

Sağlık Çalışanlarında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Prevalence of Restless Leg Syndrome and Sleep Quality in Healthcare Workers

AUTHORS/ YAZARLAR

Nazlı Çelik

Kale Aile Sağlığı Merkezi,
Kırşehir
ORCID: 0000-0002-1146-
6311

Memet Taşkın Egici

Şişli Hamidiye Etfal
SUAM Aile Hekimliği
Kliniği, Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, İstanbul
ORCID: 0000-0003-2319-
5739

Dilek Toprak

Aile Hekimliği Anabilim
Dah, Namık Kemal
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tekirdağ
ORCID: 0000-0001-5119-
9089

ÖZET

Amaç: Gece çalışanlarda sıklıkla görülen uyku uyanıklık döngüsündeki sapma, bir takım psikiyatrik ve fiziksel sorunlara neden olabilmektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının uyku kalitelerini, huzursuz bacak sendromu görülme sıklığını araştırmayı ve sosyodemografik özellikleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza 1 Temmuz -1 Kasım 2015 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 198 kişi dahil edildi. Tüm olgulara Huzursuz Bacak Sendromu tanı anketi, Huzursuz Bacak Sendromu şiddet değerlendirme ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların 110'u doktor (%55,8), 66'sı hemşire (%33,5), 21'i yardımcı sağlık personeli (%10,7) idi. Toplam 57 kişide (%28,9) Huzursuz Bacak Sendromu pozitif saptandı. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skoru Huzursuz Bacak Sendromu olan grupta olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skoru ile yaş arasında anlamlı negatif korelasyon mevcuttu. Nöbet tutan grupta uyku kalite skoru tutmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Sonuç: Huzursuz bacak sendromu düşük uyku kalitesi ile ilişkilidir. Bu nedenle özellikle uyku bozukluğu tarifleyen sağlık çalışanlarında Huzursuz Bacak Sendromu semptomları da özenle sorgulanmalıdır. Vardiyalı çalışma uyku bozukluklarının önemli bir nedenidir. Bu bağlamda sağlık personelinin çalışma saatleri düzenlenerek vardiya sürelerinin kısaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: huzursuz bacak sendromu, uyku bozukluğu, vardiyalı-çalışma

ABSTRACT

Aim: Inconsistency of sleeping and being awake circle is frequently seen in night work and related with physical and psychiatric problems. In our study our aim was to evaluate sleep quality and prevalence of Restless Legs Syndrome and its relationship with sociodemographic features in healthcare workers.

Methods: The study was performed at Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital in 1 July-1 November 2015. Totally 198 healthcare workers were included in the study. To all cases, minimal diagnosis criteria of Restless Legs Syndrome, Restless Legs Syndrome-Severity Evaluating Scale and Pittsburgh Sleep Quality Index were applied.

Results: One hundred and ten doctors (55.8%), 66 nurses (33.5%) and 21 auxiliary health personnel (10.7%) attended in our study. Totally 57 of them (28.9%) had Restless Legs Syndrome. It was found that Pittsburgh Sleep Quality Index points were higher in participants who had restless legs syndrome. There was a negative correlation between Pittsburgh Sleep Quality Index and age. Sleep quality score was higher in cases on shift-workers.

Conclusion: There was a significant relationship between Restless Legs Syndrome and sleep quality disorders. Healthcare workers, who has a sleep disorder, must be asked for Restless Legs Syndrome symptoms. Working with shift system is a major cause of circadian sleep disorder. In this aspect, the working hours of medical staff must be organized and the duration of the shift times must be shortened.

Keywords: restless leg syndrome, sleep disorder, shift-work

Corresponding Author / İletişim için

Dr. Nazlı Çelik

Kırşehir Merkez Kale Aile Sağlığı Merkezi, Kırşehir

E-mail: nazciftci@gmail.com

Date of submission: 17.05.2018 / Date of acceptance: 14.08.2018

Giriş

Sağlık personeli, normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yoğun stres altında çalışan bir gruptur (1). Yapılan çalışmalarda vardiyalı çalışmanın birçok sağlık problemiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Vardiya-nöbet sistemi ile çalışanlarda kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, gastrointestinal problemler, psikolojik rahatsızlıklar ve kanser riskinin arttığı belirtilmiştir (2). “Restless legs syndrome” (RLS) terimi ilk kez İsveçli nörolog ve beyin cerrahı Karl-Axel Ekbom tarafından 1945 yılında kullanılmıştır. Bu durum “Ekbom Sendromu” olarak da anılmıştır (3). Ekbom RLS’yi o güne kadar gözden kaçırmış, bacaklarda tuhaf parestezi, ağrı ve güçsüzlük olarak tanımlamıştır (4). Huzursuz bacak sendromu bacaklarda oluşan ürperme, karıncalanma, kaşıntı, huzursuzluk hissi sonucunda karşı konulamayan bacakları hareket ettirme hissi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Şikâyetler istirahat halinde ortaya çıkar ve akşamları daha belirgindir (5). Toplumda ortalama %10-15 sıklığında görülür (6). Yaşla görülme sıklığının arttığı ve kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görüldüğü bildirilmektedir (7). Patofizyolojisine yönelik olarak yapılan çalışmalarda, en önemli etkenin demir metabolizması ve dopaminerjik sistem bozuklukları olduğu saptanmıştır. 1995 yılında Walters ve ekibinin, Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) adına yaptığı çalışmanın sonucunda hastalığın tanı kriterleri yayınlanmış, 2002 yılında IRLSSG tarafından tekrar gözden geçirilerek, 2003 yılında Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) tanı kriterleri ile birlikte HBS şiddetini değerlendirme ölçeği yayınlanmıştır (8,9). Huzursuz bacak sendromlu hastaların %84,7’inde sadece uykuya dalma, %86’sında sadece uykuyu sürdürme, %94’ünde ise hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk yakınması mevcuttur (10).

Yöntem

Bu çalışmaya etik kurul onayı alındıktan sonra 1 Temmuz 2015-1 Kasım 2015 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde

ankete katılmayı kabul eden doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli dâhil edildi. Örneklem büyüklüğü Mayıs ayı itibarıyla Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan toplam 1324 sağlık çalışanı (658 doktor, 540 hemşire ve 126 yardımcı sağlık personeli) üzerinden “basit rastgele örneklemede örneklem genişliği tahmini” yöntemiyle hesaplandı ve toplam 171 kişinin çalışmaya katılması gerektiği saptandı. Çalışmaya alınan tüm olgulara yüz yüze görüşme esas alınarak yapılacak anket öncesi sözel açıklama yapıldı. Ankette Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tarafından geliştirilen Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Formu ve Huzursuz Bacak Sendromu Şiddet Skalası ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) kullanıldı. Huzursuz Bacak Sendromu tanı kriterlerini karşılayan olgulara HBS Şiddet Ölçeği (HBS-ŞDÖ) uygulandı. Bu ölçek hastalığın tipik belirtileri üzerine sorulan, her biri 0-4 arası derecelendirilmiş sorulardan oluşturulmuştur. Değerlendirme 0-10 puan hafif, 11-20 puan orta, 21-30 puan ciddi, 31-40 puan ağır şiddette HBS olarak yapılır. İkinci olarak tüm olgulara Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği uygulandı. PUKİ geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşur, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır ve bu sorular puanlamaya katılmaz. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı ≤ 5 olan olgularımızın uyku kalitesi iyi, >5 puan alan olgularımızın uyku kalitesi kötü olarak değerlendirildi.

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde Ki-Kare test, korelasyon analizinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak seçildi.

Bulgular

Toplam 198 kişi çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların 110'u doktor (%55,8), 66'sı hemşire (%33,5), 21'i yardımcı sağlık personeli (%10,7) idi. Kadın katılımcıların sayısı 121 (%61,4), erkek katılımcıların sayısı ise 76 (%38,6) idi. Katılımcıların yaş ortalaması 33,6 + 9,7 olarak bulundu. Katılımcıların %29,4'ü (n=58) nöbet tutmazken, %70,6'sı (n=139) nöbet tutmaktaydı. Ek hastalığı olan %30,5 (n=60) iken, en fazla sahip olunan hastalıklar anemi (%14,7; n=29), B12 eksikliği (%8,6; n=17) ve bel fıtığı (%8,1; n=16) idi. Çalışmamıza katılan 57 kişide (%28,9) HBS saptanırken, ailede HBS öyküsü olan katılımcı sayısı 21 (%10,7) olarak saptandı. HBS olan ve olmayan grupta hastaların yaşı (p=0,792) ve cinsiyet dağılımı (p=0,749) anlamlı fark

göstermemekte idi. Branşa göre bakıldığında huzursuz bacak sendromunun en fazla görüldüğü branş acil tıp olarak (n=16,%28,1) saptandı. Bunun yanında meslek dağılımına (p=0,412) ve nöbet tutma durumuna (p=0,788) göre HBS olan ve olmayan grupta anlamlı fark saptanmadı. HBS olan grupta aile öyküsü oranı HBS olmayan gruptan anlamlı (p=0,000) olarak daha yüksekti. HBS olan grupta kadınlarda HBS'nin daha şiddetli seyrettiği görülse de cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,099). Cerrahi branşlarda çalışan huzursuz bacak sendromlu olguların ortalama HBS şiddet derecesi puanları dahili branşlarda çalışanlara göre daha yüksekti [sırasıyla (18,20+6,831)/(15,88+7,347) (p=0,168)]. HBS pozitif olguların HBS-ŞDÖ'ne göre hastalık şiddetleri %16'sında hafif , % 60'ında orta, % 17'sinde ciddi, %7'sinde ağır olarak bulundu.

Tablo 1. HBS olan ve olmayan grupta katılımcıların meslek, branş, nöbet durumlarına göre dağılımı

		HBS (-)		HBS (+)		P
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
MESLEK	Doktor	82	58,6%	28	49,1%	0,412
	Hemşire	45	32,1%	21	36,9%	
	Yardımcı sağlık personeli	13	9,3%	8	14%	
BRANŞ	Acil Tıp	27	19,3%	16	28,1%	0,492
	Beyin Cerrahisi	16	11,4%	1	1,8%	
	Genel Cerrahi	4	2,9%	3	5,3%	
	Aile Hekimliği	20	14,3%	6	10,5%	
	Biyokimya	15	10,7%	3	5,3%	
	Dahiliye	9	6,4%	6	10,5%	
	Enfeksiyon Hastalıkları	5	3,6%	3	5,3%	
	Kadın Doğum	7	5,0%	5	8,8%	
	Mikrobiyoloji	3	2,1%	3	5,3%	
	Nöroloji	11	7,9%	3	5,3%	
	Pediyatri	9	6,4%	2	3,5%	
	Psikiyatri	2	1,4%	0	0,0%	
	Radyoloji	12	8,6%	6	10,5%	
	CERRAHİ BRANŞ		54	38,6%	25	
DAHİLİ BRANŞ		86	61,4%	32	56,1%	
NÖBET	Tutmuyor	42	30,0%	16	28,1%	0,788
	Tutuyor	98	70,0%	41	71,9%	
NÖBET SAYISI		4,7+4,0	6,00	4,9+4,0	5,00	0,969

Katılımcıların PUKİ'den aldığı ortalama puan 6,3 + 3,4 olarak bulundu. Normal uyku kalitesine sahip katılımcı sayısı 66 (%33,5) iken, kötü uyku kalitesine sahip katılımcı sayısı 131 (%66,5) olarak saptandı. Cerrahi branşlarda çalışanların uyku kalitesi dahili

branşlarda çalışanlara göre anlamlı olarak daha kötüydü (p=0,005). Nöbet tutan grupta uyku kalite skoru tutmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,002). Ayrıntılar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Global PUKİ skorlarının katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

		Pittsburg Uyku Kalitesi			P
		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	
Yaş	≤ 35	0 - 20	6,00	6,61 ± 3,368	0,029
	> 35	1 - 17	5,00	5,64 ± 3,379	
Cinsiyet	Erkek	0 - 20	6,00	5,84 ± 3,146	0,130
	Kadın	1 - 17	6,00	6,65 ± 3,514	
Meslek	Doktor	0 - 20	6,00	6,05 ± 3,281	0,618
	Hemşire	1 - 17	6,00	6,82 ± 3,432	
	Yardımcı Sağlık Personeli	1 - 16	6,00	6,33 ± 3,812	
Branş	Cerrahi Branş	1 - 20	6,00	7,24 ± 3,698	0,005
	Dahili Branş	0 - 16	6,00	5,74 ± 3,039	
Nöbet	Tutmuyor	1 - 16	4,50	5,26 ± 3,126	0,002
	Tutuyor	0 - 20	6,00	6,79 ± 3,406	
Sigara	Kullanmıyor	0 - 20	6,00	6,16 ± 3,349	0,295
	Kullanıyor	1 - 17	6,00	6,71 ± 3,472	
Alkol	Kullanmıyor	0 - 20	6,00	6,17 ± 3,349	0,281
	Kullanıyor	1 - 17	7,00	6,63 ± 3,466	
Kahve	İçmiyor	0 - 14	6,00	5,82 ± 3,459	0,197
	İçiyor	1 - 20	6,00	6,49 ± 3,367	

PUKİ skoru HBS olan grupta olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,001). PUKİ skoru ile HBS şiddeti ve tutulan nöbet sayısı arasında anlamlı (p<0,05) pozitif korelasyon mevcuttu. PUKİ skoru ile yaş arasında ise anlamlı (p<0,05) negatif

korelasyon mevcuttu. HBS şiddeti ağır olan grupta PUKİ skoru HBS şiddeti hafif-orta-ciddi olan gruptan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. Ayrıntılar Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. HBS şiddetine göre PUKİ skorlarının dağılımı

		Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi			P
		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	
HBS Şiddeti	Hafif	1,0 - 10,0	5,0	5,2 ± 2,5	0,000
	Orta	1,0 - 14,0	6,5	7,1 ± 3,1	
	Ciddi	2,0 - 14,0	9,0	9,3 ± 4,0	
	Ağır	10,0 - 17,0	14,5	14,0 ± 3,2	

Tablo 4. PUKİ ve HBS şiddet ölçeği puanlarının katılımcıların yaş, nöbet sayısı, çalışma süresi, sigara, alkol ve kahve tüketim miktarlarına göre incelenmesi

		HBS şiddet	Yaş	Nöbet Sayısı	Çalışma Süresi	Sigara Tüketim Miktarı	Alkol Tüketim Miktarı	Kahve Tüketim Miktarı
Pittsburg Uyku Kalitesi	r	0,528	-0,193	0,267	-0,133	0,088	0,138	-0,045
	p	0,000	0,007	0,000	0,062	0,484	0,237	0,580
HBS şiddet	r		-0,222	0,060	-0,057	0,051	0,018	-0,031
	p		0,098	0,657	0,672	0,816	0,934	0,843

PUKİ alt bileşenlerine baktığımızda HBS saptanan katılımcılarda subjektif uyku kalitesi HBS negatif olanlardan anlamlı olarak daha kötüydü ($p=0,002$). Yine HBS pozitif olan grupta uykuya dalma süresi HBS negatif olan gruptan anlamlı olarak daha uzundu ($p=0,030$). Son bir ayda yaşanan uyku bozukluğu sıklığı HBS olan katılımcılarda anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,005$). HBS olan katılımcıların uyku ilacı kullanma sıklığı da HBS olmayanlara göre daha fazla idi ($p=0,004$).

Tartışma

Taşdemir ve arkadaşları Kandıra'da 18 yaş ve üzeri 2111 kişide yaptıkları çalışmada HBS prevalansını %3,4 olarak bildirmiştir (11). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada prevalans %9,71 saptanmıştır (12). Sharifian ve arkadaşlarının çalışmasında ise toplam prevalans %12,8 olarak bulunmuştur (13). Bizim çalışmamızda HBS tanısı alan katılımcıların oranı %28,9 idi. Bu oranın yüksek çıkması, popülasyonumuzun yalnızca sağlık çalışanlarından oluşmasına, tanı için yalnızca IRLSSG tanı kriterlerini kullanmamıza ve ayırıcı tanıya değinmememize bağlanabilir.

Çalışmamıza katılan 57 kişide (%28,9) HBS saptanırken, bunların 15'inde (%26,3) ailede HBS öyküsü pozitif. HBS olan grupta aile öyküsü oranı HBS olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,000$). Benzer olarak İsveç'te yapılan bir çalışmada HBS olan bireylerde aile öyküsü oranı %28,3 bulunmuştur (14). Montplaisir ve arkadaşları 127 HBS'li hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise hastaların %63'ünde benzer semptomlar gösteren en az bir yakının bulunduğunu bildirmişlerdir (10). Bu

bulgular HBS'nin genetik temelli olabileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızda nöbet tutma durumuna ($p=0,788$) göre HBS olan ve olmayan grupta anlamlı fark saptanmadı. Benzer olarak Devci ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında HBS sıklığını araştırdıkları çalışmasında HBS olan ve olmayan grupta gündüz ve gece vardiyasında çalışma açısından fark saptanmamıştır (15). Bunun yanında Sharifian ve arkadaşlarının çalışmasında vardiya usulü çalışanlarda HBS sıklığı ve şiddetinin arttığı belirtilmiştir (13).

Sharifian ve arkadaşları gece vardiyasında çalışanların HBS-ŞDÖ' ne göre semptomlarının daha şiddetli olduğunu belirtmişlerdir (13). Bizim çalışmamızda nöbet tutanların HBS şiddet puanlarının daha yüksek olduğunu saptandı fakat nöbet tutma durumu ile HBS şiddeti arasında anlamlı fark saptanmadı.

Huzursuz bacak sendromlu hastalarda uyku kalitesi de bozulmaktadır. Gece boyu süren huzursuzluk ve hareket etme dürtüsü uykuya dalmayı zorlaştırmakta, şiddetli olgularda gün içinde uyuklamalara, emosyonel bozukluklara (depresyon, anksiyete vb.) ve kronik yorgunluk haline sebep olmaktadır (16,17). Çalışmamızda Pittsburg uyku kalitesi skoru HBS olan grupta olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,001$). Bununla birlikte HBS olan grupta uykuya dalma süresi HBS olmayan gruptan anlamlı olarak daha uzundu. Benzer olarak Montplaisir ve arkadaşlarının çalışmasında HBS'li hastaların %94'ünde hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk, %84,7'sinde sadece uykuya dalmakta zorluk, %86'sında ise sadece uykuyu sürdürme zorluk yakınmasının mevcut olduğu

bulunmuştur (10). Yine çalışmamızda PUKİ alt bileşenlerine göre bakıldığında subjektif uyku kalitesi HBS olan grupta anlamlı olarak daha kötüydü. Yine son 1 ayda yaşanan uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanma sıklığı da HBS'iu olgularda daha fazlaydı. Gökçal ve arkadaşlarının çalışmasında HBS olan katılımcıların günlük işlerinde daha fazla aksama yaşadığı ve uyku ilacı kullanımının ve uyku bozukluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır (18).

Çalışmamızda katılımcıların PUKİ'den aldığı ortalama puan 6,3 + 3,4 olarak bulundu. Normal uyku kalitesine sahip katılımcı sayısı 66 (%33,5) iken, kötü uyku kalitesine sahip katılımcı sayısı 131 (%66,5) olarak saptandı. 2009 yılında yapılan bir tez çalışmasında katılımcıların ortalama PUKİ skorları 6,96+3,19 bulunmuş, %76,5 inde (n=312) kötü uyku kalitesi saptanmıştır (19).

İnsanların 1/3'ünden fazlasında uyku problemi olduğu bilinmektedir. Gençlerden yaşlılara gidildikçe uyku bozukluğu artmaktadır (20). Çalışmamızda farklı olarak toplam PUKİ skoruna baktığımızda 35 yaş ve altı katılımcıların uyku kalitesi, 35 yaş üstü olanlara göre anlamlı olarak daha kötüydü (p=0,029). Bunun nedeni katılımcılarımızın sadece sağlık çalışanlarından oluşması ve çoğunun 35 yaş altı olması gösterilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara, alkol ve kahve kullanımları ile uyku kaliteleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerin içmeyenlere göre uykuya dalmakta güçlük çektiği bulunmuştur (21). Wetter ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır (22). Shilo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kafeinsiz kahve ile kıyaslandığında kafeinli kahve tüketenlerin uyku kaliteleri anlamlı derecede daha kötü bulunmuştur (23).

Vardiya-nöbet sistemi ile çalışanlarda uyku bozuklukları sık görülmektedir. İnsan vücudu hiçbir zaman gece çalışmaya uyum sağlayamamakta ve bu durumun yarattığı olumsuz etkiler uzun yıllar devam etmektedir. Vardiyalı çalışan kişiler gündüz kaliteli bir uyku uyuyamamakta ve uykuya dalmada problem

yaşamaktadırlar (24),25). Kunnert ve arkadaşlarının çalışmasında gece vardiyalarında çalışan bireylerin gündüz vardiyasında çalışanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (26). Lajoie ve arkadaşlarının kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada da vardiyalı çalışanlarda uyku kalitesi gündüz çalışanlara göre daha kötü bulunmuştur (27). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde nöbet tutan grupta uyku kalite skoru tutmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,002) ve PUKİ skoru ile tutulan nöbet sayısı arasında anlamlı (p<0,05) pozitif korelasyon mevcuttu.

Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin poliklinik ve servis hemşirelerine göre daha kötü olduğu saptanmıştır (28). Benzer olarak çalışmamızda cerrahi branşlarda çalışanların uyku kalitelerinin dâhili branşlarda çalışanlara göre daha kötü olduğu görüldü.

Sonuç

Sağlık çalışanları normal çalışma saatleri dışında çalışmak durumunda olan bir gruptur. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki vardiyalı çalışma birçok sağlık problemini de beraberinde getirmektedir. Uyku bozuklukları ve huzursuz bacak sendromu da bunlara örnek gösterilebilir. Çalışmamızda katılımcılar ek hastalık yönünden sorgulandı fakat HBS tanısı alanlarda ayırıcı tanıya değinilmedi. HBS'na anemi, böbrek yetmezliği, depresyon, anksiyete gibi bir çok hastalık eşlik edebilir. Bunun yanında yine anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarda, bazı dermatolojik sendromlarda, periferik nöropatilerde, vasküler problemlerde HBS benzeri semptomlar görülebilmektedir. Bu nedenle HBS düşünülen olgularda ayırıcı tanıya dikkat edilmeli, olgular belirtilen hastalıklar açısından da taranmalıdır. Sağlık çalışanları düzensiz ve uzun çalışma saatlerine sahiptir. 32-33 saate varabilen çalışma süreleri göz önüne alındığında uyku kalitesinin azalması, gündüz uykululuk hali, işlev bozukluğu gibi şikâyetler kaçınılmazdır. Çalışmamızda da nöbet tutan katılımcıların daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu görüldü. Bu bağlamda sağlık personelinin çalışma

saatleri düzenlenerek vardiya sürelerinin kısaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı, nöbet ertesi izin kullanmaları sağlanmalıdır. Bu sayede çalışanların verimi artacak, meydana gelebilecek kazalar ve ortaya çıkabilecek ek hastalıklar azaltılmış olacaktır.

Teşekkür

Katkılarından dolayı Ertan Koç'a teşekkür ederiz. Bu çalışma 12.05.2018 tarihinde 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği kongresinde sözlü olarak sunulmuştur. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Çalışmada fon ya da finans kaynağı bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Josten EJ, Ng-A-Tham JE, Thierry H. The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *J Adv Nurs* 2003;44(6):643-52.
2. Akerstedt T, Knutsson A, Alfredsson L, Theorell T. Shift work and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 1984;10(6 Spec No):409-14.
3. Chaudhuri KR, Muzerengi S. The historical basis of restless leg syndrome. In: Ferini-Strambi L, Rye D Restless legs syndrome (Eds.). New York: Oxford University Press, 2009. p 1.
4. Ekbom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. *J Intern Med* 2009;266(5):419-31.
5. Li Y, Wang W, Winkelman JW, Malhotra A, Ma J, Gao X. Prospective study of restless legs syndrome and mortality among men. *Neurology* 2013;81(1):52-9.
6. National Sleep Foundation [internet]. 2002 Adult sleep habits [cited: 2018 Jan 12]. Available from: <https://sleepfoundation.org/sleep-polls-data/sleep-in-america-poll/2002-adult-sleep-habits>.
7. Berger K, Kurth T. RLS epidemiology - frequencies, risk factors and methods in population studies. *Mov Disord* 2007;22:420-3.
8. Walters AS. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995;10(5):634-42.
9. Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003;4(2):121-32.
10. Montplaisir J, Baucher S, Poirier G. Clinical polysomnographic and genetic characteristics of restless leg syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standart criteria. *Mov Disord* 1996;12(1):61-5.
11. Taşdemir M, Erdoğan H, Börü UT, Dilaver E, Kumaş A. Epidemiology of restless legs syndrome in Turkish adults on the western Black Sea coast of Turkey: a door-to-door study in a rural area. *Sleep Medicine* 2010;11(1):82-6.
12. Özbek SE, Zarifoğlu M, Karlı N, Özçakır A, Yıldız D, Aslan D. A population-based survey to determine the prevalence of movement disorders in Orhangazi district of Bursa, Turkey. *Turk Norol Derg* 2009;15:109-18 .
13. Sharifian A, Firoozeh M, Pouryaghoub G, Shahyari M, Rahimi M, Hesamian M, et al. Restless legs syndrome in shift workers: a cross sectional study on male assembly workers. *J Circadian Rhythms* 2009;7:12. doi: 10.1186/1740-3391-7-12.
14. Haba-Rubio J, Marti-Soler H, Marques-Vidal P, Tobback N, Andries D, Preisig M, et al. Prevalence and determinants of periodic limb movements in the general population. *Ann Neurol* 2016;79(3):464-74.
15. Deveci SE, Deveci F, Kırkıl G, Ulaş Ç. Sağlık çalışanlarında huzursuz bacak

- sendromu sıklığı. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2012;13(3):137-48.
16. Lee HB, Hening WA, Allen RP, Kalaydjian AE, Earley CJ, Eaton WW, et al. Restlesslegs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008;20(1):101-5 .
17. Silber MH, Ehrenberg BL, Allen RP, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, Hening WA. Medikal Advisory Board of the Restless Legs Syndrome Foundation an algorithm for the management of restless legs syndrome. *Mayo Clin Proc* 2004;79(7):916-22 .
18. Gökçal E, Tamer S, Kiremitçi Ö. Hastane çalışanlarında huzursuz bacak sendromu sıklığı ve yaşam, uyku kalitesi üzerine etkisi. *Van Tıp Dergisi* 2015;22:260-5.
19. Karakoç B. Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
20. Benington JH, Frank MG. Cellular and molecular connections between sleep and synaptic plasticity. *Prog Neurobiol* 2003;69(2):71-101.
21. Altıntaş H, Sevcen F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *STED* 2006;15(7):114-20.
22. Wetter DW, Young TB, Bidwell TR. Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Arch Intern Med* 1994;154(19):2219-24 .
23. Shilo L, Sabbah H, Hadari R, Kovatz S, Weinberg U, Dolev S, et al. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. *Sleep Med* 2002;3(3):271-3.
24. Blachowicz E, Letizia M. The challenges of shift work. *Medsurg Nurs* 2006;15(5):274-80.
25. DeMoss C, McGrail M Jr, Haus E, Crain AL, Asche SE. Health and performance factors in health care shift workers. *J Occup Environ Med* 2004;46(12):1278-81.
26. Kunert K, King ML, Kolkhorst FW. Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal Psychosocial* 2007;45(8):30-7.
27. Lajoie P, Aronson KJ, Day A, Tranmer J. A cross-sectional study of shift work, sleep quality and cardiometabolic risk in female hospital employees. *BMJ Open* 2015;5(3):e007327.
28. Çoban S, Yılmaz H, Ok G, Erbüyün K, Aydın D. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozuklukları *Journal of the Turkish Society of Intensive Care* 2011;9:59-63.