2.9.1. Kafeinin Metabolizması

Kafeinin %99'u alımdan sonraki 45 dakika içinde hızla emilir. İçeceklerle kafein tüketildiğinde gastrointestinal sistemden hızla emilir ve vücut sıvılarına dağılır (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Gastrointestinal sistemde bulunan pH ve gıdadaki değişiklikler emilim oranını etkiler (Stickgold ve Walker 2009). Kafein içeren sakızlar veya oral mukozadan emilime izin veren diğer preparatların çiğnenmesi ile daha hızlı emilim sağlanabilir. Oral alımdan 15 ile 120 dakika sonra plazmada konsantrasyonları pik olur. Kafein hidrofiliktir ve hücre içi suya serbestçe dağılır. Ayrıca kafein tüm biyolojik zarlardan geçecek kadar

lipofiliktir ve kan-beyin bariyerinden kolayca geçer (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Karaciğer mikrozomlarında yoğun metabolizmaya uğrar. Kafein biyotransformasyonların en önemli metabolik yolu %95'inden fazlasını oluşturan demetilasyon reaksiyonları yoluyla 3 dimetilksantin oluşumudur. Bunlar; Paraksantin oluşturmak için N3-demetilasyonu, teobramin oluşturmak için N1 demetilasyonu ve teofilin oluşturmak için N7 demetilasyonudur. Metabolitlerin %80'ni paraksantin, %11'i teobramin ve %5'i teofilindir. Sitokrom P450 alt tipleri CYP1A2 ve CYP2E1 dimetilksantinlere yol açan N1, N3, N7 demetilasyonlarından neredeyse tamamen sorumludur (Magkos ve Kavouras 2005). Paraksantin insanlarda baskın metabolittir. Kafein paraksantinden daha hızlı temizlenir bu nedenle 8 ile 10 saat sonra paraksantin seviyeleri plazmadaki kafein seviyelerini aşar (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001).

10 mg/kg'dan daha düşük dozlar için plazma bölmesinden kafeinin eliminasyonunun yarı ömrü insanlarda 2,5 ile 10 saat arasında değişir ve plazma klirens oranı yaklaşık olarak 1-3 ml/kg/dk'dır. Daha yüksek kafein alımı, alışılmış kafein alımı, daha uzun yarı ömür ve azaltılmış klirens nedeniyle olur. Kafein eliminasyon parametrelerindeki (yarı ömür, klirens) değişkenlik bireyler arası farklılıktan kaynaklanır. Kafeinin yarı ömrünü ve plazmadaki klirensini böbrek kullanımının değişmemesi koşulu ile hepatik CYP1A2 aktivitesi belirler. CYP1A2 enziminin indüklenen aktivitesi, klirensin artmasına ve yarılanma ömrünün azalmasına ve buna bağlı olarak da plazma konsantrasyonlarının azalmasına neden olur (Magkos ve Kavouras 2005).

Kafein metabolizması genetik belirleyiciler, yaş, cinsiyet, gebelik, diyet, yaşam tarzı, sigara kullanımı, çevresel faktörler, ilaçlar ve hastalık gibi birçok eksojen ve endojen faktörden etkilenir (Nehlig 2018). Kafeinin yarılanma ömrü sağlıklı yetişkinlerde yaklaşık 3-4 saattir. Oral kontraseptif alan kadınlarda yarılanma ömrü 5-10 saate uzar ve hamile kadınlarda ise yaklaşık 9-11 saattir. Bebeklerde ve küçük çocuklarda erişkinlerden daha uzun olabilir (Nieber 2017).

2.9.2. Kafein kaynakları

2.9.2.1. Çay

Dünyada popüler ve yaygın olarak tüketilen içeceklerden biri olan çay *Camellia sinensis*'in yapraklarından elde edilir. Çay fermantasyon seviyesine siyah çay (tam fermente), yeşil çay (fermente edilmemiş), ve oolong çay (yarı fermente) olmak üzere üç gruba ayrılır (Yılmaz ve diğ. 2020). Dünya çapında üretilen çayın %78'i siyah çay, %20'si yeşil, %2'si oolong çayıdır (da Silva Pinto 2013). Üretim süreçlerine göre siyah çay, yeşil çay, oolong çay, beyaz çay, sarı çay, ve koyu çay olarak gruplandırılır (Yılmaz ve diğ. 2020).

Bir fincandaki kafein içeriği demleme süresi, demlenme sırasında karıştırıp karıştırmama durumu, yaprak/su oranı ve porsiyon boyutu birçok farklı faktöre bağlıdır (Maughan ve Griffin 2003). Çay türlerindeki kafein seviyelerini belirlemek için HPLC analizi yapılan bir çalışmada kafein seviyeleri sırasıyla beyaz çay (%3.62), sarı çay (%3.18), siyah çay (%2.79), oolong çay (%2.77), yeşil çay (%2.35), kavrulmuş mate çayı (%1.13) ve mate çayı (%1.02) tespit edilmiştir. Kafein içeriği çay yapraklarının yaşına, bitki kökenine ve çay üretiminde yer alan işlemlere bağlı olduğu saptanmıştır (Komes ve diğ. 2009). 180 ml iki-üç dakika kaynar suyla demlenmiş çayda 30 mg kafein bulunur (Güneş 2011).

2.9.2.2. Kahve

Kahve, Rubiaceae familyasından küçük yaprağını dökmeyen *Coffea* bitkisinin meyvesinden elde edilir (Kemsley ve diğ. 1995). Olgunlaştıktan sonra işlenen ve kurutulan meyvelerde kahve çekirdekleri bulunur. Dünyada üretim sırasıyla yetiştirilen iki ana türü vardır: %70'i *Coffea Arabica* ve %30 'u *Coffea canephora* (Nieber 2017; Perrois ve diğ. 2015). Fincan kalitesi açısından *Coffea Arabica*, acılığı ve yoğun koyu tadıyla ünlü *Coffea canephora*'ya kıyasla daha iyi aroması ve yüksek asitliği nedeniyle beğenilmektedir. Yeşil kahve çekirdeklerinin kafein seviyeleri 0,8-2,5 gr/100 gr kahve arasında değişebilir. Arabica'da kafein seviyesi 0,8-1.5 g/100 g, Canephora'da kafein seviyesi 1,6-2,2 g/ 100g'dır (Bicho ve diğ. 2013). Demlenmiş

kahvede 65-120 mg/240 ml, kafeinsiz kahvede 2-4 mg/240 ml, espresso 30-50 mg/30ml dir (Nieber 2017).

2.9.2.3. Diğer İçecekler

Kafein, Amerika Birleşik Devletleri'nde satılan alkolsüz içeceklerin yaklaşık %70'ine eklenen bir birleşendir. Amerika Birleşik Devletlerinde tüketilen alkolsüz içeceklerin üçte birinden fazlasını oluşturan popüler iki kola meşrubat markasında kafein konsantrasyonları yaklaşık 0,1 mg/ml veya daha düşüktür (Griffiths ve Vernotica 2000). Enerji içecekleri genellikle guarana yapraklarından elde edilen özler gibi doğal ürünlerden kafein içerir (Temple ve diğ. 2017). 2007'de FDA (Gıda ve İlaç İdaresi) güvenli kafein alımını 100 mg olarak kabul ettiğini açıklamıştır. Enerji içeceklerinde 38-144 mg/porsiyon olarak değişen miktarlarda bulunmaktadır. Enerji içeceğinin günde bir kutu tüketimi yüksek kafein alımına neden olmazken iki veya daha fazla tüketimi yüksek kafein alımına sebep olmaktadır (Dikici ve diğ. 2012). Enerji içeceklerinin 1 porsiyonunda kafein miktarı yaklaşık olarak 72-150 mg olmasına karşın çoğu şişe 2-3 porsiyondan oluştuğundan tüketilen kafein miktarı da 300 mg'a çıkmaktadır (Dikici ve diğ. 2012; Heneman ve Zidenberg-Cherr 2007).

2.9.2.4. Kakao ve Diğer Kafein Kaynakları

Kahve, çay ve enerji içeceklerine ek olarak, kafein kakao çekirdeklerinde ve dolayısıyla da çikolatada bulunur (Temple ve diğ. 2017). Diyet kaynaklarından elde edilen kafein, çikolatalı yiyecek ve içeceklerde en düşük sıradadır. Çikolata likörü yarı mamul bir üründür. Likörlerin ortalama kafein içeriği %0,21 olarak rapor edilmiştir. Kakao yağının uzaklaştırılmasında sonra elde edilen kakao tozu yaklaşık %0,21 kafein, sıcak kakao 4mg/porsiyon kafein, soğuk çikolatalı süt karışımları 5mg/porsiyon kafein ve tatlı çikolata da kafein %0,017 ile %0,125 arasında değişmektedir (Shively ve Tarka 1984). Çikolatadaki kafein miktarı içerdiği kakao yüzdesine göre değişir. %100 kakaolu çikolatada (şekersiz çikolata) 240 mg/100g kafein, %55 kakao (acı tatlı) içerende 124 mg/100 g kafein ve %33 kakao içerende (sütlü çikolata) 45 mg/100g kafein vardır (Temple ve diğ. 2017).

Uyarıcı özelliklerini geliştirmek için ürünlere sentetik kafein de eklenir. Tarihsel olarak bu ekleme soda türü ile sınırlı iken son 10 yılda çeşitli gıdalara ve gıda dışı maddelere eklenmiştir. Sentetik kafein dünya çapında soda, meyve suyu, sakız, kurabiye, acı sos, şekerleme, nane, şampuan, dudak kremi ve vücut losyonu gibi birçok yerde kullanılır. Birçok ağrı kesici, soğuk algınlığı ve diyet ilaçları kafein içerir (Murray 1988; Temple ve diğ. 2017). Ağrı kesicilerde kafein 33 ile 60 mg arasında değişen dozlarda bulunur (Temple ve diğ. 2017).

2.9.3. Kafein ve Doz

İngiltere’de kafein alımı için herhangi bir diyet önerisi bulunmamakla birlikte yetişkinler için yaklaşık 300 mg/gün orta düzeyde kafein alımının iyi tolere edildiğine yönelik kanıtlar vardır. İngiltere Gıda Standartları Ajansı doğmamış çocuklarla ilişkili sağlık risklerindeki kanıtlar sebebiyle hamile kadınlarda kafein alım seviyeleri günlük maksimum 200 mg tavsiye etmiştir (Fitt ve diğ. 2013).

Kanada, dünya çapında kafein alımını için öneriler belirleyen birkaç ülkeden biridir. Kanada sağlıklı yetişkinlerden oluşan genel popülasyonun 400 mg kafeine kadar günlük tüketim seviyelerinin kafeinden kaynaklı olumsuz etkileri için risk olmadığını sonucuna varmıştır. Çocuklarla ilgili olarak Kanada’da kafein tüketim seviyelerinin 4-6 yaş için 45 mg/gün, 7-9 yaş için 62,5 mg/gün, 10- 12 yaşındakilerin günde 85 mg’dan fazla kafein tüketmemesini tavsiye etmiştir. 13- 18 yaşındaki adölesanlar için vücut ağırlığına göre 2,5 mg/kg’dan (yani 50-70 kg için 125-175 mg kafein) fazla tüketmemesini önermiştir (Fitt ve diğ. 2013; Verster ve Koenig 2018).

Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) yetişkinler için günde 400 mg’a kadar, çocuklar ve ergenler için günde 3mg/kg kafein tüketiminin güvenlik endişesine yol açmadığı sonucuna varmıştır. Hamileler için de kafein alım seviyeleri günde 200 mg olarak ayarlanmıştır (Verster ve Koenig 2018). Yetişkinlerde ölümcül kafein dozlarının 170 mg/kg üzerinde olduğu tahmin edilmekte ve kafein doz aşımı nedeniyle bildirilen çok az ölüm vakası vardır (Fitt ve diğ. 2013). Etkili kafein dozları günün saati, kafein alım düzeyi, kişinin dinlenmiş veya yorgun olup olmadığı, sigara içip içmediği veya oral kontraseptif kullanıp kullanmadığı gibi çeşitli faktörlere bağlı

olarak kişiden kişiye değişir (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001).

2.9.4. Kafein ve Etkileri

2.9.4.1. Kardiyovasküler Etkileri

Akut kafein alımı kan basıncında (hem sistolik hem diyastolik) orta düzeyde bir artış, alınan doza bağlı olarak kalp hızı üzerinde bradikardi veya taşikardi ve nöroendokrin etkileri uyarır. Kafein alımının bu etkileri hücre içi kalsiyum konsantrasyonlarında artış, norepinefrin salınımı ve dopamin reseptörlerinin duyarlılaştığını göstermektedir. Bunun sonucunda supraventriküler ve ventriküler taşiaritmilere yol açabilir. Kafein dozları ile ilgili çalışmalar kalp atış hızı ve kan basıncında hafif değişiklikler, sempatik aktivitede hafif bir artış ve kardiyak elektrofizyolojik özelliklerde küçük değişiklikler olduğunu belgelemiştir (Temple ve diğ. 2017). Kafeinin serum lipoproteinleri, kan basıncı, kardiyak aritmiler ve koroner kalp hastalıkları ile ilişkisi olduğuna yönelik çok çalışma olmasına rağmen orta düzeyde kafein alımının olumsuz etkileri olmamıştır (Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research 2001). Kafeinin var olan etkileri doza göre alışılmış ve alışılmamış kullanıcılar arasında farklılık gösterir. Kafeinin olumsuz etkileri önceden var olan tıbbi durumlara, alınan birleşenlerin miktarına ve kişinin bu maddelere maruz kaldığı süre gibi faktörlere bağlıdır.

2.9.4.2. Vasküler Sistem Etkileri

Kafeinin endotel hücrelerde nitrik oksit üretmeyi teşvik eden endotelial nitrik oksit sentazın ekspresyonunu uyaran hücre içi kalsiyum konsantrasyonlarını artırarak istirahatte halinde endotel hücre fonksiyonlarını iyileştirdiğine inanılmaktadır. Nitrik oksit daha sonra vazodilatasyona neden olur. Kafein doğrudan vasküler düz kas hücre reseptörlerine bağlanabilir ve vazokonstriksiyona neden olabilir. Çalışmalar egzersizden hemen önce tüketilen kafeinin sağlıklı bireylerde miyokardiyal kan akışını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Egzersizden hemen önce veya egzersiz sırasında kafein tüketmek miyokard iskemi riskini artırabilir (Temple ve diğ. 2017).

2.9.4.3. Üremeye Etkileri

Kafein vücuda alındıktan sonra vücutta kolayca dağılır. Tüm zarlardan geçme özelliği sayesinde plasental bariyer de dâhil olmak üzere tükürük, anne sütü, embriyo ve yeni doğanda bulunur. Kafein, adet sancıları ve adet öncesi sendromların üzerinde etkisi olan besinlerden biri olarak sunulmaktadır. Doğurganlığı azalttığı bilinmektedir. Kafein prolaktin seviyelerini azalatabilir, yumurtlamayı engeleyebilir ve uterus içinde gelişen embriyo ve fetüsün taşınmasını engeleyebilir (Macit ve Akdevelioglu 2018).

Kafeinin yan etkileri üzerine insan çalışmaları, sponton düşük, erken doğum, fetal ölüm, konjenital malformasyonlar ve fetal büyüme kısıtlamasını araştırmış ve tüm sonuçlar için çelişkili sonuçlar vermiştir. İskandinav uzman komitesi 2005 yılında yüksek kafein alımının fetüse zarar verebileceği sonucuna varmıştır. Yapılan çalışmaların yaklaşık yarısında kafein alımının doğum ağırlığı üzerinde olumsuz bir etkisini bulunmuştur (Sengpiel ve diğ. 2013).

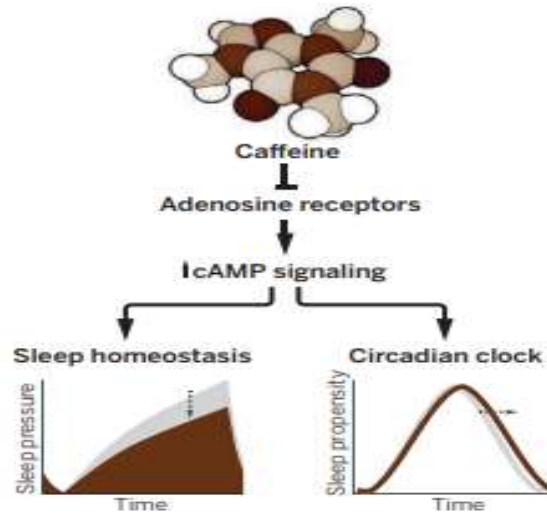
2.9.4.4. Kemik Mineral Yoğunluğuna Etkileri

Kafeinin en bilinen özelliği adenozinin reseptörlerine antagonize etmektir. Adenozin reseptörlerinin ligasyonu kemik döngüsü üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etki eder. A1, A2A, A2B ve A3 olarak dört tip adenozin reseptörü vardır. Kafein dördünü de rekabetçi bir şekilde inhibe eder. Adenozin kemik metabolizmasını karmaşık bir şekilde düzenler. Adenozin A2A ve A2B reseptörlerinin doğrudan uyarılmasının, osteoblastları aktive ederek ve osteoklast farklılaşmasını ve fonksiyonunu baskılayarak kemik oluşumunu indüklediği in vitro çalışmalarda öne sürmüştür. Bu nedenle adenozin A2 reseptörlerinin kafein tarafından yarışmalı inhibisyonu kemik oluşumunu inhibe edebilir ve kemik emilimini teşvik edebilir. En yüksek miktarda kafein tüketilen ülke olarak bilinen İsviçre’de dünya çapında hem osteoporoz hem de kalça kırığı insidansının en yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Toplam 3170 kişi ile yapılan Framingham çalışmasında günde iki fincandan fazla kahve veya dört fincan çay alımının kalça kırığı riskini artırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmaların aksine başka çalışmalarda kahve tüketimi ile kemik mineral yoğunluğu veya kırık riski arasında ters etki bulunmamıştır. Menopoz öncesi Koreli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kahve tüketimi ile femur boynu veya lomber omurganın

kemik mineral yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Berman ve diğ. 2022).

2.9.4.5 Kafeinin Uyku-Uyanıklık Döngüsüne Etkisi

Yapılan bir çalışmada akşamları yatmadan 3 saat önce kafein tüketmenin (çift espresso kafein dozuna eş değer) beyindeki endojen uyku faktörü adenosin reseptörlerini antagonize ederek insan endojen sirkadiyen saatini geciktirdiği ortaya koymaktadır (Burke ve diğ. 2015; Landolt 2015). Uyku-uyanıklık döngüsü homeostatik ve sirkadiyen süreçler tarafından düzenlenir. Uyanıklık esnasında homeostatik uyku ihtiyacı birikir, uyku esnasında dağılır. Sirkadiyen saat uykunun ne zaman olacağını belirler. Kafein uyku delta aktivitesini azaltır ve adenosin reseptörlerini bloke eder. Aynı zamanda fosfodiesteraz aktivitesini inhibe eder ve ryanodin reseptörünü aktive eder. Bu durum siklik adenosin monofosfatı (cAMP) ve hücre içi kalsiyum salınımı artırır ve uyanma sırasında homeostatik uyku eğiliminin oluşumunu azaltır, sirkadiyen saati geciktirir (Landolt 2015).



Şekil 2.4. Çift espressodaki kafeinin etkisi. Landolt (2015)'dan alınmıştır.

2.9.4.6. Diğer Etkileri

Kafein adenosine duyarlı sempatik sisteminin uyarılabilirliğini artırır. Adenozine rekabetçi bir antagonist olarak hareket eden kafein fosfodiesterazlar

tarafından siklik adenozin monofosfatın enzimatik bozulmasını inhibe eder ve kafein böylece iletilen sinyallerin gücünü artırabilir.

24 saatlik enerji harcaması sempatik sinir aktivitesiyle de ilişkilidir. Kafein sempatik aktiviteyi güçlendirerek yağ lipolizini uyarır. Motor ünite duyarlılığını güçlendirerek yorgunluğu erteler ve dayanıklılığı artırır. Kafein, merkezi sinir sistemini doğrudan destekler. Manyetik rezonans ile ilgili yapılan bir çalışmada kafein alımıyla doğru orantılı bir şekilde serebral arterlerdeki kan akışının arttığı gözlenmiştir(Addicott ve diğ. 2009; Glade 2010). Kafein tüketiminden sonra konsantre olma ve problem çözme gibi bilişsel işlevler gelişir. Plasebo kontrollü birçok çalışmada kafeinin tüketimi süresinde yanıtların doğruluğunda, dikkati odaklama yeteneğinde ve zor problemleri çözme yeteneğinde önemli gelişmeler saptanmıştır. Bilişsel işlevlerdeki gelişmelere iyileştirilmiş ruh hali ve daha az kaygı eşlik eder (Glade 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni-Örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir ilindeki Tire İlçe Sağlık Müdürlüğü, Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlüğü, Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde çalışmakta olan gönüllü sağlık çalışanları oluşturmuştur. Çalışma için 96 kişilik bir örneklem belirlenmiştir. Power analizi için R v3.6.1 programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. 2022 yılı Şubat-Mart ayları arasında 123 kişiye ulaşılmış, 27 kişi çalışma dışı bırakılarak 96 kişi ile tamamlanmıştır. Çalışma için 96 kişilik bir örneklem belirlenmiştir. Power analizi için R v3.6.1 programı kullanılmıştır. Çalışmaya Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlamasına göre 17 ve üstü puan tespit edilmiş olma, gebe veya emzikli olma, tanı konmuş kronik bir hastalığı olma, sürekli ilaç kullanma, zayıflama hapi kullanma, sürekli gece veya gece-gündüz çalışma şekli olma, menapoza girmiş olma, 18 yaşından küçük olma ve 65 yaşından büyük olma durumlarını içeren dışlama kriterlerinden bir veya daha fazlasını içeren sağlık çalışanları çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.2. Çalışmanın Etiği

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (Tarih: 26.10.2021) izin alınmıştır (EK 1).

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Yöntemleri

3.3.1. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya dâhil edilen bireylere Gönüllü Onam Formu okutularak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Koşulu sağlayan bireylerden araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile demografik bilgileri, antropometrik ölçüm (boy (cm), kilo (kg)) bilgileri, beslenme alışkanlıklarını ve uyku alışkanlıklarını sorgulayan anket formu ile birlikte Gıda Sıklık Anketi, Kafein Tüketim Sıklığı Anketi, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi anketlerini ve Beck Depresyon Envanterini doldurmaları istenmiştir.

3.3.2. Anket Formunun İçeriği

Veri toplamada kullanılan anketlerde ‘Demografik Bilgiler’ bölümünde yaş, medeni durum, cinsiyet, gebe veya emzikli olma vb. bilgileri sorgulayan toplam 16 soru bulunmaktadır (EK 2). ‘Beslenme Alışkanlıkları’ bölümünde beslenme eğitimi, öğün sayısı, öğün atlama vb. bilgileri sorgulayan toplam 14 soru bulunmaktadır (EK 2). ‘Uyku Alışkanlıkları’ bölümünde günde toplam uyuma saati, düzenli olup olmadığı, gün içinde uyuma durumu, uyku bozukluğu yaşayan yakının olup olmama durumunu sorgulayan 4 soru bulunmaktadır (EK 2). Bireylerin besin alım durumu saptamak için ‘Gıda Sıklık Anketi’ uygulanmıştır. (EK 3). Kafein alım düzeylerini saptamak için ‘Kafein Tüketim Sıklığı Anketi’ uygulanmıştır (EK 4). Bireylerin uyku kalitesini belirlemek için ‘Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’ anketi kullanılmıştır (EK 5). Bireylerin depresyon şiddeti ‘Beck Depresyon Envanteri’ kullanılarak belirlenmiştir (EK 6).

3.3.3. Beden Kütle İndeksi

Beden Kütle İndeksi (BKİ) yetişkinlerde beslenme durumunu gösteren bir ölçüdür. Bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine (kg/m²) bölünmesiyle elde edilmiştir. BKİ değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği değerler baz alınmıştır (Tablo 3.1) (WHO).

Tablo 3.1 BKİ Sınıflandırılması

Sınıflama	BKI (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,5-24,9
Obezite öncesi	25,0-29,9
1.Derecede obezite	30,0-34,9
2.Derecede obezite	35,0-39,9
3.Derecede obezite	40’ın üstü

3.3.4. Gıda Sıklığı Anketi

Bireylerin besin tüketim sıklıkları Gıda Sıklık Anketi (EK 3) aracılığıyla sorgulanmıştır. Besin tüketim sıklığı anketi; süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri, sebze

ve meyveler, tahıllar, kuru baklagiller, yağlı tohumlar, yağlar, tatlılar hazır yemeklerden oluşmuştur. Katılımcılar her bir besin için ""her gün", "haftada 1-2", "haftada 3-4", "haftada 5-6", "15 günde bir", "ayda bir" ve "hiç " seçeneklerinden bir tanesini seçtikten sonra; tek seferde tükettikleri miktar bilgisi alınmış ve günlük tüketim miktarları hesaplanmıştır. Her besin için yaygın kullanılan porsiyon boyutları (dilim, adet/tane, tatlı kaşığı, yemek kaşığı, çay bardağı, su bardağı, porsiyon gibi) kullanılmıştır. Anketi verileri ‘Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS)’ kullanılarak analiz edilmiştir.

3.3.5. Kafein Tüketim Sıklığı Anketi

Bireylerin kafein tüketim sıklıkları Kafein Tüketim Sıklığı Anketi (EK 4) aracılığıyla sorgulanmıştır. Kafein tüketim sıklığı anketi; çay çeşitleri, kahve çeşitleri, kafein içeren diğer içecekler ve yiyeceklerden oluşmuştur. Katılımcılar her bir besin için ""her gün", "haftada 1-2", "haftada 3-4", "haftada 5-6", "15 günde bir", "ayda bir" ve "hiç " seçeneklerinden bir tanesini seçtikten sonra; tek seferde tükettikleri miktar bilgisi alınmış ve günlük tüketim miktarları hesaplanmıştır. Anket verileri ‘‘Ansiklopedik Beslenme, Diyet ve Gıda Sözlüğü’’ kitabındaki ‘‘Bazı İçeceklerin Kafein Miktarları’’ tablosu baz alınarak ve Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS)’ kullanılarak analiz edilmiştir (Aksoy 2007).

3.3.6. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

PUKİ, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, kabul edilebilir homojenliğe, tutarlılığa ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir (Buysse ve diğ. 1989). Agargün ve arkadaşları tarafından ülkemizde 1996 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Agargün ve diğ. 1996).

PUKİ, bireyin son bir aydaki uyku kalitesi ve rahatsızlıklarını değerlendirmektedir. 24 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 5’i uyku partneri veya kişinin oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Yedi birleşene ilişkin puanlar elde edilmektedir. Birleşenler; sübjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Yedi birleşenin puanlarının toplamı PUKİ puanını vermektedir.

Toplam PUKİ puanı 0-21 arasında değer almaktadır. Her madde 0-3 arasında bir puanla değerlendirilmektedir. Toplam puanı 5 ve altında olanlar “iyi” uyku kalitesine sahip olarak değerlendirilirken, toplam puanı 5’in üzerinde olanlar “kötü” uyku kalitesine sahip olarak değerlendirilmektedir (Önder ve diğ. 2016).

3.3.7. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen 21 sorudan oluşan ve depresyonun derecesini ölçmekte kullanılan bir ölçektir (Beck ve diğ. 1961). Hisli tarafından 1988 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Hisli 1988). Beck Depresyon Envanteri karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir değerlendirme ifadesini içermektedir (Seber ve diğ. 1993). 0-9 puan arası “minimal”, 10-16 puan arası “hafif derecede duygu durum bozukluğu”, 17-19 puan arası “orta derecede depresyon”, 30-63 puanda “şiddetli depresyon” olarak değerlendirilmektedir (Rujnan ve diğ. 2019). Ölçekten alınan 17 ve üzerindeki puanların normalin üzerinde depresyonu belirleyen kesme noktaları olarak alınabileceği görülmektedir (Hisli 1989).

3.3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Demografik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri betimsel istatistik olarak (frekans ve yüzde) olarak sunulmuştur. Normal dağılım uygunluk kontrolü “Shapiro-Wilk Testi” ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin özet istatistiklerinde normal dağılım gösteriyorsa ortalama (\bar{X})±standart sapma (SS), normal dağılım göstermiyorsa medyan (min-max) olarak verilmiştir

Bağımsız iki grup karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için “Bağımsız Örneklem T Testi”, normal dağılım göstermeyenler için ise “Mann-Whitney U Testi” kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için “Tek Yönlü ANOVA Testi”, normal dağılım göstermeyenler için ise “Kruskal-Wallis H Testi” kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma sonuçları ortalama ve medyan değerlerinin yanında harfli gösterim ile verilmiştir.

Ölçeklerin arasındaki ilişki değişkenler normal dağılıma sahip olmadığından “Spearman’s Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı” ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısının yorumunda “ $<0,2$ ise çok zayıf derecede korelasyon”, “ $0,2-0,4$ arasında ise zayıf derecede korelasyon”, “ $0,4-0,6$ arasında ise orta derecede korelasyon”, “ $0,6-0,8$ arasında ise yüksek derecede korelasyon”, “ $0,8>$ ise çok yüksek derecede korelasyon” kriterleri kullanılmıştır (Choi ve diğ. 2010).

Değişkenler arası ilişkinin test edilmesinde “Regresyon Analizi” kullanılmıştır. Regresyon analizi, ilişkili iki değişkenin bir bağımlı değişken ve bir bağımsız değişkenin aralarındaki ilişkinin matematiksel denklik ile açıklanmasıdır (Büyüköztürk 2018).

Çalışılan ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri “Cronbach’s Alpha Katsayısı” ile değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmada anlamlılık düzeyleri “ $\alpha<0,05$, $\alpha<0,01$, $\alpha<0,001$ ” olarak alıranak hipotezler çift yönlü kurulmuştur. İstatistiksel analizlerde “SPSS v26 (IBM Inc., Chicago, IL, USA)” paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde çalışma kriterlerine uygun olarak dâhil edilen 96 birey üzerinden, çalışmanın durumlarına ilişkin elde edilen bulguların değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Bulguları

Çalışmaya katılan bireylerin demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1 Bireylerin demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	57	59,4
Erkek	39	40,6
Yaş Grup		
30 yaş altı	22	22,9
30-40 yaş arası	24	25,0
40-50 yaş arası	37	38,5
50 yaş ve üzeri	13	13,5
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	38,25±10,273	
Medeni Durum		
Evli	63	65,6
Bekâr	33	34,4
Meslek		
Doktor	6	6,3
Hemşire	18	18,8
Ebe	15	15,6
Sağlık Memuru	22	22,9
Diğer	35	36,5
Aylık Gelir		
İyi	65	67,7
Kötü	31	32,3
Sigara Kullanım Durumu	n	%
Evet	23	24,0
Hayır	73	76,0
Alkol Kullanım Durumu		
Evet	17	17,7
Hayır	79	82,3
Uykudan Önce Teknolojik Alet Kullanımı		
Evet	73	76,0
Hayır	23	24,0
Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi Grup		
30 dk altı	33	45,2
30 - 60 dk arası	14	19,2
60 dk ve üzeri	26	35,6
Fiziksel Aktivite Durumu		
Evet	24	25,0
Hayır	72	75,0

Çalışmaya katılan bireylerin demografik bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, cinsiyetlerine göre %59,4'ünün (57 kişi) kadın ve %40,6'sının (39 kişi) erkek olduğu, yaş gruplarına göre %22,9'unun (22 kişi) 30 yaş altı, %25'inin (24 kişi) 30-40 yaş arası, %38,5'inin (37 kişi) 40-50 yaş arası, %13,6'sının (13 kişi) 50 yaş ve üzeri olduğu, yaş ortalamasının $38,25 \pm 10,27$ yıl olduğu, medeni durumlarına göre %65,6'sının (63 kişi) evli ve %34,4'ünün (33 kişi) bekr olduğu, mesleklerine göre %6,2'sinin (6 kişi) doktor, %18,8'inin (18 kişi) hemşire, %15,6'sının (15 kişi) ebe, %22,9'unun (22 kişi) sağlık memuru ve %36,5'inin (35 kişi) diğer meslek gruplarında olduğu, aylık gelirlerine göre %67,7'sinin (65 kişi) iyi gelir düzeyine ve %32,3'ünün (31 kişi) kötü gelir düzeyine sahip olduğu, sigara kullanımına göre %24'ünün (23 kişi) sigara kullandığı ve %76'sının (73 kişi) sigara kullanmadığı, alkol kullanma durumlarına göre %17,7'sinin (17 kişi) alkol kullandığı ve %82,3'ünün (79 kişi) alkol kullanmadığı, uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre %76'sının (73 kişi) uykudan önce teknolojik alet kullandığı ve %24'ünün (23 kişi) uykudan önce teknolojik alet kullanmadığı, yatmadan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre %45,2'sinin (33 kişi) 30 dk altı, %19,2'sinin (14 kişi) 30-60 dk arası, %35,6'sının (26 kişi) 60 dk ve üzeri kullandığı, fiziksel aktivite durumlarına göre %25'inin (24 kişi) fiziksel aktivite yaptığı ve %75'inin (72 kişi) fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2 Bireylerin beslenme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

BKİ Grup	n	%
Normal Kilolu	51	53,1
Hafif Şişman	33	34,4
Obez	12	12,5
BKİ ($\bar{X} \pm SS$)	25,21 \pm 3,78	
Ailede Beslenme Eğitimi Alma Durumu*		
Anne	4	4,2
Baba	5	5,2
Kardeş	4	4,2
Çocuk	2	2,1
Kendi	20	20,8
Yok	68	70,8
Öğün Sayısı		
2 öğün	31	32,3
3 öğün	54	56,3
4 öğün ve daha fazla	11	11,4

Tablo 4.2 (devamı) Bireylerin beslenme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

Öğün Atlama Durumu	n	%
Evet	78	81,2
Hayır	18	18,8
Atlanan Öğün Durumu		
Sabah	21	26,9
Kuşluk	4	5,1
Öğle	41	52,6
İkinci	7	9,0
Akşam	5	6,4
Yemek Yeme Alışkanlığı		
Sık sık azar azar	13	13,5
Sık sık çok miktarda	2	2,1
Normal öğünlerde az miktarda	4	4,2
Normal öğünlerde çok miktarda	10	10,4
Normal öğünlerde normal miktarda	54	56,3
Uzun aralarla azar azar	3	3,1
Uzun aralarla çok miktarda	10	10,4
Besin Tüketim Şekli		
Yavaş çiğneyerek	17	17,7
Normal sürede	56	58,3
Hızlı bir şekilde	23	24,0
Vitamin veya Mineral Takviyesi Durumu		
Hayır	81	84,4
Vitamin Takviyesi	15	15,6
Yatmaya Yakın Yeme İçme Durumu		
Evet	46	47,9
Hayır	50	52,1
Günlük Sıvı Tüketim Miktarı ($\bar{X} \pm SS$)		2,06±0,81

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, BKİ gruplarına göre %53,1'inin (51 kişi) normal kilolu, %34,4'ünün (33 kişi) hafif şişman, %12,5'inin (12 kişi) obez olduğu ve ortalamasının $25,21 \pm 3,78$ kg/m² olduğu, ailede beslenme eğitimi alma durumlarına göre %4,2'sinin (4 kişi) annesinin, %5,2'sinin (5 kişi) babasının, %4,2'sinin (4 kişi) kardeşinin, %2,1'inin (2 kişi) çocuğunun, %20,8'inin (20 kişi) kendisinin eğitim aldığı ve %70,8'inin (68 kişi) eğitim almadığı, öğün sayılarına göre %32,3'ünün (31 kişi) 2 öğün, %56,3'ünün (54 kişi) 3 öğün, %11,4'ünün (11 kişi) 4 öğün ve daha fazla tükettiği, öğün atlama durumlarına göre %81,2'sinin (78 kişi) öğün atladığı ve %18,8'inin (18 kişi) öğün atlamadığı, atlanılan öğün durumlarına göre %26,9'unun (21 kişi) sabah, %5,1'inin (4 kişi) kuşluk, %52,6'sının (41 kişi) öğle, %9'unun (7 kişi) ikinci ve %6,4'ünün (5 kişi) akşam öğününü atladığı, yemek yeme alışkanlıklarına göre %13,5'inin (13 kişi) sık sık azar azar, %2,1'inin (2 kişi) sık sık çok miktarda, %4,2'sinin (4 kişi) normal öğünlerde az miktarda, %10,4'ünün (10 kişi) normal öğünlerde çok miktarda, %56,3'ünün (54 kişi) normal öğünlerde normal miktarda, %3,1'inin (3 kişi) uzun aralarla azar azar ve %10,4'ünün (10 kişi) uzun aralarla çok miktarda yeme alışkanlığı olduğu, besin

tüketim şekillerine göre %17,7'sinin (17 kişi) yavaş çiğneyerek, %58,3'ünün (56 kişi) normal sürede ve %24'ünün (23 kişi) hızlı bir şekilde besin tükettiği, vitamin veya mineral takviyesi tüketim durumlarına göre %84,4'ünün (81 kişi) vitamin veya mineral tüketmediği, %15,6'sının (15 kişi) vitamin takviyesi tükettiği, yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre %47,9'unun (46 kişi) yatmaya yakın yiyip içtiği ve %52,1'inin (50 kişi) yatmaya yakın yiyip içmediği, günlük sıvı tüketim miktarı ortalamalarının $2,06 \pm 0,81$ ml olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan bireylerin içecek ve kahve tüketim bulgularının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3 Bireylerin içecek ve kahve tüketim bulgularının tanımlayıcı istatistikleri

Çay Tüketiminin Yoğun Olduğu Zaman Dilimi Durumu*	n	%
Sabah	51	53,1
Kuşluk	4	4,2
Öğle	21	21,9
İkinci	6	6,3
Akşam	28	29,2
Gece	4	4,2
Kahve Tüketiminin Yoğun Olduğu Zaman Dilimi Durumu*		
Sabah	20	20,8
Kuşluk	23	24,0
Öğle	23	24,0
İkinci	12	12,5
Akşam	20	20,8
Gece	1	1,0
Diğer İçecek Tüketiminin Yoğun Olduğu Zaman Dilimi Durumu*		
Sabah	16	16,7
Kuşluk	6	6,3
Öğle	20	20,8
İkinci	11	11,5
Akşam	35	36,5
Gece	4	4,2
Yiyecek Tüketiminin Yoğun Olduğu Zaman Dilimi Durumu*		
Sabah	7	7,3
Kuşluk	3	3,1
Öğle	23	24,0
İkinci	14	14,6
Akşam	44	45,8
Gece	9	9,4
Kafein Bilgisi Durumu		
Evet	37	38,6
Kısmen	44	45,8
Hayır	15	15,6
Günlük Kafein Tüketim Miktarı		
200 mg altı	60	62,5
200-300 mg arası	24	25,0
300 mg ve üzeri	12	12,5

Çalışmaya katılan bireylerin içecek ve kahve tüketim bulgularının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, çay tüketiminin yoğun olduğu zaman dilimi durumlarına

göre %53,1'inin (51 kişi) sabah, %4,2'sinin (4 kişi) kuşluk, %21,9'unun (21 kişi) öğle, %6,3'ünün (6 kişi) ikindi, %29,3'sinin (28 kişi) akşam ve %4,2'sinin (4 kişi) gece tüketiminin yoğun olduğu, kahve tüketiminin yoğun olduğu zaman dilimi durumlarına göre %20,8'inin (20 kişi) sabah, %24'ünün (23 kişi) kuşluk, %24'ünün (23 kişi) öğle, %12,5'inin (12 kişi) ikindi, %20,8'inin (20 kişi) akşam ve %1'inin (1 kişi) gece tüketiminin yoğun olduğu, diğer içecek tüketiminin yoğun olduğu zaman dilimi durumlarına göre %16,7'sinin (16 kişi) sabah, %6,3'ünün (6 kişi) kuşluk, %20,8'inin (20 kişi) öğle, %11,5'inin (11 kişi) ikindi, %36,5'inin (35 kişi) akşam ve %4,2'sinin (4 kişi) gece tüketiminin yoğun olduğu, yiyecek tüketiminin yoğun olduğu zaman dilimi durumlarına göre %7,3'ünün (7 kişi) sabah, %3,1'inin (3 kişi) kuşluk, %24'ünün (23 kişi) öğle, %14,6'sının (14 kişi) ikindi, %45,8'inin (44 kişi) akşam ve %9,4'ünün (9 kişi) gece tüketiminin yoğun olduğu, kafein bilgisi durumlarına göre %38,6'sının (37 kişi) kafein bilgisinin olduğu, %45,8'inin (44 kişi) kısmen kafein bilgisi olduğu ve %15,6'sının kafein bilgisi olmadığı, günlük kafein tüketim miktarlarına göre %62,5'inin (60 kişi) 200 mg altı, %25'inin (24 kişi) 200-300 mg arası ve %12,5'inin (12 kişi) 300 mg ve üzeri kafein tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan bireylerin uyku durumlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4 Bireylerin uyku durumlarının tanımlayıcı istatistikleri

Toplam Uyku Saati	n	%
3-5 saat	8	8,3
6-8 saat	76	79,2
8 saatten fazla	12	12,5
Düzenli Uyku Saati		
Evet	59	61,5
Hayır	37	38,5
Gün İçinde Uyuma Durumu		
Evet	16	16,7
Hayır	80	83,3
Uyku Bozukluğu Yaşayan Yakını Olma Durumu		
Evet	13	13,5
Hayır	83	86,5

Çalışmaya katılan bireylerin uyku durumlarının tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, günlük toplam uyku saatlerine göre %8,3'ünün (8 kişi) 3-5 saat arası, %79,2'sinin (76 kişi) 6-8 saat arası ve %12,5'inin (12 kişi) 8 saatten fazla uyuduğu,

düzenli uyku durumlarına göre %61,5'inin (59 kişi) düzenli uyku uyuduğu ve %38,5'inin (37 kişi) düzenli uyku uyumadığı, gün içinde uyuma durumlarına göre %16,7'sinin (16 kişi) gün içinde uyuduğu ve %83,3'ünün (80 kişi) gün içinde uyumadığı, uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre %13,5'inin (13 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olduğu ve %86,5'inin (83 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.4).

4.2. Beck Depresyon Envanteri'ne (BDE) İlişkin Bulgular

4.2.1. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Güvenirlik Analizi

Güvenirlik analizi Cronbach (1951) tarafından geliştirilen bir iç tutarlık katsayısı olan “Cronbach Alpa Katsayısı” ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” 96 bireye uygulanmış ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5 BDE için Cronbach’s Alpha değerleri

Alt Boyut	Cronbach’s Alpha Değeri
BDE Toplam	0,744

21 ifadenin yer aldığı “Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE)” güvenilirlik analizi Hisli (1989) tarafından yapılmış ve “Cronbach’s Alpha” değeri 0,84 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da “BDE Toplam” puanı için ($\alpha = 0,744$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Sonuç olarak ölçeğin güvenilir olduğu bulunmuştur.

“Beck Depresyon Envanteri (BDE)” puanlarının özet istatistik değerleri hesaplanmış ve sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6 BDE puanlarının özet istatistikleri

	Minimum	Maksimum	Ort.	Std. Sapma
BDE Toplam	0,00	16,00	7,01	4,88

“Beck Depresyon Envanteri (BDE)” puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri incelendiğinde, “BDE Toplam” puanlarda en küçük 0,0 ile en yüksek 16,0 arası değer aldığı ve ortalamasının $7,01 \pm 4,88$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

“Beck Depresyon Envanteri (BDE)” toplam puanlarına göre bireylerin depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7 Bireylerin depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Depresyon Düzeyi	n	%
Minimal Depresyon	61	63,5
Hafif Depresyon	35	36,5

“Beck Depresyon Envanteri (BDE)” toplam puanlarına göre bireylerin depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, %63,5’inin (61 kişi) minimal depresyon ve %36,5’inin (35 kişi) hafif depresyon düzeyinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

4.2.2. Beck Depresyon Envanteri’nin (BDE) Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin demografik değişkenlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri ve BDE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8-Tablo 4.25’te verilmiştir.

Tablo 4.8 Bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Cinsiyet	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Kadın	35	57,4	22	62,9
Erkek	26	42,6	13	37,1

Bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %57,4’ünün (35 kişi) kadın ve %42,6’sının (26 kişi) erkek olduğu, hafif depresyon grubunda olanların %62,9’unun (22 kişi) kadın ve %37,1’inin (13 kişi) erkek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.9 BDE puanlarının bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Kadın	7,39±4,45	7 (0-15)	962	0,263
	Erkek	6,46±5,48	5 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.10 Bireylerin yaş gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yaş Grup	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
30 yaş altı	13	21,3	9	25,7
30-40 yaş arası	15	24,6	9	25,7
40-50 yaş arası	25	41,0	12	34,3
50 yaş ve üzeri	8	13,1	5	14,3

Bireylerin yaş gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %21,3'ünün (13 kişi) 30 yaş altı, %24,6'sının (15 kişi) 30-40 yaş arası, %41'inin (25 kişi) 40-50 yaş arası ve %13,1'inin (8 kişi) 50 yaş ve üzeri olduğu, hafif depresyon grubunda olanların %25,7'sinin (9 kişi) 30 yaş altı, %25,7'sinin (9 kişi) 30-40 yaş arası, %34,3'ünün (12 kişi) 40-50 yaş arası ve %14,3'ünün (5 kişi) 50 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 BDE puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yaş Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	30 yaş altı	7,68±5,44	6 (0-16)	0,709	0,871
	30-40 yaş arası	7,25±4,67	6,5 (0-16)		
	40-50 yaş arası	6,70±4,49	7 (0-16)		
	50 yaş ve üzeri	6,31±5,75	3 (0-15)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.12 Bireylerin medeni durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Medeni Durum	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evli	39	63,9	24	68,6
Bekâr	22	36,1	11	31,4

Bireylerin medeni durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %63,9'unun (39 kişi) evli ve %36,1'inin (22 kişi) bekâr olduğu, hafif depresyon grubunda olanların %68,6'sının (24 kişi) evli ve %31,4'ünün (11 kişi) bekâr olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.13 BDE puanlarının bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evli	6,81±7,96	6 (0-16)	967,5	0,578
	Bekâr	7,39±4,79	7 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.14 Bireylerin gelir düzeylerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Gelir Düzeyi	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
İyi	40	65,6	25	71,4
Kötü	21	34,4	10	28,6

Bireylerin gelir düzeylerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %65,6'sının (40 kişi) iyi ve %34,4'ünün (21 kişi) kötü gelir düzeyine sahip olduğu, hafif depresyon grubunda olanların %71,4'ünün (25 kişi) iyi ve %28,6'sının (10 kişi) kötü gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.15 BDE puanlarının bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Gelir Düzeyi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	İyi	7,06±4,93	7 (0-16)	992	0,903
	Kötü	6,90±4,86	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.16 Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Sigara Kullanım Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	12	19,7	11	31,4
Hayır	49	80,3	24	68,6

Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %19,7'sinin (12 kişi) sigara kullandığı ve %80,3'ünün (49 kişi) sigara kullanmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %31,4'ünün (11 kişi) sigara kullandığı ve %68,6'sının (24 kişi) sigara kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.17 BDE puanlarının bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Sigara Kullanım Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	8,09±5,35	8 (0-16)	707	0,254
	Hayır	6,67±4,72	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.18 Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Alkol Kullanım Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	11	18,0	6	17,1
Hayır	50	82,0	29	82,9

Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %18'inin (11 kişi) alkol kullandığı ve %82'sinin (50 kişi) alkol kullanmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %17,1'inin (6 kişi) alkol kullandığı ve %82,9'unun (29 kişi) alkol kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.19 BDE puanlarının bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Alkol Kullanım Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	7,65±5,31	6 (0-16)	617	0,600
	Hayır	6,87±4,81	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.20 Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanım Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	45	73,8	28	80,0
Hayır	16	26,2	7	20,0

Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %73,8'inin (45 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullandığı ve %26,2'sinin (16 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullanmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %80'inin (28 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullandığı ve %20'sinin (7 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.21 BDE puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanım Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE	Evet	7,25±4,76	7 (0-16)	732	0,355
Toplam	Hayır	6,26±5,29	5 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.22 Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Uykudan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
30 dk altı	20	44,4	13	46,4
30-60 dk arası	8	17,8	6	21,4
60 dk ve üzeri	17	37,8	9	32,2

Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %44,4'ünün (20 kişi) 30 dk ve altı süre teknolojik alet kullandığı, %17,8'inin (8 kişi) 30-60 dk arası süre teknolojik alet kullandığı ve %37,8'inin (17 kişi) 60 dk ve üzeri süre teknolojik alet kullandığı, hafif depresyon grubunda olanların %46,4'ünün (13 kişi) 30 dk ve altı süre teknolojik alet kullandığı, %21,4'ünün (6 kişi) 30-60 dk arası süre teknolojik alet kullandığı ve %32,2'sinin (9 kişi) 60 dk ve üzeri süre teknolojik alet kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.22).

Tablo 4.23 BDE puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Uykudan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	F	p
BDE	30 dk altı	8,03±4,88	8 (0-16)	1,273	0,286
	30-60 dk arası	7,57±4,50	7,5 (0-15)		
Toplam	60 dk ve üzeri	6,08±4,69	5 (0-15)		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi

BDE Toplam puanları bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.24 Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Fiziksel Aktivite Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	19	31,1	5	14,3
Hayır	42	68,9	30	85,7

Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %31,1'inin (19 kişi) fiziksel aktivite yaptığı ve %68,9'unun (42 kişi) fiziksel aktivite yapmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %14,3'ünün (5 kişi) fiziksel aktivite yaptığı ve %85,7'sinin (30 kişi) fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur (Tablo 4.24).

Tablo 4.25 BDE puanlarının bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Fiziksel Aktivite Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	5,46±3,96	5 (0-15)	667,5	0,096
	Hayır	7,53±5,08	7,5 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.2.3. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Bireylerin Beslenme Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme bulgularına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri ve BDE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.26 -Tablo 4.35'de verilmiştir.

Tablo 4.26 Bireylerin BKİ gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

BKİ Grup	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Normal Kilolu	32	52,5	19	54,3
Şişman	23	37,7	10	28,6
Obez	6	9,8	6	17,1

Bireylerin BKİ gruplarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %52,5'inin (32 kişi) normal kilolu, %37,7'sinin (23 kişi) şişman ve %9,8'inin (6 kişi) obez olduğu, hafif depresyon grubunda olanların %54,3'ünün (19 kişi) normal kilolu, %28,6'sının (10 kişi) şişman ve %17,1'inin (6 kişi) obez olduğu bulunmuştur (Tablo 4.26).

Tablo 4.27 BDE puanlarının bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	BKİ Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	Normal Kilolu	7,12±4,77	6 (0-16)	1,838	0,399
	Şişman	6,39±5,43	5 (0-16)		
	Obez	8,25±3,79	8,5 (2-13)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.28 Bireylerin öğün sayılarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Öğün Sayısı	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
2 öğün	20	32,8	11	31,4
3 öğün	35	57,4	19	54,3
4 öğün ve üzeri	6	9,8	5	14,3

Bireylerin öğün sayılarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %32,8'inin (20 kişi) 2 öğün, %57,4'ünün (35 kişi) 3 öğün ve %9,8'inin (6 kişi) 4 öğün ve üzeritükettiği, hafif depresyon grubunda olanların %31,4'ünün (11 kişi) 2 öğün, %54,3'ünün (19 kişi) 3 öğün ve %14,3'ünün (5 kişi) 4 öğün ve üzeri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.28).

Tablo 4.29 BDE puanlarının bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Öğün Sayısı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	2 öğün	7,19±5,17	7 (0-16)	0,334	0,846
	3 öğün	6,78±4,73	6 (0-16)		
	4 öğün ve üzeri	7,64±5,20	7 (0-15)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.30 Bireylerin öğün atlama durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Öğün Atlama Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	47	77,0	31	88,6
Hayır	14	23,0	4	11,4

Bireylerin öğün atlama durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %77'sinin (47 kişi) öğün atladığı ve %23'ünün (14 kişi) öğün atlamadığı, hafif depresyon grubunda olanların %88,6'sının (31 kişi) öğün atladığı ve %11,4'ünün (4 kişi) öğün atlamadığı bulunmuştur (Tablo 4.30).

Tablo 4.31 BDE puanlarının bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Öğün Atlama Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	7,26±4,98	7 (0-15)	596	0,318
	Hayır	5,94±4,41	5 (1-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.32 Bireylerin besin tüketim şekillerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Besin Tüketim Şekli	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Yavaş çiğneyerek	11	18,0	6	17,1
Normal sürede	39	64,0	17	48,6
Hızlı bir şekilde	11	18,0	12	34,3

Bireylerin besin tüketim şekillerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %18'inin (11 kişi) yavaş çiğneyerek, %64'ünün (39 kişi) normal sürede ve %18'inin (11 kişi) hızlı bir şekilde tükettiği, hafif depresyon grubunda olanların %17,1'inin (6 kişi) yavaş çiğneyerek, %48,6'sının (17 kişi) normal sürede ve %34,3'ünün (12 kişi) hızlı bir şekilde tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.32).

Tablo 4.33 BDE puanlarının bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Besin Tüketim Şekli	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	Yavaş çiğneyerek	7,53±5,44	5 (0-15)	4,422	0,110
	Normal sürede	6,21±4,87	6 (0-16)		
	Hızlı bir şekilde	8,57±4,23	9 (0-16)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$)

Tablo 4.34 Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yatmaya Yakın Yeme İçme Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	25	41,0	21	60,0
Hayır	36	59,0	14	40,0

Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %41'inin (25 kişi) yatmaya yakın yeme ve içme durumunun olduğu ve %59'unun (36 kişi) yatmaya yakın yeme içme durumunun olmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %60'ının (21 kişi) yatmaya yakın yeme ve içme durumunun olduğu ve

%40'ının (14 kişi) yatmaya yakın yeme içme durumunun olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.34).

Tablo 4.35 BDE puanlarının bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yatmaya Yakın Yeme İçme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	7,87±4,92	7,5 (0-16)	920,5	0,091
	Hayır	6,22±4,76	5 (1-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.2.4. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Bireylerin Kafein Tüketim Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin kafein tüketim bulgularına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri ve BDE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.36-Tablo 4.39'da verilmiştir.

Tablo 4.36 Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Kafein Tüketim Bilgisi	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	27	44,3	10	28,6
Kısmen	24	39,3	20	57,1
Hayır	10	16,4	5	14,3

Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %44,3'ünün (27 kişi) kahve tüketim bilgisinin olduğu, %39,3'ünün (24 kişi) kısmen kahve tüketim bilgisinin olduğu ve %16,4'ünün (10 kişi) kahve tüketim bilgisinin olmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %28,6'sının (10 kişi) kahve tüketim bilgisinin olduğu, %57,1'inin (20 kişi) kısmen kahve tüketim bilgisinin olduğu ve %14,3'ünün (5 kişi) kahve tüketim bilgisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.36).

Tablo 4.37 BDE puanlarının bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Kafein Tüketim Bilgisi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	Evet	5,76±4,98	5 (0-15)	4,416	0,110
	Kısmen	7,86±4,68	8 (0-16)		
	Hayır	7,60±4,90	6 (0-16)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.38 Bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Kafein Tüketim Miktarı	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
200 mg altı	40	65,6	20	57,1
200-300 mg arası	12	19,7	12	34,3
300 mg ve üzeri	9	14,8	3	8,6

Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %65,6'sının (40 kişi) 200 mg altı kahve tükettiği, %19,7'sinin (12 kişi) 200-300 mg arası kafein tükettiği ve %14,8'inin (9 kişi) 300 mg ve üzeri kafein tükettiği, hafif depresyon grubunda olanların %57,1'inin (20 kişi) 200 mg altı kafein tükettiği, %34,3'ünün (12 kişi) 200-300 mg arası kafein tükettiği ve %8,6'sının (3 kişi) 300 mg ve üzeri kafein tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.38).

Tablo 4.39 BDE puanlarının bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Kafein Tüketim Miktarı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	200 mg altı	6,58±4,89	5 (0-16)	2,000	0,368
	200-300 mg arası	8,13±4,67	8 (0-16)		
	300 mg ve üzeri	6,92±5,33	6,5 (0-16)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.2.5. Beck Depresyon Envanteri'nin (BDE) Uyku Durumu Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin uyku durumu bulgularına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri ve BDE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.40 - Tablo 4.48'de verilmiştir.

Tablo 4.40 Bireylerin toplam uyku saatlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Toplam Uyku Saati	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
3-5 saat	5	8,2	3	8,6
6-8 saat	46	75,4	30	85,7
8 saatten fazla	10	16,4	2	5,7

Bireylerin toplam uyku saatlerine göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %8,2'sinin (5 kişi) 3-5 saat uyuduğu, %75,4'ünün (46 kişi) 6-8 saat arası uyuduğu ve %16,4'ünün (10 kişi) 8 saatten fazla uyuduğu, hafif depresyon grubunda olanların %8,6'sının (3 kişi) 3-5 saat uyuduğu, %85,7'sinin (30 kişi) 6-8 saat arası uyuduğu ve %5,7sinin (2 kişi) 8 saatten fazla uyuduğu bulunmuştur (Tablo 4.40).

Tablo 4.41 BDE puanlarının bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Toplam Uyku Saati	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
BDE Toplam	3-5 saat	5,63±4,37	4 (0-11)	1,381	0,501
	6-8 saat	7,34±5,17	7 (0-16)		
	8 saatten fazla	5,83±2,86	5,5 (2-12)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

BDE Toplam puanları bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.42 Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Düzenli Uyku Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	38	62,3	21	60,0
Hayır	23	37,7	14	40,0

Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %62,3'ünün (38 kişi) düzenli uyku uyuduğu ve %37,7'sinin (23 kişi) düzenli uyku uyumadığı, hafif depresyon grubunda olanların %60'ının (21 kişi) düzenli uyku uyuduğu ve %40'ının (14 kişi) düzenli uyku uyumadığı bulunmuştur (Tablo 4.42).

Tablo 4.43 BDE puanlarının bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Düzenli Durumu	Uyku	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet		6,81±4,83	6 (0-16)	1026,5	0,624
	Hayır		7,32±5,02	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.44 Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Gün İçinde Uyuma Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	12	19,7	4	11,4
Hayır	49	80,3	31	88,6

Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %19,7'sinin (12 kişi) gün içinde uyuduğu ve %80,3'ünün (49 kişi) gün içinde uyumadığı, hafif depresyon grubunda olanların %11,4'ünün (4 kişi) gün içinde uyuduğu ve %88,6'sının (31 kişi) gün içinde uyumadığı bulunmuştur (Tablo 4.44).

Tablo 4.45 BDE puanlarının bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Gün İçinde Uyuma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	6,13±4,94	5,5 (0-16)	558,5	0,422
	Hayır	7,19±4,89	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.46 Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri

Uyku Bozukluğu Yaşayan Yakını Olma Durumu	Minimal Depresyon		Hafif Depresyon	
	n	%	n	%
Evet	6	9,8	7	20,0
Hayır	55	90,2	28	80,0

Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre depresyon düzeylerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, minimal depresyon grubunda olanların %9,8'inin (6 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olduğu ve %90,2'sinin (55 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olmadığı, hafif depresyon grubunda olanların %20'sinin (7 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olduğu ve %80'inin (28 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.46).

Tablo 4.47 BDE puanlarının bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Uyku Bozukluğu Yaşayan Yakını Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
BDE Toplam	Evet	8,31±5,12	9 (0-15)	449	0,331
	Hayır	6,81±4,85	6 (0-16)		

U: Mann-Whitney U Testi

BDE Toplam puanları bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ne (PUKİ) İlişkin Bulgular

4.3.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Güvenirlik Analizi

Araştırmada kullanılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 96 bireye uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Tablo 4.48'de verilmiştir.

Tablo 4.48 PUKİ için Cronbach's Alpha değerleri

Alt Boyut	Cronbach's Alpha Değeri
PUKİ Toplam	0,744

11 ifadenin yer aldığı "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ)" güvenilirlik analizi Ağargün (1996) tarafından yapılmış ve "Cronbach's Alpha" değeri 0,752 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da "PUKİ Toplam" puanı için ($\alpha = 0,744$) olarak bulunmuştur (Tablo 4.48). Sonuç olarak ölçeğin güvenilir olduğu bulunmuştur.

"Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" puanlarının özet istatistik değerleri hesaplanmış ve sonuçları Tablo 4.49'da verilmiştir.

Tablo 4.49 PUKİ puanlarının özet istatistikleri

	Minimum	Maksimum	Ort.	Std. Sapma
PUKİ Toplam	0,00	10,00	4,34	2,24

"Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri incelendiğinde, "PUKİ Toplam" puanlarda ise en küçük 0,0 ile en yüksek 10,0 arası değer aldığı ve ortalamasının $4,34 \pm 2,24$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.49).

"Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" toplam puanlarına göre bireylerin uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.50'de verilmiştir.

Tablo 4.50 Bireylerin uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Uyku Kalitesi Düzeyi	n	%
Uyku Kalitesi İyi	59	61,5
Uyku Kalitesi Kötü	37	38,5

“Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” toplam puanlarına göre bireylerin uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, %61,5’inin (59 kişi) uyku kalitesinin iyi ve %38,5’inin (37 kişi) uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.50).

4.3.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’nin (PUKİ) Bireylerin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin demografik değişkenlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.51-Tablo 4.68’de verilmiştir.

Tablo 4.51 Bireylerin cinsiyetlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Cinsiyet	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Kadın	34	57,6	23	62,2
Erkek	25	42,4	14	37,8

Bireylerin cinsiyetlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %57,6’sının (34 kişi) kadın ve %42,4’ünün (25 kişi) erkek olduğu, uyku kalitesi kötü olanların %62,2’sinin (23 kişi) kadın ve %37,8’inin (14 kişi) erkek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.51).

Tablo 4.52 PUKİ puanlarının bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Kadın	4,54±2,00	4 (1-10)	923,5	0,156
	Erkek	4,05±2,54	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.53 Bireylerin yaş gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yaş Grup	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
30 yaş altı	14	23,7	8	21,6
30-40 yaş arası	11	18,6	13	35,1
40-50 yaş arası	27	45,8	10	27,1
50 yaş ve üzeri	7	11,9	6	16,2

Bireylerin yaş gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %23,7'sinin (14 kişi) 30 yaş altı, %18,6'sının (11 kişi) 30-40 yaş arası, %45,8'inin (27 kişi) 40-50 yaş arası ve %11,9'unun (7 kişi) 50 yaş ve üzeri olduğu, uyku kalitesi kötü olanların %21,6'sının (8 kişi) 30 yaş altı, %35,1'inin (13 kişi) 30-40 yaş arası, %27,1'inin (10 kişi) 40-50 yaş arası ve %16,2'sinin (6 kişi) 50 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.53).

Tablo 4.54 PUKİ puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yaş Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	30 yaş altı	4,64±2,00	4 (1-10)	2,217	0,529
	30-40 yaş arası	4,75±2,54	5 (1-8)		
	40-50 yaş arası	3,92±2,42	4 (0-10)		
	50 yaş ve üzeri	4,31±2,33	4 (1-9)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.55 Bireylerin medeni durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Medeni Durum	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evli	41	69,5	22	59,5
Bekâr	18	30,5	15	40,5

Bireylerin medeni durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %69,5'inin (41 kişi) evli ve %30,5'inin (18 kişi) bekâr olduğu, uyku kalitesi kötü olanların %59,5'inin (22 kişi) evli ve %40,5'inin (15 kişi) bekâr olduğu bulunmuştur (Tablo 4.55).

Tablo 4.56 PUKİ puanlarının bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evli	4,22±2,21	4 (0-10)	943,5	0,454
	Bekâr	4,58±2,31	4 (1-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.57 Bireylerin gelir düzeylerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Gelir Düzeyi	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
İyi	38	64,4	27	73,0
Kötü	21	35,6	10	27,0

Bireylerin gelir düzeylerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %64,4'ünün (38 kişi) iyi ve %35,6'sının (21 kişi) kötü gelir düzeyine sahip olduğu, uyku kalitesi kötü olanların %73'ünün (27 kişi) iyi ve %27'sinin (10 kişi) kötü gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.57).

Tablo 4.58 PUKİ puanlarının bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Gelir Düzeyi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	İyi	4,43±2,24	4 (0-10)	921,5	0,495
	Kötü	4,16±2,27	4 (1-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.59 Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Sigara Kullanım Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	15	25,4	8	21,6
Hayır	44	74,6	29	78,4

Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %25,4'ünün (15 kişi) sigara kullandığı ve %74,6'sının (44 kişi) sigara kullanmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %21,6'sının (8 kişi) sigara kullandığı ve %78,4'ünün (29 kişi) sigara kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.59).

Tablo 4.60 PUKİ puanlarının bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Sigara Kullanım Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	4,61±2,41	4 (1-9)	782	0,618
	Hayır	4,26±2,19	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.61 Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Alkol Kullanım Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	10	16,9	7	18,9
Hayır	49	83,1	30	81,1

Bireylerin alkol kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %16,9'unun (10 kişi) alkol kullandığı ve %83,1'inin (49 kişi) alkol kullanmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %18,9'unun (7 kişi) alkol kullandığı ve %81,1'inin (30 kişi) alkol kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.61).

Tablo 4.62 PUKİ puanlarının bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Alkol Kullanım Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	4,18±2,46	4 (1-9)	636,5	0,734
	Hayır	4,38±2,20	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.63 Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanım Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	46	78,0	27	73,0
Hayır	13	22,0	10	27,0

Bireylerin yatmadan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %78'inin (46 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullandığı ve %22'sinin (13 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullanmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %73'ünün (27 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullandığı ve %27'sinin (10 kişi) yatmadan önce teknolojik alet kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 4.63).

Tablo 4.64 PUKİ puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yatmadan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ	Evet	4,38±2,26	4 (0-10)	806	0,771
Toplam	Hayır	4,22±2,19	4 (1-9)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.65 Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Uykudan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
30 dk altı	23	50,0	10	37,0
30-60 dk arası	8	17,4	6	22,3
60 dk ve üzeri	15	32,6	11	40,7

Bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %50'sinin (23 kişi) 30 dk ve altı süre teknolojik alet kullandığı, %17,4'ünün (8 kişi) 30-60 dk arası süre teknolojik alet kullandığı ve %32,6'sının (15 kişi) 60 dk ve üzeri süre teknolojik alet kullandığı, uyku kalitesi kötü olanların %37'sinin (10 kişi) 30 dk ve altı süre teknolojik alet kullandığı, %22,3'ünün (6 kişi) 30-60 dk arası süre teknolojik alet kullandığı ve %40,7'sinin (11 kişi) 60 dk ve üzeri süre teknolojik alet kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.65).

Tablo 4.66 PUKİ puanlarının bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Uykudan Önce Teknolojik Alet Kullanım Süresi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ	30 dk altı	4,27±2,11	4 (1-10)	0,686	0,710
	30-60 dk arası	4,79±2,61	4 (0-10)		
Toplam	60 dk ve üzeri	4,31±2,33	4 (1-8)		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin uykudan önce teknolojik alet kullanım sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.67 Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Fiziksel Aktivite Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	14	23,7	10	27,0
Hayır	45	76,3	27	73,0

Bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %23,7'sinin (14 kişi) fiziksel aktivite yaptığı ve %76,3'ünün (45 kişi) fiziksel aktivite yapmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %27'sinin (10 kişi) fiziksel aktivite yaptığı ve %73'ünün (27 kişi) fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur (Tablo 4.67).

Tablo 4.68 PUKİ puanlarının bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Fiziksel Aktivite Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	4,71±2,66	4 (1-10)	796	0,560
	Hayır	7,22±2,08	4 (0-9)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin fiziksel aktivite durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Bireylerin BKİ ve Beslenme Alışkanlık Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme bulgularına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.69-Tablo 4.78'de verilmiştir.

Tablo 4.69 Bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

BKİ Grup	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Normal Kilolu	31	52,5	20	54,1
Şişman	21	35,6	12	32,4
Obez	7	11,9	5	13,5

Bireylerin BKİ gruplarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %52,5'inin (31 kişi) normal kilolu, %35,6'sının (21 kişi) şişman ve %11,9'unun (7 kişi) obez olduğu, uyku kalitesi kötü olanların %54,1'inin (20 kişi) normal kilolu, %32,4'ünün (12 kişi) şişman ve %13,5'inin (5 kişi) obez olduğu bulunmuştur (Tablo 4.69).

Tablo 4.70 PUKİ puanlarının bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	BKİ Grup	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	Normal Kilolu	4,65±2,30	4 (1-10)	1,604	0,448
	Şişman	4,06±2,15	4 (1-10)		
	Obez	3,83±2,17	3,5 (0-7)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin BKİ gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.71 Bireylerin öğün sayılarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Öğün Sayısı	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
2 öğün	17	28,8	14	37,8
3 öğün	36	61,0	18	48,6
4 öğün ve üzeri	6	10,2	5	13,6

Bireylerin öğün sayılarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %28,8'inin (17 kişi) 2 öğün, %61'inin (36 kişi) 3 öğün ve %10,2'sinin (6 kişi) 4 öğün ve üzeri tükettiği, uyku kalitesi kötü olanların %37,8'inin (14 kişi) 2 öğün, %48,6'sının (18 kişi) 3 öğün ve %13,6'sının (5 kişi) 4 öğün ve üzeri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.71).

Tablo 4.72 PUKİ puanlarının bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Öğün Sayısı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	2 öğün	4,65±2,15	4 (1-9)	3,663	0,160
	3 öğün	3,94±2,09	4 (0-8)		
	4 öğün ve üzeri	5,45±2,84	4 (2-10)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin öğün sayılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.73 Bireylerin öğün atlama durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Öğün Atlama Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	48	81,4	30	81,1
Hayır	11	18,6	7	18,9

Bireylerin öğün atlama durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %81,4'ünün (48 kişi) öğün atladığı ve %18,6'sının (11 kişi) öğün atlamadığı, uyku kalitesi kötü olanların

%81,1'inin (30 kişi) öğün atladığı ve %18,9'unun (7 kişi) öğün atlamadığı bulunmuştur (Tablo 4.73).

Tablo 4.74 PUKİ puanlarının bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Öğün Atlama Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	4,45±2,30	4 (0-10)	625	0,465
	Hayır	3,89±1,94	4 (1-7)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.75 Bireylerin besin tüketim şekillerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Besin Tüketim Şekli	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Yavaş çiğneyerek	11	18,7	6	16,2
Normal sürede	35	59,3	21	56,8
Hızlı bir şekilde	13	22,0	10	27,0

Bireylerin besin tüketim şekillerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %18,7'sinin (11 kişi) yavaş çiğneyerek, %59,3'ünün (35 kişi) normal sürede ve %22'sinin (13 kişi) hızlı bir şekilde tükettiği, uyku kalitesi kötü olanların %16,2'sinin (6 kişi) yavaş çiğneyerek, %56,8'inin (21 kişi) normal sürede ve %27'sinin (10 kişi) hızlı bir şekilde tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.75).

Tablo 4.76 PUKİ puanlarının bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Besin Tüketim Şekli	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	Yavaş çiğneyerek	3,94±2,30	4 (1-10)	2,064	0,356
	Normal sürede	4,27±2,31	4 (0-10)		
	Hızlı bir şekilde	4,83±2,01	4 (2-9)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin besin tüketim şekillerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.77 Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Yatmaya Yakın Yeme İçme Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	26	44,1	20	54,1
Hayır	33	55,9	17	45,9

Bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %44,1'inin (26 kişi) yatmaya yakın yeme ve içme durumunun olduğu ve %55,9'unun (33 kişi) yatmaya yakın yeme içme durumunun olmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %54,1'inin (20 kişi) yatmaya yakın yeme ve içme durumunun olduğu ve %45,9'unun (17 kişi) yatmaya yakın yeme içme durumunun olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.77).

Tablo 4.78 PUKİ puanlarının bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yatmaya Yakın Yeme İçme Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ	Evet	4,52±2,45	4 (0-10)	1056	0,486
Toplam	Hayır	4,18±2,04	4 (1-9)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Bireylerin Kafein Tüketim Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin kafein tüketim bulgularına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.79 -Tablo 4.82'de verilmiştir.

Tablo 4.79 Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Kafein Tüketim Bilgisi	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	23	39,0	14	37,8
Kısmen	25	42,4	19	51,4
Hayır	11	18,6	4	10,8

Bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %39'unun (23 kişi) kafein tüketim bilgisinin olduğu, %42,4'ünün (25 kişi) kısmen kafein tüketim bilgisinin olduğu ve %18,6'sının (11 kişi) kafein tüketim bilgisinin olmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %37,8'inin (14 kişi) kafein tüketim bilgisinin olduğu, %51,4'ünün (19 kişi) kısmen kafein tüketim bilgisinin olduğu ve %10,8'inin (4 kişi) kafein tüketim bilgisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.79).

Tablo 4.80 PUKİ puanlarının bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Kafein Tüketim Bilgisi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	Evet	4,41±2,61	4 (0-10)	2,130	0,345
	Kısmen	4,65±1,99	4 (1-9)		
	Hayır	3,60±1,88	3 (1-8)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin kafein tüketim bilgilerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.81 Bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Kafein Tüketim Miktarı	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
200 mg altı	43	72,9	17	45,9
200-300 mg arası	11	18,6	13	35,2
300 mg ve üzeri	5	8,5	7	18,9

Bireylerin kafein tüketim miktarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %72,9'unun (43 kişi) 200 mg altı kafein tükettiği, %18,6'sının (11 kişi) 200-300 mg arası kafein tükettiği ve

%8,5'inin (5 kişi) 300 mg ve üzeri kafein tükettiği, uyku kalitesi kötü olanların %45,9'unun (17 kişi) 200 mg altı kafein tükettiği, %35,2'sinin (13 kişi) 200-300 mg arası kafein tükettiği ve %18,9'unun (7 kişi) 300 mg ve üzeri kafein tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.81).

Tablo 4.82 PUKİ puanlarının bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Kafein Tüketim Miktarı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	200 mg altı	3,87±2,09	3 ^a (0-9)	7,484	0,024*
	200-300 mg arası	5,08±2,12	5 ^b (2-10)		
	300 mg ve üzeri	5,25±2,67	5 ^b (1-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

*p<0,05

Ortak harfe sahip olmayan medyanlar arasındaki fark anlamlıdır (p>0,05).

PUKİ Toplam puanları bireylerin kafein tüketim miktarlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (U=7,484; p<0,05). Sonuç incelendiğinde, 300 mg ve üzeri kafein tüketen bireylerin [5^b (1-10)] ve 200-300 mg arası kafein tüketen bireylerin [5^b (2-10)] puan ortancası, 200 mg altı kafein tüketen bireylere [3^a (0-9)] göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

4.3.5. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Uyku Durumu Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin uyku durumu bulgularına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri ve PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.83-Tablo 4.91'de verilmiştir.

Tablo 4.83 Bireylerin toplam uyku saatlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Toplam Uyku Saati	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
3-5 saat	3	5,0	5	13,5
6-8 saat	48	81,4	28	75,7
8 saatten fazla	8	13,6	4	10,8

Bireylerin toplam uyku saatlerine göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %5'inin (3 kişi) 3-5 saat uyuduğu, %81,4'ünün (48 kişi) 6-8 saat arası uyuduğu ve %13,6'sının (8 kişi) 8 saatten fazla uyuduğu, uyku kalitesi kötü olanların %13,5'inin (5 kişi) 3-5 saat uyuduğu, %75,7'sinin (28 kişi) 6-8 saat arası uyuduğu ve %10,8'inin (4 kişi) 8 saatten fazla uyuduğu bulunmuştur (Tablo 4.83).

Tablo 4.84 PUKİ puanlarının bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Toplam Uyku Saati	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	H	p
PUKİ Toplam	3-5 saat	5,75±2,31	6 (2-8)	3,574	0,167
	6-8 saat	4,26±2,29	4 (0-10)		
	8 saatten fazla	3,92±1,51	3,5 (2-6)		

H: Kruskal-Wallis H Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin toplam uyku saatlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.85 Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Düzenli Uyku Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	43	72,9	16	43,2
Hayır	16	27,1	21	56,8

Bireylerin düzenli uyku durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %72,9'unun (43 kişi) düzenli uyku uyuduğu ve %27,1'inin (16 kişi) düzenli uyku uyumadığı, uyku kalitesi kötü olanların %43,2'sinin (16 kişi) düzenli uyku uyuduğu ve %56,8'inin (21 kişi) düzenli uyku uyumadığı bulunmuştur (Tablo 4.85).

Tablo 4.86 PUKİ puanlarının bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Düzenli Uyku Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	3,88±2,07	4 (0-9)	756,5	0,011*
	Hayır	5,08±2,33	5 (1-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

$p<0,05$

PUKİ Toplam puanları bireylerin düzenli uyku durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($U=756,5$; $p<0,05$). Sonuç incelendiğinde, düzenli uyku durumu olmayan bireylerin [5 (1-10)] puan ortancası, düzenli uyku durumu olan bireylere [4 (0-9)] göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.87 Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Gün İçinde Uyuma Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	9	15,3	7	18,9
Hayır	50	84,7	30	81,1

Bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %15,3'ünün (9 kişi) gün içinde uyuduğu ve %84,7'sinin (50 kişi) gün içinde uyumadığı, uyku kalitesi kötü olanların %18,9'unun (7 kişi) gün içinde uyuduğu ve %81,1'inin (30 kişi) gün içinde uyumadığı bulunmuştur (Tablo 4.87).

Tablo 4.88 PUKİ puanlarının bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Gün İçinde Uyuma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ Toplam	Evet	4,69±2,44	4 (1-10)	585	0,584
	Hayır	4,27±2,20	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin gün içinde uyuma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.89 Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Uyku Bozukluğu Yaşayan Yakını Olma Durumu	Uyku Kalitesi İyi		Uyku Kalitesi Kötü	
	n	%	n	%
Evet	7	11,9	6	16,2
Hayır	52	88,1	31	83,8

Bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre uyku kalitelerinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, uyku kalitesi iyi olanların %11,9'unun (7 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olduğu ve %88,1'inin (52 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olmadığı, uyku kalitesi kötü olanların %16,2'sinin (6 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olduğu ve %83,8'inin (31 kişi) uyku bozukluğu yaşayan yakını olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.89).

Tablo 4.90 PUKİ puanlarının bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Uyku Bozukluğu Yaşayan Yakını Olma Durumu	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ	Evet	4,92±2,53	4 (1-10)	456	0,366
Toplam	Hayır	4,25±2,19	4 (0-10)		

U: Mann-Whitney U Testi

PUKİ Toplam puanları bireylerin uyku bozukluğu yaşayan yakını olma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin (PUKİ) Depresyon Düzeyi Bulgularına Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin PUKİ puanlarının depresyon düzeyi bulgularına göre karşılaştırılması yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.91'de verilmiştir.

Tablo 4.91 PUKİ puanlarının bireylerin depresyon düzeylerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Depresyon Düzeyi	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	U	p
PUKİ	Minimal Depresyon	3,66±2,03	3 (0-10)	527,5	<0,001***
Toplam	Hafif Depresyon	5,54±2,09	6 (1-9)		

U: Mann-Whitney U Testi

*** $p<0,001$

PUKİ Toplam puanları bireylerin depresyon düzeylerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($U=527,5$; $p<0,001$). Sonuç incelendiğinde, hafif depresyon düzeyine sahip bireylerin [6 (1-9)] puan ortancası, minimal depresyon düzeyinde olan bireylere [3 (0-10)] göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmış ve Tablo 4.92’de ki korelasyon matrisinde verilmiştir.

Tablo 4.92 Ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları

		BDE	PUKİ
BDE	s	1,000	0,473
	p	.	<0,001***
PUKİ	s	0,473	1,000
	p	<0,001***	.

BDE: Beck Depresyon Envanteri, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

s: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı

***p<0,001

Bireylerin BDE puanı ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur (s=0,473, p<0,001). Sonuç incelendiğinde, BDE puanları arttıkça PUKİ puanlarında %47,3’lük artma olduğu bulunmuştur.

4.5. Beck Depresyon Envanteri’nin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’ni Tahmin Gücünün İncelenmesi

Bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlarının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanların tahminliği “Regresyon Analizi” ile incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.93’de verilmiştir.

Tablo 4.93 BDE puanlarının PUKİ puanlarına etkisi

	Model	β	Std. Hata	t	p	F	p
PUKİ	(Sabit)	2,907	0,360	8,066	<0,001***	23,533	<0,001***
	BDE	0,205	0,042	4,851	<0,001***		
R=0,447; R ² =%20; Düzeltilmiş R ² =%19,2							

BDE: Beck Depresyon Envanteri, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

***p<0,001

Bireylerin BDE puanlarının PUKİ puanlarını anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. BDE puanları ($\beta=0,205$; t=4,851; p<0,001); PUKİ puanlarının varyansının %11,7’sini açıklamaktadır (R²=0,200; F=23,533; p<0,001).

4.6. Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Değerlerine Göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) Puanları Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi

Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi değerlerine göre BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.94'de verilmiştir.

Tablo 4.94 Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi değerlerinin BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Beck Depresyon Envanteri (BDE)		Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	
	s	p	s	p
Enerji (kcal)	-0,223	0,029*	-0,052	0,614
Su (g)	-0,072	0,484	0,137	0,183
Protein (g)	-0,272	0,007**	-0,056	0,589
Protein (%)	-0,088	0,393	0,083	0,420
Yağ (g)	-0,118	0,251	-0,080	0,437
Yağ (%)	0,099	0,336	-0,048	0,643
CHO (g)	-0,239	0,019*	-0,057	0,580
CHO (%)	-0,080	0,436	0,072	0,488
Kafein (mg)	0,066	0,520	0,280	0,006**
Lif (g)	-0,336	0,001**	0,001	0,998/
Alkol (g)	-0,188	0,066	0,058	0,576
ÇDY (g)	-0,116	0,260	-0,068	0,509
Kolesterol (mg)	-0,173	0,092	-0,023	0,827
A Vitamini (µg)	-0,231	0,023*	-0,165	0,107
Karoten (mg)	-0,204	0,046*	-0,145	0,158
E Vitamini (mg)	-0,139	0,176	-0,098	0,343
B1 Vit. Tiamin (mg)	-0,372	<0,001***	-0,039	0,709
B2 Vit. Riboflavin(mg)	-0,268	0,008**	-0,042	0,687
B6 Vit. Pirid (mg)	-0,272	0,007**	-0,126	0,222
Triptofan (mg)	-0,256	0,012*	-0,049	0,633
Folat Toplam (µg)	-0,284	0,005*	-0,033	0,748
C Vitamini (mg)	-0,224	0,028*	-0,134	0,193
Sodyum (mg)	-0,215	0,035*	0,020	0,845
Potasyum (mg)	-0,300	0,003**	-0,076	0,461
Kalsiyum (mg)	-0,206	0,044*	-0,145	0,159
Magnezyum (mg)	-0,268	0,008**	0,060	0,561
Fosfor (mg)	-0,300	0,003**	-0,053	0,607
Demir (mg)	-0,284	0,005**	0,023	0,827
Çinko (mg)	-0,216	0,034*	0,061	0,554

ÇDY: Çoklu Doymamış Yağ

s: Spearman's Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi değerlerine göre BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde, BDE puanları ile “Enerji

(kcal)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,223$; $p<0,05$), “Protein (g)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,272$; $p<0,01$), “CHO (g)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,239$; $p<0,05$), “Lif (g)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,336$; $p<0,01$), “A Vitamini (μg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,231$; $p<0,05$), “Karoten (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,204$; $p<0,05$), “B1 Vit. Tiamin (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,372$; $p<0,001$), “B2 Vit. Riboflavin (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,268$; $p<0,01$), “B6 Vit. Pirid (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,272$; $p<0,01$), “Triptofan (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,256$; $p<0,05$), “Folat Toplam (μg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,284$; $p<0,01$), “C Vitamini (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,224$; $p<0,05$), “Sodyum (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,215$; $p<0,05$), “Potasyum (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,300$; $p<0,01$), “Kalsiyum (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,206$; $p<0,05$), “Magnezyum (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,268$; $p<0,01$), “Fosfor (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,300$; $p<0,01$), “Demir (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,284$; $p<0,01$) ve “Çinko (mg)” değerleri arasında negatif zayıf derecede ($s=-0,216$; $p<0,05$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, bireylerin BDE puanları arttıkça “Enerji (kcal)” değerlerinde %22,3'lün azalma, “Protein (g)” değerlerinde %27,2'lik azalma, “CHO (g)” %23,9'luk azalma, “Lif (g)” değerlerinde %33,6'lık azalma, “A Vitamini (μg)” değerlerinde %23,1'lik azalma, “Karoten (mg)” değerlerinde %20,4'lük azalma, “B1 Vit. Tiamin (mg)” değerlerinde %37,2'lik azalma, “B2 Vit. Riboflavin (mg)” değerlerinde %26,8'lik azalma, “B6 Vit. (mg)” değerlerinde %27,2'lik azalma, “Triptofan (mg)” değerlerinde %25,6'lık azalma, “Folat Toplam (μg)” değerlerinde %28,4'lük azalma, “C Vitamini (mg)” değerlerinde %22,4'lük azalma, “Sodyum (mg)” değerlerinde %21,5'lik azalma, “Potasyum (mg)” değerlerinde %30'luk azalma, “Kalsiyum (mg)” değerlerinde %20,6'lık azalma, “Magnezyum (mg)” değerlerinde %26,8'lik azalma, “Fosfor (mg)” değerlerinde %30'luk azalma, “Demir (mg)” değerlerinde %28,4'lük azalma ve “Çinko (mg)” değerlerinde %21,6'lık azalma olduğu bulunmuştur.

Bireylerin PUKİ puanları ile “Kafein (mg)” değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede ($s=0,280$; $p<0,01$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, bireylerin PUKİ puanları arttıkça “Kafein (mg)” değerlerinde %28’lik artma olduğu bulunmuştur.

4.7. Bireylerin Besinlerden Alınan Kafein Durumlarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri

Bireylerin besinlerden alınan kafein durumlarına göre ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.95’de verilmiştir.

Tablo 4.95 Bireylerin besinlerden alınan kafein durumlarının ortalama ve standart sapmaları

Besinler	$\bar{X} \pm SS$
Siyah Çay	121,33±74,94
Yeşil Çay	10,28±18,16
Soğuk Çay	,92±1,39
Naneli Çay	15,50±28,18
Türk Kahvesi	24,05±18,21
Espresso	32,88±36,42
Kapuçino	9,21±11,37
Filtre Kahve	32,40±47,59
Neskafe	16,81±22,16
Çikolatalı Süt	1,16±1,63
Sıcak Çikolata	0,20±0,10
Enerji İçecekleri	15,14±10,65
Kakao	5,57±13,59
Pepsi/Kola	2,05±1,53
Kakaolu İçecek	0,91±1,56
Bitter Çikolata	4,99±8,93
Sütlü Çikolata	0,89±1,33
Çikolatalı Sufle	2,28±3,55
Tiramisu	3,01±2,77
Ekler	0,52±1,02
Gofret	0,73±1,37
Kraker	0,32±0,36
Kek	0,49±0,71
Dondurma	1,61±7,37
Puding	4,30±23,88
Kurabiye	2,82±9,61
Kakao	0,02±0,06

Bireylerin besinlerden alınan kafein durumlarına göre ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, “Siyah Çay” kafein ortalaması $121,33 \pm 79,94$ mg, “Yeşil Çay” kafein ortalaması $10,28 \pm 18,16$ mg, “Soğuk Çay” kafein ortalaması $0,92 \pm 1,39$ mg, “Naneli Çay” kafein ortalaması $15,50 \pm 28,18$ mg, “Türk Kahvesi” kafein ortalaması $24,05 \pm 18,21$ mg, “Espresso” kafein ortalaması $32,88 \pm 36,42$ mg, “Kapuçino” kafein ortalaması $9,21 \pm 11,37$ mg, “Filtre Kahve” kafein ortalaması $32,40 \pm 47,59$ mg, “Neskafe” kafein ortalaması $16,81 \pm 22,16$ mg, “Çikolatalı Süt” kafein ortalaması $1,16 \pm 1,63$ mg, “Sıcak Çikolata” kafein ortalaması $0,20 \pm 0,10$ mg, “Enerji İçecekleri” kafein ortalaması $15,14 \pm 10,65$ mg, “Kakao” kafein ortalaması $5,57 \pm 13,59$ mg, “Pepsi/Kola” kafein ortalaması $2,05 \pm 1,53$ mg, “Kakaolu İçecek” kafein ortalaması $0,91 \pm 1,56$ mg, “Bitter Çikolata” kafein ortalaması $4,99 \pm 8,93$ mg, “Sütlü Çikolata” kafein ortalaması $0,89 \pm 1,33$ mg, “Çikolatalı Sufle” kafein ortalaması $2,28 \pm 3,55$ mg, “Tiramisu” kafein ortalaması $3,01 \pm 2,77$ mg, “Ekler” kafein ortalaması $0,52 \pm 1,02$ mg, “Gofret” kafein ortalaması $0,73 \pm 1,37$ mg, “Kraker” kafein ortalaması $0,32 \pm 0,36$ mg, “Kek” kafein ortalaması $0,49 \pm 0,71$ mg, “Dondurma” kafein ortalaması $1,61 \pm 7,37$ mg, “Puding” kafein ortalaması $4,30 \pm 23,88$ mg, “Kurabiye” kafein ortalaması $2,82 \pm 9,61$ mg, “Kakao” kafein ortalaması $0,02 \pm 0,06$ mg olduğu bulunmuştur. Oolong çayı hiç tüketilmemiştir.

4.8. Bireylerin Besinlerden Alınan Kafein Miktarları ile BDE ve PUKİ Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bireylerin besinlerden alınan kafein miktarları ile BDE ve PUKİ puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.96’da verilmiştir.

Tablo 4.96 Bireylerin besinlerden alınan kafein miktarları ile BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları

Besinler	Beck Depresyon Envanteri (BDE)		Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	
	s	p	s	p
Siyah Çay	0,096	0,353	0,220	0,032*
Yeşil Çay	0,326	0,052	-0,142	0,408
Soğuk Çay	0,295	0,479	0,519	0,188
Naneli Çay	0,696	0,125	0,574	0,234
Türk Kahvesi	0,063	0,565	0,146	0,178
Espresso	-0,494	0,177	0,090	0,818
Kapuçino	-0,099	0,749	0,032	0,917
Filtre Kahve	0,039	0,831	0,133	0,461
Neskafe	0,016	0,918	0,256	0,094

Tablo 4.97 (devamı) Bireylerin besinlerden alınan kafein miktarları ile BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları

Besinler	Beck Depresyon Envanteri (BDE)		Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	
	s	p	s	p
Çikolatalı Süt	-0,161	0,583	-0,533	0,050
Sıcak Çikolata	0,097	0,764	0,074	0,820
Enerji İçecekleri	-0,289	0,637	0,368	0,542
Kakao	-0,141	0,522	0,104	0,637
Pepsi/Kola	-0,609	0,047*	0,085	0,804
Kakaolu İçecek	-0,057	0,904	0,104	0,824
Bitter Çikolata	-0,142	0,278	-0,047	0,723
Sütlü Çikolata	0,001	0,993	-0,127	0,338
Çikolatalı Sufle	-0,133	0,586	-0,225	0,353
Tiramisu	-0,031	0,864	-0,157	0,383
Ekler	0,147	0,343	-0,033	0,833
Gofret	0,003	0,984	0,002	0,989
Kraker	0,077	0,776	-0,059	0,829
Kek	0,074	0,631	0,081	0,600
Dondurma	-0,034	0,864	-0,258	0,184
Puding	-0,237	0,126	-0,189	0,225
Kurabiye	-0,078	0,636	-0,114	0,491
Kakao	-0,235	0,221	-0,048	0,799

s: Spearman's Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı

*p<0,05; **p<0,01

Bireylerin besinlerden alınan kafein miktarları ile BDE ve PUKİ puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde, BDE puanları ile “Pepsi/Kola” kafein değerleri arasında negatif yüksek derecede ($s=-0,609$; $p<0,05$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, bireylerin BDE puanları arttıkça “Pepsi/Kola” kafein değerlerinde %60,9'luk azalma olduğu bulunmuştur.

Bireylerin PUKİ puanları ile “Siyah Çay” kafein değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede ($s=0,220$; $p<0,05$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, bireylerin PUKİ puanları arttıkça “Siyah Çay” kafein değerlerinde %22'lik artma olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Demografik Bilgilerinin ve Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan 96 sağlık çalışanının 23(%24)'ünün sigara kullandığı, 73(%76)'ünün sigara kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Nilan ve arkadaşları (2019) tarafından 2000 ve 2014 yılları arasında sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada tütün kullanımını %21'dir (Nilan ve diğ. 2019). Asya'daki sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içenlerin prevalansı %4,6-44 olduğu belirlenmiştir (Rahman ve Huriah 2021). Ülkemizde Kırklareli'nde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %36,8'inin sigara kullandığı ve %63,2'sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır (Açar 2018). Bu çalışmadaki sigara kullanım durumu literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin 17 (%17,7)'si alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1). Jaguga ve arkadaşları (2022) tarafından sağlık çalışanı olan 389 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanım oranı %43.9 bulunmuştur (Jaguga ve diğ. 2022). İtalya'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %52,6'sının alkol kullandığı belirlenmiştir (Albano ve diğ. 2020). Yalçinkaya ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada alkol kullanım oranı %9,8 bulunmuştur (Yalçinkaya ve diğ. 2007). Sağlık çalışanı olan 280 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanım oranı %26,8 bulunmuştur (Hassoy ve Özvurmaz 2019). Çalışmalar arasında farklılıklar olup bunun sebebi kültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklı olabilir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 24(%25)'ünün düzenli fiziksel aktivite yaptığı 72(%75)'sinin yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Gana'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %51.3'ünün egzersiz durumunun yetersiz olduğu belirlenmiştir (Kasu ve diğ. 2015). Yıldırım ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında %21,7'si fiziksel aktivite düzeyi aktif olmayan olarak belirlenmiştir (Yıldırım ve diğ. 2019). İzmirde yapılan bir çalışmada %32,6'sı sağlık çalışanların fiziksel olarak inaktif tespit edilmiştir (Adıgüzel ve diğ. 2019). Bu çalışmada yapılan çalışmaların aksine düzenli fiziksel aktivite yapmayan bireylerin oranı yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanların çalışma şartları ve pandeminin getirdiği kısıtlamalar olabilir.

5.2. Antropometrik Ölçümler-BKİ

Bu çalışmada tüm sağlık çalışanların BKİ ortalaması $25,21 \pm 3,78 \text{ kg/m}^2$ tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık çalışanların 51 (%53,1)'i normal ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$); 33 (%34,4)'ü fazla kilolu ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) ve 12 (12,5)'si obez ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2). Portekizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %38,6'sı fazla kilolu ve %16,9'u obez olarak belirlenmiştir (Campos-Matos ve diğ. 2014). Yılmaz ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin BKİ ortalaması $24,75 \pm 7,90 \text{ kg/m}^2$ olup, %62,6'sı normal kiloda tespit edilmiştir (Yılmaz ve Özkan 2006). Bu çalışmada literatürdeki çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının ve Kafein Tüketimlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada bireylerin 78 (%81,2)'inin öğün atladığı, 18 (%18,8)'inin öğün atlamadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Şanlıurfa'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %76,2'sinin öğün atladığı tespit edilmiştir (Eris 2021). Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %32,3'ü 2 öğün yaptıkları saptanmıştır (Tablo 4.2). Hindistan'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %35,7'sinin öğün atladığı ve günde üç öğünden az yemek yediği tespit edilmiştir (Agarwal ve diğ. 2021). Başka bir çalışmada çalışmaya katılan bireylerin %83,8'inin öğün atladığı belirlenmiştir (Yegambaram 2021). Bu çalışmada literatürdeki çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık personelinin öğün atlamasının yüksek olmasının sebebi pandeminin çalışma şartlarına etkisinden dolayı olabilir.

Çalışmadaki bireylerin toplam günlük kafein tüketimleri $179,76 \pm 95,65 \text{ mg/gün}$ saptanmıştır (Tablo 4.3). Amerika'da yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin ortalama kafein alımlarının $186 \pm 4 \text{ mg/gün}$ olduğu belirlenmiştir (Fulgoni ve diğ. 2015). Albar ve arkadaşları tarafından yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerin ortalama $194 \pm 165 \text{ mg/gün}$ kafein alımlarının olduğu saptanmıştır (Albar ve diğ. 2021). NHANES 2007-2012 Araştırmalarında ABD'li yetişkinlerin günlük ortalama kafein alımlarının $169 \pm 4 \text{ mg/gün}$ olduğu bulunmuştur (Lieberman ve diğ. 2019). Bu çalışmada literatürdeki çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

5.4. Bireylerin Beck Depresyon Envanterine Göre Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmada bireylerin cinsiyetlerine göre ölçeğin“BDE Toplam” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Kadın:7,39±4,45, Erkek: 6,46±5,48, $p>0,05$)(Tablo 4.9). Alvarado ve arkadaşları tarafından yaşlı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada erkeklerin depresyon prevalansı %0,4 ile %5,2 arasında, kadınlarda ise %0,3 ile %9,5 arasında tespit edilmiştir (Eugenia Alvarado ve diğ. 2007). 23 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada tüm ülkelerde kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde depresyon bildirdiği saptanmıştır (Van De Velde ve diğ. 2010). Başka bir çalışmada erkeklerin majör depresyonu %11,1 kadınların %17,9 olduğu bulunmuştur (Goodwin ve Gotlib 2004).

Çalışmada bireylerin medeni durum ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.13). Inaba ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada evli bireylerin evli olmayanlara göre daha az depresif olduğu tespit edilmiştir (Inaba ve diğ. 2005). Başka bir çalışmada 55 ve üstü yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada evli olmayan yaşlıların depresyon riski daha yüksek saptanmıştır (Yan ve diğ. 2011). Akhtar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyonu en düşük olanların evli kişilerde olduğu belirlenmiştir (Akhtar-Danesh ve Landeen 2007).

Çalışmada bireylerin gelir durumu ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.15). Inaba ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada geliri düşük olanlarda depresif belirtilerin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Inaba ve diğ. 2005). Başka bir çalışmada gelir düzeyi ile depresyon prevalansı arasında ters bir ilişki olduğu ve gelir arttıkça depresyon yaygınlığının azaldığı saptanmıştır (Akhtar-Danesh ve Landeen 2007). Freeman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada depresyon ile sosyo-ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p\leq0,001$)(Freeman ve diğ. 2016).

Çalışmada bireylerin sigara kullanım durumları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo

4.17). Roy ve arkadaşları tarafından sigara içen ve içmeyenler arasında yapılan bir çalışmada depresyon öyküsü ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Roy ve diğ. 2001). Moon ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sigara içen gruplarda daha yüksek depresyon prevalansı saptanmış olup sigara içme durumu ile depresyon arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Moon ve diğ. 2019).

Çalışmada bireylerin alkol kullanım durumları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.19). Churchill ve arkadaşı tarafından yapılan bir çalışmada fazla alkol alımının yüksek depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Awaworyi Churchill ve Farrell 2017). Boer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada alkolün kesilmesi ile depresif belirtilerde azalma saptanmıştır (Boer ve diğ. 2021).

Çalışmada bireylerin fiziksel aktivite durumları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.25). Yapılan çalışmalar, egzersiz ve fiziksel aktivitenin plazmadaki 31 aminoasitten oluşan bir nöropeptid olan beta-endorfin düzeylerini arttırdığı ve böylece ruh halinde olumlu etkilerin gerçekleştiğini göstermiştir (Bender ve diğ. 2007; Dinas ve diğ. 2011). De Mello ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada depresyon semptomları fiziksel aktivite yapmayan kişiler ile düzenli yapanlar karşılaştırıldığında yapmayanlarda daha yüksek prevalans gözlemlenmiştir (De Mello ve diğ. 2013).

Çalışmada bireylerin BKİ grupları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.27). Bjerkeset ve arkadaşları tarafından yüksek BKİ depresyon riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. BKİ'ndeki standart sapma artışı başına depresyon riski erkeklerde 1,12 ve kadınlarda 1,09 olduğu tespit edilmiştir (Bjerkeset ve diğ. 2008). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada BKİ ile depresyon arasında "U" şeklinde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Düşük kilo ve şiddetli obezitede depresyon riskinde artış olduğu saptanmıştır (Lee ve diğ. 2017).

Çalışmada bireylerin öğün atlama durumları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo

4.31). Yapılan bir çalışmada erkeklerde öğle yemeğini atlayan kişilerde yüksek bir depresyon prevalansı saptanmıştır. Kadınlarda da öğle ve akşam yemeği sıklığına göre özellikle öğle yemeğini atlayan kişilerde son derece yüksek depresyon prevalansı saptanmıştır (Lee ve Kim 2021). Anderson'un yaptığı bir çalışmada öğün atlayanların öğün atlamayanlara göre daha yüksek depresyon semptomlarına sahip olma olasılığının olduğunu saptamıştır (Anderson 2020).

Çalışmada bireylerin kafein tüketim miktarları ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.39). Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kafein tüketimi ile depresyon arasında doğrusal olmayan bir ilişki bulunmuştur. Kafein tüketimi 68 mg/gün'ün üzerinde ve 509 mg/gün'ün altında depresyon riski hızlı azalmış ve ilişki anlamlı olmuştur (Wang ve diğ. 2016). Pogoda ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kafein metabolit seviyeleri ile birlikte depresyon olasılığının arttığına dairistatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olsa da tanımlayıcı bir model gözlemlemiştirlerdir (Pogoda ve diğ. 2018).

Çalışmada bireylerin toplam uyku saatleri ile BDE Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.41). Gupta ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon grubundaki deneklerin toplam uyku süresinin daha az olduğu saptanmıştır (Gupta ve diğ. 2009). Shim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada daha kısa uyku süresi daha yüksek depresyon skoru ile ilişkili bulunmuştur($p=0.002$)(Shim ve Kang 2017). Literatüre göre bu çalışma paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi çalışmaya hafif ve minimal depresyondaki bireylerin alınması sebep olabilir.

5.5. Bireylerin PUKİ'nin Demografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 59(%65)'unun uyku kalitesinin iyi, 37(%38,5)'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.50). Jahrami ve arkadaşları tarafından COVID-19 pandemi döneminde yapılan bir çalışmada bireylerin %75,2'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Jahrami ve diğ. 2021). Khan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %57'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (Khan ve diğ. 2021). Kolo ve

arkadaşlarının üçüncü basamak sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada bireylerin %54,2'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Kolo ve diğ. 2017). Abbas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin %78,8'inin uyku prevalansı zayıf bulunmuştur (Abbas ve diğ. 2021). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kötü uyku kalitesinin prevalansı %56,7 tespit edilmiştir (Yılmaz ve diğ. 2021). Uyku kalitesi bakımından literatüre göre bu çalışma paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi çalışma koşullarının farklılığından kaynaklı olabilir.

Çalışmada bireylerin cinsiyet ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.52). Khan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kötü uyku kalitesi ile kadınların arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Khan ve diğ. 2021). Başka bir çalışmada kadınların kötü uyku kalitesi erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,039$)(Yılmaz ve diğ. 2021). Jahrami ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyete göre anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,9$)(Jahrami ve diğ. 2021). Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların PUKİ puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmemiştir (Korkmaz ve diğ. 2020).

Çalışmada bireylerin yaş ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.54). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının yaşı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,393$)(Yılmaz ve diğ. 2021). Abbas ve arkadaşları tarafından 217 kişiden oluşan sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada yaş ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Abbas ve diğ. 2021). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bireylerin medeni durum ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.56). Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,831$)(Yılmaz ve diğ. 2021). Abbas ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada medeni durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Abbas ve diğ. 2021). Jahrami ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada medeni durum ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bekâr: PSQI: $6,9\pm 0,2$; Evli: PSQI: $7,9\pm 0,6$)(Jahrami ve diğ. 2021). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bireylerin sigara kullanım durumu ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.60). Bar-Zeev ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sigara kullanımının azalması ile uyku saatlerinde artış tespit edilmiştir (Bar-Zeev ve diğ. 2021). Masood ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ağır sigara içenlerin daha az uyudukları saptanmıştır (Masood ve diğ. 2015). Kang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içme ile uyku süresi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Kang ve diğ. 2017).

Çalışmada bireylerin alkol kullanım durumu ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.62). Zheng ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yüksek alkol tüketiminin düşük uyku kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Zheng ve diğ. 2021). Başka bir çalışmada kısa uyku süresi bildirilen deneklerin anlamlı olarak daha yaşlı ve uygun uyku sürelerini bildirilen deneklere kıyasla sık alkol tükettikleri tespit edilmiştir ($p=0,002$)(Kang ve diğ. 2017).

Çalışmada bireylerin teknolojik alet kullanım (telefon vs.) durumu ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.64). Ganasegeran ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada sosyal medya kullanan sağlık çalışanlarında uyku bozukluğu prevalansı nispeten yüksek tespit edilmiştir. Kullanımlarına erişim engellendiğinde bireylerde düşük uyku kalitesi ve gündüz aşırı uyku hali yaşama olasılıkları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Ganasegeran ve diğ. 2017). Exelmans ve Van Den Bulck tarafından yapılan bir çalışmada ışık kapandıktan sonra cep telefonunu daha sık kullananlarda daha düşük uyku kalitesi, daha fazla yorgunluk ve uykusuzluk belirtilerinin olduğunu bildirmişlerdir (Exelmans ve Van Den Bulck 2016).

Çalışmada bireylerin teknolojik alet kullanım süreleri ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.66). Alshobaili ve Alyousefi tarafından yapılan bir çalışmada yatmadan önce 16-30 dakika boyunca akıllı telefon kullananlar arasında kötü uyku kalitesi riskinin iki kat civarında olduğu, 31-45 dakika geçirenlerde riskin üç kattan fazla olduğu tespit edilmiştir. 46- ile 60 dakika arasında uyuyanların kalitesiz uyuma riski 2,6 kat iken, 60 dakikadan fazla geçirenlerin kalitesiz uyuma riski 7,4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Alshobaili ve AlYousefi 2019).

Çalışmada bireylerin fiziksel aktivite durumu ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bir saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.68). Kredlow ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analitik bir incelemede akut egzersizin toplam uyku süresi, uyku verimliliği, evre 1 uykusu ve yavaş dalga uykusu üzerinde küçük, uyku başlangıcından sonra uyanma süresi üzerinde orta derece yararlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Kredlow ve diğ. 2015). Canhin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada gençlik ve yetişkinlik döneminde fiziksel aktiviteye devam eden yetişkinlerin sürekli fiziksel aktivite yapmayanlara kıyasla kötü uyku kalitesine sahip olma olasılığı %49 daha az tespit edilmiştir ($p=0,009$)(Canhin ve diğ. 2021).

5.6. Bireylerin PUKİ'nin BKİ ve Beslenme Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada bireylerin BKİ grupları ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.70). Arslan ve Aydemir'in yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarında düşük uyku kalitesi ve yeme bozukluğu olanlarda BKİ seviyeleri daha yüksek tespit edilmiştir (Arslan ve Aydemir 2019). Kang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kısa uyku süreleri bildirilen deneklerin ağırlığı, BKİ ve obezite prevalansı uygun uyku süresi bildirenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Kang ve diğ. 2017). Başka bir çalışmada hem kısa hem de uzun süreli uyuyanlarda gecelik 7-8 saat uyuyanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek BKİ'ne sahip bulunmuştur (Chaput ve diğ. 2012). Bidulescu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada global uyku

kalitesi ve uyku süresinin BKİ ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda uyku kalitesi obezite ile ilişki olduğu saptanmıştır (Bidulescu ve diğ. 2010).

Çalışmada bireylerin öğün atlama durumları ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.74). Theorell ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada düşük uyku kalitesi ile birlikte kısa uyku süresinin, sağlıklı bir diyete ve sağlıklı yemek düzenine daha düşük bağlılık gösterdiği tespit edilmiştir (Theorell ve diğ. 2020).

Çalışmada bireylerin yatmaya yakın yeme içme durumları ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.78). Iao ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya göre hafta içi yatmadan önce <1 saat yeme veya içme, hafta içi daha uzun uyku süresi ve daha yüksek uyku başlangıcı sonrası uyanma (WASO) oranı ile ilişkilendirilmiştir (Iao ve diğ. 2021).

5.7. Bireylerin PUKİ'nin Kafein Tüketimine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada kafein tüketim miktarları ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p<0,05$). Tüketilen kafein miktarı arttıkça PUKİ puanlarında artma tespit edilmiştir (Tablo 4.82). Ravi ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada günde 3 fincandan fazla kahve içenlerin uyku kalitesinin 3 fincandan az içenlere göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,015$) (Ravi ve diğ. 2022). Shilo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada düzenli kafeinli kahve içenlerin kafeinsiz kahve içenlere göre toplam uyku miktarında ve uyku kalitesinde azalma olduğunu tespit etmişlerdir (Shilo ve diğ. 2002). Watson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha kısa uykunun daha fazla kafein tüketimi ile ilişkili olduğu ve uyku kalitesi düşük olan yetişkinlerde kafein tüketiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (Watson ve diğ. 2016). Başka bir çalışmada daha fazla kafeinli içecek tüketen ve birden fazla işi olan kadınların düşük uyku kalitesi bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu fakat gündüz uykululuğunun olmadığını tespit etmişlerdir (Baker ve diğ. 2009). Higbee ve arkadaşlarının enerji içeceği tüketenler, sadece kafein tüketenler ve kafein içermeyen tüketiciler olarak gruplandırma yaptıkları çalışmada enerji içeceği

tüketen hemşireler sadece kafein tüketenlerle ve kafeinsiz tüketenlere kıyasla daha düşük uyku kalitesine ve daha az uyku saatine sahip bulunmuştur (Higbee ve diğ. 2020). Hindmarch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kafeinli içeceklerin uyku başlangıcı, uyku süresi ve uyku kalitesi üzerine doza bağlı olumsuz bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Gün boyu çay tüketiminin daha düşük kafein seviyelerine rağmen kahveye benzer uyarıcı etkiler ürettiğini fakat uykuyu bozma olasılığının daha düşük olduğunu saptamışlardır (Hindmarch ve diğ. 2000). Literatüre bakıldığında kafein alımının uyku süresine ve uyku kalitesi etkilemediğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Hu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uyku süresi ve kafein alımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kısa uyku süresinde kafein tüketme eğiliminin daha güçlü olduğu öngörülmüştür (Hu ve diğ. 2020). Başka bir çalışmada uykudan önceki 5 saat boyunca kafeinin ne zaman tüketildiğine bakılmaksızın kafein tüketimi ile uyku süresi arasında hiçbir fark tespit edilmemiştir (Heaton ve Griffin 2015). Del Brutto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kafein alımının uyku kalitesi üzerinde hiçbir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (Del Brutto ve diğ. 2016). Bu çalışma literatürdeki kafein alımının uyku kalitesini etkilediğine yönelik yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

5.8. Bireylerin PUKİ'nin Uyku Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada bireylerin toplam uyku saatleri ile PUKİ Toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.84). Gece uykusu miktarı sağlık üzerine etkisi olabilecek bir faktördür. Bir çalışmada gece başına yedi saat uyuduklarını söyleyen erkeklerde, yedi saatten az veya fazla uyuyanlara göre daha düşük ölüm oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Gece başına beş saatten az uyuyanlar çok yüksek ölüm oranına, gece başına on veya daha fazla uyuyanlar ortalama üstünde ölüm oranına sahip tespit edilmiştir (Hammond 1964). Grandner ve arkadaşı tarafından yapılan bir çalışmada uyku şikâyetlerinin hafta içi toplam uyku süresi ile U şekilli bir ilişki olduğu saptanmıştır. 8 saatlik uyuyanlar, uzun uyuyanlar veya 7 saatlik uyuyanlara göre daha az sıklıkta şikâyetlerini bildirdikleri tespit edilmiştir (Grandner ve Kripke 2004).

Çalışmada bireylerin düzenli uyku durumu ile PUKİ Toplam puanları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Düzenli uyku durumu olmayan bireylerin [5 (1-10)] puan ortancası, düzenli uyku durumu olan bireylere [4 (0-9)] göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.86). Monk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşları 19 ile 49 yaş arasında değişen 100 sağlıklı bireyde yaşam tarzı düzenli olan gruptakilerin daha az uyku sorunu bildirdiğini göstermiştir. Düzensiz yaşam tarzı olanların düzenli olanlara göre kötü uyumaları oranı iki katına çıktığı saptanmıştır (Monk ve diğ. 2003). Başka bir çalışmada yatma zamanını düzensizliğindeki artışın uyku süresindeki azalma ile ilişki olduğu belirlenmiştir. Düzensiz yatma sıklığı ve PUKİ puanları arasında anlamlı bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Kang ve Chen 2009). Literatürdeki çalışmalar daha çok öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

5.9. Bireylerin PUKİ'nin Depresyon Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada depresyon düzeyi ile PUKİ Toplam puanları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Hafif depresyon düzeyine sahip bireylerin [6 (1-9)] puan ortancası, minimal depresyon düzeyinde olan bireylere [3 (0-10)] göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.91) Becker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerde uyku kalitesinin iyi olmamasının depresyon ile önemli derecede ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (Becker ve diğ. 2017). Hayashino ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uyku kalitesi kötü olan bireylerde eşlik eden komorbid durum sayısı arttıkça depresyon oranı anlamlı ve doğrusal olarak arttığı saptanmıştır (Hayashino ve diğ. 2010). Başka bir çalışmada doğum sonrası depresyonu olan kadınların, doğum sonrası depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük uyku kalitesine sahip bulunmuştur. Depresyon semptom şiddetinin artmasıyla uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edilmiştir (Posmontier 2008).

5.10. Bireylerin Tüketim Sıklık Anketlerine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada depresyon düzeyleri ile lif değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=-0,336$; $p<0,01$)(Tablo 4.94). Gopinath

ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada toplam lif, sebze lifi ve ekmek/tahıl lifi alımının depresif belirtilerin yaygınlığı ile ters orantılı olduğu tespit edilmiştir (Gopinath ve diğ. 2016).

Çalışmada depresyon düzeyleri ile B2 vitamini değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede ($s=-0,268$; $p<0,01$), B6 vitamini değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede ($s=-0,272$; $p<0,01$), Folat değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede ($s=-0,284$; $p<0,01$), korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 4.94). Gougeon ve arkadaşları tarafından diyetin ileri yaştaki depresyon insidansı üzerinde yapılan bir çalışmaya göre B6, B12 ve folat alımları vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresyon tespit edildiğinde hafifçe azalma eğiliminde olduğu saptanmıştır (Gougeon ve diğ. 2017).

Çalışmada depresyon düzeyleri ile magnezyum değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=-0,268$; $p<0,01$)(Tablo 4.94). Yary ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada magnezyum alımı ile depresif semptomlar arasında ters bir ilişki tespit edilmiştir (Yary ve diğ. 2013). Tarleton ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada 65 yaşından küçük bireylerde düşük magnezyum alımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tarleton ve Littenberg 2015).

Çalışmada depresyon düzeyleri ile çinko değerleri arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=-0,216$; $p<0,05$)(Tablo 4.94). Yary ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada çinko alımı ile depresyon ters orantılı olduğu saptanmıştır. Günlük çinko alımının her gramında depresyon semptomlarının %15 azaldığı bulunmuştur (Yary ve Aazami 2012).

Çalışmada bireylerin besinlerden alınan kafein durumlarına göre incelendiğinde en yüksek kafeinin siyah çaydan elde edildiği bulunmuştur ($121,33\pm 79,94$ mg)(Tablo4.95). Dünyada çay tüketimi bakımından Türkiye, Çin ve Hindistan'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Ülkemizde çay tüketimi kişi başına 3 kg civarındadır (Kılıç ve diğ. 2012). Bu sebepten dolayı en yüksek kafeinin çaydan gelmesi muhtemeldir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada: bireylerin demografik bilgileri, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları, uyku alışkanlıkları, BDE ve PUKİ Ölçeklerin analizi, Tüketim Sıklık Anketlerinin analizi ve ölçeklerle olan ilişkilerin değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Çalışma 57 kadın (%59,4), 39 erkek (%40,6) toplam 96 birey ile yürütülmüştür.
- Çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması $38,2 \pm 10,2$ yıldır.
- Bireylerin %24'ü sigara kullanmaktadır. Alkol kullanan bireylerin oranı %17'dir.
- Bireylerden uyumadan önce teknolojik alet kullananların oranı %76'dır.
- Çalışmaya katılan bireylerin %25'i düzenli fiziksel aktivite yaparken %75'i yapmamaktadır.
- Çalışmaya katılan tüm bireylerin %51'i normal, %33'ü hafif şişman ve %12'sinin obez olduğu belirlenmiştir. BKİ ortalamaları $25,21 \pm 3,78$ kg/m²'dir.
- Bireylerin %81,2'si öğün atlar iken %18,8'i öğün atlamamaktadır.
- Bireylerin günlük sıvı tüketimi $2,06 \pm 0,8$ lt'dir.
- Çalışmaya katılan bireylerin %38,6'sının kafein ile ilgili bilgisi var iken %45,8'inin kısmen bilgisi, %15,6'sının kafein ile ilgili bilgisi yoktur.
- Bireyler günlük kafein tüketim miktarları bakımından %62,5'i 200 mg altı, %25 i 200-300 mg arası, %12,5'i 300 mg ve üzeri kafein tüketmektedir.
- Bireylerin %8,3'ü 3-5 saat,%79,2'si 6-8 saat, %12,5'i 8 saatten fazla uyumaktadır.
- Bireylerin %61,5'i düzenli uyku saatleri var iken %38,5'inin düzenli uyku saati yoktur.
- Depresyon düzeyi bakımından çalışmaya dâhil edilen bireylerin %63,5'i minimal, %35'i hafif depresyonlu belirlenmiştir.
- Depresyon düzeyi bakımından kadın ve erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- Bireylerin BDE toplam puanları ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Bireylerin 50(%61,5)'si iyi uyku kalitesine sahip, 37(% 38,5)'si kötü uyku kalitesine sahip tespit edilmiştir.
- Bireylerin cinsiyet bakımından PUKİ sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- PUKİ toplam puanlar ile BKİ grupları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- PUKİ toplam puanları ile kafein tüketim miktarları puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 300 mg ve üzeri kafein tüketen bireylerin [5 (1-10)] ve 200-300 mg arası kafein tüketen bireylerin [5 (2-10)] puan ortancası, 200 mg altı kafein tüketen bireylere [3 (0-9)] göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur.
- PUKİ toplam puanları ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Düzenli uyku durumu olmayan bireylerin [5 (1-10)] puan ortancası, düzenli uyku durumu olan bireylere [4 (0-9)] göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Bireylerin BDE puanlarının PUKİ puanlarını anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0,001$).
- Bireylerin PUKİ puanları ile kafein değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=0,280$; $p<0,01$). Bireylerin PUKİ puanları arttıkça kafein değerlerinde %28'lik artma olduğu bulunmuştur.
- Bireylerin PUKİ puanları ile siyah çay kafein değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede korelasyon olduğu bulunmuştur ($s=0,220$; $p<0,05$). Bireylerin PUKİ puanları arttıkça siyah çay kafein değerlerinde %22'lik artma olduğu bulunmuştur.

Uyku insan yaşamı için temel gereksinimlerdir biridir. Yetersiz uykunun yanı sıra düşük kaliteli bir uyku sağlık üzerinde zararlı etkiler oluşturur. Yetersiz uyku obezite, diyabet, tansiyon, kaza ve yaralanmalar ile ilişkisi vardır. Bu çalışmada uyku kalitesi ile kafein tüketim miktarı arasında ilişki bulunmuştur. Özellikle çalışmamızda

siyah çaydan elde edilen kafein miktarı en yüksek tespit edilmiştir. Kafein alımını azaltmak için siyah çay tüketimi azaltılabilir veya kafeinsiz çay tüketimi artırılabilir. Ayrıca depresyon düzeyleri ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Uyku kalitesi ve depresyon düzeylerinin iyileştirilmesi için kafein ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olunmasına ve kafein kaynaklarının tüketimine dikkat edilmelidir. COVID 19 pandemisinde görüldüğü gibi sağlık personelleri önemli bir meslek grubundandır. Çalışma COVID 19 pandemi koşullarına denk gelmiştir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar azdır. Yapılan çalışma daha fazla örnekleme ulaşılarak geliştirilebilir.



KAYNAKLAR

- ABBAS, A., AL-OTAİBİ, T., GHEİTH, OA., NAGİB, AM., FARİD, MM., WALAA, M. 2021. Sleep Quality Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Its Impact on Medical Errors: Kuwait Experience. *Turkish Thoracic Journal*. 22 (2) : 142-48.
- AÇAR, V. 2018. Sağlık Çalışanlarında Sigara ve İnternet Kullanımı ile Sosyal Kaytarma Algısının Değerlendirilmesi. [<http://acikerisim.klu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11857/807>]. Erişim Tarihi:20.04.2022.
- ADDİCOTT, M.A., YANG, L. L., PEİFFER, A. M., BURNETT, L. R., BURDETTE, J. H., CHEN, M. Y., HAYASAKA, S., KRAFT, R. A., MALDJIAN, J. A., LAURİENTİ, P. J. 2009. The effect of daily caffeine use on cerebral blood flow: How much caffeine can we tolerate?. *Human Brain Mapping* 30 (10) : 3102-14.
- ADİGÜZEL, İ., ÖZKAN, E., NOHUTCU, N. Z., BAYRAKCI H. 2019. İzmir’de Sağlık Çalışanlarının Kronik Hastalık Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Dans 3. International 21. National Public Health Congress. [<https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/208>]. Erişim Tarihi:16.04.2022.
- AGARWAL, M., RAVİ, P., RAMESH, C., NESLİN, J., 2021. Impact of the Covid-19 Pandemic on the Mental Health and Lifestyle of Health Care Workers in Southern India. *National Journal of Community Medicine* 12 (01) : 1-7.
- AĞARGÜN, M. Y., KARA, H., ANLAR, Ö. 1996. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107-15
- AKHTAR-DANESH, N., LANDEEN, J. 2007. Relation between depression and sociodemographic factors . *International Journal of Mental Health Systems* 1 (1) : 4.
- AKSOY, M., 2007. Ansiklopedik Beslenme, Diyet ve Gıda Sözlüğü, 300.
- ALBANO, L., FERRARA, P., SERRA, F., ARNESE, A. 2020. Alcohol consumption in a sample of Italian healthcare workers: A cross-sectional study . *Archives of Environmental & Occupational Health* 75 (5) : 253-59.
- ALBAR, S. A., ALMAGHRABİ, M. A., BUKHARİ, R. A., ALGHANMİ, R. A., ALTHAİBAN, M. A., YAGHMOUR, K. A. 2021. Caffeine Sources and Consumption among Saudi Adults Living with Diabetes and Its Potential Effect on HbA1c . *Nutrients* 13 (6) : 1960.
- ALSHOBAILİ, F. A., ALYOUSEFİ, N. A. 2019. The effect of smartphone usage at bedtime on sleep quality among Saudi non-medical staff at King Saud University Medical City. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6), 1953.
- ANDERSON, L. 2020. Skipping Meals Is Associated With Symptoms of Anxiety and Depression in US Older Adults. *Innovation in Aging*, 4(Suppl 1), 515.
- ARSLAN, M., AYDEMİR, İ. 2019. Relationship between emotional appetite, eating attitudes, sleep quality, and body mass index in healthcare workers: a multi-centre study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 346-353.

- BAIARDINI, I., BRAIDO, F., CAUGLIA, S., CANONICA, G. W. 2006. Sleep disturbances in allergic diseases. *Allergy*, 61(11), 1259-1267.
- BAKER, F. C., WOLFSON, A. R., LEE, K. A. 2009. Association of sociodemographic, lifestyle, and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Poll". *Journal of women's health*, 18(6), 841-849.
- BARATLOO, A., ROUHIPOUR, A., FOROUZANFAR, M. M., SAFARI, S., AMIRI, M., NEGIDA, A. 2016. The role of caffeine in pain management: a brief literature review. *Anesthesiology and pain medicine*, 6(3).
- BAR-ZEEV, Y., SHAULY-AHARONOV, M., NEUMARK, Y., HIRSHOREN, N. 2021. Changes in smoking, stress, and sleep duration among Israeli hospital workers during COVID-19. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), ckab164-717.
- BATHORY, E., TOMOPOULOS, S. 2017. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(2), 29-42.
- BEBİS 8.2. Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS)-Bilgisayar Paket Programı.
- BECCUTI, G., PANNAİN, S. 2011. Sleep and obesity. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 14(4), 402.
- BECK, A., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J. 1961. An inventory for measuring. *Archives of General Psychiatry*, 4(561-571).
- BECKER, N. B., JESUS, S. N., JOAO, K. A., VISEU, J. N., MARTINS, R. I. 2017. Depression and sleep quality in older adults: a meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 22(8), 889-895.
- BENDER, T., NAGY, G., BARNA, I., TEFNER, I., KÁDAS, É., GÉHER, P. 2007. The effect of physical therapy on beta-endorphin levels. *European journal of applied physiology*, 100(4), 371-382.
- BERMAN, N. K., HONIG, S., CRONSTEIN, B. N., PILLINGER, M. H. 2022. The effects of caffeine on bone mineral density and fracture risk. *Osteoporosis International*, 1-7.
- BÍCHO, N. C., LEITÃO, A. E., RAMALHO, J. C., DE ALVARENGA, N. B., LÍDON, F. C. 2013. Identification of chemical clusters discriminators of Arabica and Robusta green coffee. *International Journal of Food Properties*, 16(4), 895-904.
- BÍDULESCU, A., DİN-DZİETHAM, R., COVERSON, D. L., CHEN, Z., MENG, Y. X., BUXBAUM, S. G., WELCH, V. L. 2010. Interaction of sleep quality and psychosocial stress on obesity in African Americans: the Cardiovascular Health Epidemiology Study (CHES). *BMC public health*, 10(1), 1-10.
- BÍNKS, H., E VÍNCENT, G., GUPTA, C., IRWİN, C., KHALESÍ, S. 2020. Effects of diet on sleep: a narrative review. *Nutrients*, 12(4), 936.

- BJERKESET, O., ROMUNDSTAD, P., EVANS, J., GUNNELL, D. 2008. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American journal of epidemiology*, 167(2), 193-202.
- BJORVATN, B., PALLESEN, S. 2009. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep medicine reviews*, 13(1), 47-60.
- BRAVO, R., MATÍTO, S., CUBERO, J., PAREDES, S. D., FRANCO, L., RÍVERO, M., BARRÍGA, C. 2013. Tryptophan-enriched cereal intake improves nocturnal sleep, melatonin, serotonin, and total antioxidant capacity levels and mood in elderly humans. *Age*, 35(4), 1277-1285.
- BRUCE, E. S., LUNT, L., MCDONAGH, J. E. 2017. Sleep in adolescents and young adults. *Clinical medicine*, 17(5), 424.
- BRUM, M. C. B., DANTAS FILHO, F. F., SCHNORR, C. C., BERTOLETTI, O. A., BOTTEGA, G. B., DA COSTA RODRÍGUES, T. 2020. Night shift work, short sleep and obesity. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 12(1), 1-9.
- BURKE, T. M., MARKWALD, R. R., MCHILL, A. W., CHINOY, E. D., SNIDER, J. A., BESSMAN, S. C., WRIGHT JR, K. P. 2015. Effects of caffeine on the human circadian clock in vivo and in vitro. *Science translational medicine*, 7(305), 305ra146-305ra146.
- BUYSSE, D. J., REYNOLDS III, C. F., MONK, T. H., BERMAN, S. R., KUPFER, D. J. 1989. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. 2018. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atif İndeksi, 001-214.
- CAMPOS-MATOS, I., PERALTA-SANTOS, A., GOMES, B., BORGES, G., AGUIAR, P. 2014. Body Mass Index assessment of health care professionals in a primary care setting in Portugal: a cross sectional study. *Acta medica portuguesa*, 27(5), 609-614.
- CHAKRAVORTY, S., CHAUDHARY, N. S., BROWER, K. J. 2016. Alcohol dependence and its relationship with insomnia and other sleep disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(11), 2271-2282.
- CHAPUT, J. P., DUTIL, C., SAMPASA-KANYINGA, H. 2018. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this?. *Nature and science of sleep*, 10, 421.
- CHAPUT, J. P., MCNEIL, J., DESPRÉS, J. P., BOUCHARD, C., TREMBLAY, A. 2012. Short sleep duration is associated with greater alcohol consumption in adults. *Appetite*, 59(3), 650-655.
- CHOI, J., PETERS, M., MUELLER, R. O. 2010. Correlational analysis of ordinal data: from Pearson's r to Bayesian polychoric correlation. *Asia Pacific education review*, 11(4), 459-466.
- CHURCHILL, S. A., FARRELL, L. 2017. Alcohol and depression: Evidence from the 2014 health survey for England. *Drug and alcohol dependence*, 180, 86-92.

- CLARK, I., LANDOLT, H. P. 2017. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 31, 70-78.
- COHEN, A., COLODNER, R., MASALHA, R., HAÍMOV, I. 2019. The relationship between tobacco smoking, cortisol secretion, and sleep continuity. *Substance use & misuse*, 54(10), 1705-1714.
- COSTA, M., ESTEVES, M. 2018. Cigarette smoking and sleep disturbance. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 17(1), 40-48.
- CRONBACH, L. J. 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- CUBERO, J., VALERO, V., SÁNCHEZ, J., RÍVERO, M., PARVEZ, H., RODRÍGUEZ, A. B., BARRÍGA, C. 2005. The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. *Neuroendocrinology Letters*, 26(6), 657-662.
- DA SÍLVA CANHIN, D., TEBAR, W. R., SCARABOTTOLO, C. C., SÍLVA, G. C., PÍNTO, R. Z., GOBBO, L. A., CRISTOFARO, D. G. 2021. Physical activity across life stages and sleep quality in adulthood-an epidemiological study. *Sleep Medicine*, 83, 34-39.
- DA SÍLVA PÍNTO, M. 2013. Tea: A new perspective on health benefits. *Food research international*, 53(2), 558-567.
- DAVIS, K. F., PARKER, K. P., MONTGOMERY, G. L. 2004. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(2), 65-71.
- DE BOER, N., VERMEULEN, J., LÍN, B., VAN OS, J., TEN HAVE, M., DE GRAAF, R., LUYKX, J. J. 2021. Longitudinal associations between alcohol use, smoking, genetic risk scoring and symptoms of depression in the general population: a prospective 6-year cohort study. *Psychological medicine*, 1-9.
- DE MELLO, M. T., DE AQUINO LEMOS, V., ANTUNES, H. K. M., BITTENCOURT, L., SANTOS-SÍLVA, R., TUFÍK, S. 2013. Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: a population study. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 241-246.
- DE SOUZA LOPES, C., ROBAÍNA, J. R., ROTENBERG, L. 2012. Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. In *Can't sleep*, 1-21.
- DEL BRUTTO, O. H., MERA, R. M., ZAMBRANO, M., CASTÍLLO, P. R. 2016. Caffeine intake has no effect on sleep quality in community dwellers living in a rural Ecuadorian village (The Atahualpa Project). *Sleep Science*, 9(1), 35-39.
- DEMENT, W. C. 2005. Sleep extension: getting as much extra sleep as possible. *Clinics in sports medicine*, 24(2), 251-268.
- DIJK, D. J., LANDOLT, H. P. 2019. Sleep physiology, circadian rhythms, waking performance and the development of sleep-wake therapeutics. In *Sleep-Wake Neurobiology and Pharmacology* (pp. 441-481). Springer, Cham.

- DİKİCİ, S., AYDIN, L. Y., KUTLUCAN, A., ERCAN, N. 2012. Enerji içecekleri hakkında neler biliyoruz?. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(4), 609-613.
- DİNAS, P. C., KOUTEDAKIS, Y., FLOURIS, A. D. 2011. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish journal of medical science*, 180(2), 319-325.
- DOGAS, Z., PECOTIĆ, R., 2021. Sleep habits and lifestyle medicine. *Lifestyle Medicine: the Roadmap to Our Best Possible Health*. Kolčić, I., Dragun, T. 129-134.
- DRIVER, H. S., TAYLOR, S. R. 2000. Exercise and sleep. *Sleep medicine reviews*, 4(4), 387-402.
- DYKEN, M. E., AFİFİ, A. K., LİN-DYKEN, D. C. 2012. Sleep-related problems in neurologic diseases. *Chest*, 141(2), 528-544.
- ERİŞ, H. 2021. The Effect of Eating Attitude on Working Performance of Health Personnel. *Annals of Medical and Health Sciences Research* | Volume, 11(S2).
- EUGENIA ALVARADO, B., VICTORIA ZUNZUNEGUI, M., BÉLAND, F., SÍCOTTE, M., TELLECHEA, L. 2007. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(4), S226-S236.
- EXELMANS, L., VAN DEN BULCK, J. 2015. Technology and sleep: how electronic media exposure has impacted core concepts of sleep medicine. *Behavioral sleep medicine*, 13(6), 439-441.
- EXELMANS, L., VAN DEN BULCK, J. 2016. Bedtime mobile phone use and sleep in adults. *Social Science & Medicine*, 148, 93-101.
- FARİS, M. E., VITIELLO, M. V., ABDELRAHİM, D. N., CHEİKH ISMAİL, L., JAHRAMİ, H. A., KHALEEL, S., BAHAMMAM, A. S. 2021. Eating habits are associated with subjective sleep quality outcomes among university students: findings of a cross-sectional study. *Sleep and Breathing*, 1-12.
- FİTT, E., PELL, D., COLE, D. 2013. Assessing caffeine intake in the United Kingdom diet. *Food chemistry*, 140(3), 421-426.
- FREEMAN, A., TYROVOLAS, S., KOYANAGI, A., CHATTERJİ, S., LEONARDİ, M., AYUSO-MATEOS, J. L., HARO, J. M. 2016. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC public health*, 16(1), 1-8.
- FUJİİ, H., MİYAMOTO, M., MİYAMOTO, T., HİRATA, K., MUTO, T. 2009. Relationship between daily meal frequency and subjective sleep quality or daytime sleepiness in Japanese medical students.
- FUJİWARA, Y., ARAKAWA, T., FASS, R. 2012. Gastroesophageal reflux disease and sleep disturbances. *Journal of gastroenterology*, 47(7), 760-769.
- FULGONİ III, V. L., KEAST, D. R., LİEBERMAN, H. R. 2015. Trends in intake and sources of caffeine in the diets of US adults: 2001–2010. *The American journal of clinical nutrition*, 101(5), 1081-1087.

- GANASEGERAN, K., ABDULRAHMAN, S. A., AL-DUBAÏ, S. A. R., RASHÏD, A., PERUMAL, M., RENGANATHAN, P. 2017. Identifying factors associated with sleep disturbances among health workers using WhatsApp in Malaysia. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 1(9), 1-14.
- GARAULET, M., ORTEGA, F. B., RUIZ, J. R., REY-LÓPEZ, J. P., BÉGHÏN, L., MANÏOS, Y., MORENO, L. A. 2011. Short sleep duration is associated with increased obesity markers in European adolescents: effect of physical activity and dietary habits. The HELENA study. *International journal of obesity*, 35(10), 1308-1317.
- GARCÍA-BORREGUERO, D., LARROSA, O., BRAVO, M. 2003. Parkinson's disease and sleep. *Sleep medicine reviews*, 7(2), 115-129.
- GARCÍA-GARCÍA, F., JUÁREZ-AGUILAR, E., SANTIAGO-GARCÍA, J., CARDINALÍ, D. P. 2014. Ghrelin and its interactions with growth hormone, leptin and orexins: Implications for the sleep-wake cycle and metabolism. *Sleep medicine reviews*, 18(1), 89-97.
- GARİPAĞAOĞLU, M., KUYRUKÇU, N. 2009. Çocuk sağlığı ve kafein. *Çocuk Dergisi*, 9(3), 110-115.
- GEZMEN KARADAĞ, M., AKSOY, M. 2009. Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 24 (1), 9-15.
- GHOÏPOUR BARADARÏ, A., ALÏPOUR, A., MAHDAVÏ, A., SHARÏFÏ, H., NOURAEÏ, S. M., EMAMÏ ZEYDÏ, A. 2018. The effect of zinc supplementation on sleep quality of ICU nurses: a double blinded randomized controlled trial. *Workplace health & safety*, 66(4), 191-200.
- GLADE, M. J. 2010. Caffeine—not just a stimulant. *Nutrition*, 26(10), 932-938.
- GOLEM, D. L., MARTÏN-BÏGGERS, J. T., KOENÏNGS, M. M., DAVIS, K. F., BYRD-BREDBENNER, C. 2014. An integrative review of sleep for nutrition professionals. *Advances in nutrition*, 5(6), 742-759.
- GOODWÏN, R. D., GOTLÏB, I. H. 2004. Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry research*, 126(2), 135-142.
- GOPÏNATH, B., FLOOD, V. M., BURLUTKSY, G., LOUÏE, J. C., MITCHELL, P. 2016. Association between carbohydrate nutrition and prevalence of depressive symptoms in older adults. *British Journal of Nutrition*, 116(12), 2109-2114.
- GOUGEON, L., PAYETTE, H., MORAÏS, J. A., GAUDREAU, P., SHATENSTEÏN, B., GRAY-DONALD, K. 2017. A prospective evaluation of the depression-nutrient intake reverse causality hypothesis in a cohort of community-dwelling older Canadians. *British Journal of Nutrition*, 117(7), 1032-1041.
- GRANDNER, M. A. 2017. Sleep, health, and society. *Sleep medicine clinics*, 12(1), 1-22.
- GRANDNER, M. A., KRÏPKE, D. F. 2004. Self-reported sleep complaints with long and short sleep: a nationally representative sample. *Psychosomatic medicine*, 66(2), 239.

- GRANDNER, M. A., PATEL, N. P., GEHRMAN, P. R., XIE, D., SHA, D., WEAVER, T., GOONERATNE, N. 2010. Who gets the best sleep? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. *Sleep medicine*, 11(5), 470-478.
- GRAY, J. 1998. Caffeine, coffee and health. *Nutrition & Food Science*, 98 (6) : 314-19.
- GRİFFİTHS, R. R., VERNOTİCA, E. M. 2000. Is caffeine a flavoring agent in cola soft drinks?. *Archives of family medicine*, 9(8), 727.
- GUPTA, R., DAHİYA, S., BHATİA, M. S. 2009. Effect of depression on sleep: Qualitative or quantitative?. *Indian journal of psychiatry*, 51(2), 117.
- GÜNAYDIN, N. 2014. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1).
- GÜNEŞ, S. 2012. Türk Çay Kültürü Ve Ürünleri. *Milli Folklor*, 24(94).
- HAFNER, M., STEPANEK, M., TAYLOR, J., TROXEL, W. M., VAN STOLK, C. 2017. Why sleep matters—the economic costs of insufficient sleep: a cross-country comparative analysis. *Rand health quarterly*, 6(4).
- HALE, L. 2005. Who has time to sleep?. *Journal of Public Health*, 27(2), 205-211.
- HAMMOND, E. C. 1964. Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064,004 men and women. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 54(1), 11-23.
- HASSOY, D., ÖZVURMAZ, S. 2019. Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(3), 27-32.
- HAYASHİNO, Y., YAMAZAKİ, S., TAKEGAMİ, M., NAKAYAMA, T., SOKEJİMA, S., FUKUHARA, S. 2010. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey. *Sleep medicine*, 11(4), 366-371.
- HE, S., HASLER, B. P., CHAKRAVORTY, S. 2019. Alcohol and sleep-related problems. *Current opinion in psychology*, 30, 117-122.
- HEATON, K., GRİFFİN, R. 2015. The effects of caffeine use on driving safety among truck drivers who are habitual caffeine users. *Workplace Health & Safety*, 63(8), 333-341.
- HENEMAN, K., ZİDENBERG-CHERR, S. 2007. Nutrition and health info sheet: Energy drinks. University of California, Agriculture and Natural Resources.
- HİGBEE, M. R., CHİLTON, J. M., EL-SAİDİ, M., DUKE, G., HAAS, B. K. 2020. Nurses consuming energy drinks report poorer sleep and higher stress. *Western Journal of Nursing Research*, 42(1), 24-31.
- HİNDMARCH, I., RİGNEY, U., STANLEY, N., QUİNLAN, P., RYCROFT, J., LANE, J. 2000. A naturalistic investigation of the effects of day-long consumption of tea, coffee and water on alertness, sleep onset and sleep quality. *Psychopharmacology*, 149(3), 203-216.

- HİSLİ, N. 1988. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.
- HİSLİ, N. 1989. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.
- HOEVENAAR-BLOM, M. P., SPIJKERMAN, A. M., KROMHOUT, D., VAN DEN BERG, J. F., VERSCHUREN, W. 2011. Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: the MORGEN study. *Sleep*, 34(11), 1487-1492.
- HU, Y., STEPHENSON, K., KLARE, D. 2020. The dynamic relationship between daily caffeine intake and sleep duration in middle-aged and older adults. *Journal of Sleep Research*, 29(6), e12996.
- IAO, S. I., JANSEN, E., SHEDDEN, K., O'BRIEN, L. M., CHERVIN, R. D., KNUTSON, K. L., DUNIETZ, G. L. 2021. Associations between bedtime eating or drinking, sleep duration and wake after sleep onset: findings from the American time use survey. *British Journal of Nutrition*, 1-10.
- INABA, A., THOITS, P. A., UENO, K., GOVE, W. R., EVENSON, R. J., SLOAN, M. 2005. Depression in the United States and Japan: gender, marital status, and SES patterns. *Social science & medicine*, 61(11), 2280-2292.
- INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON MILITARY NUTRITION RESEARCH. 2001. Caffeine for the sustainment of mental task performance: formulations for military operations. National Academy Press. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223802/>]. Erişim Tarihi:25.04.2022.
- JABBAR, S. B., HANLY, M. G. 2013. Fatal caffeine overdose: a case report and review of literature. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 34(4), 321-324.
- JAGUGA, F., KWOBAN, E. K., MWANGI, A., PATEL, K., MWOGI, T., KIPTOO, R., ATWOLI, L. 2022. Harmful alcohol use among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic in Kenya. *Frontiers in psychiatry*, 157.
- JAHRAMI, H., BAHAMMAM, A. S., ALGAHTANI, H., EBRAHIM, A., FARIS, M., ALEID, K., HASAN, Z. 2021. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing*, 25(1), 503-511.
- JAWABRI, KH., RAJA, A. 2019. *Physiology, Sleep Patterns*.
- JEHAN, S., ZIZI, F., PANDI-PERUMAL, S. R., MYERS, A. K., AUGUSTE, E., JEAN-LOUIS, G., MCFARLANE, S. I. 2017. Shift work and sleep: medical implications and management. *Sleep medicine and disorders: international journal*, 1(2).
- KANG, B., DOO, M., KIM, Y. 2017. Associations between self-reported sleep quality and duration and dietary consumptions, psychological symptoms, and obesity in Korean adults. *Preventive nutrition and food science*, 22(4), 271.

- KANG, J. H., CHEN, S. C. 2009. Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC public health*, 9(1), 1-6.
- KASU, E. S., AYİM, A., TAMPOURİ, J. 2015. Prevalence of obesity among health workers in Kadjebi District of Ghana. *biology agriculture and healthcare*, 5.
- KATAGİRİ, R., ASAKURA, K., KOBAYASHİ, S., SUGA, H., SASAKİ, S. 2014. Low intake of vegetables, high intake of confectionary, and unhealthy eating habits are associated with poor sleep quality among middle-aged female Japanese workers. *Journal of occupational health*, 14-0051.
- KEMSLEY, E. K., RUAULT, S., WILSON, R. H. 1995. Discrimination between *Coffea arabica* and *Coffea canephora* variant *robusta* beans using infrared spectroscopy. *Food Chemistry*, 54(3), 321-326.
- KESKİN, A., ÜNALACAK, M., BİLGE, U., YILDIZ, P., GÜLER, S., SELÇUK, E. B., BİLGİN, M. 2015. Effects of Sleep Disorders on Hemoglobin A1c Levels in Type 2 Diabetic Patients .*Chinese Medical Journal*, décembre. [<https://medcentral.net/doi/full/10.4103/0366-6999.171415>].Erişim Tarihi: 13.04.2022.
- KHAN, H. R., ASHRAF, F., ULLAH, I., TAHİR, M. J., DOMİNARİ, A., SHOİB, S., PAKPOUR, A. H. 2021. Cross-cultural prevalence of sleep quality and psychological distress in healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Brain and Behavior*, 11(11), e2383.
- KILIÇ, O., GÜNDÜZ, O., ERYILMAZ, G.,EMİR, M. 2012. Çay Tüketiminde Tüketici Davranışlarının Belirlenmesi: Samsun İli Örneği. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 16(4), 19-25.
- KOLO, E. S., Ahmed, A. O., HAMİSU, A., AJİYA, A., AKHİWU, B. I. 2017. Sleep health of healthcare workers in Kano, Nigeria. *Nigerian Journal of clinical practice*, 20(4), 479-483.
- KOMES, D., HORZİC, D., BELSCAK, A., KOVACEVİC GANİC, K., BLJAK, A. 2009. Determination of caffeine content in tea and maté tea by using different methods. *Czech J. Food Sci*, 27(1), S213-S216.
- KORDAS, K., SİEGEL, E. H., OLNEY, D. K., KATZ, J., TİELSCH, J. M., KARİGER, P. K., STOLTZFUS, R. J. 2009. The effects of iron and/or zinc supplementation on maternal reports of sleep in infants from Nepal and Zanzibar. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 30(2), 131.
- KORKMAZ, S., KAZGAN, A., ÇEKİÇ, S., TARTAR, A. S., BALCI, H. N., ATMACA, M. 2020. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of Clinical Neuroscience*, 80, 131-136.
- KREDLOW, M. A., CAPOZZOLİ, M. C., HEARON, B. A., CALKİNS, A. W., OTTO, M. W. 2015. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 38(3), 427-449.
- LAN, L., LIAN, Z. 2016. Ten questions concerning thermal environment and sleep quality. *Building and Environment*, 99, 252-259.

- LANDOLT, H. P. 2015. Caffeine, the circadian clock, and sleep. *Science*, 349(6254), 1289-1289.
- LANDOLT, H. P., WERTH, E., BORBÉLY, A. A., DIJK, D. J. 1995. Caffeine intake (200 mg) in the morning affects human sleep and EEG power spectra at night. *Brain research*, 675(1-2), 67-74.
- LAUTENBACHER, S., KUNDERMANN, B., KRİEG, J. C. 2006. Sleep deprivation and pain perception. *Sleep medicine reviews*, 10(5), 357-369.
- LEE, E., KİM, J. M. 2021. Association between depression and eating behavior factors in Korean adults: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2018. *Journal of Nutrition and Health*, 54(2), 152-164.
- LEE, J. H., PARK, S. K., RYOO, J. H., OH, C. M., CHOİ, J. M., MCINTYRE, R. S., JUNG, J. Y. 2017. U-shaped relationship between depression and body mass index in the Korean adults. *European Psychiatry*, 45, 72-80.
- LEİ, Z., QİONGJİNG, Y., QİULİ, W. U., SABRİNA, K., XİAOJİNG, L., CHANGLİ, W. 2009. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of clinical nursing*, 18(17), 2521-2529.
- Lİ, J., VİTIELLO, M. V., GOONERATNE, N. S. 2018. Sleep in normal aging. *Sleep medicine clinics*, 13(1), 1-11.
- LİEBERMAN, H. R., AGARWAL, S., FULGONİ III, V. L. 2019. Daily patterns of caffeine intake and the association of intake with multiple sociodemographic and lifestyle factors in US adults based on the NHANES 2007–2012 surveys. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(1), 106-114.
- LİNDE, A. S. 2014. *The Use of Sleep Loss as a Health Indicator Based on Women's Wellness Decisions* (Doctoral dissertation, Walden University).
- LİPTON, R. B., DİENER, H. C., ROBBİNS, M. S., GARAS, S. Y., PATEL, K. 2017. Caffeine in the management of patients with headache. *The journal of headache and pain*, 18(1), 1-11.
- MACİT, M. S., AKDEVELİOĞLU, Y. 2018. An overview of the relationship between fertility and caffeine intake. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(2), 138-145.
- MAGKOS, F., KAVOURAS, S. A. 2005. Caffeine use in sports, pharmacokinetics in man, and cellular mechanisms of action. *Critical reviews in food science and nutrition*, 45(7-8), 535-562.
- MAGZAL, F., EVEN, C., HAİMOV, I., AGMON, M., ASRAF, K., SHOCHAT, T., TAMİR, S. 2021. Associations between fecal short-chain fatty acids and sleep continuity in older adults with insomnia symptoms. *Scientific reports*, 11(1), 1-8.
- MAHMOODİ, H., ASGHARI, J. M., MOHAMMADİ, Y., SHİRZADİ, S. H., DOSHMANGİR, P., SHARİFİSAQEZİ, P. 2016. Correlation of Body mass index and health-promoting lifestyle among health care workers of Saqqez city.5 (218) : 42-51.

- MALLAMPALLI, M. P., CARTER, C. L. 2014. Exploring sex and gender differences in sleep health: a Society for Women's Health Research Report. *Journal of women's health*, 23(7), 553-562.
- MARKOV, D., GOLDMAN, M. 2006. Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatric Clinics*, 29(4), 841-853.
- MASOOD, S., CAPPELLI, C., LI, Y., TANENBAUM, H., CHOU, C. P., SPRUIJT-METZ, D., XIE, B. 2015. Cigarette smoking is associated with unhealthy patterns of food consumption, physical activity, sleep impairment, and alcohol drinking in Chinese male adults. *International journal of public health*, 60(8), 891-899.
- MAUGHAN, R. J., GRIFFIN, J. 2003. Caffeine ingestion and fluid balance: a review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(6), 411-420.
- MEDYSKY, M. E., TEMESI, J., CULOS-REED, S. N., MILLET, G. Y. 2017. Exercise, sleep and cancer-related fatigue: are they related?. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 47(2), 111-122.
- MIRJAT, A. A., MIRJAT, A. A., NAVEED, M., MAJEED, F., CHONG, S. 2020. Factors influencing sleep quality and effects of sleep on hypertension. *Sleep and Vigilance*, 4(2), 125-136.
- MONK, T. H., REYNOLDS III, C. F., BUYSSE, D. J., DEGRAZIA, J. M., KUPFER, D. J. 2003. The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. *Chronobiology international*, 20(1), 97-107.
- MOON, J., LINTON, J. A., CHOI, J., KIM, J., LEE, J., JO, Y. 2019. Correlation between smoking and depression in Korean adult group: The Korean national health and nutrition examination survey (2014). *Korean Journal of Family Practice*, 383-388.
- MURRAY, J. B. 1988. Psychophysiological aspects of caffeine consumption. *Psychological Reports*, 62(2), 575-587.
- NEHLIG, A. 2018. Interindividual differences in caffeine metabolism and factors driving caffeine consumption. *Pharmacological reviews*, 70(2), 384-411.
- NIEBER, K. 2017. The impact of coffee on health. *Planta medica*, 83(16), 1256-1263.
- NILAN, K., MCKEEVER, T. M., MCNEILL, A., RAW, M., MURRAY, R. L. 2019. Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(7), e0220168.
- OGILVIE, R. P., PATEL, S. R. 2017. The epidemiology of sleep and obesity. *Sleep Health*, 3(5), 383-388.
- OKAMOTO-MIZUNO, K., MIZUNO, K. 2012. Effects of thermal environment on sleep and circadian rhythm. *Journal of physiological anthropology*, 31(1), 1-9.
- OWENS, J. A. 2007. Sleep loss and fatigue in healthcare professionals. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 21(2), 92-100.
- ÖNCÜ H. 1994. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti.

- ÖNDER, İ., MASAL, E., DEMİRHAN, E., HORZUM, M. B., BEŞOLUK, Ş. 2016. Psychometric properties of sleep quality scale and sleep variables questionnaire in Turkish student sample. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 3(3), 9-21.
- ÖZTÜRK, Ö. 2011. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Uyku. *Solunum Dergisi*, 13(2), 67-77.
- PAVLOVA, M. K., LATREILLE, V. 2019. Sleep disorders. *The American Journal of Medicine*, 132(3), 292-299.
- PERROIS, C., STRICKLER, S. R., MATHIEU, G., LEPELLEY, M., BEDON, L., MICHAX, S., PRIVAT, I. 2015. Differential regulation of caffeine metabolism in *Coffea arabica* (Arabica) and *Coffea canephora* (Robusta). *Planta*, 241(1), 179-191.
- PERRY, G. S., PATİL, S. P., PRESLEY-CANTRELL, L. R. 2013. Raising awareness of sleep as a healthy behavior. *Preventing chronic disease*, 10.
- PEUHKURİ, K., SIHVOLA, N., KORPELA, R. 2012. Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition research*, 32(5), 309-319.
- POGODA, J. M., PATRÍCIO, G., MCELİGOT, A. J. 2018. Association between Caffeine Consumption and Depression in NHANES 2009–2010. *Californian journal of health promotion*, 16(1), 16.
- PORKKA-HEISKANEN, T., ZITTING, K. M., WİGREN, H. K. 2013. Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta physiologica*, 208(4), 311-328.
- POSMONTIER, B. 2008. Sleep quality in women with and without postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 722-737.
- QURESHİ, A., LEE-CHİONG, T. 2004. Medications and their effects on sleep. *Medical Clinics*, 88(3), 751-766.
- RAHMAN, A., HURİAH, T. 2021. The Smoking Behavior of Health Workers in Asia: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24 (2) : 118-30.
- RAKUSA, M., SIEMİNSKİ, M., RAKUSA, S., FALUP-PECURARIU, C., FRONCZEK, R., HİDALGO, H., KALLWEİT, U. 2021. Awakening to sleep disorders in Europe: Survey on education, knowledge and treatment competence of European residents and neurologists. *European journal of neurology*, 28(9), 2863-2870.
- RAMA, A. N., CHO, S. C., KUSHİDA, C. A. 2005. NREM–REM sleep. In *Handbook of Clinical Neurophysiology* (Vol. 6, pp. 21-29). Elsevier.
- RAVİ, A., SİVAPRİYA, K. R. S., GEORGE, N., BRİTTO, R., PARTHİBAN, A., ANUKRUTHİ, N. 2022. Sleep Quality among Healthcare Professionals in a Tertiary Care Hospital. *National Journal of Community Medicine*, 13(4), 213-218.

- RİVAS, M., RATRA, A., NUGENT, K. 2016. Obstructive sleep apnea and its effects on cardiovascular diseases: a narrative review. *Anatolian journal of cardiology*, 15(11), 944.
- ROBİNSON, C. R., PEGRAM, G. V., HYDE, P. R., BEATON, J. M., SMYTHİES, J. R. 1977. The effects of nicotinamide upon sleep in humans. *Biol Psychiatry*, 12(1), 139-143.
- ROEHRS, T., ROTH, T. 2008. Caffeine: sleep and daytime sleepiness. *Sleep medicine reviews*, 12(2), 153-162.
- ROY, K., PARKER, G., MİTCHELL, P., WİLHELM, K. 2001. Depression and smoking: examining correlates in a subset of depressed patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 329-335.
- RUJNAN, T., ÇAYKARA, B., SAĞLAM, Z., PENÇE, H. H. 2019. Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 609-615.
- SARTORIUS, T., KETTERER, C., KULLMANN, S., BALZER, M., ROTERMUND, C., BİNDER, S., HENNİGE, A. M. 2012. Monounsaturated fatty acids prevent the aversive effects of obesity on locomotion, brain activity, and sleep behavior. *Diabetes*, 61(7), 1669-1679.
- SEBER, G., DİLBAZ, N., KAPTANOĞLU, C., TEKİN, D. 1993. Umutsuzlukölçeği: geçerlilik ve güvenirliliği. *Kriz Dergisi*, 1(3).
- SENGPIEL, V., ELİND, E., BACELİS, J., NİLSSON, S., GROVE, J., MYHRE, R., BRANTSÆTER, A. L. 2013. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. *BMC medicine*, 11(1), 1-18.
- SHİ, Z., MCEVOY, M., LUU, J., ATTİA, J. 2008. Dietary fat and sleep duration in Chinese men and women. *International journal of obesity*, 32(12), 1835-1840.
- SHİLO, L., SABBAH, H., HADARİ, R., KOVATZ, S., WEİNBERG, U., DOLEV, S., SHENKMAN, L. 2002. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. *Sleep medicine*, 3(3), 271-273.
- SHİM, J., KANG, S. W. 2017. Behavioral factors related to sleep quality and duration in adults. *Journal of lifestyle medicine*, 7(1), 18.
- SHİVELY, C. A., TARKA JR, S. M. 1984. Methylxanthine composition and consumption patterns of cocoa and chocolate products. *Progress in clinical and biological research*, 158, 149-178.
- SHOCHAT, T. 2012. Impact of lifestyle and technology developments on sleep. *Nature and science of sleep*, 4, 19.
- SİNGİN ÖZDURAK, R. H., 2022. *Beden Eğitimi Ve Spor Araştırmaları 2021-II*. Efe Akademi Yayınları.
- SİNGH, M., BİRD, S. P., CHAREST, J., WORKİNGS, M. 2022. Sleep and athletes. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 150897.



- SNEL, J., LORİST, M. M. 2011. Effects of caffeine on sleep and cognition. *Progress in brain research*, 190, 105-117.
- SONG, C. H., KİM, Y. H., JUNG, K. I. 2012. Associations of zinc and copper levels in serum and hair with sleep duration in adult women. *Biological trace element research*, 149(1), 16-21.
- STAMATAKİS, K. A., KAPLAN, G. A., ROBERTS, R. E. 2007. Short sleep duration across income, education, and race/ethnic groups: population prevalence and growing disparities during 34 years of follow-up. *Annals of epidemiology*, 17(12), 948-955.
- STEİGER, A., PAWLOWSKİ, M. 2019. Depression and sleep. *International journal of molecular sciences*, 20(3), 607.
- STİCKGOLD, R., WALKER, M. 2009. *The neuroscience of sleep*. Amsterdam : Academic Press/Elsevier.
- ST-ONGE, M. P., MİKİC, A., PİETROLUNGO, C. E. 2016. Effects of diet on sleep quality. *Advances in nutrition*, 7(5), 938-949.
- STRASSER, B., GOSTNER, J. M., FUCHS, D. 2016. Mood, food, and cognition: role of tryptophan and serotonin. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 19(1), 55-61.
- TAHERİ, S., LİN, L., AUSTİN, D., YOUNG, T., MİGNOT, E. 2004. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS medicine*, 1(3), e62.
- TAKAHASHİ, K., OKAWA, M., MATSUMOTO, M., MİSHİMA, K., YAMADERA, H., SASAKİ, M., KAMEİ, K. 1999. Double-blind test on the efficacy of methylcobalamin on sleep-wake rhythm disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 53(2), 211-213.
- TANAKA, E., YATSUYA, H., UEMURA, M., MURATA, C., OTSUKA, R., TOYOSHİMA, H., AOYAMA, A. 2013. Associations of protein, fat, and carbohydrate intakes with insomnia symptoms among middle-aged Japanese workers. *Journal of epidemiology*, 23(2), 132-138.
- TARLETON, E. K., LİTTENBERG, B. 2015. Magnesium intake and depression in adults. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(2), 249-256.
- TAVARES, C., SAKATA, R. K. 2012. Caffeine in the treatment of pain. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 62, 394-401.
- TEMEL, A. B., FIŞKIN, A., YILDIRIM, J. G. 2013. Hemşirelerde Uyku Sorunları Ve Etkili Etmenler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 13-32.
- TEMPLE, J. L., BERNARD, C., LİPSHULTZ, S. E., CZACHOR, J. D., WESTPHAL, J. A., MESTRE, M. A. 2017. The safety of ingested caffeine: a comprehensive review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 80.
- THAKKAR, M. M., SHARMA, R., SAHOTA, P. 2015. Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol*, 49(4), 299-310.
- THASE, M. E. 2022. Depression and sleep: pathophysiology and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8 (2) : 217-26.

- THEORELL-HAGLÖW, J., LEMMING, E.W., MICHAËLSSON, K., ELMSTÅHL, S., LIND, L., LINDBERG, E. 2020. Sleep duration is associated with healthy diet scores and meal patterns: results from the population-based EpiHealth study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(1), 9-18.
- THOMÉE, S., EKLÖF, M., GUSTAFSSON, E., NILSSON, R., HAGBERG, M. 2007. Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults—an explorative prospective study. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1300-1321.
- TROYNÍKOV, O., WATSON, C. G., NAWAZ, N. 2018. Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of thermal biology*, 78, 192-203.
- TROYNÍKOV, O., WATSON, C. G., NAWAZ, N. 2018. Sleep environments and sleep physiology: A review. *Journal of thermal biology*, 78, 192-203.
- TÜMER, A., İLHAN, B., KARTAL, A. 2017. Gençlerde insomni görülme sıklığı. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(13), 426-439.
- VAN DE STRAAT, V., BRACKE, P. 2015. How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International journal of public health*, 60(6), 643-650.
- VAN DE VELDE, S., BRACKE, P., LEVECQUE, K. 2010. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social science & medicine*, 71(2), 305-313.
- VANDEKERCKHOVE, M., CLUYDTS, R. 2010. The emotional brain and sleep: an intimate relationship. *Sleep medicine reviews*, 14(4), 219-226.
- VELDÍ, M., ALUOJA, A., VASAR, V. 2005. Sleep quality and more common sleep-related problems in medical students. *Sleep medicine*, 6 (3), 269-275.
- VERSTER, J. C., KOENIG, J. 2018. Caffeine intake and its sources: A review of national representative studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 58(8), 1250-1259.
- WANG, L., SHEN, X., WU, Y., ZHANG, D. 2016. Coffee and caffeine consumption and depression: A meta-analysis of observational studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(3), 228-242.
- WATSON, E. J., COATES, A. M., KOHLER, M., BANKS, S. 2016. Caffeine consumption and sleep quality in Australian adults. *Nutrients*, 8(8), 479.
- WETTER, D. W., YOUNG, T. B. 1994. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Preventive medicine*, 23(3), 328-334.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION,. Body mass index - BMI. [<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>]. Erişim Tarihi: 02.05.2022
- WIRTH, M. D., ANDREW, M. E., BURCHFIEL, C. M., BURCH, J. B., FEKEDULEGN, D., HARTLEY, T. A., VIOLANTI, J. M. 2017. Association of shiftwork and immune cells among police officers from the Buffalo Cardio-

- Metabolic Occupational Police Stress study. *Chronobiology international*, 34(6), 721-731.
- YALÇINKAYA, M., ÖZER, F. G., KARAMANOĞLU, A. Y. 2007. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- YAN, X. Y., HUANG, S. M., HUANG, C. Q., WU, W. H., QIN, Y. 2011. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *Journal of International Medical Research*, 39(4), 1142-1154.
- YARY, T., AAZAMİ, S. 2012. Dietary intake of zinc was inversely associated with depression. *Biological trace element research*, 145(3), 286-290.
- YARY, T., AAZAMİ, S., SOLEİMANNEJAD, K. 2013. Dietary intake of magnesium may modulate depression. *Biological trace element research*, 151(3), 324-329.
- YEGAMBARAM, L. B. 2021. Anthropometric status and dietary habits of registered nurses, enrolled nurses and enrolled nursing auxiliaries working at a private hospital in Pietermaritzburg, KwaZulu-Natal (Doctoral dissertation). [<https://researchspace.ukzn.ac.za/handle/10413/19632>]. Erişim Tarihi: 03.04.2022.
- YILDIRIM, D. İ., YILDIRIM, A., ERYILMAZ, M. A. 2019. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 325-333.
- YILMAZ, C., ÖZDEMİR, F., GÖKMEN, V. 2020. Investigation of free amino acids, bioactive and neuroactive compounds in different types of tea and effect of black tea processing. *Lwt*, 117, 108655.
- YILMAZ, E., ÖZKAN, S. 2006. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 81-99.
- YILMAZ, M., KIRAÇ, Y., SAHİN, M. K. 2021. Sleep quality and related factors in a sample of Turkish healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International journal of clinical practice*, 75(11), e14813.
- ZHAO, M., TUO, H., WANG, S., ZHAO, L. 2020. The effects of dietary nutrition on sleep and sleep disorders. *Mediators of inflammation*, 2020.
- ZHENG, D., YUAN, X., MA, C., LIU, Y., VANEVERY, H., SUN, Y., GAO, X. 2021. Alcohol consumption and sleep quality: a community-based study. *Public Health Nutrition*, 24(15), 4851-4858.
- ZİSAPEL, N. 2001. Circadian rhythm sleep disorders. *CNS drugs*, 15(4), 311-328.

EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı

		TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
BASVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Sağlık Çalışanlarında Kafein Tüketimi İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi				
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Mehmet Alpaslan / TNKÜ Sağlık Yüksekokulu				
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	26.10.2021				
	Araştırma Protokol Numarası	2021.253.10.17				
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer: _____		
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer: _____	
	Araştırmanın Bütçesi	150 ₺				
Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tamamının oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Örtülerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. [REDACTED]	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Prof. Dr. [REDACTED]	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Prof. Dr. [REDACTED]	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Prof. Dr. [REDACTED]	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Prof. Dr. [REDACTED]	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
Dr. Öğr. Üyesi [REDACTED]	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	[REDACTED]
* : Toplantıda bulunma.						
Etik Kurul Başkanı						
Unvanı/Adı/Soyadı: [REDACTED]						
İmza: [REDACTED]						

EK 2 - Katılımcı Bilgi Anketi**Anket No:****SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KAFEİN TÜKETİMİ İLE UYKU KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ****Sayın Katılımcı;**

Bu anket, sağlık çalışanlarında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanılacağından gizli tutulacaktır. Cevaplarınızın samimiyeti sonuçların gerçeği yansıtması bakımından önemlidir. Zamanınızı ayırarak bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Dyt. Atiye AYDIN

A-) DEMOGRAFİK BİLGİLER

1-Yaşınız (yıl):

2-Medeni Durumunuz:

a)Evli b)Bekâr c)Boşanmış/Dul

3-Cinsiyetiniz:

a)Kadın b)Erkek (6.soruya geçiniz.)

4-Gebe veya emzikli misiniz?

a)Evet b)Hayır

5-Menapoza girdiniz mi?

a)Evet b)Hayır

6-Mesleğiniz nedir?

a)Doktor b)Hemşire c)Ebe d)Sağlık Memuru e)Diğer
(.....)

7-Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a)İyi b)Çok iyi c)Kötü d)Çok kötü

8-Sigara kullanıyor musunuz?:

a)Evet b)Hayır c)Bıaktım(.....)ne zaman bıraktınız belirtiniz.

9-Çalışma şekliniz nasıldır?

a) Sürekli gündüz b) Sürekli gece c)Gece-gündüz

10-Alkol kullanıyor musunuz?:

a)Evet b)Hayır (11.soruya geçiniz.) c)Bıaktım(.....)ne zaman bıraktınız belirtiniz

11-Alkol kullanıyorsanız ne sıklıkta ne kadar ve genellikle hangi türü tüketirsiniz?

Günde/Haftada/Ayda/Yılda..... bardak/kadeh/kutu/şişe.....içerim.

12-Gece yatmadan önce cep telefonu/ tablet/ televizyon kullanır mısınız? Hangisi

ise işaretleyiniz

a)Evet (.....)ne kadar süre önce? b)Hayır

13-Doktor tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?:

a)Evet(adını belirtiniz) b)Hayır

14-Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz bir ilacınız var mı?:

a)Evet(adını belirtiniz) b)Hayır

15.Zayıflama hapi kullanıyor musunuz?

a)Evet(adını belirtiniz) b)Hayır

16-Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız? (Haftada en az 3 kez günde 30 dakika ve üzeri

Fiziksel aktivite)

a)Evet b)Hayır

B-) ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

1. Kilonuz (kg)

.....

2. Boyunuz (cm)

.....

3. Beden Kütle İndeksi

(BKİ):.....

(3.soru diyetisyen tarafından doldurulacaktır.)

C-) BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. Ailenizde beslenme eğitimi alan var mı?

- a. () Anne b. () Baba c. () Kardeş
d. () Çocuk d. () Kendiniz e. () Yok

2. Bir günde kaç öğün beslenirsiniz?

- a. () 1 öğün b. () 2 öğün c. () 3 öğün d. () 4 öğün e. () 5 öğün ve fazlası

3. Öğün atladığınız olur mu?

- a. () Evet b. () Bazen c. () Hayır

4. Cevabınız Evet ya da Bazen ise en çok hangi öğünü atlarsınız?

- a. () Sabah b. () Kuşluk c. () Öğle d. () İkinci e. () Akşam

5. Gün içinde yemek yeme alışkanlığınızı nasıl tanımlarsınız?

- a. () Sık sık azar azar b. () Sık sık çok miktarda
c. () Normal öğünlerde az miktarda d. () Normal öğünlerde çok miktarda
e. () Normal öğünlerde normal miktarda f. () Uzun aralarla azar azar
g. () Uzun aralarla çok miktarda

6. Besinleri nasıl tüketirsiniz?

- a. () Yavaş çiğneyerek b. () Normal sürede c. () Hızlı bir şekilde

7. Vitamin veya mineral takviyesi alıyor musunuz?

- a. () Hayır b. () Vitamin takviyesi c. () Mineral takviyesi

8. Yatmaya yakın birşeyler yer/içer misiniz?

a)Evet b)Hayır

9. Günün hangi zaman diliminde **çay** tüketiminiz daha fazladır?

a. () Sabah b. () Kuşluk c. () Öğle d. () İkinci e. () Akşam f. () Gece

10. Günün hangi zaman diliminde **kahve** tüketiminiz daha fazladır?

a. () Sabah b. () Kuşluk c. () Öğle d. () İkinci e. () Akşam f. () Gece

(11 ve 12. Soruyu 'Kafein Tüketim Sıklığı Formu'ndaki c v d bölümü için cevaplayınız.)

11. Günün hangi zaman diliminde **diğer içeceklerden** tüketiminiz daha fazladır?

a. () Sabah b. () Kuşluk c. () Öğle d. () İkinci e. () Akşam f. () Gece

12. Günün hangi zaman diliminde **yiyeceklerden** tüketiminiz daha fazladır?

a. () Sabah b. () Kuşluk c. () Öğle d. () İkinci e. () Akşam f. () Gece

13. Kafein hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a. () Evet b. () Kısmen c. () Hayır

14. Günlük sıvı tüketiminiz ne kadardır?

D-) UYKU ALIŞKANLIKLARI

1. Günde kaç saat uyursunuz?

a)3-5 saat b)6-8 saat c)8 saatten fazla

2. Düzenli uyku saatleriniz var mıdır?

a)Evet b)Hayır

3. Gün içerisinde uyur musunuz?

a)Evet b)Hayır

4. Uyku bozukluğu yaşayan yakınınız var mı?

a)Evet (yakınlık derecesi.....) b)Hayır

EK 5 - Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi

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

1) Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? yatış saati

2) Geçen ay geceler uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı?
.....dakika

3) Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?kalkış saati

4) Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)..... saat (bir gecedeki uyku süresi)

5) Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a) 30 dk içinde uykuya dalamadınız				
b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
c) Tuvalete gittiniz				
d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e) Aşırı derecede üşüdünüz				
f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g) Kötü rüyalar gördünüz				
h) Ağrı duydunuz				
i) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
j) Diğer nedenler (yazınız).....				

6) Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz ?

a)Çok iyi b) Oldukça iyi c)Oldukça kötü d)Çok kötü

7) Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a) Hiç.... b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

8) Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a) Hiç.... b) 1'den az c) 1-2 kez d) 3'den çok

9) Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a)Hiç problem oluşturmadı b)Bir dereceye kadar problem oluşturdu
c) Yalnızca çok az problem oluşturdu d) Çok büyük problem oluşturdu

10) Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok b) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
c)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var d)Partner aynı yatakta

11) Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a)Gürültülü horlama				
b)Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e)Diğer huzursuzluklarınız				

EK 6 - Beck Depresyon Envanteri

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1)a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
 - b. Kendimi üzgün hissediyorum
 - c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
 - d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2)a. Gelecekte umutsuz değilim
 - b. Gelecek konusunda umutsuzum
 - c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
 - d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3)a. Kendimi başarısız görmüyorum
 - b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
 - c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
 - d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4)a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
 - b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
 - c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
 - d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5)a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
 - b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
 - c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum

- d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6)a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
- b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
- c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
- d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
- 7)a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
- b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
- c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
- d. Kendimden nefret ediyorum
- 8)a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
- b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
- c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9)a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
- c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
- d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10)a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
- b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
- c. Şimdilerde her an ağlıyorum
- d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
- 11)a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam

- b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
 - c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
 - d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
- 12)a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
- b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
 - c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
 - d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13)a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
- b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
 - c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
 - d. Artık hiç karar veremiyorum
- 14)a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
- b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum
 - c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
 - d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15)a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum
 - c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
 - d. Artık hiç çalışmıyorum
- 16)a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
- b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
 - c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
 - d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17)a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

- b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
 - c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
 - d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
- 18)a. İştahım eskisinden pek farklı değil
- b. İştahım eskisi kadar iyi değil
 - c. Şimdilerde iştahım epey kötü
 - d. Artık hiç iştahım yok
- 19)a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
- b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
 - c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
 - d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
- 20)a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
- b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
 - c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
 - d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
- 21)a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
- b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
 - c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
 - d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK 7 - Gönüllü Olur Formu**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KAFEİN TÜKETİMİ İLE UYKU KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU****Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Mehmet ALPASLAN****Araştırmanın Amacı:**

Sağlık çalışanlarında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla bu çalışmayı yürütmekteyiz.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırmada Etik kurul onayı alındıktan sonraki 7 ay içerisinde Tire İlçe Sağlık Müdürlüğü, Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlüğü, Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde çalışan 18-65 yaş aralığında olan 96 gönüllü sağlık çalışanında kafein tüketimi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen bireylere Gönüllü Onam Formu okutularak araştırma hakkında bilgi verilecektir. Koşulu sağlayan bireylerden araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Demografik Bilgiler ve Beck Depresyon Envanteri anketlerini doldurmaları istenecektir. Bireylerin depresyon şiddeti Beck Depresyon Envanteri kullanılarak belirlenecektir. Değerlendirilen anket sonuçlarına göre Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanlamasına göre 17 ve üstü puan tespit edilmiş olma, gebe veya emzikli olma, tanı konmuş kronik bir hastalığı olma, sürekli ilaç kullanma, zayıflama hapi kullanma, sürekli gece veya gece-gündüz çalışma şekli olma, menapoza girmiş olma durumlarını içeren dışlama kriterlerinden bir veya daha fazlasını içeren bireyler çalışma kapsamına alınmayacaktır. Araştırmaya alınan bireylerin Antropometrik Ölçümler (boy(cm), kilo(kg)), Beslenme Alışkanlıkları, Uyku Alışkanlıkları, Gıda Sıklık Anketi, Kafein Tüketim Sıklığı Anketi, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi anketlerini doldurmaları istenecektir. Bireylerin uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi kullanılarak belirlenecektir.

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler:

Araştırmada alternatif tedavi veya girişim uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırma sırasında karşılaşılabilecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:

Araştırmada ilaç kullanılmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Atiye AYDIN

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 8 - Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-36026262-774.01.01
Konu : Prof.Dr. Mehmet ALPASLAN
Sorumluluğunda Diyetisyen Atiye
AYDIN'ın Araştırma Başvurusu

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümünde görevli Prof.Dr. Mehmet ALPASLAN sorumluluğunda Diyetisyen Atiye AYDIN tarafından yapılması planlanan **"Sağlık Çalışanlarında Kafein Tüketimi İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları, Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Söz konusu araştırmada ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan 'Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi,5 inci fıkrasında belirtilen "Aile Hekimleri bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini,bütünlüğünü,güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." Hükmü ile 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz "hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın ve yeya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" hükmü yer almaktadır."

"Talep edilen çalışmamız'da **"İzmir İli Tire ,Gaziemir, Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde Sağlık Çalışanlarında Kafein Tüketimi İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"**konulu Yüksek Lisans Tezi çalışması yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla uygun bulunmuştur. Denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Konu ile ilgili talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Ali Emre ÇETİNKOL
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: c971e42-9c-021-2ac-d01ca668a3 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
POLİGON MH.123/11 SK. KARABAĞLAR /İZMİR Bilgi için: Şenay BALKIŞ

Telefon: 0(232) 248 33 10 Faks No: -

e-Posta: senay.balkis@saglik.gov.tr İnternet Adresi: POLİGON MH.123/11 SK. KARABAĞLAR /İZMİR

UZMAN
Telefon No: 0(232) 248 33 00



EK 9 - Ölçek Kullanım İzni

26.05.2022 19:24

Gmail - Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

Atiye aydın

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

2 ileti

Atiye aydın <.....>2 Haziran 2020 11:53

Alıcı:

Merhaba Hocam,

Ben Atiye Aydın. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesinde Beslenme ve Diyetetik bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Sağlıklı günler.

MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <.....>2 Haziran 2020 13:56 Alıcı: Atiye aydın <.....>

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

Atiye aydın <.....>, 2 Haz 2020 Sal, 11:53 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

26.05.2022 19:23 Gmail - olcek izni

Atiye aydın <.....>

olcek izni

2 ileti

Gulsen T. <.....> 25 Eylül 2021 17:35

Alıcı: "....."

> Merhaba Atiye,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır

Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck Tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhDAdjunct Professor
School of Psychology & CounselingFairleigh Dickinson
University
285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail.

-
- 3 eklenti**
-  **BECK DEPRESYON ENVANTERİ PDF.pdf**
110K
 -  **Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma.pdf**
4114K
 -  **Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerli.pdf**
6391K

Atiye aydın <.....> 25 Eylül 2021 21:52

Alıcı: "Gulsen T." <.....> Çok teşekkür ederim hocam.

Gulsen T. <.....>, 25 Eyl 2021 Cmt, 17:35 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK 10 – Özgeçmiş**KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı	Atiye AYDIN
Akademik unvan/pozisyon	Diyetisyen
Görev yeri	Y..... İ... S..... M.....
E-posta adresi@.....

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2011-2015	Beslenme ve Diyetetik	Trakya Üniversitesi	Lisans

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
Eylül 2016 – Aralık 2018	T..... Ç.... T..... S..... M.....	Diyetisyen
Aralık 2018 – Temmuz 2019	T..... Ç.... İ... S..... M.....	Diyetisyen
Ağustos 2019 – Halen	M..... Y..... İ... S..... M.....	Diyetisyen