

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

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE UYKU
KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Pınar TEKCAN**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Kasım 2018
NEVŞEHİR**

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

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE UYKU
KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Pınar TEKCAN**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN
Doç. Dr. Semra KOCAÖZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Kasım 2018
NEVŞEHİR**

Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN (1.Danışman) ve Doç. Dr. Semra KOCAÖZ (2.Danışman) danışmanlığında Pınar TEKCAN tarafından hazırlanan "**Lise Öğrencilerinin Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

20/11/2018

(Tez Savunma Tarihi)

JÜRİ

Başkan : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık
Yüksekokulu

Üye : Doç. Dr. Emine ERDEM

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN (Danışman)

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık
Yüksekokulu

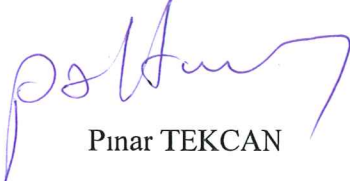
ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **21.11.2018**...tarih ve **49-457**...
sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Şahin ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



Pınar TEKCAN

TEŞEKKÜR

Çalıőmam süresince tez danıőmanlıęımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalıőmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayıőını esirgemeyerek çalışma süresince motive olmama büyük katkıları bulunan çok değerli tez danıőmanım Dr. Öğretim Üyesi Zehra ÇALIŞKAN'a, İkinci danıőmanım Doç. Dr. Semra KOCAÖZ'e, yüksek lisans eğitimim süresince bilimsel ve manevi katkılarından dolayı Prof. Dr. Nımet KARATAŞ'a ve sevgili arkadaőım Doç. Dr. Gökçe DEMİR'e, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünün çok değerli öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Çalıőmama verdikleri desteklerden dolayı Hayriye Kımçak Anadolu Lisesi ve Sıddık Demir Anadolu Lisesi idarecilerine, çalıőmama katılmayı kabul eden aileler ve sevgili çocuklara teşekkür ederim.

Çalıőmalarım süresince birçok fedakârlık gösterip beni destekleyerek tez çalıőmamın her aşamasında sonsuz sevgi, anlayıő ve sabırla destek olup moral veren, maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan canım eőim Doç. Dr. Akın TEKCAN'a, varlıklarıyla hayatıma anlam katan ve çalıőmalarım boyunca bana güç veren canım çocuklarım, Memduh Doruk, Bilge Dora ve Ali Deha TEKCAN'a teşekkür ederim.

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE UYKU KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)**

Pınar TEKCAN

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Kasım 2018

ÖZET

Adölesan dönemi bireyin fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan ergenliğe geçiş yaptığı bir dönemdir. Bu dönemde pek çok sorunun yanında, adölesanların uyku ve uyku kalitesi ile ilgili sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Uyku sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi önlem alınması açısından oldukça önemlidir. Araştırma, lise öğrencilerinin uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Kırşehir il merkezindeki iki lisenin 9, 10, 11 ve 12. sınıflarında öğrenim gören 400 öğrenci oluşturmuştur. Etik kurul, kurum ve ebeveyn onamı alınan araştırmada, veriler Anket Formu ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare ve Binary Logistik Regresyon analizleri kullanılarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin yaş ortalamasının 15.87 ± 1.14 yıl olduğu ve %53'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir. Adölesanların uyku kalitesini etkileyen faktörler yapılan lojistik regresyon analizine göre; cinsiyet, yaş, kötü okul başarısı, kronik hastalık varlığı (psikiyatrik rahatsızlık, menstruasyon düzensizliği, kansızlık, mide-bağırsak sorunu), aile içerisinde sözel şiddet varlığı, aile ve akrabalarda uyku bozukluğu bulunması, spor yapmama ve uyandığında yorgun hissetme olarak belirlenmiş ve bu faktörlerin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Sonuç olarak, adölesanlarda uyku yapısı ile ilgili değişimlerin erken dönemde fark edilmesi ve önlenmesi için okullarda düzenli aralıklarla taramaların yapılması ve değerlendirilmesi, aile ve çocuklara uyku sağlığı konusunda eğitim-danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: *Adölesan, Uyku, Uyku Kalitesi*

Tez Danışman: *Dr. Öğretim Üyesi Zehra ÇALIŞKAN, Doç. Dr. Semra KOCAÖZ*
Sayfa Adeti: 92

**DETERMINATION OF THE FACTORS AFFECTING SLEEP QUALITY AND
SLEEP QUALITY OF HIGH SCHOOL STUDENTS
(Master Thesis)**

Pınar TEKCAN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY

November 2018

ABSTRACT

Adolescent period is a period in which the individual passes from childhood to adolescence as physical, hormonal and psychosocial. It is known that adolescents have problems about sleep and sleep quality beside many problems. Early detection of sleep problem is quite important in terms of taking precautions. The study was conducted as a descriptively to determine the factors that affect sleep quality and sleep quality of high school students. The sample of the study consisted of 400 students studying in 9, 10, 11 and 12 class of two high schools in Kırşehir city center. In the study that received consent ethics committee, research institutions and parents, the data were obtained by the questionnaire and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Evaluation of data was conducted by using descriptive statistics, Chi-Square and Binary Logistic Regression analysis. The mean age of high school students was 15.87 ± 1.14 and 53% of them were found to have poor sleep quality. According to logistic regression analysis, the factors affecting the sleep quality of adolescents was determined as gender, age, poor school success, presence of chronic disease (psychiatric disorder, menstruation disorder, anemia, gastrointestinal problems), presence of verbal violence in the family, presence of sleep disorder in family and relatives, lack of sports and feeling tired when awakened. It was found that these factors were statistically significant ($p < 0.05$). As a result, it is recommended to regularly screening and evaluations in schools for recognize and prevent the changes in sleep structure in adolescents and give education and counseling to family and children about sleep health.

Key words: Adolescent, Sleep, Sleep Quality

Thesis Advisor: Assist. Prof. Dr. Zehra ÇALIŞKAN, Assoc. Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Page Number: 92

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x1
1. BÖLÜM	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönemi.....	4
2.1.1. Adölesan dönemi tanımı ve genel özellikleri.....	4
2.1.2. Adölesan dönemi sağlık sorunları.....	8
2.2. Uyku Sağlığı.....	10
2.2.1. Uyku tanımı ve genel özellikleri.....	10
2.2.2. Adölesanlarda uyku özellikleri ve uyku sorunları.....	12
2.2.3. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen etmenler.....	15
2.2.4. Adölesanlarda uyku sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin rolü	19
3. BÖLÜM	
GEREÇ ve YÖNTEM.....	21

3.1.	Araştırmanın Şekli.....	21	
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21	
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22	
3.4.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23	
3.5.	Verilerin Toplanması.....	24	
3.5.1.	Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	24	
3.5.1.1.	Öğrenci Kişisel Veri Toplama Formu	24	
3.5.1.2.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	24	
3.5.2.	Ön Uygulama	28	
3.5.3.	Uygulama	28	
3.6.	Araştırmanın Etik Boyutu	30	
3.7.	Araştırmanın Değişkenleri	30	
3.7.1.	Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	30	
3.7.2.	Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	30	
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	30	
4. BÖLÜM			
BULGULAR.....			32
5. BÖLÜM			
TARTIŞMA VE SONUÇ			52
KAYNAKLAR			66
EKLER.....			80
ÖZGEÇMİŞ			92

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Adölesanın sağlık hizmeti gereksinimleri ile ilgili gelişimsel özellikleri.....	8
Tablo 2.2. Uyku boyutları ve potansiyel sağlık problemleri	12
Tablo 2.3. Yaşlara göre ortalama uyku süreleri.....	14
Tablo 3.1. Araştırmanın yapıldığı okullardaki 9, 10, 11 ve 12. Sınıflardaki öğrenci sayıları ile şube sayıları	23
Tablo 3.2. PUKİ bileşen 1'in puanlama tablosu.....	25
Tablo 3.3. PUKİ soru 2'nin puanlama tablosu	25
Tablo 3.4. PUKİ soru 5a'nın puanlama tablosu	25
Tablo 3.5. PUKİ bileşen 2'nin puanlama tablosu.....	25
Tablo 3.6. PUKİ bileşen 3'ün puanlama tablosu.....	26
Tablo 3.7. PUKİ bileşen 4'ün puanlama tablosu.....	26
Tablo 3.8. PUKİ soru 5b-j'nin puanlama tablosu.....	26
Tablo 3.9. PUKİ bileşen 5'in puanlama tablosu.....	27
Tablo 3.10. PUKİ bileşen 6'nın puanlama tablosu.....	27
Tablo 3.11. PUKİ soru 8'in puanlama tablosu	27
Tablo 3.12. PUKİ soru 9'un puanlama tablosu	28
Tablo 3.13. PUKİ bileşen 7'nin puanlama tablosu.....	28
Tablo 4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	32
Tablo 4.2. Öğrencilerin ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Öğrencilerin genel alışkanlıklarına göre dağılımı.....	34
Tablo 4.4. Öğrencilerin sağlık sorunlarına göre dağılımı.....	35
Tablo 4.5. Öğrencilerin şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımı.....	36

Tablo 4.6. Öğrencilerin uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	36
Tablo 4.7. Öğrencilerinin PUKİ bileşenleri ve toplam puan ortalamaları.....	39
Tablo 4.8. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 4.9. Ailelerin tanıtıcı özellikleri ve öğrencilerin uyku kalitesi durumuna göre dağılımı.....	41
Tablo 4.10. Öğrencilerin genel alışkanlıkları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı.....	42
Tablo 4.11. Öğrencilerin sağlık sorunları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı...	43
Tablo 4.12. Öğrencilerin şiddete maruz kalma ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı.....	44
Tablo 4.13. Öğrencilerin uyku ile ilgili alışkanlıkları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı.....	45
Tablo 4.14. Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin lojistik regresyonu	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1. Uyku sağlığının kavramsal modeli..... 11
- Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması 29



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sonuçları
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NREM	Non-REM
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
REM	Rapid Eye Movement
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Adölesan dönemi bireyin fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan ergenliğe geçiş yaptığı bir dönemdir. 8-10 yıllık bir süreyi kapsayan bu dönemde, bireylerde cinsel olgunlaşma, sosyal kimlik gelişimi, ebeveynlere olan bağımlılık duygusunda azalma, toplumda yer edinme ve meslek seçimi gibi bazı özellikler öne çıkmaktadır [1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaş grupları sınıflandırmasına göre 10-19 yaş grubu adölesan, 20-24 yaş grubu genç ve 10-24 yaş grubu ise genç insanlar olarak tanımlanmaktadır. Dünyada her beş kişiden birisinin adölesan dönemde olduğu ve bu nüfusun %85.0'nin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtilirken [2-4], Türkiye nüfusunun yaklaşık altıda biri 10-24 yaş grubunda bulunmaktadır [5]. Türkiye 2016 nüfus dağılım verilerine göre adölesan nüfus sayısı 13.289.001 olup, toplam popülasyonun içindeki payı %16.026'dır [5].

Adölesan dönemde yaşanan değişimler özellikle bazı hormonal değişimler, bireylerin duygu durumlarını oldukça karmaşık ve değişken bir hale getirebilmekte, gerilim duygusunu artırabilmekte ve sağlıklı olmayan bir yaşam tarzı davranışının gelişimine neden olabilmektedir[7-10]. Adölesanlarda gelişen istenilmeyen sağlıksız yaşam tarzı veya sorunları, sanki içinde bulunulan dönemin pek çok psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişiminden biri gibi kabul görmekte ve genellikle fark edilememektedir [11]. Adölesan dönemde fark edilemeyen pek çok sağlık sorunu, bireylerin ileriki yaşamını etkileyebilmekte ve hayatın erken aşamasından itibaren başlayan sistemik, kalıtsal ve metabolik hastalıkların birer nedeni olabilmektedir [12].

Adölesan dönemde yaşanan önemli sağlık sorunlarından biri de uyku problemi [13]. Bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını önemli ölçüde etkileyen uyku [13], "Organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur" [13-15]. Genel vücut sağlığındaki bir sorun, ilk olarak bireyin uykusunu etkileyebildiği gibi, uyku düzeninde yaşanan en küçük bir değişiklik de beden sağlığını ve günlük yaşam faaliyetlerini olumsuz yönde değiştirebilmektedir [13,15,16]. Bu açıdan bakıldığında, "kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissetmesi"

olarak tanımlanan uyku kalitesi, bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sağlık durumunu ortaya koymaktadır [17].

Adölesan dönem, uyku sorunlarının en sık görüldüğü yaş gruplarından biridir [18]. Adölesanların %40'ından fazlası uyku sorunları yaşamaktadır [19,20]. Adölesanların %54.7'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmekle birlikte, bireylerin ders çalışırken (%60.3) ve okulda ders dinlerken (%49.3) uykusuzluk yaşadıkları bildirilmiştir [21]. Uyku sorunları; dikkat toplamada güçlük, gündüz uykululuk, dürtüsellik, huysuzluk, hırçınlık, akademik başarıda düşüklük, öğrenme bozukluğu, sosyal ilişkilerde bozulma, patolojik derecede utangaçlık, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon gibi birçok sağlık sorununa neden olabilirken, fizyolojik ve psikiyatrik nedenler de uyku problemlerine yol açabilmektedir [17,22,23]. Uyku bozukluklarının metabolizma üzerinde etkilerinin olduğu ve obezitenin oluşumunda katkısı olduğu belirtilmektedir [24]. Bütün iş kazaları ve yaralanmaların yarısından fazlasının (%52,5) uykusuzlukla bağlantılı olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [25,26,27]. Yapılan araştırmalarda gece uykusundaki 1.3 ile 1.5 saatlik azalmanın ertesi gün uyanıklık durumunu %32 oranında azalttığı belirtilmektedir [28]. Bu durum okul başarısında azalmaya, kazalara yatkınlığa, duygu ve davranış değişikliklerine neden olabilmektedir [29]. Adölesanlarda gece sık uyanma, sabahları uyanmayı reddetme, gündüz aşırı uyuma gibi uyku sorunlarının %10-28 oranında görüldüğü ve tedavi edilmesi gereken bir durum olduğu ifade edilmektedir [30]. Fransa'da lise çağındaki 652 çocukla yapılan bir çalışmada uyku kalitesi düşük olan ve gece yeterince uyuyamayan çocukların okul başarısı daha düşük bulunmuştur [31]. Hollanda'da 9-14 yaş arası 449 çocukla yapılan başka bir çalışmada; uyku kalitesinin yetersizliğine bağlı olarak sabahları yorgun uyanan ve okula dinlenmeden giden çocukların derslerine konsantrasyonunda yetersizlik olduğu bildirilmiştir [32]. Ayrıca, kötü uyku kalitesine sahip olan öğrencilerde, fiziksel ve psikososyal sağlık problemlerinin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [33].

Uyku kalitesinin artırılmasında hemşirelerin görevi, uyku hijyenine yönelik eksik ya da hatalı uygulamaların belirlenip, düzeltilmesini sağlamaktır. Hemşireler uyku hijyeni ile ilgili genel ilkelerin öğrenilmesini ve uygulanmasını sağlayarak uyku kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilmektedir [34].

İnsan yaşamının 1/3'ünü kapsayan ve sağlık durumunun sürdürülmesinde önemli rol oynayan uykunun, adölesanın sağlıklı olmasında ve sağlığının sürdürülmesinde önemli bir yeri vardır. Çocuk ve ailesine uyku ve uyku sağlığı ile ilgili temel bilgilerin sunulması gerekmektedir [35]. Uyku ile ilgili aile rutinleri ve davranışlarının değiştirilmesinde interaktif, yaratıcı, eğlenceli ve çocuk odaklı eğitim mekânlarının kullanılması için aileye rehberlik etmek günümüzde sağlık profesyonellerinin sıklıkla başvurduğu yöntemlerden birisi haline gelmektedir [35]. Ayrıca, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde etkin-yeterli uyku ile uyku kalitesinin etkisinin bilinmesi ve bu konularda gereken çalışmaların okul sağlığı çerçevesinde yapılması adölesanlarda olası uyku sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında, pediatri hemşirelerinin adölesanlarda optimal sağlığın sürdürülmesi için bireysel uyku gereksinimlerini belirleyip istenen düzeyde karşılanmasına yardımcı olmak ve sosyal işlevlerini daha iyi yerine getirmelerini sağlamak gibi bir görevi üstlenebilirler. Bu nedenle, adölesanların uyku kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sorunun çözümüne yönelik geliştirebilecek stratejik girişimlerin belirlenmesi açısından faydalı olabilecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Kırşehir il belediye sınırları içerisindeki lise öğrencilerinin uyku kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönemi

2.1.1. Adölesan dönemi tanımı ve genel özellikleri

Adölesan, Latince gelişerek olgunlaşma anlamına gelen bir terimdir. Dilimizde ergenlik ya da delikanlılık olarak da bilinmektedir [36]. Adölesan dönemi bireyin fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan ergenliğe geçiş yaptığı bir dönemdir. 8-10 yıllık bir süreyi kapsayan bu dönemde cinsel kimliğini kabullenme, sosyal kimlik oluşturma, ebeveynlere olan bağımlılık duygusunda azalma, toplumda yer etme ve meslek seçimi gibi özellikler öne çıkmaktadır [1,36]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaşlar arasını adölesan dönem, 15-24 yaş arasını gençlik dönemi, 10-24 yaş arasını da genç insan olarak tanımlamaktadır. Çocuk hakları sözleşmesine göre adölesanların büyük çoğunluğu aynı zamanda çocuktur [2-4,36]. Dünyada her beş kişiden birinin adölesan dönemde olduğu ve bu nüfusun %85'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir [2-4]. Gelişmiş ülkelere oranla genç bir nüfusa sahip olan Türkiye nüfusunun yaklaşık altıda biri 10-24 yaş grubunda bulunmaktadır [5]. 2016 yılı Türkiye nüfus dağılım verilerine göre adölesan nüfus sayısı 13.289.001 olup, toplam nüfus içindeki payı %16,026'dır [5]. Yapılan değerlendirmelerde, adölesan dönemini ergenlik anlamına gelen puberte ile karıştırılmaktadır. Adölesan dönemi çocukluktan yetişkinliğe geçişi, puberte ise üreme kapasitesini oluşturan biyolojik değişiklikleri tanımlamaktadır. Puberte ile ilgili olaylar öngörülen bir sıraya göre oluşmakta, fakat başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkenlik göstermektedir. Puberte çağı değişikliklerinin kişisel imaj içerisine özümsemesi normal adölesan dönemi için oldukça önemlidir [37,38].

Adölesan döneminde görülen fiziksel değişiklikler kızlar ve erkeklerde farklı bir şekilde seyretilmektedir. Kızlarda yağ dokusunun artmaya başlamasından, kemik ve pelvisteki değişiklikler sonucu kalça sınırlarının genişlemesinden hemen sonra, meme dokusunda tomurcuklanma başlamakta ve mons veneris üzerinde koyu renk ve düz pubik kıllar belirlemektedir. Bu son iki değişiklik 8 ile 13 yaşları arasında oluşmakta ve puberte gelişiminin Tanner II evresine karşılık gelmektedir. Meme dokularının gelişimi yaklaşık

4 yıl sürmekte ve Tanner V yani yetişkin dönemine kadar uzanmakta, fakat bu değişikliklerin oluşması 18 ay kadar kısa, 9 yıl kadar da uzun bir zaman alabilmektedir. Meme gelişiminin başlamasından yaklaşık 1 yıl sonra Tanner III evresinde, kız çocuklarında hızlı gelişen bir boy sıçraması görülmektedir. Normal kişilerde bu hızlı boy uzamasının doruk noktası, menstruasyonun başlamasından önce oluşmaktadır. Bu nedenle menarş, puberte döneminin diğer fiziksel gelişimleri dikkate alındığında daha geç gerçekleşen bir olaydır [37,38].

Erkek çocuklarda puberte sırasında düzenli bir dizi değişiklik geçirmekte, ancak kızlarda olduğu gibi meme gelişmesi ya da menarş gibi çok belirgin dönüm noktaları bulunmamaktadır. Erkek çocuklar için gece boşalmaları menstruasyonun karşıtı olarak kabul edilmekte ve bu olay ilk Tanner III evresinde yaşanmaktadır. Fakat gece boşalmaları mensler kadar düzenli değildir. Erkek çocuklarda 11-13 yaşları arasında ortalama boy aynı yaştaki kız çocuklardan genellikle kısadır. Bu nedenle erkek çocuklarda puberte döneminin yanlışlıkla kızlarınkinden 2 yıl geç başladığı düşünülmektedir. Erkek çocuklarda puberte dönemi kız çocuklardan yaklaşık sadece 6 ay kadar sonra başlamaktadır. Bununla beraber erkeklerde hızlı boy uzama dönemi pubertenin geç bir evresinde başlarken kızlarda daha erken meydana gelmektedir. Erkek çocuklarda testislerin büyümesi Tanner I evresinden Tanner II evresine geçişi gösterirken, bu olay 9.5 ile 13.5 yaşları arasına denk gelmektedir. Bu süreç 13.5 ile 17 yaşları arasında tamamlanmaktadır. Testislerin büyümesini penisin büyümesi takip eder ki bu dönem Tanner III evresinin başladığının göstergesi olarak kabul edilmektedir. Yine bu dönemlerde, pubik kıllanma ve aksiller kıllanma gibi fizyolojik değişiklikler de gerçekleşmektedir. Büyüme evresi erkeklerde göreceli olarak daha geçtir, fakat bireysel farklılıkları içerisinde bulunduran bu süreç 10.5 ile 16 yaşları arasında başlayıp 13.5 ile 17.5 yaşları arasında tamamlanmaktadır. Bu dönemler arasında gerçekleşen hızlı büyüme evresini takiben yavaş büyüme evresi birkaç yıl daha devam etmektedir [17,37,38].

Bu dönemde beslenme diğer pediatrik yaş gruplarında olduğu gibi çok önemlidir. Özellikle hem gelişmiş toplumlarda hem de gelişmekte olan ülkelerde erişkin morbiditesinden sorumlu olan hastalıkların beslenme ile ilişkisi gözden kaçırılmaması gereken bir durumdur. Gelecekte morbiditenin düşürülmesinin, ancak tüm adölesan yaş grubunda olanların sağlıklı beslenmeleri ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmeleri

ile mümkün olabileceği gerçeği ile karşılaşılır. Adölesan yaş grubunun fizyolojik ve sosyal süreçleri içerisinde bu çocuklara kolay ulaşılamamakta ve gerekli antropometrik değerlendirmeler ve nutrisyonel yönlendirmeler çoğu zaman gerçekleştirilememektedir [37,39].

Bu dönemde bulunan çocukların beslenme özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalar, diyetlerinin genellikle erkeklerde zenginleştiğini ve kızlarda fakirleştiğini göstermektedir. Adölesan dönemindeki çocukların kalsiyum, demir ve çinko alımları belirgin derecede azalmaktadır. Adölesanların A, C ve B₆ vitaminleri ve folik asit alımları düşüktür. Bunun en önemli nedeni, bu yaş grubunda bulunan çocukların yetersiz ve dengesiz beslenmesidir. Adölesanlar genellikle yağ ve tuzdan zengin diyetlerle beslenmektedir. Diyetleri doymuş yağdan zengindir. Çok az sebze tüketmekte ve sütlü besinlerin tüketimi bu dönemde azalmaktadır [36,38].

Adölesan döneminde enerji ve besin ihtiyacını belirleyen temel faktörler cinsiyet, yaş, pubertal gelişme aşaması, vücut kompozisyonu, fizik aktivite ve yaşam tarzıdır. Her iki cinsiyetteki bireylerin de büyüme ve gelişim özelliklerinin farklı olması nedeniyle, adölesan dönemde gerçekleşen değişimler biyolojik olgunlaşma süreci olarak değerlendirilmektedir. Adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri değişiklik gösterebilmektedir. Bu tamamen tercih edilen yaşam tarzı ile ilgilidir. Bazı çocuklar çok yoğun spor yaparken, diğerleri sedanter bir yaşam sürerek okul-servis-ev döngüsünden çıkamamaktadır. Özellikle hafta sonlarının fiziksel aktiviteyle zenginleştirilmiş bir zaman dilimine dönüştürülememesi, adölesanlarda obezite gelişimine neden olabilen en önemli etken olarak karşımıza çıkmaktadır [36,38].

Adölesanlarda fiziksel belirtiler sıklıkla biyolojik hastalıklardan çok psikososyal kökenli olabildiği için sağlık hizmeti sunmak mesleki becerileri zorlayan güçlükler taşımaktadır. Bununla birlikte adölesanlarda kendi yaş grubuna özgü çeşitli kronik hastalıklar ve psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde tedavi önerilerine uyumsuzluk olağan bir durumdur. Klinik ortamda sınırları zorlama ve adölesanların zaman zaman gizliliği ön plana çıkarmaları tedavi girişimlerini de zorlaştırmaktadır. Adölesanlar ve aileleri bireysel gelişim gereksinimlerini dikkate alan, saygıya dayalı bir sağlık hizmetine sıklıkla iyi yanıt vermektedir [37]. Adölesan döneminde fizyolojik ve psikososyal gelişmelerin hızla gerçekleşmesi nedeniyle normal fizyolojik durumlara

bile adölesan bireyin adaptasyonu zorlaşmaktadır. Bu nedenle, bu dönemde akne oluşumu ya da dismenore gibi normal durumların bile tedavi edilmesi gerekli olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunanların adölesan büyüme ve gelişimi, bu gelişmelerin özgün düzeni ve adölesan döneminde görülen hastalıkların belirtileri konularında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir [37,38].

Adölesanlar için en uygun sağlık hizmeti, sıkılgan gencin kendini rahat hissedeceği bir ortamda verilmesi gerekmektedir. Adölesan birey ile sağlık personelinin, fiziksel gelişme ve büyüme, tıbbi ve psikolojik kaygılar, madde kullanımı, cinsellik ve bireysel sorunlar gibi konuları rahatça konuşup tartışabilecekleri bir ortam yaratılmalıdır. Sağlıklı adölesanın bakımında çoğunlukla psikososyal konulara odaklanılmasına rağmen, fizyolojik incelemeleri de içerisine alan kapsamlı bir değerlendirmeye her zaman ihtiyaç bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında adölesan dönem kendi içerisinde erken, orta ve geç adölesan olmak üzere 3 grup altında ele alınarak incelenmesi gerekmektedir (Tablo 2.1)[36,37].

- Erken Adölesan Dönem: Bu dönem yaş aralığı olarak genellikle 10 ile 14 yaşları arasını kapsamaktadır. Bu dönemin en temel özelliklerinden birisi fiziksel görünüm ve davranışlarda hızlı değişikliklerin görülmesidir ve birey büyük bir öz bilinç ve mahremiyet ihtiyacı hissetmektedir. Genellikle yapılan çalışmalar, erken adölesan döneminde bulunan bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerine odaklanmaktadır [36,37].
- Orta Adölesan Dönem: Bu dönem bireyin 15 ile 17 yaşlarına rast gelmektedir. Orta adölesan dönemin en önemli özellikleri arasında bireylerde özgürlük algısının oluşması ve kişilik gelişiminin gerçekleşmesidir. Bu dönemde olan bireyin değerlendirmesinde aile, okul ve akranları ile arasındaki iletişim durumu öne çıkmaktadır. Deneme dürtüsünün bu dönemde çok kuvvetli olması nedeniyle yüksek riskli davranışların görülmesi mümkündür [36,37].
- Geç Adölesan Dönem: Bu dönem yaş aralığı 17 ile 20 olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemin en önemli özelliği olarak bireyselleşme ve geleceğe yönelik planlamaların yapılmasıdır. Geç adölesan döneminde bulunan bireyin sağlık durumu üzerinde incelemelerin yapılması genel olarak tavsiye edilmektedir [36,37].

Tablo 2.1. Adölesanın Sağlık Hizmeti Gereksinimleri ile İlgili Gelişimsel Özellikleri [40]

Görev	Özellikler	Sağlık Bakımı Gereksinimleri
Erken Adölesan Dönemi		
Puberte	Hızlı fiziksel gelişimde büyük değişiklikler; özgüven	Gizlilik, kişisel yaklaşımı sergilenmelidir.
Bağımsızlık	Kararsızlık	Kazanılan özerklik için destek olunmalıdır.
Kimlik	Normal miyim?	Güveni tazeleme ve olumlu tavırlar sergilenmelidir.
Düşünme	Ben merkezci ve günü birliğe odaklanma	Olayların erken sonuçları üzerine odaklanılır.
Orta Adölesan Dönem		
Puberte	Kızlar erkeklerden daha öndedir	Normal dışı davranışları olan kişiye duygusal destek olunmalıdır.
Bağımsızlık	Sınırları zorlar. Uyumsuzluk, deneysel davranışlar, flört	Tutarlılık olunmalıdır.
Kişilik	Ben kimim? İçer dönüş ve küresel konulara ilgi	Muhakemesiz kabul ve nazikçe test etme gereklidir.
Düşünme	Katı ve ciddi davranışlar	Problemleri çözmek ve eğitim gereklidir.
Geç Adölesan Dönem		
Puberte	Yetişkin görünüm ve yavaş değişim	Kronik hastalıklar dışında bakım gereksinim çok azdır.
Bağımsızlık	Gerçek bağımsızlık hakkında kararsızlık ve aileden ayrılma	Destek olunmalıdır.
Kişilik	Başkalarının gözünde ben kimim? Cinsellik, eğitim ve meslek düşünceleri	Kişiliğin gelişmesine destek olunmalıdır.
Düşünme	Ciddi davranışlar, geleceğe bakma, içer dönüş ve vaatler	Yetişkin gibi yaklaşılmalı ve bir değişim sürecinde olduğu göz önünde tutulmalıdır.

2.1.2. Adölesan dönemi sağlık sorunları

Türkiye’de 2014 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sonuçlarına (ADNKS) göre yaklaşık 10-19 yaş grubu nüfus 12.8 milyon olup, nüfusun %16.5’ini oluşturmaktadır [41]. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre hane halkının %17.2’si bu yaş grubunda yer almaktadır. TNSA 2013’e göre 15-19 yaş aralığındaki adölesan kadınların %5’i çocuk sahibi veya ilk çocuğuna gebedir. Refah düzeyi düşük ailelerde adölesan evliliklerin ve doğurganlığın daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca 19 yaş altındaki kadınların %16’sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebe olduğu belirtilmektedir. Kırsal alanlardaki adölesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere göre daha sık görülen bir davranış olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de çocuk gelin oranının %30-35 olduğu tahmin edilmekte ve bölgesel olarak sıklığı değişmektedir [41].

Adölesan döneminin önemli sorunları arasında yer alan bir başka kavramda, çocukların çalışmasıdır [41]. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2013 raporuna göre çocukların %5.9'u ekonomik bir getiri için çalıştırılmaktadır. Çalışan çocukların %50.2'si ise okullarına devam edememektedir [42]. 2014 TÜİK ölüm nedenleri istatistikleri arasında 15-24 yaş grubunda gerçekleşen ölümlerin %47.6'sının dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler kaynaklı olduğu belirtilmektedir [43]. Adölesan döneminde kazanılan kötü alışkanlıklar arasında sigara başı çekmekte, bunu alkol ve keyif verici madde kullanımı takip etmektedir. Adölesan yaş grubunu ilgilendiren önemli sorunlar arasında cinsel ve üreme sağlığı sorunları önemli yer teşkil etmektedir. Dünyada ve ölkemizde adölesanları ilgilendiren bir diğer sorun ise giderek artan fastfood tarzı beslenme alışkanlığının yaygınlaşmasıdır [36].

Diğer yaş dönemlerine oranla hastalık ve ölümlerin daha az görüldüğü bir dönem olmasına karşın nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan adölesanlar pek çok sorun yaşamakta ve bu sorunlar sonraki yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Adölesanların karşılaştığı sorunların çoğu önlenmektedir. Adölesan sağlığının geliştirilmesi için aile, okul, arkadaş ortamlarındaki günlük yaşamının geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için, toplumsal düzeyde risklere ve koruyucu önlemlere odaklanılmalıdır. Ayrıca gençlerin eğitim ve çalışma konuları ile ilgili olarak yapılacak iyileştirmeler adölesan sağlığı açısından en etkili yaklaşımlar olarak karşımıza çıkmaktadır [36].

Özel sağlık ve gelişim gereksinimlerinin olduğu bir dönem olarak tanımlanan adölesan döneminde bilgi, tutum ve davranışlar gelişmekte, duygusal durumlar, kişiler ve ilişkilerle baş etmenin yöntemleri de öğrenilmektedir. Hızlı bir şekilde fiziksel, psikososyal ve cinsel gelişimin olduğu bir dönem olması nedeniyle fiziksel, psikososyal ve cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, adölesanlarda sigara alkol, madde kullanımı gibi zararlı davranışlar yaşam tarzı olarak kabul edilebilmekte ve bireysel sorunların çözülmesi için ortaya çıkan alışkanlıklar olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde sağlığı etkileyen davranışların değer, tutum ve genel yaşam tarzı gibi belirleyicileri kazanılmakta ve pekiştirilmektedir [36].

Adölesan döneminde bireylerde skolyoz [44], akne vulgaris [45], disfonksiyonel uterus kanaması [6], beslenme bozuklukları [46], anemi [47], adölesan gebeliği ve pelvik inflamatuvar hastalık gibi fizyolojik problemler görölmektedir [6]. Ayrıca bu dönemde

salgılanmaya başlayan bazı hormonların etkisi ile bireylerin duygu durumlarının oldukça karmaşık ve değişken olduğu bilinmektedir. Adölesan dönemde gerçekleşen hızlı gelişim ve değişimin yarattığı gerilimin içerisinde, uyku sorunlarının da yer aldığı pek çok psikososyal problem bulunmaktadır [7-10]. Adölesan yaş grubunda yer alan bireyler genel itibariyle ciddi bir şikâyeti olmadıkça doktora başvurmamakta, genel bir sağlık taramasından geçmemektedirler [12]. Bunun yanında, bireylerde meydana gelen değişimler, içerisinde buldukları dönemin psikolojik, sosyal ve fizyolojik özellikleri gibi kabul edilmektedir [11]. Dolayısıyla, hem adölesan dönemine özgü kişinin ileriki yaşamını etkileyebilecek pek çok sağlık sorunu gözden kaçmakta hem de yaşamın erken döneminde başlayan sistemik, kalıtsal ve metabolik hastalıkların erken tanısı mümkün olamamaktadır [12].

2.2. Uyku Sağlığı

2.2.1. Uyku tanımı ve genel özellikleri

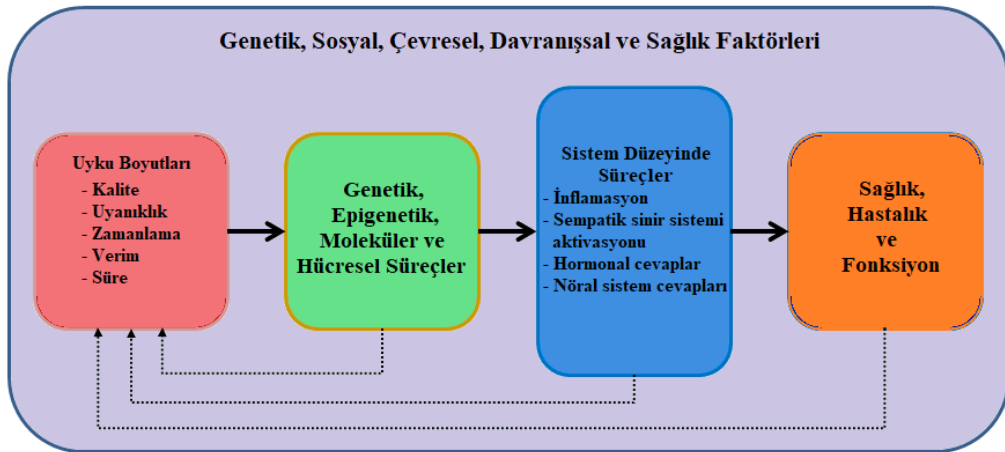
“Bilincin dış uyarıların bir kısmını veya tamamını algılamadığı, tepki gücünün zayıfladığı ve vücudumuzdaki pek çok organın etkinliğinin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu olarak tanımlanan” uyku [13,21,48,49]; ayrıca organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi, periyodik olarak kaybolduğu ve çevreye tepkisizlik hali olarak da ifade edilmektedir [13-15,21,48-50]. Uyku sağlığı çok boyutlu bir süreçtir. Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü uyku ve uyanıklılığı “endojen, tekrarlayan, beyinin dinamik fonksiyonel organizasyonundaki değişiklikleri yansıtan ve fizyolojik, davranışsal ve vücut sağlığı açısından optimizasyon yani vücudu en iyi hale getirme süreci” olarak tanımlamaktadır. Ayrıca normal vücut dengesi ve sirkadiyen süreçlerin, uyku ve uyanıklılık halini düzenlediği ifade edilmektedir [51,52].

Bu tanımlamalara göre insan uykusunun pek çok seviyede ve birçok açıdan analiz edilebileceği vurgulanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında uyku kişinin kendini değerlendirmesiyle, davranışsal, fizyolojik, sistemsel, hücrel ve genetik olarak incelenebilir. Tüm bu analizler seviyesinde uyku miktar, süreklilik ve zamanlama gibi parametrelere göre değerlendirilebilmektedir [51,52]. Bazı boyutlar belirli bir analiz seviyesine özgü olarak incelenebilmektedir. Bireyin uyku sonrasında kendisini yeni güne hazır bir şekilde zinde hissetmesi anlamına gelen uyku kalitesi; yaşam stili,

çevresel etkenler, çalışma ortamı, sosyal yaşam, ailenin ve bireyin kendisinin ekonomik durumu, sağlık durumu ve psikolojik stres durumundan etkilenir. Uyku kalitesi bireyin kendi öz değerlendirmesi ile analiz edilirken, uyku özelliği fizyolojik seviyede değerlendirilebilir. Uykunun aktivasyonu ve deaktivasyon süreçleri ise; nöronal seviyede özel beyin yapılarının incelenmesiyle analiz edilebilmektedir [13,21,51,53].

Uyku sağlığının tanımlamaları genellikle fiziksel, mental ve nöro-davranışsal gibi uykunun ölçülebilir özelliklerini konu almaktadır. Uykunun boyutları doğrudan ilişkili oldukları belirlenen çeşitli sağlık çıktılarının incelenmesiyle değerlendirilmektedir. Uyku sağlığının ve uykunun boyutlarını tüm etkenleri ile birlikte gösteren kavramsal model Şekil 2.1’de verilmiştir. Uykunun çeşitli boyutlarıyla ilişkilendirilen bazı sağlık çıktıları Tablo 2.2’de verilmiştir. Uykunun beş boyutu birçok hastalık veya fizyolojik belirtiyyle ilişkilendirilmektedir [51].

- Uyku süresi: 24 saat içerisindeki uykunun toplam süresini ifade etmektedir.
- Etkili uyku ya da uykunun devamlılığı: Uykuya dalma veya uyumanın kolaylığını, yani bu sürenin kolayca geçirilip geçirilmediğini ifade etmektedir.
- Uyku zamanlaması: 24 saat içerisinde uyunan zamanları ifade etmektedir.
- Uykululuk: Dikkatli uyanıklığı sürdürme durumu olarak tanımlanır.
- Uyku Kalitesi: Uykunun iyi ya da kötü şeklinde öznel olarak değerlendirilmesidir [51,54].



Şekil 2.1. Uyku sağlığının kavramsal modeli. Uyku durumunu etkileyen ara süreçler genetik, epigenetik, moleküler ve hücresel süreçler ve sistem düzeyinde süreçleri içermektedir. Tüm bu süreçler doğrudan veya dolaylı olarak sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir [51]

Tablo 2.2. Uyku Boyutları ve Potansiyel Sağlık Problemleri [51]

Uyku Boyutu	Sağlık Sorunları
Uyku Kalitesi	Mortalite
	Metabolik Sendrom
	Diyabet/Bozulmuş Glikoz Metabolizması
	Hipertansiyon
	Koroner Arter Hastalığı
	Depresyon
Uykululuk	Mortalite
	Koroner Arter Hastalığı
	Bozulmuş Nöro-davranışsal performans
Uyku zamanlaması	Diyabet/Bozulmuş Glikoz Metabolizması
	Mortalite
	Koroner Arter Hastalığı
	Kazalar
Etkili Uyku, Uykunun Devamlılığı (Uyku latensi, uyku süresinde uyanma durumu)	Mortalite
	Metabolik Sendrom
	Diyabet/Bozulmuş Glikoz Metabolizması
	Hipertansiyon
	Koroner Arter Hastalığı
	Depresyon
Uyku Süresi	Mortalite
	Metabolik Sendrom
	Diyabet/Bozulmuş Glikoz Metabolizması
	Hipertansiyon
	Koroner Arter Hastalığı
	Obezite
	Bozulmuş Nöro-davranışsal performans

2.2.2. Adölesanlarda uyku özellikleri ve uyku sorunları

Uyku fizyolojisi ve ritmi bebeklik, çocukluk, adölesan ve yetişkinlik dönemlerinde farklılıklar göstermektedir [21,48,55,56]. Bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde gece ve gündüz eşit sayıda uyuma ve uyanma döngülerinden oluşan bir uyku düzeni hakimken, okul çocuğu ve adölesan dönemde okul yaşamının getirdiği bir yaşam tarzı nedeniyle uyku yerini gün içerisinde sadece bir kez uyuma uyku düzenine bırakmaktadır [21,55]. Adölesanlarda yetersiz uyku önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortalama lise öğrencisinin gece uyku gereksinimi 9-9.30 saat iken bu yaş grubundaki çocukların yaklaşık 7.30-8 saat uyuduğu görülmüştür [21,49,51,55,57-60]. Uykudaki hareketlerin kayıt altına alınmasını sağlayan bir sistem olan aktigraf ile yapılan çalışmalarda, adölesanların ortalama uyku etkinliğinin %85 olduğu gösterilmiştir [61,62].

Çocuklarda uykunun tüm evrelerinin farklı işlevleri bulunmaktadır. Uykunun Non-REM (NREM) döneminde yenilenme işlevi sağlanırken, hızlı göz hareketlerinin olduğu dönemde; vital kognitif fonksiyonların ve santral sinir sisteminin büyüme ve gelişmesi sağlanır. NREM uykuda, somatik büyümenin regülasyonu ile büyüme hormonu salgılanmaktadır. Optimal öğrenme sağlanabilmesi için uyku evrelerinin hepsinin yeterli miktarda olması gerekmektedir [35,63]. Erişkinlerle karşılaştırıldığında uykuda iken solunumsal olayları takip eden uyarılma, çocuklarda daha az olmaktadır [35,57,58,64]. Doğumdan çocukluk çağının bitiş dönemine kadar uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyku dönemleri arasındaki geçiş süresi, gece ve gündüz uykuları gibi birçok uyku parametresi değişiklik göstermektedir [35]. 1-15 yaş aralığındaki çocuklarda uykunun evrelerine bakıldığında; evre 1 uykunun %4-7.7'sini oluştururken, evre 2 %36-49'unu, evre 1 ve evre 2 toplamı uykunun yaklaşık %41-53'ünü, evre 3 ise uykunun %14-32'sini oluşturmaktadır. Çocuklarda Rapid Eye Movement (REM) dönemi, uyku örüntüsünün %17.4-21.1'ini kapsamaktadır. Çocuklarda erişkinlere oranla uyku başlangıcından sonra evre 1 ve 2 uykusu daha kısa olmakta ve evre 3 uykusuna geçiş daha kısa sürede olmaktadır. Adölesan döneminde total uyku süresi, NREM ve REM azalır. Adölesanlar küçük çocuklara göre, uyku süresi daha az, evre 2 uykuları daha fazla ve NREM uykuları daha azdır [55,58,65]. NREM-REM bebeklerde 50-60 dakikalık süreler halinde iken, 90 dakikaya kadar uzanmaktadır. Genç erişkinler ise %25'e kadar REM uykusu vardır. Yaşla birlikte evre 3'ün ve toplam uyku süresi azalmaktadır. Elektroensefalografi (EEG)'de çocuklarda post-term 4-9 haftada belirginleşen uyku iğcikleri, 3-6 ay sonrasında yetişkinlerdekine benzer bir görünüm kazanmaktadır. Bu durum normal beyin fonksiyonlarının gelişiminin bir işaretidir [35,65].

Farklı coğrafik koşullarda yaşayan çocukların uyku alışkanlıkları arasında önemli farklar vardır. Örneğin Singapur'da sıkı eğitim sistemi, Asya'daki sıkı çalışma prensibi etiği ve toplumsal beklentiler uyku bozukluğu ve düzensizliğine yol açabilmektedir. Singapur'da 2 yaşındaki bir çocuğun toplam uyku süresi 11.3 ± 0.7 saat iken, İsviçre'de aynı yaş çocuğun 13.2 ± 1.2 saat ve 6 yaşında bir çocuğun uyku süresi de 10.4 saat olmuştur [35,57,66]. Çocuklar 5 yaşına kadar yaşamlarını uyanıklıktan çok uykuda geçirirler. Bu dönem her çocukta aynı olmadığı gibi yeni doğandan, adölesan sonuna kadar da çocuklardaki uyku düzeni ve uyku saati değişiklikler gösterir (Tablo 2.3).

Bunun dışında çocukların uyku süreleri etnik olarak ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir [65-67]. Uyku süresi, 24 saatlik sürenin Portekiz'de %68'ini, Amerika'da %69'unu, Hollanda'da %63'ünü ve Almanya'da %70'lik bölümünü oluşturmaktadır [68,69].

Tablo 2.3. Yaşlara Göre Ortalama Uyku Süreleri [40]

Yaş	Uyku Süresi (Saat)
Yenidoğan	16-18
3 ay	15
1 yaş	14
5 yaş	11
9 yaş	10
14 yaş	9
18 yaş	8

Bebeklikten adolesan dönemine kadar tüm çocukluk dönemlerinde uyku problemleri ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Ancak, uyku problemlerinin en sık görüldüğü çocukluk dönemi olarak adolesan çağ gösterilmektedir [18]. Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde uyku bozukluklarının sıklığı %25-40 arasında değiştiği bulunmuştur [19,35,57,66]. Adolesan dönemde bulunan bireylerin uyku sorunlarını temel olarak gece geç uyuma ve sabah geç kalkma olarak iki başlık altında toplamak mümkündür. Bunun yanında, akademik ve gittikçe fazlalaşan sosyal etkinlikler nedeniyle yeterince uyumak mümkün olamazken, artan yaşa bağlı olarak daha geç yatma ve gün içerisinde de sarkan uyanma süreleri de uyku sorunlarını beraberinde getirmektedir [21,55,65,67,70]. Bu dönemde adolesan kendini daha bağımsız hissettiğinden ebeveynlerin uyku zamanını sınırlandırmasında azalma olur. Bu nedenle, adolesanlarda gündüz dikkat azlığı ve uykuya eğilim gözlenmektedir [21,35,60,70]. Adolesan dönemde ev ödevi, spor, aktiviteleri ve arkadaşlarla beraber olma isteği nedeniyle artmış sayıdaki talepleri çocuğun daha geç yatmasına ve uyku ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Gün içi artan bu faaliyetlerini karşılayabilmek için adolesanların %75'i kafeinli içecekler veya enerji içecekleri almaktadır [55,71]. Uyku ihtiyacı çocuğun duygu durumunu, dikkatini, hafızasını davranışlarını ve akademik performansını etkilemektedir. Çoğu adolesanın uykusuz ve dalgın araba kullanması sonucunda genç sürücüler arasında trafik kazalarında artış meydana gelmektedir [21,70,71]. Uyku nöroendokrin fonksiyonlar ve glukoz metabolizmasında önemli bir

modülatördür. Adölesanlarda uyku süresinin kısılması obezite sıklığında artışa neden olmuştur. Bunun nedeni azalmış glukoz toleransı ve insülin duyarlılığı, yükselmiş sempatovagal ayar, gece kortizol düzeyi ve grelin düzeyi, azalmış leptin düzeyi ve artmış açlık ve iştah olarak açıklanmaktadır [71].

Gün içerisinde uykululuk, çocuklarda yetişkinlere göre daha az rastlanan bir bulgudur. Çocuklardaki uyku bozukluklarında hiperaktivite, agresif hareketler gibi davranış bozuklukları görülebilmektedir. Bireylerde kronik uyku bozukluklarına öğrenme zorlukları, gelişme ile ilgili bozukluklar, büyüme geriliği, kardiovasküler fonksiyon bozuklukları eşlik edebilmektedir. Uyku sırasında üst hava yolunun yapısını veya genişleme özelliğini etkileyen kraniyofasiyal travmalar veya nörolojik hastalıklar, çocuklarda zamanla hipoventilasyona neden olabilir [64,72]. Enürezis görülme sıklığı, uyku sırasında solunum bozukluğu olan çocuklarda daha yüksek görülmektedir. Enürezis, obstruktif uyku apnelerinin uyanma cevabına ve mesane basıncına veya hormon sekresyonuna etkisinden kaynaklanabilmektedir [55,73]. Adölesan dönemde yaygınlıkla görülen diğer uyku problemleri arasında uyku hijyeni bozukluğu, insomnia (uyuyamama hastalığı), narkolepsi (gündüz aşırı uyku eğilimi) ve huzursuz bacak sendromu yer almaktadır [65,67]. Ayrıca, uyku içciklerinin olmaması veya anormal olması serebral disfonksiyon veya patolojiyi düşündürmektedir. Demir eksikliği de uyku içciklerini etkileyip çocuğun uyku yapısını bozmaktadır [35].

2.2.3. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen etmenler

Çocukların fiziksel gelişme, bilişsel işleyiş ve öğrenmelerini içeren davranış gelişmeleri ile uyku arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Uykunun hem kalitesi hem de kantitesi (uyku süresi gibi ölçülebilen özellikleri) çocuğun normal büyüme ve gelişiminde önemlidir. Çeşitli çalışmalar çocuklarda uyku bozukluklarının sık olduğunu göstermiştir [57,66]. Yapılan çalışmalarda hem toplum hem de klinik örneklemelerde uyku kalitesi ile ilgili yakınmalar yaygın olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğu belirtilmiştir [67,74]. Bu açıdan bakıldığında, kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissetmesi olarak tanımlanan uyku kalitesi; bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sağlık durumunu ortaya koymaktadır [17].

Uyku biyopsikososyal bir süreçtir ve kompleks biyolojik ritimlerden etkilenmektedir. Homeostatik mekanizmalar, kronobiyolojik faktörler, aile, karakter, kültürel inançlar ve aile değerlerin hepsi uyku özelliğinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır [35,55]. Aile bireylerinin kişiliği, psikopatolojisi, işi ve eğitimi gibi faktörler erken çocuklukta uyku özelliğinin gelişmesinde önemlidir. Psikolojik olgunlaşmasını tamamlamış aileler daha kolay empati kurup çocuğun kendi düzeninin gelişmesi için optimal şartları sağlarken, stresli ve evlilikte problemi olan ailelerde zayıf çocuk ve ebeveyn ilişkisi çocuğun uykusunu negatif olarak etkilemektedir [35]. Ailelerin yatmadan önce çocuğa yiyecek bir şeyler veya içecek vermesi gibi uygunsuz davranışları da çocuğun uykuya başlamasını zorlaştırmaktadır. Coğrafik, iklimsel, ekonomik, bölgesel ve tarihsel gibi kültürel özellikler uykuya başlama, uykuya başlangıç aşamasındaki ritüeller ve uyku zamanını etkilemektedir. Örneğin, okul öncesi yaştaki İtalyan çocuklarının yatak ritüelleri ve aileleri ile beraber sosyal aktivitelere katılmaları nedeniyle yatağa daha geç gittikleri rapor edilmiştir. Ayrıca, Çinli çocukların diğer çocuklara göre daha az uyuduğu, Alman çocukların ise Amerikalı çocuklardan daha düzenli ve daha fazla uyuduğu saptanmıştır. Uyku özelliklerindeki bu farklılıkların kültürel nedenlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Uyku zamanı rutinleri de ülkeler arasında farklıdır. Amerikalı aileler için uyku ritüelleri çok önem taşırken; İtalya, İspanya, Yunanistan gibi ülkelerde bu ritüeller daha azdır [74,75]. Alman çocuklarında en önemli uyku problemi %10 oranında gündüz uykululuk hali olarak bulunmuştur. Sosyal özellik olarak bazı etnik gruplarda çocuklar anne babalarıyla aynı odada ve aynı yatakta 2-3 yaşına kadar veya diğer çocuk doğana kadar yatmaktadır. Ayrıca çocukların ebeveyninden ayrı bir uyku örtüleri de bulunmamaktadır. Bunun dışında en büyük sosyal farklılıklardan biri özellikle İspanya, Meksika gibi ülkelerde yetişkinlerde yaygın olan siestalardır (öğlen verilen küçük aralarda uyumak). Bu da günlük uyku yapısının değişmesine neden olmaktadır [35,74,75]. Uyku ile ilgili olarak adölesan bireye ve ailesine verilen iyi bir eğitim ile uyku ritüeli oluşturulması ve uyku hijyenine dikkat edilmesiyle birlikte, bir kısım uyku bozukluklarının önüne geçilebileceği bildirilmiştir [21,55].

Medya kullanımı, özellikle akşamları, veya yatak odasında televizyon ve bilgisayar gibi elektronik eşyaların bulunmasının adölesanın uyku kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Gün içerisinde şiddet içeren programların seyredilmesi ya da oyunların oynanması da uyku kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir [55,76,77]. Bu durumların nedeni

olarak ise; adölesan dönemde ebeveyn denetiminin azalması veya kalkması gösterilmektedir [55,77]. Adölesanlarda uykuya başlamada, dalmada gecikme ve gündüz uykululuk, uyku süresi açısından en önemli problem iken, uykuya gitmede direnç, gece uyanma, uyku anksiyetesi, parasomniler ve uyku ilişkili solunum problemleri küçük çocuklarda daha sık görülmektedir. Bu bozukluklar kız çocuklarda daha sık gözlenmiştir. İki ebeveynli ailelerde yaşayan çocuklarda göre tek ebeveynlilerde uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuş ve çocuklarda yatma direnci, anksiyete ve gece uyanmasının daha fazla olduğu gözlenmiştir [35]. Uyku kalitesini ve sağlığını etkileyen en önemli çevresel etkenlerin içerisinde aile ile ilişkileri yer almaktadır [55,78]. Uyku alışkanlıkları cinsiyete, yaşanan bölgeye, sosyoekonomik duruma, mevsimlere göre değişiklik göstermektedir [35]. Bunun dışında adölesanın uyku kalitesini olumlu yönde etkileyen etmenleri aşağıdaki gibi belirtmek mümkündür.

- Karanlık, serin, sessiz odada uyunması,
- Yalnızca uyku için kullanılan rahat bir yatak ve yatak odası olması, çocuğu farklı yerlerde uyutulması yerine hep aynı yatakta uyutulması. Böylece çocuğun son aklında kalan görüntülerin ve oradaki sürekli duran oyuncaklar, örtüler gibi yatağa ilişkin görüntüler olacağı belirtilmektedir.
- Sabah uyanma zamanının tutarlı olması,
- Yatmadan 90 dk. öncesi gerçekleştirilen ılık banyonun uyku kalitesini artırdığı ifade edilmektedir.
- Yatmadan önce ağır gıdalar yememek veya bir şeyler içilmemesi,
- Yatmadan 30 dk. önce çocuğun gevşemesini sağlamak için televizyon ve bilgisayar oyunlarından uzak kalmasını sağlamak,
- Yatak odasında televizyon, bilgisayar, telefon gibi elektronik cihazların bulundurulmaması,
- Yatma zamanından 1-2 saat önce egzersiz yapılmaması,
- Yatmadan önce mental simülasyon yapıcı aktivitede bulunulmaması,
- Yatmadan önce kafein ve kafeinli gıdaların tüketilmemesi,
- Yalnızca yaşa uygun olarak gündüz uykusu uyunması,
- Sabah en az 30 dk. gün ışığına maruz kalınması,
- Düzenli egzersiz yapılması,
- Gün boyunca stres ve üzüntüden korunma teknikleri kullanılması,

- Sevilen bir battaniye, örgü ya da yumuşak bir oyuncak gibi geçiş nesnelerin kullanılması,
- Rutin uyku zamanı ritüelinin geliştirilmesi,
- Hastalık sırasındaki düzen bozulmalarının sürüp gitmesine izin verilmemesi.
- Çocuğun her gece aynı saatte uykuya yatırılması düzenli alışkanlıklar kazanması açısından çok önemlidir.
- Gerekli görülürse çocuk çok huzursuzsa küçük bir gece lambası devamlı yanar durumda bırakılabilir.
- Her gece aynı rutini aynı sırayla yapmak önemlidir [35,65,67,68].

Şenol ve çalışma arkadaşları, adölesanların %54.7'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu, adölesanlarda ders çalışırken (%60.3) ve okulda ders dinlerken uykusuzluk problemi yaşayanların (%49.3), daha kötü uyku kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir [21]. Ayrıca, adölesanların %25'inde uykusuzluk semptomlarının görüldüğü ve %4'ünde DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine uyan ileri derecede uyku bozuklarının yaşadığı ifade edilmektedir [20]. Uyku problemleri dikkat toplamada güçlük, gündüz uykululuk hali, dürtüsellik, huysuzluk, hırçınlık, akademik başarıda düşüklük, öğrenme bozuklukları, sosyal ilişkilerde sorunlar, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, patolojik derecede utangaçlık gibi birçok olumsuzluğa neden olabilirken, fizyolojik ve psikiyatrik nedenlerin de içerisinde bulunduğu pek çok kavram uyku problemlerine neden olabilmektedir [17,22,23].

Çocuklarda primer uyku hastalıklarını düşünürken gün içinde aşırı uykululuk halinin yanı sıra düşük entelektüel zeka, hafıza ve dikkat kapasitesinin bozulması, dikkat eksikliği, okul başarısında düşüklük gibi semptom ve bulgularda değerlendirilmelidir. Singapur'da çocuklar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, uyunca karanlıktan korkma %61.6, başka bir yatakta uykuya dalma %53, yatağa gitmeyi geciktirme %56.7, uyku ilaçları gibi uyumaya yardımcıları %41.9, sabit yatak zamanı rutinlerini takip etmek %52.2, uykuya dalmak için birine ihtiyaç duyma %73.1 olarak bulunmuştur. Televizyon seyredirken uykuya dalma %33.9, araç kullanırken uyuma %47.3, gündüz uykululuk hali %7.8, gün boyunca dayanılmaz uyku dürtüsü %15.6, uygunsuz zamanlarda uykuya dalma %13.2 ve uyanmanın uzun sürmesi %8.9 olarak belirlenmiştir [35,60].

Qwens'in yaptığı çalışmada evde başka kardeşi olan çocukların diğer çocuklara göre geç yatma ihtimali daha fazla bulunmuştur. Düzensiz yatış zamanı ve ebeveynin odasında uyuma siyahilerde en fazla, odasında elektronik eşya bulundurma ise İspanyollar da fazla bulunmuştur. Tavsiye edilen yeterli günlük uykuya adölesanların sadece %66'sinin ulaştığı, %25'inin daha az, %10'unun ise normalden daha fazla uyuduğu ifade edilmektedir. Uyku kalitesi ve yaşam tarzı özellikleri arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada; düzenli uyuyan çocuklar %77.0, gece sıklıkla uyanan %78.0, saat 21.00 ve daha öncesinde yatağa giden %75, yetişkinlerin odasında uykuya dalan %56, odasında elektronik eşya bulunduran %23 olarak belirlenmiştir. Yine, düzensiz ve geç yatağa giden adölesanların uyku kalitesinin, düzenli ve erken yatanlardan iki kat daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir [51]. Uyku kalitesi iyi olanlarla karşılaştırıldığında kötü uyku kalitesine sahip öğrencilerin fiziksel ve psikososyal sağlık problemlerinden anlamlı şekilde daha fazla muzdarip oldukları bildirilmektedir [33]. 2008 yılında yayınlanan bir meta-analizde uyku süresi daha kısa olan adölesanların obezite riskinin %58 oranında daha yüksek olduğu gösterilmiş ve adölesanlar arasında uyku süresi ile obezite riski arasında ters orantı olduğu ortaya konmuştur [79]. Yoğun bir şekilde uykusuzluk problemi yaşayan adölesanlarda psikiyatrik bozukluklar [22,80], cinsel istismar [81], uygun olmayan çevre koşulları ve ailesel faktörlerin önemli bir yer tuttuğu rapor edilmiştir [19,82]. Uyku kalitesi bozuk olan ya da uyku bozukluğu sorunu yaşayan adölesanlarda depresyon [80], kronik yorgunluk sendromu [8], akademik başarıda düşüklük [18,23,81] ve saldırganlık davranışları [23,83] gibi ciddi sorunlar görülebilmektedir. Adölesanların yaşam kalitesi, sağlıklı gelişebilmesi, tüm bedensel süreçlerini sürdürebilmesi ve gün içerisinde sosyal iletişimine optimal zaman ayırabilmesi için yeterli ve etkili uykunun önemli olduğu ifade edilmektedir [19,22,84].

2.2.4. Adölesanlarda uyku sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin rolü

Adölesanların yaşadığı uyku bozuklukları; yaşamı tehdit eden kazalara, psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olabilen ve sıklığı açısından büyük önemi olan halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır [23]. İnsan yaşamının 1/3'ünü kapsayan ve sağlık durumunun sürdürülmesinde önemli rol oynayan uykunun, adölesanın sağlıklı olmasında ve sağlığının sürdürülmesinde önemli bir yeri vardır. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)'nın hemşirelik tanılarında biri olan

uykusuzluk/uyku örüntüsü bozukluğu [85], adölesan sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Bağımsız hemşirelik uygulamaları içerisinde yer alan ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan progresif gevşeme egzersizleri, uyku kalitesini arttırmak amacıyla günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır [86-88]. Uyku kalitesinin artırılmasında hemşirelerin diğer önemli bir görevi ise uyku hijyenine yönelik eksik ya da hatalı uygulamaların belirlenip, düzeltilmesini sağlamaktır. Hemşireler uyku hijyeni ile ilgili genel ilkelerin öğrenilmesini ve uygulanmasını sağlayarak uyku kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilmektedirler [34]. Çocuk ve ailesine uyku ve uyku sağlığı ile ilgili temel bilgileri sunmak, uyku ile ilgili aile rutinleri ve davranışlarının değiştirilmesinde interaktif, yaratıcı, eğlenceli ve çocuk odaklı eğitim mekanlarının kullanılması için aileye rehberlik etmek günümüzde çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin sıklıkla başvurduğu yöntemlerden birisi haline gelmektedir [35]. Bunun yanında, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde etkin-yeterli uyku ile uyku kalitesinin etkisinin bilinmesi ve bu konularda gereken çalışmaların okul sağlığı çerçevesinde yapılması adölesanlarda olası uyku sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi açısından önem taşımaktadır. Pediatri hemşiresinin görevlerinde “Çocuğun sağlığını korumak ve geliştirmek için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik eder, sağlık eğitimini planlar, uygular” ifadesi yer almaktadır [89]. Bu açıdan bakıldığında, hemşireler adölesanlarda optimal sağlığın sürdürülmesi için bireysel uyku gereksinimlerini belirleyip, istenen düzeyde karşılanmasına yardımcı olarak, adölesanların sağlıklı olmasında ve sosyal işlevlerini daha iyi yerine getirmelerinde yardımcı olmak gibi bir görevi üstlenebilirler.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, lise öğrencilerinin uyku kalitesi ve uyku kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kırşehir il belediye sınırları içerisinde bulunan Hayriye Kımçak Anadolu Lisesi ve Sıddık Demir Anadolu Lisesinde yapılmıştır.

Sıddık Demir Anadolu Lisesi, bütün sosyoekonomik düzeyden ailelerin yaşadığı, trafiğin yoğun olmadığı ve ulaşımın sorun olmadığı merkez Medrese Mahallesinde bulunmaktadır. Sıddık Demir Anadolu Lisesinde 9, 10, 11 ve 12. sınıf öğrencileri öğrenim görmektedir. Üç katlı olan okulda 18 derslik bulunmaktadır. Giriş katta idari bölümler ve öğretmenlerin kullandığı lavabolar üst katlarda ise derslikler ve öğrencilerin kullanımı için lavabolar yer almaktadır. Okulun ısıtması doğalgaz sistemi ile yapılmakta ve okulda öğrenciler için mevcut spor salonu bulunmamaktadır. Sıddık Demir Anadolu Lisesinde 42 öğretmen görev yapmaktadır.

Hayriye Kımçak Anadolu Lisesi, bütün sosyoekonomik düzeyden ailelerin yaşadığı, trafiğin yoğun olmadığı, ulaşımın sorun olmadığı merkez Yenice Mahallesinde bulunmaktadır. Hayriye Kımçak Anadolu Lisesinde 9, 10, 11 ve 12. sınıf öğrencileri öğrenim görmektedir. Dört katlı olan okulda 18 derslik bulunmaktadır. Giriş katta idari bölümler ve lavabolar, üst katlarda ise derslikler ve öğrencilerin kullandığı lavabolar bulunmaktadır. Okulun kantini bodrumda bulunmaktadır. Okulun ısıtması doğalgaz ile yapılmakta ve okulda öğrenciler için spor salonu bulunmaktadır. Hayriye Kımçak Anadolu Lisesinde 41 öğretmen görev yapmaktadır.

Her iki okulda da görevli okul sağlığı hemşiresi bulunmazken, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik alanından birer öğretmen görev yapmaktadır. Okulların eğitimleri tam gün (08:00 15:00) olarak yapılmaktadır.

Kırşehir il belediye sınırları içerisinde İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 8'i özel 19'u devlet okulu olmak üzere toplam 27 tane orta öğretim düzeyinde eğitim veren okul bulunmaktadır. 27 okulun; 2'si Fen, 3'ü Anadolu İmam Hatip, 9'u Mesleki ve Teknik Anadolu, 7'si Anadolu, 4'ü Temel, 1'i Güzel Sanatlar ve 1'i Sosyal Bilimler Lisesidir. Liselerde 2017-2018 eğitim öğretim yılında toplam 8407 öğrenci eğitim öğretim görmektedir [90]. Kırşehir il merkezinde bulunan liselerin toplam derslik sayısı 413, öğretmen sayısı ise 857'dir. Öğretmen başına yaklaşık olarak 10 öğrenci düşmektedir. TÜİK verilerine göre, 2016-2017 öğretim yılında Kırşehir ili toplam nüfusu 229.975'tir [91]. Bu nüfusun yaklaşık %15.47'si ortaöğretim çağındaki nüfustur [93].

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 2017-2018 eğitim öğretim yılında Kırşehir il belediye sınırları içinde yer alan 27 ortaöğretim kurumunun 9, 10, 11 ve 12. sınıflarına devam eden 4375 erkek, 4032 kız öğrenci olmak üzere toplam 8407 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem genişliği formülüyle [93]; %95 güven aralığında, 367 öğrenci olarak hesaplanmış, çalışmada 400 öğrenciye ulaşılmıştır.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q} = \frac{8407 \times (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2 \times 8406 + (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)} = 367$$

N: Evrenin birey sayısı, 8407 kişi

n: Çalışmaya alınacak sayısı

p: İncelenen olayın ortaya çıkma sıklığı: %50 olarak alınmıştır [19,21].

Q: İncelenen olayın ortaya çıkmama sıklığı: (1-p)

t: Serbestlik derecesin göre yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer, %95 anlamlılık düzeyinde 1.96 olarak alınmıştır.

D: 0.05 hata payı (%5 sapma)

Belirlenen örneklem sayısına (400 öğrenci) ulaşmak için, Kırşehir il belediye sınırları içinde bulunan 27 liseye, numara verilerek sıralanmış ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak aralarından iki okul örnekleme dahil edilmiştir. Sıddık Demir Anadolu Lisesi ve Hayriye Kımçak Anadolu Lisesi'nin 9, 10, 11 ve 12. Sınıflarının tüm şubeleri

çalışmaya dahil edilerek belirlenen örneklem sayısına ulaşılmıştır. Araştırma 400 öğrenci ile tamamlanmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Okullardaki 9, 10, 11 ve 12. Sınıflardaki Öğrenci Sayıları ile Şube Sayıları

Okullar	9. Sınıf		10. Sınıf		11. Sınıf		12. Sınıf		Toplam Öğrenci Sayısı	Örnekleme Alınan Öğrenci Sayısı
	Öğrenci Sayısı	Şube	Öğrenci Sayısı	Şube	Öğrenci Sayısı	Şube	Öğrenci Sayısı	Şube		
Hayriye Kımçak Anadolu Lisesi	170	5	99	3	129	5	124	4	522	262
Sıddık Demir Anadolu Lisesi	136	4	136	4	142	7	130	5	544	138
Toplam Öğrenci Sayısı	306	9	235	7	271	12	254	9	1066	400

Çalışma bitiminde, öğrencilerin PUKİ toplam puan ortalaması 6.04 ± 3.35 bulgusunun % 5 hata ile, $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ koşulunda; minimum örneklem hacmi 385 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada 400 öğrenciye ulaşılmış olduğundan örneklem hacminin yeterli olduğuna karar verilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Kırşehir il belediye sınırları içerisindeki liselerin 9, 10, 11 ve 12. sınıflarına kayıtlı adölesanların;

- Kronik hastalığı,
- Nörolojik hastalıkları ve
- Psikiyatrik hastalıkları olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve velilerinden onam alınmış olan öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri toplama araçlarının hazırlanması

Veriler “Öğrenci Kişisel Veri Toplama Formu (Ek-1)” ve “Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Ek-2)” kullanılarak, antropometrik ölçümler ise elektronik baskül ve çelik şerit metre ile toplanmıştır.

3.5.1.1. Öğrenci kişisel veri toplama formu

Bu form, araştırmaya katılan adölesanların ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri, uyku alışkanlıkları, uyku kaliteleri ve uykuyu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır [1,13,15,16,94](Ek-1).

3.5.1.2. Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları 1989 yılında PUKİ'yi geliştirmişlerdir. İndeksin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Ağargün ve arkadaşları yapmışlardır. İndeksin tanı amacıyla kullanımındaki duyarlılığı %89.6 iken, özgüllüğü %86.5'dir [95]. PUKİ uyku kalitesindeki bozulmalar ile uyku yapısındaki sorunlarının tipi ve şiddeti hakkında bilgi sağlayan, bireyin kendi beyanına dayalı tarama ve değerlendirme testidir. PUKİ uyku kalitesi iyi olanlar ile kötü olanlar arasında güvenilir bir ayırım yapılmasına imkan sağlamaktadır. İndekste yer alan 18 soru uyku kalitesini etkileyen parametreler; uyku süresi, uyku latensi, uyku ile ilgili sorunların sıklığını, şiddetini saptamaya olanak sağlamaktadır. İndeks 7 bileşen (öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu) şeklinde gruplandırılmış ve bileşenlerin puanları hesaplanırken ilgili sorulardan alınan puanlar dikkate alınmaktadır [95].

PUKİ'nin Yedi Bileşeni;

Bileşen 1 (öznel uyku kalitesi): Bileşen 1'in puanı indeksteki 6. sorunun puanlanması ile hesaplanır. Birey uyku kalitesini değerlendirirken çok iyi için 0, oldukça iyi için 1, oldukça kötü için 2, çok kötü için ise 3 puanlanır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. PUKİ Bileşen 1'in Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

Bileşen 2 (uyku latensi): Bileşen 2'nin puanı belirlenirken ilk olarak indeksteki soru 2 ve 5a'nın puanlaması hesaplanır (Tablo 3.3, Tablo 3.4). Sonrasında ise soru 2 ve 5a'nın puanları toplanarak hesaplanır (Tablo 3.5).

Tablo 3.3. PUKİ Soru 2'nin Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
≤15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
>60 dakika	3

Tablo 3.4. PUKİ Soru 5a'nın Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya 2 kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Tablo 3.5. PUKİ Bileşen 2'nin Puanlama Tablosu

Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı	Bileşen 2 puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bileşen 3 (uyku süresi): Bileşen 3'ün puanı 4. sorunun puanlamasıyla hesaplanır (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. PUKİ Bileşen 3'ün Puanlama Tablosu

Cevap	Bileşen 3 puanı
>7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
<5 saat	3

Bileşen 4 (alışılmış uyku etkinliği): Bileşen 4'ün puanı 1, 3 ve 4. soruların puanlarının toplanması ile hesaplanır. Soru 1'de incelenen yatma saati ile soru 3'te incelenen kalkma saati arasındaki süre hesaplanır ve yatakta geçirilen süre bulunur. Soru 4'ün incelenmesi ile ise uyuma süresi hesaplanır. Bileşen 4 ise; total uyku süresi/yatakta geçirilen süre X100 formülü ile hesaplanır (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. PUKİ Bileşen 4'ün Puanlama Tablosu

Alışılmış Uyku Oranı	Bileşen 4 puanı
>%85	0
%75-84	1
%65-74	2
<%65	3

Bileşen 5 (uyku bozukluğu): Bileşen 5'in hesaplanmasında ilk olarak 5b-j numaralı soruların puanlaması yapılır (Tablo 3.8). Sonrasında 5b-5j puanları toplanır ve Tablo 3.9'daki gibi hesaplanır.

Tablo 3.8. PUKİ Soru 5b-j'nin Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Tablo 3.9. PUKİ Bileşen 5'in Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Bileşen 6 (uyku ilacı kullanımı): Bileşen 6'nın puanlanmasında 7. soru kullanılır (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. PUKİ Bileşen 6'nın Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bileşen 7 (gündüz işlev bozukluğu): Bileşen 7'nin hesaplanmasında 8. (Tablo 3.11) ve 9. (Tablo 3.12) soruların puanları toplamı kullanılır (Tablo 3.13).

Tablo 3.11. PUKİ Soru 8'in Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Tablo 3.12. PUKİ Soru 9'un Puanlama Tablosu

Cevap	Puan
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük bir problem oluşturdu	3

Tablo 3.13. PUKİ Bileşen 7'nin Puanlama Tablosu

Soru 8 ve soru 9'un toplamı	Bileşen 7 puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Toplam PUKİ: Toplam PUKİ puanı 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. bileşenlerin puanlarının toplanmasıyla bulunur. 0-21 arasında elde edilen toplam puan 5'ten büyük ise kötü uyku kalitesini göstermektedir [95]. Yani, PUKİ toplam puanındaki düşüş uyku kalitesindeki artışı gösterirken, artış ise uyku kalitesindeki bozulmayı göstermektedir. PUKİ ölçeği Ek-2'de verilmiştir. Çalışmada indeksin kullanımı için gerekli izinler alınmıştır (Ek-3).

3.5.2. Ön uygulama

Anket sorularının anlaşılabilirliği ve formların doldurulmasında gereken sürenin belirlenmesi amacıyla araştırma örneklemini dışında kalan ve araştırma kriterlerini karşılayan 30 öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda son düzeltmeler yapılarak uygulanmaya hazır hale getirilmiştir.

3.5.3. Uygulama

Araştırma için etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrenciler ve velilerinden sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Öğrenci Kişisel Veri Toplama Formu ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği ile 1-31 Aralık 2017

tarikhleri arasında rehberlik ders saatinde araştırmacı tarafından öğrencilere dağıtılmış ve öğrenciler tarafından doldurulduktan sonra yine araştırmacı tarafından toplanmıştır.

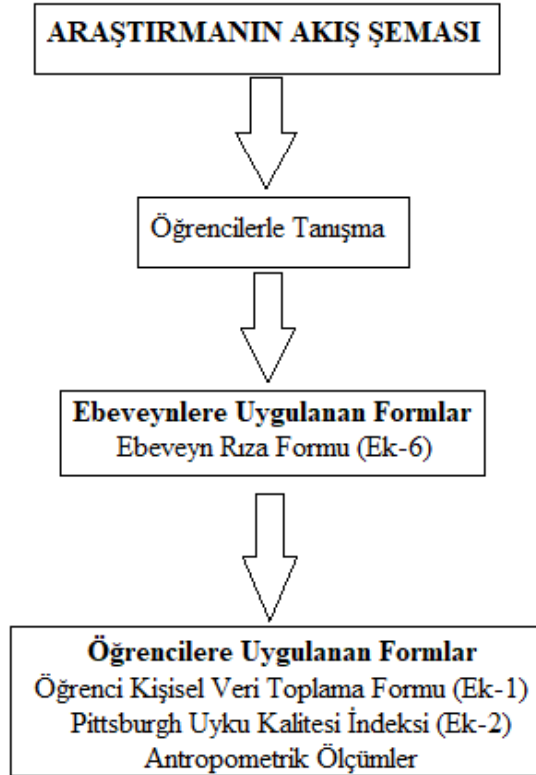
Antropometrik Ölçümler

Ağırlık Ölçümü

Öğrencilerin anket formlarını doldurmalarının ardından öğrencilerin boy ve kilo gibi antropometrik ölçümleri yapılmıştır. Öğrencilerin kilo ölçümleri, üzerlerinde hafif kıyafetler olacak şekilde elektronik baskül (Tefal/Premiss-Fransa) ile yapılmış ve elektronik göstergede görülen değer “-gr-” olarak kaydedilmiştir.

Boy ölçümü

Boy ölçüm uygulaması; öğrencilerin çıplak ayak ile ayaklar bitişik ve paralel olacak şekilde, sırt bölgesi duvara temas edecek şekilde ve dik bir pozisyonda olmaları sağlandıktan sonra çelik şerit metre ile yapılmış ve görülen değer “-cm-” olarak kaydedilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, çalışmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (2017.10.02/27.10.2017) (Ek-4) ve Kırşehir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (24512418-605.01-E.17816409/27.10.2017) (Ek-5) izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan ebeveynlere ve öğrencilere çalışmanın amacı açıklanmış, sözel onamları alınmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları (Ek-6) imzalatılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın bağımlı değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkenini, öğrencilerin Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKİ)'den aldıkları puan oluşturmaktadır.

3.7.2. Araştırmanın bağımsız değişkeni

Bağımsız değişkenlerini, öğrenci ve araştırmaya katılan ebeveynlerin, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, aile tipi ve ekonomik durumu, öğrencilerin sağlık ve uyku problemleri yaşama durumları, öğrencilerin antropometrik özellikleri, akademik başarı durumları, beslenme ve uyku alışkanlıkları oluşturmaktadır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Önemlilik testleri sonrasında önemli farklılıklar tespit edilen bağımsız değişkenler ile p değeri 0.20'nin altında olan bağımsız değişkenler Binary Logistik Regresyon analizinde modele alınarak, uyku kalitesini etkileyen risk faktörleri belirlenmiştir. Modelde önemli olan risk faktörlerini ayırmada Enter metodu kullanılmıştır. Toplam PUKİ puan ortalamalarının cinsiyetler arasında karşılaştırılmasında Student's t-testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ayrıca öğrencilerin ağırlık ve boy ölçümlerinden elde edilen verilere göre beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır. Bunun için; $BKİ = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m)}^2$ formülü kullanılmıştır. Adölesanların BKİ'nin değerlendirilmesi Neyzi ve arkadaşları tarafından geliştirilen büyüme eğrilerine göre yapılmıştır (Ek-7). Çocuklarda BKİ; 5-14.9 persentil arasında olanlar zayıf, 15-84.9 persentil arasında olanlar normal kilolu, 85-94.9 persentil arasında olanlar fazla kilolu, 95. persentil eğrisinin üzerinde olanlar ise obez olarak değerlendirilmiştir [96,97].



BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde, lise öğrencilerinin uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler incelenmiştir.

Tablo 4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş (yıl, n=380*)		
14	54	14.2
15	95	25.0
16	96	25.3
17	116	30.5
18	19	5.0
Cinsiyet		
Kız	218	54.5
Erkek	182	45.5
BKİ Persentil Değerleri (n=380*)		
Zayıf (5-14.9)	85	22.4
Normal (15-84.9)	229	60.2
Fazla Kilolu (85-94.9)	38	10.0
Obez (95 ve üzeri)	28	7.4
Sınıf		
9	100	25.0
10	100	25.0
11	100	25.0
12	100	25.0
Okul Başarısı (n=398*)		
İyi	117	29.4
Orta	253	63.6
Kötü	28	7.0
Okuldan Sonra Çalışma Durumu		
Çalışan	2	0.5
Çalışmayan	398	99.5
Kendisine Ait Odası (n=390*)		
Var	354	90.8
Yok	36	9.2

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Çalışmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %30.5'inin 17 yaşında, %54.5'inin kız, %10'unun fazla kilolu, %7.4'ünün ise obez olduğu saptanmıştır. Sınıflara göre öğrenci sayıları 9, 10, 11

ve 12. sınıflarda eşittir (%25.0). Öğrencilerin %63.6'sının okul başarısının orta düzeyde olduğu, %99.5'inin okul dışındaki zamanlarda çalışmadığı ve %90.8'inin kendisine ait bir odasının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Öğrencilerin Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Anne Yaşı (yıl, n=379*)		
≤ 40 yaş	213	56.2
41 yaş ve üzeri	166	43.8
Annenin Yaşama Durumu (n=396*)		
Yaşayan	394	99.5
Yaşamayan	2	0.5
Anne Çalışma Durumu (n=395*)		
Çalışan	85	21.5
Çalışmayan	310	78.5
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar ve İlkokul mezunu	142	35.5
Ortaokul Mezunu	97	24.2
Lise Mezunu	115	28.8
Üniversite Mezunu	46	11.5
Baba Yaşı (n=376*)		
≤ 45 yaş	216	57.4
46 yaş ve üzeri	160	42.6
Babanın Yaşama Durumu (n=382*)		
Yaşayan	376	98.4
Yaşamayan	6	1.6
Baba Çalışma Durumu (n=396*)		
Çalışan	361	91.2
Çalışmayan	35	8.8
Baba Eğitim Durumu (n=398*)		
Okuryazar ve İlkokul mezunu	69	17.3
Ortaokul Mezunu	77	19.3
Lise Mezunu	139	35.0
Üniversite Mezunu	113	28.4
Ailedeki Çocuk Sayısı (n=392*)		
1	15	3.8
2	172	43.9
3	139	35.5
4 ve fazla	66	16.8

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.2. Öğrencilerin Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Aile Tipi (n=384*)		
Çekirdek	313	81.5
Geniş	60	15.6
Parçalı	11	2.9
Ekonomik Durum (n=392*)		
Gelir giderine denk	261	66.6
Gelir giderinden az	33	8.4
Gelir giderinden fazla	98	25.0

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.2'de öğrencilerin ailelerinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Annelerin %56.2'sinin 40 yaş ve altında, %21.5'inin çalıştığı, %99.5'inin hayatta, %35.5'inin okuryazar ve ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Babaların %57.4'ünün 45 yaş ve altında, %98.4'ünün hayatta, %91.2'sinin çalıştığı, %34.9'unun lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ailelerin %43.9'unun 2 çocuklu, %81.5'inin çekirdek aile ve %66.6'sının gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Öğrencilerin Genel Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Çay, Kahve ve Kafeinli İçecek Tüketim Durumu (n=322*)		
≥ 3 bardak/gün	116	36.1
< 3 bardak/gün	206	63.9
Beslenme Alışkanlığı/En çok tüketilen besin türü (n=378*)		
Sebze	93	24.6
Et	128	33.9
Hamur işi	157	41.5
Keyif Verici Madde Kullanım Durumu (n=396*)		
Kullanan	17	4.3
Kullanmayan	379	95.7
Günlük İnternette Geçirilen Zaman (n=349*)		
< 3 saat/gün	277	79.4
3-7 saat/gün	60	17.2
> 7 saat/gün	12	3.4
Spor Yapma Durumu (n=397*)		
Evet	207	52.1
Hayır	190	47.9

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan öğrencilerin genel alışkanlıklarına göre dağılımı verilmektedir. Öğrencilerin %63.9’unun günde 3 bardaktan az çay, kahve ve kafeinli içecek tükettiği, %41.5’inin en çok hamur işi tükettiği , %4.3’ünün keyif verici madde kullandığı, %79.3’ünün <3 saat/gün internette zaman geçirdiği ve %47.9’unun spor yapmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Öğrencilerin Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Tanıttıcı Özellikler	S	%
Mide Bağırsak Sorunu (n=398*)		
Olan	41	10.3
Olmayan	357	89.7
Kansızlık Problemi (n=397*)		
Olan	97	24.4
Olmayan	300	75.6
Menstruasyon Düzensizliği (n=216*)		
Olan	59	27.3
Olmayan	157	72.7
Şuan veya Daha Önceden Geçirilmiş Psikiyatrik Rahatsızlık (n=397*)		
Olan	41	10.3
Olmayan	356	89.7
Bedensel Engel (n=396*)		
Olan	31	7.8
Olmayan	365	92.2
Kronik Hastalık (n=399*)		
Olan	42	10.5
Olmayan	357	89.5

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler ‘n’ üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorunlarına göre dağılımları yer almaktadır. Öğrencilerin %10.3’ünde mide bağırsak, %24.4’ünde kansızlık, %10.3’ünde psikiyatrik rahatsızlık, %7.8’inin bedensel engeli olduğu ve %10.5’inde kronik hastalık olduğu ve kız öğrencilerin %27.3’ünde menstruasyon düzensizliği sorunları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Aile İçerisinde Sözel Şiddet Durumu (n=393*)		
Var	47	12.0
Yok	346	88.0
Arkadaş Arasında Sözel Şiddet Durumu (n=396*)		
Var	51	12.9
Yok	345	87.1
Arkadaş Arasında Fiziksel Şiddet Durumu (n=396*)		
Var	24	6.1
Yok	372	93.9

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.5'de araştırmaya katılan öğrencilerin aile ve arkadaş ortamında şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımları verilmektedir. Öğrencilerin %12.0'nin aile içerisinde sözel şiddet, %12.9'nin arkadaş arasında sözel şiddet, %6.1'inin de arkadaş arasında fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Öğrencilerin Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Okul Günlerinde Uyanma Saati (n=398*)		
6:00-6:30	179	44.9
7:00-7:30	211	53.0
8:00 ve daha geç	8	2.0
Tatil Günlerinde Uyanma Saati (n=398*)		
6:00-6:30	20	5.0
7:00-7:30	38	9.5
8:00 ve daha geç	340	85.4
Uyumadan Önce Yapılan Davranışlar (n=399*)		
Kitap okuma-Müzik dinleme	181	45.3
TV izleme	79	19.7
Diş fırçalama	89	22.3
Spor yapma	5	1.25
Hiçbiri	45	11.2

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.6. Öğrencilerin Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Uyandığında Hissiyat Durumu (n=398*)		
Dinlenmiş/Enerjik	85	21.4
Yorgun	313	78.6
Gün İçerisindeki Hissiyat Durumu (n=393*)		
Enerjik	69	17.5
Normal	188	47.9
Yorgun	136	34.6
Uyku Sorunu (n=399*)		
Var	247	61.9
Yok	152	38.1
Uyku İlacı Kullanım Durumu		
Kullanan	8	2.0
Kullanmayan	392	98.0
Uyunan Odada Elektronik Eşya(n=397*)		
Var	323	81.4
Yok	74	18.6
Uyunan Odanın Havalandırma Durumu (n=396*)		
Var	256	64.6
Yok	140	35.4
Uyunan Odanın Işıklandırma Durumu (n=398*)		
Karanlık	165	41.5
Aydınlık	233	58.5
Uyurken Horlama (n=399*)		
Var	66	16.5
Yok	333	83.5
Uyku Öncesi Yemek Yeme Alışkanlığı (n=399*)		
Var	257	64.4
Yok	142	35.6
Uykuya Hemen Dalma Durumu (n=398*)		
Evet	141	35.4
Hayır	257	65.6
Her gün Aynı Saatte Uyanma Durumu		
Evet	201	50.2
Hayır	199	49.8
Gece Sık Uyanma Durumu (n=399*)		
Evet	86	21.6
Hayır	313	78.4
Ders Dinlerken Uyuqlama Durumu (n=397*)		
Evet	313	78.8
Hayır	84	21.2

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.6. Öğrencilerin Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Ders Çalışırken Uyuklama Durumu (n=399*)		
Evet	292	73.2
Hayır	107	26.8
Gün İçerisinde Uyuklama Durumu (n=399*)		
Evet	339	85.0
Hayır	60	15.0
Aile ve Akrabalarda Uyku Bozukluğu (n=392*)		
Var	101	25.8
Yok	291	74.2

*Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler 'n' üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.6'da öğrencilerin uyku alışkanlıklarına göre dağılımları gösterilmiştir. Öğrencilerin okul günlerinde sabah uyanma saatlerinin saat 6:00-7:30 arası olduğu (% 98), tatil günlerinde sabah uyanma saatlerinin 8:00 ve daha geç olduğu (%85.4), %45.3'ünün uyamadan önce kitap okumak ya da müzik dinlemek gibi etkinlikler yaptığı, %78.6'sının uyandığında kendisini yorgun hissettiği, %47.8'i gün içerisinde kendisini normal hissederken, %34.6'sının kendisini yorgun hissettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %61.9'u uyku sorunu olduğunu, %2.0'ı uyku ilacı kullandığını, %81.4'ü uyuduğu odada elektronik eşyaların bulunduğunu, %35.4'ü uyuduğu odanın havalandırma imkanının olmadığını, %41.5'i odasının karanlık olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %16.5'i uyurken horladığını, %64.4'ü uyku öncesi yemek yeme alışkanlığı olduğunu, %65.6'sı yatağa yattıktan sonra uykuya hemen dalmadığını, %49.8'i her gün aynı saatte uyanma alışkanlığı olmadığını, %21.6'sı gece sıklıkla uyandığını ifade etmiştir. Yine, öğrencilerin %78.8'i okulda ders dinlerken uyukladığını, %73.2'si ders çalışırken uyukladığını, %85.0'i gün içerisindeki diğer faaliyetleri sırasında uyukladığını, %25.8'i de aile ve akrabalarında uyku bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.7. Öğrencilerinin PUKİ Bileşenleri ve Toplam Puan Ortalamaları

PUKİ Bileşenleri	Sınıflar (Ort±SS)				Tüm Sınıflar (Ort±SS) (n= 400)	Cinsiyet (Ort±SS)	
	9 (n= 100)	10 (n= 100)	11 (n= 100)	12 (n= 100)		Kız (n= 218)	Erkek (n= 182)
Öznel Uyku Kalitesi	1.50±0.91	1.20±0.76	1.65±0.75	1.47±0.79	1.46±0.82	1.56±0.79	1.34±0.84
Uyku Latensi	0.99±0.98	0.97±0.93	1.01±1.01	1.27±0.99	1.06±0.98	1.18±1.01	0.91±0.93
Uyku Süresi	0.71±0.88	0.73±0.86	1.06±0.91	1.05±0.93	0.89±0.91	0.96±0.90	0.80±0.91
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.30±0.71	0.33±0.75	0.24±0.58	0.45±0.78	0.33±0.71	0.34±0.74	0.31±0.67
Uyku Bozukluğu	1.03±0.68	1.07±0.70	1.17±0.60	1.29±0.62	1.14±0.66	1.26±0.67	0.99±0.61
Uyku İlacı Kullanımı	0.02±0.14	0.06±0.34	0.07±0.40	0.14±0.53	0.07±0.38	0.07±0.40	0.07±0.36
Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu	0.91±0.92	0.89±1.01	1.42±0.93	1.22±1.02	1.11±0.99	1.27±0.99	0.92±0.96
Toplam PUKİ	5.46±3.20	5.23±3.49	6.62±3.11	6.84±3.34	6.04±3.35	6.66±3.32	5.30±3.24
						Student's t-testi <i>p</i> < 0.001	

PUKİ: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, SS: Standart Sapma

Tablo 4.7’de öğrencilerin sınıflarına göre PUKİ bileşenleri ve toplam puan ortalamaları verilmiştir. Bileşenlerin tüm sınıflar üzerindeki ortalamalarının incelenmesinde; öznel uyku kalitesi 1.46±0.82, uyku latensi 1.06±0.98, uyku süresi 0.89±0.91, alışılmış uyku etkinliği 0.33±0.71, uyku bozukluğu 1.14±0.66, uyku ilacı kullanımı 0.07±0.38 ve gündüz uyku işlev bozukluğu 1.11±0.99 olarak belirlenmiştir. Toplam PUKİ puanlarının 11 ve 12. sınıflarda artış gösterdiği, kızların erkeklere göre PUKİ puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan 12. sınıf öğrencilerinin uyku latensi, etkinliği, bozukluğu, uyku ilacı kullanımı alt bileşenleri ve toplam PUKİ puanlarının yüksek olduğu, dolayısıyla uyku kalitelerinin iyi olmadığı belirlenmiştir. Kız öğrencilerin PUKİ tüm alt bileşenleri ve toplam PUKİ puanlarının erkek öğrencilerden yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, çalışmada kız ve erkek öğrencilerin toplam PUKİ puanlarının karşılaştırılması neticesinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur (*p*<0.001).

Tablo 4.8. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Genel Uyku Kalitesi							
Uyku Kalitesi Durumları	212	53.0	188	47.0	400	100.0	0.125
Cinsiyet							
Kız	136	62.4	82	37.6	218	100.0	16.942
Erkek	76	41.8	106	58.2	182	100.0	< 0.001
Sınıf							
9	46	46.0	54	54.0	100	100.0	11.802 0.008
10	43	43.0	57	57.0	100	100.0	
11	62	62.0	38	38.0	100	100.0	
12	61	61.0	39	39.0	100	100.0	
Okuldan Sonra Çalışma Durumu							
Çalışan	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0.391
Çalışmayan	210	52.7	188	47.2	398	100.0	0.501
Kendisine Ait Odası (n=390*)							
Var	188	53.1	166	46.9	354	100.0	0.666
Yok	16	44.4	20	55.6	36	100.0	0.414
BKİ Persentil Değerleri (n=380*)							
Zayıf (5-14.9)	46	54.1	39	45.9	85	100.0	1.319 0.725
Normal (15-84.9)	124	54.1	105	45.9	229	100.0	
Fazla Kilolu (85-94.9)	20	52.6	18	47.4	38	100.0	
Obez (95 ve üzeri)	12	42.9	16	57.1	28	100.0	
Okul Başarısı (n=398*)							
İyi	56	47.9	61	52.1	117	100.0	8.609
Orta	133	52.6	120	47.4	253	100.0	0.014
Kötü	22	78.6	6	21.4	28	100.0	

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.8’de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %53.0’ının uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerin %62.4’ünün, erkek öğrencilerin %41.8’inin uyku kalitesinin kötü olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Öğrencilerin sınıflarına göre uyku kalitesi durumuna bakıldığında, 11 (%62.0) ve 12. (%61.0) sınıftaki öğrencilerin uyku kalitesinin kötü

olduğu ve uyku kalitesinde sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunduğu belirlenmiştir. ($p=0.008$).

Öğrencilerin kendilerine ait oda varlığı ve BKİ persentil değerlerinin, öğrencilerin uyku kalitesinde etkili olmadığı bulunmuştur ($p=0.414$ $p=0.725$). Okul başarısı kötü olan öğrencilerin %78.6'sının uyku kalitesinin de kötü olduğu ve okul başarısının uyku kalitesinde etkili olduğu saptanmıştır ($p=0.014$).

Tablo 4.9. Ailelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Öğrencilerin Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi				
	S	%	S	%	S	%	
Annenin Yaşama Durumu (n=396*)							
Yaşayan	208	52.8	186	47.2	394	100.0	0.390
Yaşamayan	2	100.0	0	0.0	2	100.0	0.501
Anne Çalışma Durumu (n=395*)							
Çalışan	53	62.4	32	37.6	85	100.0	3.672
Çalışmayan	157	50.6	153	49.4	310	100.0	0.055
Babanın Yaşama Durumu (n=382*)							
Yaşayan	199	52.9	177	47.1	376	100.0	0.293
Yaşamayan	2	33.3	4	66.7	6	100.0	0.428
Baba Çalışma Durumu (n=396*)							
Çalışan	194	53.7	167	46.3	361	100.0	0.825
Çalışmayan	16	45.7	19	54.3	35	100.0	0.364
Ailenin Çocuk Sayısı (n=392*)							
1	9	60.0	6	40.0	15	100.0	
2	92	53.5	80	46.5	172	100.0	0.948
3	70	50.3	69	49.7	139	100.0	0.814
4 ve fazla	37	56.1	29	43.9	66	100.0	
Aile Tipi (n=384*)							
Çekirdek	169	54.0	144	46.0	313	100.0	
Geniş	29	48.3	31	51.6	60	100.0	1.126
Parçalı	7	63.6	4	36.4	11	100.0	0.569
Ekonomik Durum (n=392*)							
Gelir Giderine Denk	139	53.3	122	46.7	261	100.0	
Gelir Giderinden Az	22	66.7	11	33.3	33	100.0	3.104
Gelir Giderinden Fazla	48	48.9	50	51.1	98	100.0	0.212

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.9’da ailelerin tanıtıcı özelliklerine göre ve öğrencilerin uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Annesi çalışan öğrencilerde uyku kalitesinin, çalışmayanlara göre daha kötü olduğu görülmekle birlikte (sırasıyla %62.4, %50.6) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.055$). Öğrencilerin uyku kalitesinde anne ve babanın yaşama durumu, anne ve baba çalışma durumu, ailenin çocuk sayısı, aile tipi ve ekonomik durumun etkili olmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur. (sırasıyla $p=0.501$, $p=0.428$, $p=0.055$, $p=0.364$, $p=0.814$, $p=0.569$ ve $p=0.212$).

Tablo 4.10. Öğrencilerin Genel Alışkanlıkları ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Genel Alışkanlıklar	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Çay, Kahve ve Kafeinli İçecek Tüketim Durumu (n=322*)							
Günde 3 bardak	30	51.7	28	48.3	58	100.0	1.452
Günde 3 bardak fazla	32	55.2	26	44.8	58	100.0	0.693
Günde 3 bardak az	105	51.0	101	49.0	206	100.0	
Beslenme Alışkanlığı (n=378*)							
Sebze	50	53.8	43	46.2	93	100.0	0.036
Et	69	53.9	59	46.1	128	100.0	0.982
Hamur İşi	83	52.9	74	47.1	157	100.0	
Keyif Verici Madde Kullanım Durumu (n=396*)							
Kullanan	13	76.5	4	23.5	17	100.0	2.997
Kullanmayan	197	52.0	182	48.0	379	100.0	0.083
Spor Yapma Durumu (n=397*)							
Evet	99	47.8	108	52.2	207	100.0	4.029
Hayır	110	57.9	80	42.1	190	100.0	0.045
Günlük İnternette Geçirilen Zaman (n=349*)							
0-2 saat	59	52.7	53	47.3	112	100.0	
2-4 saat	91	54.8	75	45.2	166	100.0	0.669
4-6saat	22	50.0	22	50.0	44	100.0	0.413
7 saat ve fazlası	18	66.7	9	33.3	27	100.0	

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.10’da öğrencilerin genel alışkanlıkları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı sunulmuştur. Spor yapmayan öğrencilerin %57.9’unun uyku kalitesinin kötü

olduğu ve öğrencilerin uyku kalitesinde spor yapmanın etkili olduğu saptanmıştır ($p=0.045$). Öğrencilerden keyif verici madde kullananların %76.5'inin, >3 bardak/gün çay, kahve ve kafeinli içecek tüketenlerin %55.0'sinin, ve >7 saat/gün internette zaman geçirenlerin %66.7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.083$, $p=0.693$ ve $p=0.413$).

Tablo 4.11. Öğrencilerin Sağlık Sorunları ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Sağlık Sorunları	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Mide, Bağırsak Sorunu (n=398*)							
Olan	30	73.2	11	26.8	41	100.0	6.752 0.009
Olmayan	180	50.4	177	49.6	357	100.0	
Kansızlık Problemi (n=397*)							
Olan	62	63.9	35	36.1	97	100.0	6.543 0.011
Olmayan	147	49.0	153	51.0	300	100.0	
Menstruasyon Düzensizliği (n=216*)							
Olan	46	78.0	13	22.0	59	100.0	8.284 0.004
Olmayan	89	56.7	68	43.3	157	100.0	
Şuan veya Daha Önceden Geçirilmiş Psikiyatrik Rahatsızlık (n=397*)							
Olan	32	78.0	9	22.0	41	100.0	12.582 0.001
Olmayan	177	49.7	179	50.3	356	100.0	
Kronik Hastalık (n=399*)							
Olan	31	73.8	11	26.2	42	100.0	8.620 0.005
Olmayan	180	50.4	177	49.6	357	100.0	

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.11’de öğrencilerin sağlık sorunları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Mide-bağırsak sorunu, kansızlık, menstruasyon düzensizliği, şu an veya daha önceden geçirilmiş psikiyatrik rahatsızlığı ve kronik hastalığı olan öğrencilerin olmayanlara göre uyku kalitesinin kötü olduğu (sırasıyla %73.2’si, 63.9’u, 78.0’i, 78.0’i ve %73.8’i) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.011$, $p=0.004$, $p=0.001$ ve $p=0.005$).

Tablo 4.12. Öğrencilerin Şiddete Maruz Kalma ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Şiddete maruz kalma	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Aile İçerisinde Sözel Şiddet Durumu (n=393*)							
Var	35	74.5	12	25.5	47	100.0	8.985
Yok	173	50.0	173	50.0	346	100.0	0.003
Ailede Sözel Şiddet Uygulayan Kişiler (n=46*)							
Anne	8	53.3	7	46.7	15	100.0	0.701
Baba	16	88.8	2	11.2	18	100.0	
Ağabey/Abla	9	90.0	1	10.0	10	100.0	0.402
Diğer**	1	33.3	2	66.7	3	100.0	
Arkadaş/Akranları Tarafından Fiziksel Şiddet Durumu (n=396*)							
Var	16	66.7	8	33.3	24	100.0	1.369
Yok	194	52.2	178	47.8	372	100.0	0.242
Arkadaş/Akranları Tarafından Sözel Şiddet Durumu (n=396*)							
Var	33	64.7	18	35.3	51	100.0	2.688
Yok	177	51.3	168	48.7	345	100.0	0.101

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir.**Diğer: İkinci derece akrabalar

Tablo 4.12’de öğrencilerin şiddete maruz kalma ve uyku kalitelerine göre dağılımı verilmiştir. Aile içerisinde sözel şiddete maruz kalan öğrencilerin kalmayanlara göre daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Arkadaşları tarafından fiziksel (%66.7) ve sözel (%64.7) şiddete maruz kalan öğrencilerin şiddete maruz kalmayanlara göre uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.242$, $p=0.101$).

Tablo 4.13. Öğrencilerin Uyku ile İlgili Alışkanlıkları ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı

Uyku Alışkanlıkları	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Uyumadan Önce Yapılan Davranışlar (n=399*)							
Kitap Okumak	21	53.8	18	46.2	39	100.0	15.412 0.009
Müzik Dinlemek	88	62.0	54	38.0	142	100.0	
TV İzlemek	29	36.7	50	63.3	79	100.0	
Diş Fırçalamak	49	55.1	40	44.9	89	100.0	
Spor Yapmak	1	20.0	4	80.0	5	100.0	
Hiçbiri	23	51.2	22	48.8	45	100.0	
Uyku Öncesi Yemek Yeme Alışkanlığı (n=399*)							
Yiyen	146	56.8	111	43.2	257	100.0	3.290
Yemeyen	66	46.5	76	53.5	142	100.0	0.048
Ders Dinlerken Uyuklama Durumu (n=397*)							
Evet	186	59.4	127	40.6	313	100.0	25.302
Hayır	24	28.6	60	71.4	84	100.0	< 0.001
Ders Çalışırken Uyuklama Durumu (n=399*)							
Evet	180	61.6	112	38.4	292	100.0	33.547
Hayır	31	29.0	76	71.0	107	100.0	< 0.001
Gün İçerisinde Uyuklama Durumu (n=399*)							
Evet	199	58.8	140	41.3	339	100.0	30.644
Hayır	12	20.0	48	80.0	60	100.0	< 0.001
Her Gün Aynı Saatte Uyuma Durumu (n=399*)							
Evet	33	38.4	53	61.6	86	100.0	9.592
Hayır	179	57.2	134	42.8	313	100.0	0.002
Uykuya Hemen Dalma Durumu (n=398*)							
Evet	56	39.8	85	60.2	141	100.0	14.915
Hayır	154	59.9	103	40.1	257	100.0	< 0.001
Uyurken Horlama Durumu (n=399*)							
Var	35	53.0	31	47.0	66	100.0	0.001
Yok	176	52.9	157	47.1	333	100.0	0.979
Her Gün Aynı Saatte Uyanma Durumu							
Evet	91	45.3	110	54.7	201	100.0	9.682
Hayır	121	60.8	78	39.2	199	100.0	0.002

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir

Tablo 4.13. Öğrencilerin Uyku ile İlgili Alışkanlıkları ve Uyku Kalitesi Durumlarına Göre Dağılımı (Devam)

Uyku Alışkanlıkları	Uyku Kalitesi				Toplam		χ^2, P
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Uyandıığında Hissiyat Durumu (n=398*)							
Dinlenmiş/Enerjik	27	31.8	58	68.2	85	100.0	19.594
Yorgun	184	58.8	129	41.2	313	100.0	<0.001
Okul Günlerinde Uyanma Saati (n=398*)							
6:00-6:30	104	58.1	75	41.9	179	100.0	3.726
7:00-7:30	102	48.3	109	51.7	211	100.0	
8:00-8:30 ve daha geç	4	50.0	4	50.0	8	100.0	
Tatil Günlerinde Uyanma Saati (n=398*)							
6:00-6:30	14	70.0	6	30.0	20	100.0	3.129
7:00-7:30	22	57.9	16	42.1	38	100.0	
8:00-8:30 ve daha geç	174	51.2	166	48.8	340	100.0	
Uyunan Odada Elektronik Eşyanın Bulunma Durumu (n=397*)							
Var	179	55.4	144	44.6	323	100.0	3.584
Yok	32	43.2	42	56.8	74	100.0	0.058
Uyunan Odanın Havalandırma Durumu (n=396*)							
Var	135	52.8	121	47.2	256	100.0	0.001
Yok	74	52.9	66	47.1	140	100.0	0.981
Uyunan Odanın Işıklandırma Durumu (n=398*)							
Karanlık	94	57.1	71	43.0	165	100.0	1.553
Aydınlık	118	50.6	115	49.4	233	100.0	0.213
Uyku İlacı Kullanımı							
Kullanan	8	100.0	0	0.0	8	100.0	10.303
Kullanmayan	204	52.0	188	48.0	392	100.0	0.008

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler "n" üzerinden değerlendirilmiştir

Öğrencilerin uyku ile ilgili alışkanlıkları ve uyku kalitesi durumlarına göre dağılımları Tablo 4.13'de gösterilmiştir. Öğrenciler tarafından uyumadan önce yapılan davranışların uyku kalitesinde etkili olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$). Öğrencilerden uyumadan önce yemek yiyen, uyuklama durumu yaşayan (ders dinlerken-ders çalışırken-gün içerisinde), her gün aynı saatte uyumayan, uykuya hemen dalmayan, her gün aynı saatte uyanmayan, uyandıığında kendini yorgun hisseden ve uyku ilacı kullanan (sırasıyla %56.8, %59.4, %61.6, %58.8, %57.2, %59.9, %60.8, %58.8 ve %100.0) öğrencilerin uyku kalitesinin diğerlerine göre daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.048$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$ ve $p=0.008$). Uyumadan önce

horlama durumu ve uyanma saati (okul-tatil günleri), uyunan oda özelliklerinin (elektronik eşya bulunma, havalandırma, ışıklandırma durumu) uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.979$, $p=0.155$, $p=0.209$, $p=0.058$, $p=0.981$ ve $p=0.213$).

Tablo 4.14. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyonu

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		Univariate Binary Logistic Regression OR (%95 GA)
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Yaş (yıl, n=380*)							
14	25	46.3	29	53.7	54	100.0	1
15	40	42.1	55	57.9	95	100.0	3.622 (0.649-20.205) $p=0.142$
16	51	53.1	45	46.9	96	100.0	3.377 (0.657-17.343) $p=0.145$
17	76	65.5	40	34.5	116	100.0	6.070 (1.159-31.790) $p=0.033$
18	10	55.6	9	44.4	19	100.0	6.669 (1.382-32.173) $p=0.018$
Cinsiyet							
Kız	136	62.4	82	37.6	218	100.0	2.313 (1.554-73.459) $p<0.001$
Erkek	76	41.8	106	58.2	182	100.0	1
Okul Başarısı (n=398*)							
İyi	56	47.9	61	52.1	117	100.0	1
Orta	133	52.6	120	47.4	253	100.0	1.207 (0.779-1.872) $p=0.400$
Kötü	22	78.6	6	21.4	28	100.0	3.994 (1.510-10.566) $p=0.005$
Spor Yapma Durumu (n=397*)							
Evet	99	47.8	108	52.2	207	100.0	1
Hayır	110	57.9	80	42.1	190	100.0	1.500 (1.009-2.230) $p=0.045$

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir. OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

Tablo 4.14. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyonu (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		Univariate Binary Logistic Regression OR (%95 GA)
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Mide, Bağırsak Sorunu Varlığı (n=398*)							
Evet	30	73.2	11	26.8	41	100.0	2.682 (1.304-5.517) <i>p=0.007</i>
Hayır	180	50.4	177	49.6	357	100.0	1
Menstruasyon Düzensizliği Varlığı (n=216*)							
Evet	46	78.0	13	22.0	59	100.0	2.704 (1.354-5.400) <i>p=0.005</i>
Hayır	89	56.7	68	43.3	157	100.0	1
Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu (n=397*)							
Var	32	78.0	9	22.0	41	100.0	3.596 (1.668-7.752) <i>p=0.001</i>
Yok	177	49.7	179	50.3	356	100.0	1
Kansızlık Problemi Varlığı (n=397*)							
Evet	62	63.9	35	36.1	97	100.0	1.844 (1.150-2.956) <i>p=0.011</i>
Hayır	147	49.0	153	51.0	300	100.0	1
Kronik Hastalık Durumu (n=399*)							
Var	31	73.8	11	26.2	42	100.0	2.771 (1.351-5.685) <i>p=0.005</i>
Yok	180	50.4	177	49.6	357	100.0	1
Aile İçerisinde Sözel Şiddet Durumu (n=393*)							
Var	35	74.5	12	25.5	47	100.0	2.917 (1.465-5.807) <i>p=0.002</i>
Yok	173	50.0	173	50.0	346	100.0	1
Gün İçerisindeki Hissiyat Durumu (n=393*)							
Çok Enerjik- Enerjik	21	37.5	48	62.5	69	100.0	1
Normal	162	44.2	131	55.8	293	100.0	1.807 (1.003-3.253) <i>p=0.049</i>
Yorgun-Çok Yorgun	103	75.7	33	24.2	136	100.0	7.134 (3.741-13.604) <i>P<0.001</i>

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir. OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

Tablo 4.14. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyonu (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		Univariate Binary Logistic Regression OR (%95 GA)
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Uyku Sorunu Durumu (n=399*)							
Yok	31	20.4	121	79.6	152	100.0	1
Var	180	72.9	67	27.1	247	100.0	10.486 (6.462-17.016) <i>P<0.001</i>
Aile ve Akrabalarda Uyku Bozukluğu Varlığı (n=392*)							
Evet	75	74.3	26	25.7	101	100.0	3.475 (2.103-5.741) <i>P<0.001</i>
Hayır	132	45.4	159	54.6	291	100.0	1
Uyku Öncesi Yemek Yeme Alışkanlığı (n=399*)							
Evet	146	56.8	111	43.2	257	100.0	1.515 (1.003-2.287) <i>p=0.048</i>
Hayır	66	46.5	76	53.5	142	100.0	1
Her Gün Aynı Saatte Uyuma Durumu (n=399*)							
Evet	33	38.4	53	61.6	86	100.0	1
Hayır	179	57.2	134	42.8	313	100.0	2.145 (1.316-3.498) <i>p=0.002</i>
Ders Dinlerken Uyuklama Durumu (n=397*)							
Evet	186	59.4	127	40.6	313	100.0	3.661 (2.167-6.186) <i>p<0.001</i>
Hayır	24	28.6	60	71.4	84	100.0	1
Ders Çalışırken Uyuklama Durumu (n=399*)							
Evet	180	61.6	112	38.4	292	100.0	3.940 (2.439-6.366) <i>p<0.001</i>
Hayır	31	29.0	76	71.0	107	100.0	1
Gün İçerisinde Uyuklama Durumu (n=399*)							
Evet	199	58.8	140	41.3	339	100.0	5.689 (2.914-11.095) <i>p<0.001</i>
Hayır	12	20.0	48	80.0	60	100.0	1
Uykuya Hemen Dalma Durumu (n=398*)							
Evet	56	39.8	85	60.2	141	100.0	1
Hayır	154	59.9	103	40.1	257	100.0	2.269 (1.492-3.452) <i>p<0.001</i>

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir. OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

Tablo 4.14. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyonu (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	Uyku Kalitesi				Toplam		Univariate Binary Logistic Regression OR (%95 GA)
	Kötü		İyi		S	%	
	S	%	S	%			
Gece Sık Uyanma Durumu (n=399*)							
Evet	71	82.6	15	17.4	86	100.0	5.774 (3.169-10.519) P<0.001
Hayır	141	45.1	172	54.9	313	100.0	1
Her Gün Aynı Saatte Uyanma Durumu							
Evet	91	45.2	110	54.8	201	100.0	1
Hayır	121	60.8	78	39.2	199	100.0	1.875 (1.260-2.791) p=0.002
Uyandıığında Hissiyat Durumu (n=398*)							
Dinlenmiş/Enerjik	27	31.8	58	68.2	85	100.0	1
Yorgun	184	58.8	129	41.2	313	100.0	3.064 (1.842-5.098) p<0.001

* Cevap vermeyen öğrenciler olmuştur. Yüzdeler “n” üzerinden değerlendirilmiştir. OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

Tablo 4.14’de öğrencilerin uyku kalitesini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi verilmiştir. Öğrencilerin uyku kalitelerini etkileyen en önemli faktörler sırasıyla; uyku sorunu varlığı (OR 10.486, %95 GA 6.46 – 17.01), gün içerisinde hissiyat durumu (OR 7.134, %95 GA 3.74-13.60), daha erken yaşlara göre öğrencilerin 17 ve 18 yaşında olma durumu (sırasıyla OR 6.070, %95 GA 1.159-31.790 ve OR 6.669, %95 GA 1.382-32.173), gece sık uyanma (OR 5.774, %95 GA 3.169-10.519), gün içerisinde uyuklama durumu (OR 5.689, %95 GA 2.914-11.095), kötü okul başarısı (OR 3.994, %95 GA 1.510-10.566), ders çalışırken uyuklama (OR 3.940, %95 GA 2.439-6.366), ders dinlerken uyuklama (OR 3.661, %95 GA 2.167-6.186), psikiyatrik rahatsızlık olması durumu (OR 3.596, %95 GA 1.668-7.752), aile ve akrabalarda uyku bozukluğu bulunması (OR 3.475, %95 GA 2.103-5.741), olup istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

Ayrıca, öğrencilerin uyandıığında hissiyat durumu (OR 3.064, %95 GA 1.842-5.098), aile içerisinde sözel şiddet varlığı (OR 2.917, %95 GA 1.465-5.807), kronik hastalık varlığı (OR 2.771, %95 GA 1.351-5.685), menstruasyon düzensizliği olması (OR 2.704, %95 GA 1.354-5.400), mide, bağırsak sorunu varlığı (OR 2.682, %95 GA 1.304-5.517), kız cinsiyetli olması (OR 2.313, %95 GA 1.554-73.459), uykuya hemen dalamama (OR

2.269, %95 GA 1.492-3.452), her gün aynı saatte uyumama durumu (OR 2.145, %95 GA 1.316-3.498), her gün aynı saatte uyanmama durumu (OR 1.875, %95 GA 1.260-2.791), kansızlık varlığı (OR 1.844, %95 GA 1.150-2.956), uyku öncesi yemek yeme alışkanlığı varlığı (OR 1.515, %95 GA 1.003-2.287) ve spor yapmama durumunun (OR 1.500, %95 GA 1.009-2.230) uyku kalitesini etkilediği istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).



BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel koşullar ve bireysel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir. Genel itibariyle, uyku ile ilgili olarak uyku süresi ve uyku kalitesi olarak iki kavram öne çıkmaktadır [17]. Uyku süresinin kişiden kişiye değişmekte olduğu ve bu sürenin 4 ile 11 saat arasında olduğu bilinmektedir [17,98,99]. Yapılan çalışmalarda hem toplum hem de klinik örneklemelerde uyku kalitesi ile ilgili yakınlıklar yaygın olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğu belirtilmiştir [1,8,9,100]. Bu nedenle adölesan dönemde olan çocukların uyku kalitesi durumları, yaşam tarzları ve uyku sorunlarına neden olan faktörlerin tespit edilerek, erken dönemde önlenmesinde hemşirelerinin rolü büyüktür.

Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler ile ilgili olarak ülkemizde yapılan bölgesel düzeydeki çalışmalarda uyku problemlerinin giderek arttığı görülmektedir. 2010 yılında Kırıkkale ilinde yapılan bir çalışmada adölesanların %39.2'sinin [55], Elazığ ilinde yapılan bir çalışmada (2012) adölesanların %54.7'sinin [21] ve İstanbul'daki çalışmada da (2017); adölesanların %36.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir [80]. Bu çalışmada, araştırmaya katılan 400 öğrencinin %53.0'ının uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Adölesanlarda uyku kalitesinin incelendiği çalışmalardaki sonuçlar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. 2017 yılında Brezilya'da yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan adölesanların %28.2'sinin [101], Avustralya'da yapılan bir çalışmada sağlıklı adölesanların %58'inin [8], Kanada'da yapılan bir çalışmada adölesanların %48.1'inin [102] uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Adölesan dönemde kızların erkeklere oranla daha yüksek oranda uyku kalitesinin kötü olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [55,80,101]. Ayrıca, kızların uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyen geceleri sık uyanma, kabus görme ve daha geç uyuma gibi bazı alışkanlıklara da daha yatkın olduğu ifade edilmektedir [103]. Bu çalışmada da benzer şekilde, uyku kalitesi kızlarda (%62.4), erkeklere (%41.8) göre daha kötü olduğu bulunmuştur ($p<0.001$)(Tablo 4.8). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon

analizine göre (Tablo 4.14); kızların, erkek öğrencilere göre uyku kalitesinin kötü olma olasılıklarının 2.3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesinin göstergesi olarak değerlendirilen uyku süresi ve uyku düzeninin kızlar ve erkekler arasında değişkenlik gösterdiği ifade edilmektedir [104]. Bülbül ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kızlarda erkeklere oranla daha fazla uyku sorunlarının olduğunu ortaya koymuşlardır [55]. Yapılan çalışmalarda, kızların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermişlerdir [80,101]. Şenol ve arkadaşları ise, kızlar ve erkekler arasında uyku kalitesi açısından bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir [21]. Tüm bu bulguların aksine, Quyang ve arkadaşları kızların erkeklere oranla daha iyi uyku kalitesine sahip olduğunu belirtmişlerdir [105]. Bulgular arasındaki bu farklılıkların araştırmaların yapıldığı örneklemin sosyo-kültürel ve ekonomik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyku kalitesini etkileyen önemli etkenlerden biri, yaştır [80,101]. Adölesan yaş grubunda uyku problemleri ve uyku ile ilişkili sorunlarını oranının %25-40 arasında değiştiği belirtilmektedir [80]. Yaşın ilerlemesi ile birlikte uyku kalitesinin düştüğü [101], ayrıca uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyen horlama ve öksürük gibi bir takım rahatsızlıkların arttığı [103] ve uyku düzeninin yaş ile birlikte bir kısıtlandığı ifade edilmektedir [106]. Bu çalışmada 11. sınıftaki (%62.0), 12. sınıftaki (%61.0) adölesanların uyku kalitesinin kötü olduğu ($p=0.008$)(Tablo 4.8), yapılan lojistik regresyon analizinde (Tablo 4. 14); 17 ve 18 yaşlarında olan lise öğrencilerinin 14 ve 16 yaşlarındaki öğrencilere göre uyku kalitesinin kötü olma olasılıklarının sırasıyla 6.0 ve 6.6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça öğrencilerin uyku kalitesinin azalması, onların öğrenim (üniversite eğitimi) ve geleceklerine (meslek seçimi, sınav stresi, sınava hazırlanma) ilişkin kaygı yaşamaları nedeniyle olabilir. Dregan ve Armstrong yaptıkları çalışmada 16 yaşında uyku bozukluğu oranını %6, 23 yaşında %20 ve 42 yaşında %36 olarak bulmuşlar ve yaşın ilerlemesiyle uyku bozukluğu oranının arttığını belirtmişlerdir [107]. Bunun yanında, yaş ile uyku kalitesinin kötü olması arasında herhangi bir ilişkinin saptanmadığı çeşitli çalışmalarda mevcuttur [55,80]. Öğrencilerin uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak farklılığı yaş ve diğer sosyo-kültürel değişkenlerin çeşitliliği ile bağlantılı olabilir. Ayrıca, bu durum bireylerin akademik faaliyetlerin giderek artması ve uyku süresi üzerindeki kısıtlamaların olması ile açıklanmaktadır [101].

Adölesan döneminde uyku kalitesindeki bozulmalar çoğunlukla biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel etkenlerin biyolojik ritim üzerinde etkileri, uyku süresini seçmek için uygulanan otonomi, akademik çalışmaların (okul gibi) oluşturduğu baskı ve sosyal medya kullanımı gibi etkenlerle yakından ilişkilendirilmektedir [21,80,101,108]. Bu çalışmada okul başarısı kötü olan adölesanların %78.6'sının kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0.014$)(Tablo 4.8). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14); okul başarısı kötü olanların uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 3.9 kat daha fazladır. Ayrıca, gece dinlenmesinin ruh halini, motivasyonu, hafızayı ve bilişsel performansı sürdürmeye yardımcı olarak akademik veya okul başarısını artırdığı belirtilmektedir [109]. Bu çalışmadaki akademik başarının uyku kalitesine etkisi pek çok çalışmanın sonuçları ile uyumluluk göstermektedir [21,55,109].

Adölesanlarda uyku kalitesini olumlu yönde etkileyen faktörler arasında spor yapma durumu önemli bir yer tutmaktadır [55,110]. Ek olarak, egzersiz alışkanlığı olmamasının uyku kalitesi ile ilgili sorunları (uyku kalitesi yetersiz) beraberinde getirdiği bildirilmektedir [110,111]. Bu çalışmada düzenli olarak spor yapan lise öğrencilerinin %47.8'inin, düzenli olarak spor yapmayan öğrencilerin %57.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu ve yapılan regresyon analizine göre ise spor yapmayan öğrencilerin, uyku kalitesinin kötü olma olasılığı 1.5 kat daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.10)(Tablo 4.14). Bülbül ve arkadaşları spor yapma alışkanlığına sahip adölesanların daha kolay uykuya daldığını ve daha az uyku sorunu yaşadığını saptamışlardır [55]. Vardar ve arkadaşları spor yapan adölesan kızların spor yapmayan yaşlıtlarına göre gecede ortalama 50 dk. daha fazla uyuduğunu ve egzersizin gündüz işlev bozukluğunu azalttığını rapor etmişlerdir [111]. Stefan ve arkadaşları çalışmalarında yetersiz fiziksel aktivitenin uyku kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir [110]. Spor yapma alışkanlığının uyku kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğuna ilişkin literatürde bir görüş birliği bulunmasına karşın, uyku sürelerini kısıtlayan tarzda gerçekleştirilen spor faaliyetlerinin uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren çalışmalar da vardır [80,108].

Uyku kalitesinin bireyin yaşadığı mide-bağırsak sorunlarından [21,108,112,113], kansızlık probleminden [114,115,116], menstruasyon düzensizliğinden [117], psikiyatrik problemlerden [21,80,111,118] ve diğer kronik hastalıklardan [119-123] olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. Patel ve arkadaşları inflamatuvar bağırsak

hastalığına sahip yetişkinlerde yaptığı çalışmada gecelik uyku süresinin sağlıklı bireylerle aynı olduğunu ancak, gece uyanma sıklığının artması nedeniyle uyku kalitesinin düştüğünü belirtmişlerdir [124]. Bu çalışmada mide bağırsak problemi olan adölesanların %73.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur (p=0.009) (Tablo 4.11). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14); mide bağırsak problemi olanların uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 2.6 kat daha fazladır (Tablo 4.14). Bellini ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, gastrointestinal sistem problemleri yaşayan adölesanların uyku bozuklukları yaşadığını belirtmişlerdir [112]. Banhayon ve arkadaşları, gastrointestinal sistem hastalığı kron hastalığına sahip adölesanlarda uyku bozuklukları ve uyku kalitesinin kötü olduğunu rapor etmişlerdir [113]. Hematolojik hastalıklar ve demir eksikliği anemisinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir [114-116]. Bu çalışmada kansızlık problemi olan adölesanların %63.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (p=0.011)(Tablo 4.11). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) kansızlık problemi olanların, olmayanlara göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılıklarının 1.8 kat daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.14). Bir çok çalışmada menstruasyon düzensizliği ve ağrılı menstruasyon durumunun çeşitli uyku bozukluklarına ve uyku kalitesi sorunlarına neden olduğu gösterilmiştir [117,125,126]. Şenol ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, menstruasyon düzensizliği olan adölesanlarda ortalama PUKİ puanını (7.27±3.43) daha yüksek olarak bulmuşlardır (p>0.05). Aşçı ve arkadaşlarının kız öğrenciler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, menstrual düzensizlikler ve ağrılı menstruasyon durumunun uyku kalitesinin kötü olması ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (p<0.001)[125]. Bu çalışmada da diğer çalışmalarla uyumlu şekilde, menstruasyon düzensizliği olan kız öğrencilerinin %78.0'ının ve menstruasyon düzensizliği olmayan öğrencilerin %56.7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (p=0.004)(Tablo 4.11). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) menstruasyon düzensizliği olanların uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 2.7 kat daha fazladır (Tablo 4.14). Menstruasyon düzensizliği ve ağrılı menstruasyon gibi problemlerin uyku kalitesini etkilediği sonucuna varılmıştır.

Uyku biyolojik süreçlerin gerçekleştirilmesi ve yaşamın devamı için hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle uyku kalitesi ve uyku süreçleri ile ilgili olarak ortaya çıkan

problemlerin bazı psikiyatrik semptomları ortaya çıkardığı ifade edilmektedir [21,80,111,118]. Çeşitli çalışmalarda uyku kalitesi sorunlarının çeşitli psikiyatrik hastalıklara neden olduğu veya çeşitli psikiyatrik hastalıklar nedeniyle uyku kalitesi sorunlarının ortaya çıktığı ifade edilmektedir [80,118]. Bu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olan adölesanların %78'inin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ise sadece %49.7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$)(Tablo 4.11). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) psikiyatrik rahatsızlığı olanların uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 3.5 kat daha fazla bulunmuştur. Şenol ve arkadaşlarının çalışmalarında geçirilmiş bir psikiyatrik rahatsızlık öyküsü bulunanlarda uyku kalitesinin daha kötü olduğu gösterilmiştir ($p<0.001$) [21]. Uyku kalitesi sorunları ile birlikte psikiyatrik rahatsızlıkların birlikte görülmesi konusunda literatürde bir görüş birliği bulunmakla birlikte, uyku kalitesi sorunlarının ve psikiyatrik rahatsızlıkların birbirini tetikleyen çok boyutlu bir süreç olduğu ifade edilmektedir [21,80,111,118]. Bu açıdan bakıldığında, adölesan bireylerde uyku sağlığı ve uyku kalitesinin sürekli olarak kontrol edilmesi ortaya çıkabilecek olası muhtemel psikiyatrik rahatsızlıkların önüne geçilmesi bakımından da önem taşımaktadır. Uyku kalitesinin kötü olması pek çok kronik hastalıkla literatürde ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda kronik baş dönmesi [123], bronşiyolit rahatsızlığı [121], obstruktif uyku apne sendromu [120], kronik böbrek yetmezliği [119] ve çeşitli kardiyovasküler problemler ve hipertansiyon [122] ile kötü uyku kalitesi ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada kronik hastalıkları olan lise öğrencilerinden %73.8'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır ($p=0.005$)(Tablo 4.11). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) kronik hastalığı olan öğrencilerin uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 2.7 kat daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu çalışma sonuçları literatür bilgileri ışığında değerlendirildiğinde; solunum, kardiyovasküler, nörolojik ve üriner sistemi içerisine alan geniş bir yelpazede ortaya çıkan kronik hastalıkların kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Aile içerisinde ve çevresel ortamda sözel şiddete maruz kalan çocuklar ve adölesanlarda ilk ortaya çıkan semptomlardan biri de uyku bozukluklarıdır [127]. Adölesan dönemde fiziksel veya sözel şiddet gören bireylerde kötü uyku kalitesi, uykusuzluk ve çeşitli uyku bozuklukları gibi pek çok sorun görülebilmektedir [127,128]. Romanzini ve arkadaşları aile ve çevresel ortamda şiddete maruz kalan adölesanların %44'ünde artmış

gün içi uykululuk ve %69.6'sında kötü uyku kalitesi olduğunu belirlemişlerdir [129]. Bu çalışmada aile içerisinde sözel şiddet gören adölesanların %74.5'inin ve sözel şiddet görmeyen adölesanların %50.0'nın kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir ($p=0.003$)(Tablo 4.12). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) aile içerisinde sözel şiddet görenlerin uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları 2.9 kat daha fazladır. Şenol ve arkadaşları ailevi sorunlar yaşayan adölesanların uyku kalitesinin bozulduğunu [21], Bülbül ve arkadaşları aile içi şiddete maruz kalan adölesanların %63.3'ünde, şiddete maruz kalmayan adölesanların ise sadece %33.8'inde uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmişlerdir [55]. Tüm bu bilgiler ışığında, şiddete maruz kalan adölesanların uyku kalitelerinin bozulduğu açıktır.

Bireylerde uyku öncesi yapılan aktiviteler uyku ritüelleri olarak adlandırılmaktadır. Yapılan bir çalışmada uyku öncesi yapılan alışkanlıklar arasında TV izlemek ve kitap okumak (%32.0) ilk sıralarda yer almaktadır. Quyang ve arkadaşları adölesanların uyku ritüellerini TV izlemek ve kitap okuma alışkanlığı olarak belirtmişler ve bu uyku ritüellerinin adölesanın geç uykuya dalmasını sağlayarak uyku süresini kısıtladığını işaret etmektedirler [105]. Garmy ve arkadaşları TV izlemek ve bilgisayar oyunları oynama gibi uyku öncesi alışkanlıkların uyku için yatağa gitme süresini geciktirerek uyku süresini kısalttığını belirtmişlerdir [131]. Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olan adölesanlarda uyku öncesi yapılan alışkanlıklar arasında müzik dinlemek (%62.0), diş fırçalamak (55.1) ve kitap okumak (%53.8) daha fazla görülmüştür ($p=0.009$)(Tablo 4.13). Düzenli uyku öncesi ritüelleri olan adölesanların uyku kalitesinin daha iyi olduğunu ve daha az uyku sorunu yaşadıkları yönünde çalışma da bulunmaktadır [55]. Adölesanlarda ortaya çıkan uyku sorunlarının önlenmesinde bireylere uyku ve sirkadiyen ritim ile ilgili yapılacak eğitimler, uyku ritüellerine yönelik ve uyku hijyenine yönelik olumlu alışkanlıklar kazandırılması önemli seçenekler arasında sayılmaktadır [55].

Beslenme, uyku kalitesi, uyku süresi ve uyku için yatağa geç gitme gibi kavramlarla yakından ilişkilendirilmektedir. Beslenme kalitesinin kötü olması, aşırı beslenme ve obezite uyku ile ilgili sorunlara neden olmaktadır [131]. Yahia ve arkadaşlarının gece yemek yeme alışkanlığı olan adölesanların PUKİ ortalamalarını 6.73 ± 4.06 olarak belirlemişler ve bu bireylerde uyku kalitesinin daha kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, gece yemek yeme alışkanlığının uyku süresini önemli derecede kısalttığını da

tespit etmişlerdir ($p<0.05$)[132]. Nolan ve Geliebter uyku öncesi yemek yemenin hem adölesanlarda hem de yetişkinlerde kötü uyku kalitesine neden olduğunu göstermişlerdir [133]. Karatay ve arkadaşları uyku kalitesi kötü olanlarda uyumadan önce yemek yiyenlerin oranının %55.9, yemek yemeyenlerin ise %44.1 olduğunu belirlemişlerdir ($p<0.05$)[134]. Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olanlardan uyku öncesi yemek yiyenlerin oranı %56.8 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.048$)(Tablo 4.13). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) uyku öncesi yemek yiyen adölesanların, yemeyenlere göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılığı 1.5 kat daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu bulgulara göre yemek yeme alışkanlığının uyku kalitesi üzerinde etkili olduğunu ifade etmek mümkündür. Adölesan bireylere yemek yeme alışkanlıkları ve uyku kalitesi hakkında verilebilecek eğitimler uyku kalitesinin artmasını sağlayabilecektir.

Yapılan çalışmalarda gün içerisinde uyuklama hali bir hastalık olmaktan ziyade, bir uyku sorununun belirtici ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak tanımlanmaktadır [21,106]. Ayrıca, gün içerisindeki uyuklama hali, kötü uyku kalitesinin de bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir [128,135]. Gündüz uyuklama hali fazla olan adölesanlarda akademik başarının sınırlı olduğu ifade edilmektedir. Adölesanların gündüz uyuklama halinin beraberinde; ders dinlerken, ders çalışırken ve gün içerisinde sosyal faaliyetler sırasında uyuklama hali de ortaya çıkmaktadır [21]. Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olanlarda ders dinlerken uyuklama oranı %59.4 ($p=0.000$), ders çalışırken uyuklama oranı %61.6 ($p=0.000$) ve gün içerisinde uyuklama oranı %58.8 ($p=0.000$) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) ders dinlerken ve ders çalışırken uyuya kalanların kalmayanlara göre ve gün içerisinde uyuklayanların, uyuklamayanlara göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılıkları sırasıyla 3.6, 3.9 ve 5.6 kat daha fazla bulunmuştur. Sarı ve arkadaşları gündüz uyuklaması olan adölesanların %47.6'sının kötü uyku kalitesine sahip olduğunu belirtmişlerdir [135]. Şenol ve arkadaşları ders çalışırken uyku problemi yaşayanlarda PUKİ ortalamasını 6.91 ± 2.89 olarak, ders çalışırken uyku problemi yaşamayanların PUKİ ortalamasını 5.32 ± 3.05 olarak belirlemişler ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu bulmuşlardır ($p<0.05$). Şenol ve arkadaşları ders dinlerken uyku problemi yaşayanların PUKİ ortalamasını 7.45 ± 3.04 olarak, uyku problemi yaşamayanların PUKİ ortalamasını

5.13±2.60 olarak belirlemişler ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğunu göstermişlerdir ($p<0.05$)[21]. Uyku kalitesini artırmaya yönelik eğitim faaliyetlerinin adölesanların okul faaliyetleri ve gün içerisindeki sosyal aktiviteler sırasındaki başarısını artırabileceği düşünülebilir.

Uyku ile ilgili yapılan çalışmalarda, yeterli bir uyku için uyku süresi ve kalitesi olmak üzere iki özellik üzerinde durulmaktadır. Uyku süresi ile ilgili olumsuz özellikler içerisinde erken uyanma ve uyku süresini erteleme var iken, uyku kalitesi ile ilgili olumsuz özellikler içerisinde; gece uyanma, kâbus görme, her gün aynı saatte uyuma ve uyanmanın olmaması gibi kavramlar yer almaktadır [136]. Çetin'in (2009) adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada, uyuma ve uyanma zamanlarının her gün tutarlılık göstermesi gerektiği ve aynı saatte olması gerektiğini ifade etmektedir [136]. Yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) her gün aynı saatte uyumayanların, uyuyanlara göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılığı 2.1 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Yine bu çalışmada, her gün aynı saate uyananların, her gün aynı saatte uyanmayanlara göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılığı 1.8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).

Uyku-uyanıklık ritminin düzenli olması durumu uyku hijyeni ile tanımlanmaktadır [137]. Galland ve arkadaşları uyku hijyeni kötü olan Yeni Zelanda'lı adölesanların uyku kalitelerinin kötü olduğunu göstermişlerdir [137]. ABD'de lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da her gün aynı saatte uyuma ve uyanma durumlarının uyku kalitesini artırdığı ve uyuma uyanma saatleri düzenli olmayan lise öğrencilerinin uyku kalitesinin daha kötü olduğu gösterilmiştir [138]. Bu çalışmanın sonuçları literatürde ifade edilen sonuçlarla uyumlu görünmektedir. Uyku ile ilgili sorunların başında uykusuzluk kavramı ve uykuya dalma sorunları gelmektedir. Uykuya hemen dalmama bireylerde uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve adölesanların uyuma sürelerini kısıtlamaktadır [21,135]. Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olanların %59.9'unun uykuya hemen dalmada güçlük çektiği belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.000$)(Tablo 4.13). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) uykuya hemen dalmayanların, uykuya hemen dalanlara göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılığı 2.2 kat daha fazladır (Tablo 4.14). Sarı ve arkadaşlarının üniversite yurdunda kalan adölesan öğrencilerin %45.8'inin uykuya hemen dalma sorunu yaşadığı ve uykuya dalma sorunu olanların %67.7'sinde uyku

kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde kötü olduğunu bulmuşlardır ($p<0.05$)[21]. Şenol ve arkadaşları adölesan bireylerin %58.7'sinin, Dağ ve Kutlu ise adölesan bireylerin %91.1'inin ilk 30 dk. içerisinde uykuya daldığını göstermiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirtmişlerdir ($p>0.05$)[21,80]. Bülbül ve arkadaşları çalışmalarında adölesanların sadece %17.2'sinin uykuya dalma sorunu yaşadığını ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını ifade etmişlerdir [55]. İngiltere'de çocuklarda uykuya dalma probleminin %25 [139] ve Japonya'da bu sorunun adölesanlar arasında sadece %12.4 oranında olduğu belirtilmektedir [140]. Adölesanlarda uykuya hemen dalma ile ilgili olarak literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu farklılık bireylerin içerisinde bulunduğu farklı sosyo-kültürel koşullar ve bireylerin farklı uyku hijyeni davranışlarına sahip olması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Kişiye özel uyku süresi ile ilgili yapılan çalışmalarda, uyku süresinin yeterli olup olmadığını anlamak için kişinin sabah dinlenmiş olarak uyanma durumunun önemli bir gösterge olduğu ifade edilmektedir [136]. Uykunun REM evresinin azalması ve NREM evresinin uzamasından dolayı kişi uyurken yeterince dinlenememekte ve uyandığında kendisini yorgun hissetmektedir [141]. Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olan lise öğrencilerinden uyandıklarında kendisini dinlenmiş/enerjik hissedenenlerin oranını %31.8 iken, uyandıklarında kendilerini yorgun hissedenenlerin oranının %58.8 olduğu bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$)(Tablo 4.13). Ayrıca, yapılan lojistik regresyon analizine göre (Tablo 4.14) uyandığında kendini yorgun hissedenenlerin, dinlenmiş/enerjik hissedene göre uyku kalitelerinin kötü olma olasılığı 3.0 kat daha fazla bulunmuştur. Aysan ve arkadaşları İzmir'deki üniversite öğrencileri ile ilgili olarak yaptıkları çalışmada öğrencilerin %66.3'ünün uyandıklarında kendilerini yorgun hissettiklerini belirlemiş ve kendini yorgun hissedenenlerin uyku kalitesinin daha kötü olduğunu göstermişlerdir ($p<0.05$)[142]. Mayda ve arkadaşları tıp fakültesi 4,5 ve 6. sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, uyku kalitesi kötü olan öğrencilerinin %55'inin kendisini sabah yorgun hissettiğini ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermişlerdir ($p<0.05$)[143]. Bu çalışma sonuçlarını literatür bilgileri ışığında değerlendirdiğimizde, uyandığında hissiyat durumu uyku kalitesi ile ilgili son derece önemli bir belirteç olarak görünmektedir. Adölesan lise öğrencilerine uyunan odanın

ortamı, uyku öncesi alışkanlıklar ve uyku hijyeni konusunda verilebilecek hemşirelik eğitiminin bireyin uyku kalitesini etkileyerek uyandığında daha iyi bir hissiyata kavuşmasına imkân sağlayabilir. Uyku sorunu olan bireyler uykuya yardımcı olması açısından uyku ilacı kullanabilmektedirler. Bu çalışmada lise öğrencileri arasında uyku ilacı kullanım oranı %2 olarak belirlendi. Adölesanlar üzerinde yapılan çalışmalardan; Şenol ve arkadaşları %8 [21], Sarı ve arkadaşları %14.8 [135], Romanzini ve arkadaşları %10.4 [129], Quon ve arkadaşları %27.5 [102], Mayda ve arkadaşları %22.6 [143], Özhüner %5.20 [141], Stefan ve arkadaşları %6.7 [110], Pazar ve arkadaşları %30.5 [144] ve Hinz ve arkadaşları %7.8 [145] oranında uyku ilacı kullanımı saptamışlardır. Bu çalışmada, uyku ilacı kullanan adölesanların tamamının uyku kalitesinin kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p=0.008$)(Tablo 4.13). Stefan ve arkadaşları Hırvatistan'lı adölesanlarda uyku ilacı kullanımı ve uyku kalitesinin kötü olması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermişlerdir ($p<0.05$)[110]. Vardar ve arkadaşları adölesan kız sporcular ve sporcu olmayanlar arasında yaptıkları karşılaştırmada; uyku ilacı kullananlarda uyku kalitesinin gruplar arasında değişkenlik göstermediğini belirlemişlerdir ($p>0.05$)[111]. Hinz ve arkadaşları Alman yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada ise uyku ilacı kullanımı ile uyku kalitesi arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir ($p>0.05$)[145]. Literatürde adölesanlar arasında uyku ilacı kullanım oranları farklılık göstermektedir. Bu durumun sebebi olarak çalışma gruplarındaki adölesanların ekonomik ve sosyokültürel özelliklerinin, uyku ilaçlarını temin etmelerinde ortaya çıkardığı farklılıklar görülebilir.

Adölesan döneminde uyku kalitesinde ortaya çıkan sorunların, ileri yaşlarda da devam etmesi ve geç dönem komplikasyonların gelişimine neden olması açısından önemlidir. Bu nedenle adölesanlarda kötü uyku kalitesi nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık, sosyal ve akademik problemlerin erken dönemde tespiti ve önlem alınması önem taşımaktadır. Bu çalışma, lise öğrencilerinin uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada belirlenen lise öğrencilerindeki uyku kalitesi durumu ve uyku kalitesi üzerinde etkili olan etmenler ülkemiz ve dünyada yapılan çalışmalardaki etmenlerle benzerlik göstermektedir. Adölesan dönemde uyku kalitesi üzerinde bireyin ve ailesinin bilinç seviyesi, uyku hijyeni alışkanlıkları, sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörlerin etkili olduğu görülmektedir.

Araştırmanın Sonuç ve Önerileri;

Lise öğrencilerinde uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir:

- Çalışma kapsamına alınan adölesanların %30.5'inin 17 yaşında, %54.5'inin kız, %10'unda fazla kilo, %7.4'ünde obezite bulunduğu, %63.6'sının okul başarısının orta, %90.8'inin kendisine ait bir odasının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Öğrencilerin annelerinin yarıdan fazlasının (%56.2) 40 yaş ve altında %99.5'inin hayatta, %21.5'inin çalıştığı ve yarılarından fazlasının ortaokul mezunu ve altı eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Babaların yarıdan fazlasının (%57.4) 45 yaşından küçük, %98.4'ünün hayatta, %91.2'sinin çalıştığı, %35.0'nin lise mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Öğrencilerin %81.5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %43.9'unun 2 çocuk sahibi olduğu ve %66.6'sının gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Öğrencilerin %63.9'unun günde 3 bardaktan az çay, kahve ve kafeinli içecek tükettiği, %41.5'inin hamur işi ağırlıklı beslendiği, %4.3'ünün keyif verici madde kullandığı, %79.3'ünün günlük zamanının 0-3 saatini internette geçirdiği ve %47.9'unun hiç spor yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).
- Öğrencilerin %10.3'ünde mide ve bağırsak sorunu, %24.4'ünde kansızlık problemi, kız öğrencilerin %27.3'ünde menstruasyon düzensizliği, %10.3'ünde psikiyatrik rahatsızlık ve %10.5'inde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).
- Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %12.0'nin aile içerisinde sözel şiddet, %12.9'unun arkadaş arasında sözel şiddete ve %6.1'inin de arkadaş arasında fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).
- Öğrencilerin %45.3'ünün uyamadan önce kitap okuma ya da müzik dinleme gibi etkinlikler yaptığı, %78.6'sının uyandığında, %34.6'sının da gün içerisinde kendisini yorgun hissettiği belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Öğrencilerin %61.9'u kendisinde uyku sorunu olduğu şeklinde bir kanıya sahip olduğu, %98.0'nin uyku ilacı kullanmadığı, %81.4'ünün uyuduğu odada

elektronik eşyaların bulunduğu, %64.6'sının uyuduğu odada havalandırma imkanı olduğu, %41.5'inin odasının ışıklandırmasının iyi olmadığı ve odanın karanlık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

- Öğrencilerin %16.5'inin uyurken horladığı, %64.4'ünün uyku öncesi yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu, %65.6'sının yatağa yattıktan sonra uykuya hemen dalmadığı, yarıya yakınının her gün aynı saatte uyanma alışkanlığına sahip olmadığı (%49.8), %21.6'sının gece sıklıkla uyandığı tespit edilmiştir. Yine, öğrencilerin %78.8'i okulda ders dinlerken uyukladığı, %73.2'si ders çalışırken uyukladığı, %85.0'i gün içerisindeki diğer faaliyetleri sırasında uyukladığı, %25.8'inin aile ve akrabalarında uyku bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Öğrencilerin toplam PUKİ puanlarının, 11 ve 12. sınıflarda artış gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 4.7).
- Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin %53'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8).
- Öğrencilerde uyku kalitesi kızlarda (%62.4), erkeklere (%41.8) göre daha kötü bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$)(Tablo 4.8).
- Öğrencilerde uyku kalitesi 9. sınıfta %46, 10. sınıfta %43, 11. sınıfta %62, 12. sınıfta %61 oranında kötü bulunmuştur ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p = 0.008$)(Tablo 4.8).
- Öğrencilerden okul başarısı iyi olanların %47.9, orta olanların %52.6 ve kötü olanların %78.6 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konmuştur ($p = 0.014$)(Tablo 4.8).
- Düzenli olarak spor yapan lise öğrencilerinin %47.8'inin, düzenli olarak spor yapmayan öğrencilerin %57.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p = 0.045$) (Tablo 4.10).
- Sağlık sorunları olan öğrencilerin (mide, bağırsak sorunu, kansızlık problemi, menstruasyon düzensizliği, şuan veya daha önceden geçirilmiş psikiyatrik

rahatsızlığı ve kronik hastalık) olmayanlara göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.11).

- Aile içerisinde sözel şiddet gören adölesanların %74.5'inin ve sözel şiddet görmeyen adölesanların %50'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.003$)(Tablo 4.12).
- Uyku kalitesi kötü olan öğrencilerden uyku öncesi yemek yiyenlerin oranı %56.8'iken, uyku öncesi yemek yemeyenlerin oranı %46.5 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0.048$)(Tablo 4.13).
- Bu çalışmada uyku kalitesi kötü olan lise öğrencilerinden her gün aynı saatte uyumayan-uyanmayanların diğerlerine göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$)(Tablo 4.13).
- Öğrencilerden uyku kalitesi kötü olanların %59.9'unun uykuya hemen dalmada güçlük çektiği belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$)(Tablo 4.13).
- Uyku kalitesi kötü olan lise öğrencilerinden uyandıklarında kendisini dinlenmiş/enerjik hissedenlerin oranını %31.8 iken, uyandıklarında kendilerini yorgun hissedenlerin oranının %58.8 olduğu bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$)(Tablo 4.13).
- Uyku ilacı kullanan adölesanların hepsinin (%100) uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.008$)(Tablo 4.13).
- Yapılan lojistik regresyon analizine göre adölesanların uyku kalitesini etkileyen faktörlerin, cinsiyet, yaş, kötü okul başarısı, aile ve akrabalarda uyku bozukluğu bulunması, aile içerisinde sözel şiddet varlığı, kronik hastalık varlığı (psikiyatrik rahatsızlık, menstruasyon düzensizliği, kansızlık, mide-bağırsak sorunu), her gün aynı saatte uyumama ve uyanmama durumu, spor yapmama durumu, uyku öncesi yemek yeme alışkanlığı varlığı, uyku sorunu varlığı, uykuya hemen dalamama, gece sık uyanma, uyandığında yorgun hissetme, gün içerisinde hissiyat durumu ve uyuklama olması durumu (gün içerisinde, ders çalışırken ve

ders dinlerken) olarak belirlenmiş ve bu faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 4.14).

Bu araştırmanın bulgularına dayanarak;

- Pediatri hemşirelerinin koruyucu sağlık hizmetlerinde, uyku kalitesi kötü olan çocuklar ve adölesanların belirlenmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Uyku yapısı ile ilgili değişimlerin erken dönemde fark edilmesi ve önlenmesi için okullarda taramaların yapılması ve değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin, okul başarısı kötü çocukların uyku kaliteleri ile ilgili değerlendirmeleri yaparak, çocuklara sağlıklı uyku konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi,
- Çocukların okul dışında fiziksel aktivite/spor etkinliklerine katılımının desteklenmesi, bu konuda okulla işbirliği yapılması,
- Uyku kalitesi sorunlarının mide-bağırsak sorunları, kansızlık problemleri, menstruasyon düzensizlikleri, psikiyatrik rahatsızlıklar ve diğer kronik hastalıkları ile ilişkileri konusunda öğrencilerin bilgilendirilmesi,
- Adölesan dönemde aile içerisinde uygulanan sözel şiddetin uyku kalitesi üzerindeki etkileri ve aile içi sağlıklı iletişim yöntemleri konularında ailelerin bilgilendirilmesi,
- Adölesanların gün içerisindeki okul ve diğer sosyal faaliyetlerdeki başarı durumunun takip edilerek; öğrenciler, aileler ve eğitimcilerin uyku hijyeni konusunda bilgilendirilmesi,
- Okullarda tikiplerin düzenli yapılabilmesi için de okul sağlığı hemşiresi kadrolarının oluşturulması önerilebilir.
- Ayrıca, adölesanlarda uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin çok merkezli, karşılaştırmalı ve deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Tekeli, S., "Lise son sınıf öğrencilerinin uyku kalitelerinin ve sınav kaygılarının değerlendirilmesi", *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 3, İstanbul, 2009.
2. İnternet: UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women <https://data.unicef.org/topic/adolescents/adolescent-demographics/#>.
3. Özcebe, H., "Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım", *STED*, 11 (10), 374-377, 2002.
4. İnternet: Uluslararası Çocuk Merkezi, Adölesan ve Üreme Sağlığı ve Hakları. <http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3>.
5. İnternet: T.C. İçişleri Bakanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. <https://www.nvi.gov.tr/hizmetlerimiz/istatistikler/nufus-istatistikleri>.
6. Yen, S., Goyal, M. K., Hillard, P., "Adolescent gynecologic emergencies", *Adolesc. Med. State Art. Rev.*, 26 (3), 473-483, 2015.
7. Adana, F., Arslantaş, H., "Ergenlikte öfke ve öfke yönetiminde okul hemşiresinin rolü", *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (1), 57-62, 2011.
8. Josev, E. K., Jackson, M. L., Bei, B., Trinder, J., Harvey, A., Clarke, C., Snodgrass, K., Scheinberg, A., Knight, S. J. "Sleep quality in adolescents with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME)", *J. Clin. Sleep. Med.* 15, 13 (9), 1057-1066, 2017.
9. Lin, R. M., Xie, S. S., Yan, Y. W., Chen, Y. H., Yan, W. J., "Perfectionism and adolescent sleep quality: The mediating role of repetitive negative thinking", *J. Health. Psychol.*, 1, 1359105317693914, 2017.
10. O'Donnell, S., Driller, M. W., "Sleep-hygiene education improves sleep indices in elite female athletes", *Int. J. Exerc. Sci.*, 1, 10 (4), 522-530, 2017.
11. Ma, J., Wang, Y., Stafford, R. S., "U.S. Adolescents receive suboptimal preventive counseling during ambulatory care", *J. Adolesc. Health*, 36 (5), 441, 2005.
12. Ünalın, C. P., "Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım", *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.*, 27 (4), 567-576, 2007.

13. Bingöl, N., “Hemşirelerin uyku kalitesi iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi”, *C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Sivas, 2006.
14. Papilla, İ., Acioğlu, E., “Obstrüktif uyku apne sendromu”, *Hipokrat Dergisi*, 13, 387-391, 2004.
15. Eryavuz, N., “Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması”, *A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Afyon, 2007.
16. Aslan, S. A. “Ergenlerde ana-baba tutumu sınav kaygısı ders çalışma becerilerinin lise giriş sınavını yordama düzeyleri”, *M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2005.
17. Nunes, M. L., Bruni, O., “Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach”, *J. Pediatr. (Rio J)*, 91 (6 Suppl 1), 26-35, 2015.
18. Kelly, S. F., Spector, N. D., “Sleep disorders, immunizations, sports injuries, autism”. *Current Opinion in Pediatrics*, 17, 773-786, 2005.
19. Vallido, T., Peters, K., O'Brien, L., Jackson, D., “Sleep in adolescence: A Review of issues for nursing practice”. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1819-1826, 2009.
20. Dağ, B., “Ergenlerde uyku davranışını etkileyen faktörler”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2012.
21. Şenol, V., Soyluer, F., Pekşen Akça, R., Argün, M., “Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler”, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 93-102, 2012.
22. Kaczor, M., Skalski, M., “Prevalence and consequences of insomnia in pediatric population”, *Psychiatr. Pol.*, 50 (3), 555-569, 2016.
23. Badin, E., Haddad, C., Shatkin, J. P., “Insomnia: the *Sleeping Giant of Pediatric Public Health*”, *Curr. Psychiatry Rep.* 18 (5), 47, 2016.
24. Vijayalaxmi, C. R., Reiter, R. J., Herman, T. S., “Melatonin: from basic research to cancer treatment clinics”. *J Clin Oncol.* 20, 2575-2601, 2002.

25. Folkard, S., Tucker, P. T., “Shiftwork: safety, sleepiness and sleep. Shiftwork: safety, sleepiness and sleep”. *Occup Med.*, 53, 95-101, 2003.
26. Folkard, S., Lombardi, D. A., Tucker, P. T., “Shiftwork: safety, sleepiness and sleep”. *Ind Health*, 43 (1), 20-33, 2005.
27. Leger, D., “Special Report. The Cost of Sleep-Related Accidents: A Report for the National Commission on Sleep Disorders Research”. *Sleep*, 17 (1), 84-93, 1994.
28. Bonnet, M. H., Arand, D. L., “We Are Chronically Sleep Deprived”. *Sleep*, 18 (10), 908-911, 1994.
29. Özcan, N., “Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı. Ed: Ay F., Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar”. İstanbul Medikal Yayıncılık, 407-421, 2007.
30. Willinger, M., Ko, C., Hofman, H., Kessler, R., Corwin, M., “Trends in infant bed sharing in the United States 1993-2000. The national infant sleep position study”. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 157, 33-39, 2003.
31. Bailly, D., Bailly, L. I., Querleu, D., Beuscart, R., Collinet, C., “Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools”. *Encephale*, 30, 352-359, 2004.
32. Meijer, A. M., Habekothé, H. T., Wittenboer, G. L. H. V., “Time in bed, quality of sleep and school functioning of children”. *J Sleep Res.*, 9, 145-153, 2000.
33. Saygılı, S., Çil, Akıncı, A., Arıkan, H., Dereli, E., “Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk”, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 1 (1), 2011.
34. Timur, S., Şahin, N. H., “Menopoz ve uyku”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3 (3), 61-67, 2010.
35. İtil, O., Köktürk, O., Ardiç, S., Çuhadaroğlu, Ç., Fırat, H., “Uykuda Solunum Bozuklukları”, *Türk Toraks Derneği Kitapları*, 11-625, Ankara, 2015.
36. Haspolat, Y. K., “Adölesan Sağlığı ve Hastalıkları Birinci Baskı”, *Cinius Yayınları*, 33-92, İstanbul, 2016.
37. Behrman, R. E., Kliegman, R. M., “Essentials of Pediatrics 2nd ed.”, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 215-248, İstanbul, 1996.

38. Haspolat, Y. K., Aktar, F., Yolbaş, İ., “Adölesanda Büyüme ve Puberte Birinci Baskı”, *Cinius Yayınları*, 1-41, İstanbul, 2015.
39. Haspolat, Y. K., Aktar, F., Yolbaş, İ., “Adölesanda Beslenme”, *Cinius Yayınları*, 95-123, İstanbul, 2016.
40. Marcdante, K. J., Kliegman, R. M., “Adölesan Dönemi”, *Güneş Tıp Kitabevi*, 1-400, 1995.
41. İnternet: Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/n-fus-verileri>.
42. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu, “Toplumsal Yapı Ve Cinsiyet İstatistikleri” http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068.
43. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu, “Ölüm Nedeni İstatistikleri” http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.
44. Grant, C. A., Newell, N., Izatt, M. T., Keenan, B. E., Askin, G. N., Labrom, R. D., Percy, M. J. A., “Comparison of vertebral venous networks in adolescent idiopathic scoliosis patients and healthy controls”, *Surg. Radiol. Anat.*, 39 (3), 281-291, 2017.
45. Nguyen, C. M., Beroukhim, K., Danesh, M. J., Babikian, A., Koo, J., Leon, A., “The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review”, *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.*, 20 (9), 383-392, 2016.
46. Herpertz-Dahlmann, B., “Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry”, *Curr. Opin. Psychiatry.*, 30 (6), 438-445, 2017.
47. Sethi, V., Sternin, M., Sharma, D., Bhanot, A., Mebrahtu, S., “Applying Positive deviance for improving compliance to adolescent anemia control program in tribal communities of India”, *Food Nutr. Bull.*, 38 (3), 447-452, 2017.
48. Karadağ, M., “Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2)”, *T. Klin. Akciğer Arşivi*, 7 (8), 88-91, 2007.
49. Gohil A, Hannon T. S., “Poor Sleep and Obesity: Concurrent Epidemics in Adolescent Youth”, *Front Endocrinol (Lausanne)*, 10 (9), 364, 2018.

50. Kotronoulas, G., Stamatakis, A., Stylianopoulou, F., “Hormones, hormonal agents, and neuropeptides involved in the neuroendocrine regulation of sleep in humans”, *Hormones (Athens)*, 8 (4), 232-248, 2009.
51. Buysse, D. J., “Sleep health: can we define it? Does it matter?”, *Sleep*, 1, 37 (1), 9-17, 2014.
52. İnternet: National Institute of Mental Health. Arousal and Regulatory Systems: Workshop Proceedings, <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/arousal-and-regulatory-systems-workshop-proceedings.shtml>.
53. Engin, E., “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 1999.
54. Köktürk, O., “Uyku Kayıtlarının Skorlanması”, *Solunum*, 15 (2), 14-29, 2013.
55. Bülbül, S., Kurt, G., Ünlü, E., Kırılı, E., “Adolesanlarda Uyku Sorunları ve Etkileyen Faktörler”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53, 204-210, 2010.
56. Watson, C. J., Soto-Calderon, H., Lydic, R., Baghdoyan, H. A., “Pontine reticular formation (PnO) administration of hypocretin-1 increases PnO GABA levels and wakefulness”, *Sleep*, 31 (4), 453-464, 2008.
57. Anders, T. F., Eiben, L. A., “Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years”, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36 (1), 9-20, 1997.
58. Van, Cauter, E., Leproult, R., Plat, L., “Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men”, *JAMA*, 16, 284 (7), 861-868, 2000.
59. Gozal, D., “Sleep-disordered breathing and school performance in children”, *Pediatrics*, 102 (3-1), 616-620, 1998.
60. Aishworiya, R., Chan, P., Kiing, J., Chong, S. C., Laino, A. G., Tay, S. K., “Sleep behaviour in a sample of preschool children in Singapore”, *Ann. Acad. Med. Singapore*, 41 (3), 99-104, 2012.

61. Peirano, P. D., Algarín, C. R., Chamorro, R., Reyes, S., Garrido, M. I., Duran, S., Lozoff, B., "Sleep and neurofunctions throughout child development: lasting effects of early iron deficiency", *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 48 (1), 8-15, 2009.
62. O'Brien, L. M., "The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents", *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 18 (4), 813-823, 2009.
63. Rechtschaffen, A., Siegel, J., "Principles of Neural Science 4th ed.", Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., *McGraw-Hill*, s. 792-802, New York, 2000.
64. Moore, M., Allison, D., Rosen, C. L., "A review of pediatric nonrespiratory sleep disorders", *Chest*, 130 (4), 1252-1262, 2006.
65. McLaughlin, Crabtree, V., Williams, N. A., "Normal sleep in children and adolescents", *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 18 (4), 799-811, 2009.
66. Archbold, K. H., Pituch, K. J., Panahi, P., Chervin, R. D., "Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics.", *J. Pediatr.*, 140 (1), 97-102, 2002.
67. Ward, T., Mason, T. B. 2nd., "Sleep disorders in children", *Nurs. Clin. North. Am.*, 37 (4), 693-706, 2002.
68. Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., Neto, A. S., "Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire-validation and cross-cultural comparison", *J. Pediatr. (Rio J)*, 90 (1), 78-84, 2014.
69. Gulewitsch, M. D., Rosenkranz, T., Barkmann, C., Schlarb, A. A., "Measuring Somatic Complaints in Primary School Children: Validation and Revision of the German Children's Somatization Inventory (CSI) and its Parental Version", *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 46 (5), 786-799, 2015.
70. Koulouglioti, C., Cole, R., Kitzman, H., "Inadequate Sleep and Unintentional Injuries in Young Children", *Public Health Nursing*, 25 (2), 106-114, 2008.
71. Van, Cauter, E., Knutson, K. L., "Sleep and the epidemic of obesity in children and adults", *Eur. J. Endocrinol.*, 159 (1), 59-66, 2008.

72. Meltzer, L. J., Moore, M., "Sleep disruptions in parents of children and adolescents with chronic illnesses: prevalence, causes, and consequences", *J. Pediatr. Psychol.* 33 (3), 279-291, 2008.
73. Brooks, L. J., Topol, H. I., "Enuresis in children with sleep apnea", *J. Pediatr.* 142 (5), 515-518, 2003.
74. Beebe, D. W., Fallone, G., Godiwala, N., Flanigan, M., Martin, D., Schaffner, L., Amin, R., "Feasibility and behavioral effects of an at-home multi-night sleep restriction protocol for adolescents", *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 49 (9), 915-923, 2008.
75. Efe, E., Sarvan, S., Kukulcu, K., "Sleep practices and environment and the risk of sudden infant death syndrome in Turkey", *J. Spec. Pediatr. Nurs.* 12 (4), 253-263, 2007.
76. Garrison, M. M., Liekweg, K., Christakis, D. A., "Media use and child sleep: the impact of content, timing, and environment", *Pediatrics.*, 128 (1), 29-35. 2011.
77. Mindell, J. A., Owens, J. A., Carskadon, M. A., "Developmental features of sleep", *Child. Adolesc. Psychiat. Clin. N. Am.* 108, 695-725, 1999.
78. Giannotti, F., Cortesi, F., "Family and cultural influences on sleep development", *Child. Adolesc. Psychiat. Clin. N. Am.*, 18, 849-861, 2009.
79. Chen, X., Beydoun, M. A., Wang, Y., "Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis", *Obesity (Silver Spring)*, 16, 265-274, 2008.
80. Dağ, B., Kutlu, F. Y., "The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents". *Turk J. Med. Sci.*, 12, 47 (3), 721-727, 2017.
81. Gelaye, B., Kajeepeta, S., Zhong, Q. Y., Borba, C. P., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Henderson, D. C., Williams, M. A., "Childhood abuse is associated with stress-related sleep disturbance and poor sleep quality in pregnancy", *Sleep Med.*, 16 (10), 1274-1280, 2015.
82. Peltzer, K., Pengpid, S., "Nocturnal sleep problems among university students from 26 countries". *Sleep Breath.*, 19 (2), 499-508, 2015.

83. Zhou, Y., Guo, L., Lu, C. Y., Deng, J. X., He, Y., Huang, J. H., Huang, G. L., Deng, X. Q., Gao, X., “Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China”, *PLoS One*, 26, 10 (3), 2015.
84. Noland, H., Price, J. H., Dake, J., Telliannah, S. K., “Adolescents’ sleep behaviors and perceptions of sleep”, *Journal of School Health*, 79, 224-230, 2009.
85. Carpenito-Moyet, L. J., “Hemşirelik Tanıları El Kitabı 1. Baskı”, Çev. Erdemir F, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 400-404, 2005.
86. Dayapoğlu, N., “Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis”, *J. Altern. Complement. Med.*, 18 (10), 983-987, 2012.
87. Yung, P., Fung, M. Y., Chan, T. M. F., Lau, B. W. K., “Relaxation training methods for nurse managers in hong kong: a controlled study”, *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 13, 255-261, 2004.
88. Demiralp, M., Oflaz, F., Kömürçü, Ş., “Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy”, *J. Clin. Nurs.*, 19, 1073-1083, 2009.
89. İnternet: Resmi Gazete, “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011” <http://hastane.dicle.edu.tr/bashemsirelik/dokumanlar/hemsire>.
90. İnternet: Kırşehir Milli Eğitim Müdürlüğü Strateji Geliştirme Bölümü, <http://kirsehir.meb.gov.tr/arge/>
91. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu, “Genel Nüfus Sayımları 2016”. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047.
92. İnternet: T.C Kırşehir Valiliği, “Kırşehir Nüfus Yoğunlukları 2016” <http://www.kirsehir.gov.tr/nufus>.
93. Esin, N., “Örnekleme”, Hemşirelikte Araştırma, Edt: Semra Erdoğan, *Nobel Tıp Kitapevi*, 167-192, İstanbul, 2014.
94. Öge B., “Adölesanlarda vücut ağırlığının uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2011.

95. Ağargün, M. Y., Kara, H., Anlar, Ö., “Pittsburgh uyku kalitesi indeksi’nin geçerlik ve güvenilirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 2, 107-111, 1996.
96. Neyzi, O., Günöz, H., Bundak, R., “Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 1 (51), 1-14, 2008.
97. Koç, E. T., “Ortaokul öğrencilerinde obezite prevalansı ve obeziteyi etkileyen risk faktörleri”, *Nevşehir Hacıbektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Nevşehir, 2016.
98. Kaynak D. “Adölesanlarda Uyku ve Bozuklukları”, Ed: Ercan O, Alikışıfoğlu M, Ercan G. *Adölesan Sağlığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kaya Basım*, s. 135-146, 2005.
99. Özcan N., “Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı”, Ed: Ay F., Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar, *İstanbul Medikal Yayıncılık*, s. 407-421, 2007.
100. Merdad, R. A, Akil, H, Wali, S. O., “Sleepiness in adolescents”, *Sleep Med Clin.*, 12 (3), 415-428, 2017.
101. Gomes, G. C, Passos, M. H. P. D., Silva, H. A., Oliveira, V. M. A., Novaes, W. A., Pitangui, A. C. R., Araújo, R. C., “Sleep quality and its association with psychological symptoms in adolescent athletes”, *Rev Paul Pediatr.*, 35 (3), 316-321, 2017.
102. Quon, E. C., Ellis, A. T., Coulombe, A., “Sleep-Related Issues in Children and Adolescents Presenting at Community Mental Health Clinics”, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27 (3), 175-181, 2018.
103. Ehlers, C. L., Wills, D., Gilder, D. A., “A history of binge drinking during adolescence is associated with poorer sleep quality in young adult Mexican Americans and American Indians”, *Psychopharmacology (Berl)*, 235 (6), 1775-1782, 2018.
104. Deniz, M. Ş., “Uyku süresi ile enerji harcaması ve besin alımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi”, *Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2014.

105. Quyang, F., Lu, B. S., Wang, B., Yang, J., Li, Z., Wang, L., Tang, G., Xing, H., Xu, X., Chervin, R. D., Zee, P. C., Wang, X., “Sleep patterns among rural Chinese twin adolescents”, *Sleep Med.* 10 (4), 479-489, 2009.
106. Gradisar, M., Gardner, G., Dohnt, H., “Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep”, *Sleep Med.*, 12 (2), 110-118, 2011.
107. Dregan, A., Armstrong, D., “Adolescence sleep disturbances as predictors of adulthood sleep disturbances--a cohort study”, *J Adolesc Health.*, 46 (5), 482-487, 2010
108. Patel, N. J., Savin, K. L., Kahanda, S. N., Malow, B. A., Williams, L. A., Lochbihler, G., Jaser, S. S., “Sleep habits in adolescents with type 1 diabetes: Variability in sleep duration linked with glycemic control”, *Pediatr Diabetes*, 30, doi: 10.1111/pedi.12689, 2018.
109. Baert, S., Omev, E., Verhaest, D., Vermeir, A., “Mister Sandman, bring me good marks! On the relationship between sleep quality and academic achievement”, *Soc Sci Med.*, 130, 91-98, 2015.
110. Stefan, L., Sporis, G., Krističević, T., Knjaz, D., “Associations between sleep quality and its domains and insufficient physical activity in a large sample of Croatian young adults: a cross-sectional study”, *BMJ Open*, 13, 8 (7), 2018.
111. Vardar, S. A., Öztürk, L., Vardar, E., Kurt, C., “Ergen sporcu kızlarda egzersiz yoğunluğu ve öznel uyku kalitesi ilişkisi”, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 6, 154-162, 2005.
112. Bellini, M., Gemignani, A., Gambaccini, D., Toti, S., Menicucci, D., Stasi, C., Costa, F., Mumolo, M. G., Ricchiuti, A., Bedini, R., de, Bortoli, N., Marchi, S., “Evaluation of latent links between irritable bowel syndrome and sleep quality”, *World J Gastroenterol.*, 14, 17 (46), 2011.
113. Benhayon, D., Youk, A., McCarthy, F. N., Davis, S., Keljo, D. J., Bousvaros, A., Fairclough, D., Kupfer, D., Buysse, D. J., Szigethy, E. M., “Characterization of relations among sleep, inflammation, and psychiatric dysfunction in depressed youth with Crohn disease”, *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 57 (3), 335-342, 2013.

- 114.Semiz, M., Uslu, A., Korkmaz, S., Demir, S., Parlak, İ., Sencan, M., Aydın, B., Uncu, T., “Assessment of subjective sleep quality in iron deficiency anaemia”, *African Health Sciences*, 15 (2), 2015.
- 115.Liu, Y., Liu, G., Li, L., Yang, J., Ma, S., “Evaluation of Cardiovascular Risk Factors and Restless Legs Syndrome in Women and Men: A Preliminary Population-Based Study in China”, *J Clin Sleep Med.*, 15, 14 (3), 2018.
- 116.Wali, S. O., AlQassas, I., Merdad, R., Alsaggaf, R., Al-Sayes, F., “Restless legs syndrome and sleep quality among adult sickle cell disease patients”, *Sleep Breath.*, 22 (2), 495-501, 2018.
- 117.Liu, X., Chen, H., Liu, Z. Z., Fan, F., Jia, C. X., “Early Menarche and Menstrual Problems Are Associated with Sleep Disturbance in a Large Sample of Chinese Adolescent Girls”, *Sleep*, 1, 40 (9), 2017.
- 118.Brand, S., Kirov, R., “Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions”, *Int J Gen Med.*, 4, 425-442, 2011.
- 119.Zhang, J., Wang, C., Gong, W., Peng, H., Tang, Y., Li, C. C., Zhao, W., Ye, Z., Lou, T., “Association between sleep quality and cardiovascular damage in pre-dialysis patients with chronic kidney disease”, *BMC Nephrol.*, 12, 15, 131, 2014.
- 120.Zeller, M. H., Inge, T. H., Modi, A. C., Jenkins, T. M., Michalsky, M. P., Helmrath, M., Courcoulas, A., Harmon, C. M., Rofey, D., Baughcum, A., Austin, H., Price, K., Xanthakos, S. A., Brandt, M. L., Horlick, M., Buncher, R., “Teen Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (Teen-LABS) Consortium. Severe obesity and comorbid condition impact on the weight-related quality of life of the adolescent patient”, *J Pediatr.*, 166 (3), 651-659, 2015.
- 121.Uyan, Z. S., Turan, I., Ay, P., Cakir, E., Ozturk, E., Gedik, A. H., Gokdemir, Y., Erdem, E., Şen, V., Karadag, B., Karakoc, F., Ersu, R., “Sleep disordered breathing and sleep quality in children with bronchiolitis obliterans”, *Pediatr Pulmonol.*, 51 (3), 308-315, 2016.
- 122.Gunn, H. E., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Kline, C.E., Cribbet, M. R., Troxel, W. M., “Sleep-Wake Concordance in Couples Is Inversely Associated With Cardiovascular Disease Risk Markers”, *Sleep*, 1, 40 (1), 2017.

123. Kim, S. K., Kim, J. H., Jeon, S. S., Hong, S. M., "Relationship between sleep quality and dizziness", *PLoS One*, 7, 13 (3), 2018.
124. Patel, A., Hasak, S., Cassell, B., Ciorba, M. A., Vivio, E. E., Kumar, M., Gyawali, C. P., Sayuk, G. S., "Effects of disturbed sleep on gastrointestinal and somatic pain symptoms in irritable bowel syndrome", *Aliment Pharmacol Ther.*, 44 (3), 246-258, 2016.
125. Aşçı, Ö., Gökdemir, F., Kahyaoğlu, Süt, H., Payam, F., "The Relationship of Premenstrual Syndrome Symptoms with Menstrual Attitude and Sleep Quality in Turkish Nursing Student", *J Caring Sci.*, 1, 4 (3), 179-187, 2015.
126. Silva, M. R., Paiva, T., "Risk factors for precompetitive sleep behavior in elite female athletes", *J Sports Med Phys Fitness.*, 2018.
127. Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Najman, J. M., "Childhood maltreatment and adulthood poor sleep quality: a longitudinal study", *Intern Med J.*, 47 (8), 879-888, 2017.
128. Matthews, T., Danese, A., Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Arseneault, L., "Sleeping with one eye open: loneliness and sleep quality in young adults", *Psychol Med.*, 47 (12), 2177-2186, 2017.
129. Romanzini, L. P., Dos, Santos, A. Á., Nunes, M. L., "Characteristics of sleep in socially vulnerable adolescents", *Eur J Paediatr Neurol.* 21 (4), 627-634, 2017.
130. Garmy, P., Nyberg, P., Jakobsson, U., "Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children", *J Sch Nurs.* 28 (6), 469-476, 2012.
131. Chaput, J. P., Dutil, C., "Lack of sleep as a contributor to obesity in adolescents: impacts on eating and activity behaviors", *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 26, 13 (1), 103, 2016.
132. Yahia, N., Brown, C., Potter, S., Szymanski, H., Smith, K., Pringle, L., Herman, C., Uribe, M., Fu, Z., Chung, M., Geliebter, A., "Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students", *Eat Weight Disord.*, 22 (3), 421-433, 2017.
133. Nolan, L. J., Geliebter, A., "Food addiction" is associated with night eating severity", *Appetite*, 1, 98, 89-94, 2016.

- 134.Karatay G., Gürarlan, Baş, N., Aldemir, H., Akay, M., Bayır, M., Onaylı, E. “Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uyku Alışkanları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, *HSP*, 3 (1), 16-22, 2016.
- 135.Yavuz, Sarı, Ö., Üner S., Büyükakkuş B., Bostancı E. Ö., Çeliksöz A. H., Budak M., “Bir üniversitenin yurttan kalan öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen bazı faktörler”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14 (2), 2015.
- 136.Çetin, E., “İlköğretim öğrencilerinin uyku alışkanlıkları ile duygu-davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2009.
- 137.Galland, B. C., Gray, A. R., Penno, J., Smith, C., Lobb, C., Taylor, R. W., “Gender differences in sleep hygiene practices and sleep quality in New Zealand adolescents aged 15 to 17 years”, *Sleep Health*, 3 (2), 77-83, 2017.
- 138.Lillehei, A. S., Halcón, L. L., Savik, K., Reis, R., “Effect of Inhaled Lavender and Sleep Hygiene on Self-Reported Sleep Issues: A Randomized Controlled Trial”, *J Altern Complement Med.*, 21 (7), 430-438, 2015.
- 139.Owens, J., Maxim, R., McGuinn, M., Nobile, C., Msall, M., Alario, A., “Television-viewing habits and sleep disturbance in school children”, *Pediatrics*, 104 (3), 27, 1999.
- 140.Alexandru, G., Michikazu, S., Shimako, H., Xiaoli, C., Hitomi, K., Takashi, Y., Robert, W. W., “Sadanobu K. Epidemiological aspects of self-reported sleep onset latency in Japanese junior high school children”, *J Sleep Res.*, 15 (3), 266-275, 2006.
- 141.Özhüner, Y., “Gebelikte uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir, 2017.
- 142.Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., Günay, İsmailoğlu, E., “Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7 (3), 2014.

- 143.Mayda, A. S., Kasap, H., Yıldırım, C., Yılmaz, M., Derdiyok, Ç., Ertan, D., Erten, R., Gül, A. H., Gül, G., Kara, M., Karakay, H., Kasırga, F., “4-5-6. Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu Sıklığı”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (2), 2012.
- 144.Pazar, B., İyigün, E., Şahin, İ., “Yanık hastasında subakut ve kronik dönemde uyku kalitesinin belirlenmesi”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 22 (5), 2016.
- 145.Hinz, A., Glaesmer, H., Brähler, E., Löffler, M., Engel, C., Enzenbach, C., Hegerl, U., Sander, C., “Sleep quality in the general population: psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index, derived from a German community sample of 9284 people”, *Sleep Med.*, 30, 57-63, 2017.



EKLER

Öğrenci Kişisel Veri Toplama Formu

Sayın Öğrenci,

Bu araştırma lise öğrencilerinin uyku kalitelerini ve uyku kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM FORMU

Okul Adı:	Sınıf:
Ölçümün yapıldığı Tarih:	
Boy:.....cm	Kilo:.....gr
BKİ.....kg/m ³	

1. Sınıfınız:

2. Cinsiyetiniz nedir? 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Kaç yaşındasınız?

4. Anneniz hayatta mı? 1. () Evet 2. () Hayır

5. Annenizin yaşı:

6. Anneniz çalışıyor mu? 1. () Evet ise belirtiniz 2. () Hayır

7. Annenizin eğitim durumu?

1. () Okur yazar değil 2. () Okur yazar 3. () İlköğretim mezunu 4. () Ortaöğretim mezunu

5. () Lise mezunu 6. () Üniversite 7. () Lisansüstü

8. Babanız hayatta mı? 1. () Evet 2. () Hayır

9. Babanızın yaşı:

10. Babanız çalışıyor mu? 1. () Evet 2. () Hayır

11. Babanızın eğitim durumu?

1. () Okur yazar değil 2. () Okur yazar 3. () İlköğretim mezunu 4. () Ortaöğretim mezunu

5. () Lise mezunu 6. () Üniversite 7. () Lisansüstü

12. Kaç kardeşiniz? 1. () Bir 2. () İki 3. () Üç 4. () Dörtten fazla

13. Aile tipiniz? 1. () Çekirdek Aile 2. () Geniş Aile 3. () Anne ve baba ayrı

14. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. () Gelir giderden az 2. () Gelir gidere eşit 3. () Gelir giderden fazla

15. Okuldan sonra herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. () Evetise belirtiniz.....saat/gün 2. () Hayır

16. Okula gitmek için sabah kaçta uyanıyorsunuz?

1. () 6:00- 6:30 2. () 7:00-7:30 3. () 8:00-8:30 4. () Daha Geç

17. Okul olmadığı zamanlarda sabah kaçta uyanıyorsunuz?

1. () 6:00- 6:30 2. () 7:00-7:30 3. () 8:00-8:30 4. () Daha Geç

18. Uyumadan önce aşağıdakilerden hangisini her zaman yaparsınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

1. () Kitap okumak 2. () Müzik dinlemek 3. () TV izlemek 4. () Diş fırçalamak 5. () Spor Yapmak

6. () Hiçbiri

19. Uyanınca kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 1. () Dinlenmiş/Enerjik 2. () Yorgun



20. Çay, kahve vb. ya da kafeinli içecek alışkanlığınız?

1. () Günde 3 defa 2. () Günde 3'ten fazla 3. () Günde 3'ten az 4. () Diğer.....(belirtiniz)

21. Aşağıdaki besinlerden en çok hangisini tüketiyorsunuz?

1. () Sebze 2. () Et 3. () Hamur işi

22. Genelde gün içerisinde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

1. () Çok enerjik 2. () Enerjik 3. () Normal 4. () Yorgun 5. () Çok yorgun

23. Evde size ait bir odanız var mı?

1. () Evet

2. () Hayır ise 25. Soruya geçiniz

24. Odanızda kendiniz mi yaşıyorsunuz yoksa biriyle mi paylaşıyorsunuz? Belirtiniz.

1. () Kendim

2. () Kardeşimle

3. () Diğer

25. Aile içerisinde sözel şiddet (bağırma, hakaret) görüyor musunuz?

1. () Evet

2. () Hayır.....ise 27.soruya geçiniz.

26. Yanıtınız evet ise kim/kimlerden sözel şiddet görüyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1. () Anne

2. () Baba

3. () Ağabey/Abla

4. () Diğer.....

27. Arkadaşlarınızdan fiziksel şiddet (dayak, tartaklama, itirme) görüyor musunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

28. Arkadaşlarınızdan sözel şiddet (bağırma, hakaret) görüyor musunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

29. Okul başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. () İyi

2. () Orta

3. () Kötü

Aşağıdaki soruları uygun biçimde yanıtlayınız

		EVET	HAYIR
30	Uyku sorunuz olduğuna düşünüyor musunuz?		
31	Uyku ilacı kullanıyor musunuz?		
32	Uyku sorunu için ya da başka bir nedenle herhangi bir keyif verici madde kullanıyor musunuz?		
33	Uyuduğunuz odada elektronik eşyalar (Telefon, TV, Bilgisayar, vb.) bulunuyor mu?		
34	Uyuduğunuz odada havalandırma bulunuyor mu?		
35	Uyuduğunuz oda karanlık mı?		
36	Uyurken horladığınız oluyor mu?		
37	Uyumadan önce bir şeyler yiyip içiyor musunuz?		
38	Kronik bir hastalığınız var mı? Evet ise belirtiniz.		
39	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet ise belirtiniz		
40	Her gün aynı saatte mi yatiyorsunuz?		
41	Yatağa girince hemen uyuyor musunuz?		
42	Gece sık uyanıyor musunuz?		
43	Her gün aynı saatte mi uyanıyorsunuz?		
44	Ders dinlerken uykunuz geliyor mu?		



		EVET	HAYIR
45	Ders çalışırken uykunuz geliyor mu?		
46	Gün içerisinde uyku isteğiniz oluyor mu?		
47	Şu anda ya da daha önceden geçirilmiş psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?		
48	Şu anda ya da daha önceden geçirilmiş bedensel bir rahatsızlığınız var mı?		
49	İnternet kullanıyor musunuz? Evet ise günde kaç saat?.....belirtiniz.		
50	Spor/ egzersiz yapıyor musunuz?		
51	Aile veya akrabalarda uyku bozukluğu var mı?		
52	Şu anda akut enfeksiyonunuz var mı?		
53	GİS (mide, bağırsak) probleminiz var mı?		
54	Kansızlık probleminiz var mı?		
55	Sadece bayan öğrenciler cevaplasın Menstrüasyon (adet) düzensizliğiniz var mı?		



EK-2

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Sayın öğrenci, aşağıdaki sorular yalnızca son bir ay içerisindeki uyku alışkanlığınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ayki gündüz ve gecelerin çoğuna uyan en doğru cevabı göstermelidir.

Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz ve tüm soruları cevaplamanız oldukça önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

1- Geceleri genellikle ne zaman yattınız? Son ... gün/ hafta, saat

2- Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı? Son ... gün/ hafta,dakika

3- Sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Son ... gün/ hafta, saat

4- Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)Son... gün/hafta,...saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5- Aşağıdaki durumları belirten uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız

a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

c) Banyo yapmak için kalkmak zorunda kaldınız

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

e) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

f) Aşırı derecede üşüdünüz

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla



g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

h) Kötü rüya gördünüz

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

i) Ağrı duydunuz

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

j) Diğer neden(ler); Lütfen belirtiniz

Bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

6- Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

7- Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

8- Yemek yerken veya bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

9- Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı 2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10- Bir oda arkadaşınız var mı?

1. Bir oda arkadaşı yok 2. Bir oda arkadaşı var
3. Oda arkadaşı (kardeş) aynı odada fakat aynı yatakta değil 4. Oda arkadaşı (kardeş) aynı yatakta



11- Bir oda arkadaşı varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun?

a) Gürültülü horlama

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

b) Uykuda iken nefes alıp verme esnasında uzun aralıklar

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

d) Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; Lütfen

belirtiniz.....

1) Hiç 2) ...günde/ haftada bir 3). ...günde/ haftada bir veya iki 4)...günde/ haftada üç kez veya daha fazla





Myagargun - <myagargun@kure.com.tr>

Cum 11.08.2017, 22:56

Siz ∨

Pınar hanım,
Tez çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Selamlar





T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Karar Tarihi: 27.10.2017

Karar No : 2017.10.02

Proje yürütücülüğünü Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Yrd. Doç. Dr. Zehra (IŞIK) ÇALIŞKAN'ın üstlendiği "Lise Öğrencilerinin Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

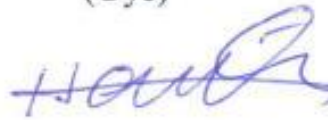

 Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK
 Başkan

Prof. Dr. Fatma KARİPCİN
 (Üye)
 (İzinli)


Prof. Dr. Ertan ÖZENSEL
 (Üye)
 (İzinli)


 Prof. Dr. Zülfikar DURMUŞ
 (Üye)


 Prof. Dr. Davut KILIÇ
 (Üye)


 Prof. Dr. Hanife ÖZBAY
 (Üye)

Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ
 (Üye)
 (İzinli)


 Prof. Dr. Emir ERDEN
 (Üye)



T.C.
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 24512418-605.01-E.17816409

27/10/2017

Konu: Pınar TEKCAN'ın
Araştırma izni

VALİLİK MAKAMINA

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 02.10.2017 tarih ve 5152 sayılı yazıları ile; Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Pınar TEKCAN'ın "Lise Öğrencilerinin Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu anket uygulaması yapma isteği bildirilmektedir.

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Pınar TEKCAN'ın söz konusu araştırmasını ilimiz merkezindeki ortaöğretim öğrencilerine, Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 22.08.2017 tarih 12607291 sayılı (2017/25 nolu genelge) emirleri doğrultusunda, araştırmacının ve okul yönetiminin sorumluluğunda, gönüllülük esasına göre mühürlü anketlerin uygulaması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Şevket KARADENİZ
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
27/10/2017

Adnan KAYIK
Vali a.
Vali Yardımcısı

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LİSE ÖĞRENCİLERİNİN UYKU KALİTESİ VE UYKU KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Sayın Veli,

Genel sağlıktaki bir aksama ilk olarak kendini uykuda ortaya koyduğu gibi uyku düzenindeki en küçük bir aksama da genel sağlık ve günlük hayat üzerinde kesin ve doğrudan etkilere yol açmaktadır. İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel koşullar ve bireysel özelliklere göre farklılıklar gösterir. Uyku problemlerinin en sık görüldüğü yaş gruplarından olan adölesanların, %40'ından fazlası, uyuma güçlüğü sorunu yaşamaktadır. Ayrıca okul başarısızlığı, öğrenme ile ilgili problemler, kazalar sebebiyle ölüm ya da yaralanma, uyku kalitesi bozuk olan ya da uyku bozukluğu sorunu yaşayan adölesanlarda (ergenlerde) sık görülen sorunlar olarak karşılaşılmaktadır.

Lise Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi amacı ile planlanmış olan bu araştırmada çocuklarınızın hazırlanan anket ve uyku kalitesinin ölçümü için evrensel bir ölçek olan PUKİ uyku kalitesi ölçeğini cevaplamasına izin vererek araştırmamıza katılırsanız çok memnun olurum. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. İsminiz saklı tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak araştırma raporlarında kimliğinize ilişkin bir bilgi yer almayacaktır. Çalışmada yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Teşekkür ederim.

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Gönüllü olarak, kendi rızamla hiçbir baskı olmaksızın çalışmaya katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Veli Adı Soyadı:

Adresi:

İmzası:

Telefon:

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı:

İmzası



Vücut kitle indeksi persentil değerleri (kg/m²)

Erkek							Kız							
5	15	25	50	75	85	95	Yaş	5	15	25	50	75	85	95
11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1	Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8
14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7	3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9
15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3	6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7
15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4	9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8
14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0	12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4
14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7	15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1
14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3	18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8
14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0	2yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5
14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8	2.5yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3
13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7	3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9
13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5	3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0
13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4	4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1
13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2
13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3	5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4	5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1
13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1	7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7
13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9	8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4
14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5
14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5	10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6
14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5	11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8
15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0	12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8
15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5	13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4
16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0	14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8
17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6	15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0
18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2	16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1
18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8	17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2
19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4	18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1

ÖZGEÇMİŞ

Pınar TEKCAN 1981 yılında Malatya’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Malatya’da tamamladı. 1999’da kazandığı Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden 2003 yılında mezun oldu. 2003-2004 yıllarında Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi’nde çalışmaya başladı. 2004-2005 yıllarında Şırnak, Dr. Selahattin Cizrelioğlu, Cizre Devlet Hastanesinde, 2005-2009 yıllarında Malatya Arguvan Merkez Sağlık Ocağında, 2009-2015 yıllarında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 2015 yılından günümüze değin Kırşehir Ahi Evran Üniversitesinde hemşire olarak çalıştı. 2016 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Programından mezun oldu. 2015 yılında başladığı Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisansını, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında “Lise Öğrencilerinin Uyku Kalitesi ve Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” isimli teziyle 2018 yılında tamamlamıştır. Evli olup 3 çocuk annesidir.

Adres: Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Genel Sekreterliği 40100-Kırşehir

Telefon: 0505 388 3710

E-posta : pinartekcann@hotmail.com