



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÖĞRENCİLERİNDE UYKU KALİTESİNİN ÖFKE VE ÖFKE  
İFADE TARZI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. ZENNUR BEKLEYİCİ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2022





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAMSUN ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKU KALİTESİNİN ÖFKE  
VE ÖFKE İFADE TARZI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. ZENNUR BEKLEYİCİ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. BEKTAŞ MURAT YALÇIN

SAMSUN-2022

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın gerçekleşmesinde destek olan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN' a,

Asistanlığım sũresince desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bilgi ve tecrũbelerinden yararlandığım, vaktini ve yardımını hiç esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Yasin SELÇUK, Doç. Dr. Mustafa Kürşat şAHİN, Dr. Öğretim Üyesi Mustafa ÜNAL' a,

Asistanlık eğitimim sũrecinde bana destek olan ve bu sũreci keyifli geçirmemi sağlayan tũm asistan arkadaşlarıma,

Yaşamı boyunca bana destek veren ve yanımda olan sevgili annem Behiye BEKLEYİCİ' ye

Hayatımın her dũneminde olduğu gibi, tez çalışmamı hazırlarken de bana yardımcı olan hayat arkadaşım sevgili eşim şilan BEKLEYİCİ ve oğlum Muhammed Yiğit BEKLEYİCİ' ye sonsuz teőekkũrlerimi sunarım.

## **BEYAN**

“Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesinin Öfke Ve Öfke İfade Tarzı İle İlişkisi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesinin öfke ve öfke ifade tarzı ile ilişkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız kesitsel, açık kontrolsüz tipte bir anket çalışmasıdır. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp fakültesi bir, iki ve üçüncü sınıf öğrencilerinde sözlü anamları alındıktan sonra yüz yüze görüşülerek veri toplama formu kendilerine uygulanmıştır. Çalışmaya 485 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin 256'sı kadın, 229'u erkek bireylerden oluşmakta. Verilerin toplanmasında; sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden oluşan bir form kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 25) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** PUKİ total puan ortalamaları  $6,42 \pm 2,77$  bulunmuş ve %59,5'inde uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin sürekli öfke ortalama puanı  $19,6 \pm 5,48$ , öfke içe ortalama puanı  $17,48 \pm 4,27$ , öfke dışı puanı  $15,13 \pm 3,62$ , öfke kontrol puan ortalaması ise  $21,8 \pm 4,49$  olarak bulundu. PUKİ total puan ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanı arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulundu. PUKİ ve öfke kontrolü arasında ise negatif ve anlamlı ilişki bulundu. Sürekli öfke puanı ile öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrolü arasında anlamlı ilişki bulundu. PUKİ ile yaş arasında anlamlı ilişki bulundu. Öfke içe ve öfke dışı puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Tıp fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi düşük olup sürekli öfke düzeyi, öfke içe durumu ve öfke dışı vurumunda artışa neden olduğu ayrıca öfke kontrolünü de azalttığı tespit edilmiştir. Sürekli öfke durumunun öfkeyi hem içe atmayı hem de dışı vurmaya artırdığının ve öfke kontrolünü zorlaştırdığını tespit ettik. Bu konuda öğrencilere hem uyku hem de öfke yönetimi konusunda eğitimler verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıp Fakültesi Öğrencisi, Öfke İfade Tarzı, Sürekli Öfke, PUKİ Uyku Kalitesi, Uyku

## **ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study is to evaluate the relationship between sleep quality and anger and anger expression style in Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine students.

**Materials and Methods:** Our study is a cross-sectional, open uncontrolled type survey study. After their verbal consent was obtained, the data collection form was applied to the first, second and third year students of Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine by interviewing them face to face. 485 students participated in the study. 256 of the students are female and 229 are male. In the collection of data; A form consisting of sociodemographic data form, Pittsburgh Sleep Quality Index, Trait Anger and Anger Expression Style Scale was used. SPSS (IBM SPSS Statistics 25) package program was used in the analysis of the data. Statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$  for all tests.

**Results:** The mean PUKI total score was found to be  $6.42 \pm 2.77$ , and sleep quality was found to be poor in 59.5% of them. The students' trait anger mean score was  $19.6 \pm 5.48$ , anger-in mean  $17.48 \pm 4.27$ , anger-out score  $15.13 \pm 3.62$ , and anger control mean  $21.8 \pm 4.49$ . A positive and significant relationship was found between total PUKI score and trait anger, anger-in, anger-out scores. A negative and significant relationship was found between PUKI and anger control. A significant relationship was found between trait anger score and anger in, anger out and anger control. A significant correlation was found between PUKI and age. A significant relationship was found between anger in and anger out scores and gender.

**Conclusion:** It has been determined that the sleep quality of medical school students is low and it causes an increase in trait anger level, anger-in and anger-out, and also decreases anger control. We found that trait anger increased both anger in and out and made it difficult to control anger. In this regard, it is thought that training should be given to students on both sleep and anger management.

**Keywords:** Medical Faculty Student, Anger Expression Style, Trait Anger, PUKI Sleep Quality, Sleep

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Uyku .....	3
2.1.2. Uykunun Fizyolojisi .....	3
2.1.4. Sirkadiyen Ritim .....	7
2.1.5. Uykunun Gereksinimi.....	8
2.1.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler .....	8
3.1. Öfke .....	12
3.2.1. Öfkenin Tanımı.....	12
3.2.2. Öfkeyle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	13
3.2.3. Öfkenin Türleri .....	15
3.2.4. Öfkenin Nedenleri .....	16
3.2.5.Öfke İfade Tarzları: .....	17
3.2.6. Öfkenin Belirtileri ve Boyutları .....	18
3.2.7. Öfkenin İşlevi .....	19
3.2.8. Öfkeye Etki Eden Faktörler .....	20
3.2.9. Öfkenin Kontrolü.....	20
3.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler .....	23
3.5. Veri Toplama Araçları .....	23
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>28</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>43</b>



<b>6.SONUÇ</b> .....	<b>49</b>
<b>7.ÖNERİLER</b> .....	<b>50</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**EEG** : Elektroensefalografi

**EMG** : Elektromiyografi

**EOG** : Elektrookülografi

**NonREM** : Non Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Evre)

**REM** : Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Evre)

**SÖÖTÖ** : Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği

**SPSS** : Statistical Package for Social Science

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.2:</b> Uyku evresinin fizyolojik etkileri	7
<b>Tablo 3.1.</b> Sosyodemografik veri dağılım tablosu	29
<b>Tablo 3.2.</b> Öğrencilerin beden kitle indeksi değerlendirme tablosu	30
<b>Tablo 3.3.</b> Öfkelendiğinizde sakinleşmek için sigara içer misiniz?	31
<b>Tablo 3.4.</b> Sigara içme ve sakinleşme arasındaki ilişki durumu	31
<b>Tablo 3.5</b> Sigara içme durumunun antropometrik, eğitim yılı, öfke ve öfke ifade tarzı puanları, PUKİ total puanlarıyla karşılaştırılması	32
<b>Tablo 3.6.</b> Cinsiyet farkına göre antropometrik, eğitim yılı, öfke ve öfke ifade tarzı puanı, PUKİ total puanı ve sigara içme durumunu	33
<b>Tablo 3.7.</b> Alkol kullanımı sizi sakinleştirme düzeyi	34
<b>Tablo 3.8.</b> Spor yapmanın kişiyi sakinleştirme düzeyi ait dağılım	34
<b>Tablo 3.9.</b> Nefes alma egzersizi öfkeyi sakinleştirme düzeyi	34
<b>Tablo 3.10.</b> Hobi ve sakinleşme düzeyi ilişkisi	35
<b>Tablo 3.11.</b> Katılımcıların hobi seçimleri	35
<b>Tablo 3.12.</b> Öfke anında sakinleşmek için yapılan aktiviteler	36
<b>Tablo 3. 13.</b> Katılımcıların sınıflara göre FNBT, öfke ve öfke ifade tarzı puanı, PUKİ total puanı dağılım tablosu	37
<b>Tablo 3.14.</b> Katılımcıların PUKİ total puanına dağılım	38
<b>Tablo 3.15.</b> Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçek ortalama puanlarının dağılımı	38
<b>Tablo 3.16.</b> Öğrencilerin yaş, antropometrik, PUKİ puanı, SÖÖTÖ alt boyutları puanı korelasyon	39
<b>Tablo 3.17.</b> PUKİ total puan ve SÖÖTÖ, yaş, FNBT değişkenlerinin regresyon analizi	40
<b>Tablo 3.18.</b> PUKİ total puan ve SÖÖTÖ, yaş, FNBT değişkenlerinin regresyon analizi	40
<b>Tablo 3.19.</b> Sürekli öfke puanına öfke ifade tarzı alt boyutları PUKİ puanı, FNBT, yaş değişkenlerinin regresyon analizi	41
<b>Tablo 3.20.</b> Sürekli öfke puanı ile öfke ifade tarzı alt boyutları PUKİ puanı, FNBT, yaş değişkenlerinin regresyon analizi	41

**Tablo 3.21.** Öfke kontrol puanı ile PUKİ puanı, sürekli öfke puanı, FNBT, yaş, öfke içe ve öfke dışı puanı arasındaki regresyon analizi 42

**Tablo 3.22.** Öfke kontrol puanı ile PUKİ puanı, sürekli öfke puanı, FNBT, yaş, öfke içe ve öfke dışı puanı arasındaki regresyon analizi 42

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Duygular ve uyku arasında çift taraflı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Uyku bozuklukları duygusal tepkiler üzerinde etkili olurken uyku kalitesi de duygusal tepkilerden kuvvetli bir şekilde etkilenmektedir (1). Uyku kalitesinin öfke, düşmanlık ve saldırgan davranışlarla ilişkilerinin olabileceği belirtilmektedir. İnsan ve hayvanlar üzerinde yapılan birtakım araştırma sonuçları ve elde edilen kanıtlar, uyku yoksunluğunun ve yetersiz uykunun öfkede, sinirlilik halinde ve saldırgan davranışlarda artışa sebebiyet vereceğini göstermektedir(2).

Öfke, aktivasyon ve saldırı eğilimi ile karakterize edilen, temel veya birincil olarak kabul edilen duygulardan biridir. Genellikle bir tehdide, zorlamaya veya zarara tepki olarak, bir hayal kırıklığı veya farklı muamele durumunda ortaya çıkar. Öfke yoğunsa ve süreklilik gösteriyorsa, genellikle sempatik hiperaktivite yoluyla sağlık durumunu da etkiler (3).

Uyku kalitesi ve öfke duygusu arasındaki bağlantı üzerinde pek çalışma yapılmamıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada uyku kalitesi ile öfke arasında belirgin bir ilişki var gibi görünmekte ve uyku hijyeni programlarının, kötü uyku kalitesinin öğrencilerde sağlık ve akademik performans açısından olumsuz sonuçlarını azaltmaya yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir (1). Félix Arbinaga tarafından yapılan objektif uyku ve öfke adlı çalışmada da öfke duygusunun ister bir durum ister bir özellik olarak ifade edilmesinin doğrudan daha kötü uyku kalitesi ve analiz edilen uyku sorunları ile ilişkili olduğu belirtilebileceği sonucu ortaya çıkmıştır (3). Orta yaşlı erkek ve kadınlarda sürekli öfke ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan başka bir çalışmada yüksek öfke düzeylerinin uyku bozukluğunun çeşitli semptomlarıyla bağımsız olarak ilişkili olduğunu bulunmuştur (4).

Uyku yetersizliğinin olumsuz etkileri ve öfke duygusu birbirinden bağımsız olarak iyi araştırılmış olup fiziksel sağlık, zihinsel sağlık, bilişsel işlev, refah ve kişilerarası ilişkiler için derin sonuçları içermektedir. Uyku yetersizliği ya da öfke sorunu için birden fazla risk faktörü ayrı ayrı tanımlasa da yapılan araştırmalar bu iki etkenin birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu araştırmaya başladı. Kesitsel araştırmalar, zayıf uyku

ve 6fke arasında g6ccl6 bir ilişkinin yanı sıra uyku ile ilişkili saldırganlık ve şiddet davranışı arasındaki ilişkileri ortaya çıkardı (5).

Bu alışma 6niversite 6đrencilerinde uyku kalitesi ile 6fke ve 6fke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Uyku**

#### **2.1.1. Uyku Tanımı**

Literatür incelendiğinde uyku ile ilgili farklı tanımların olduğu görülmektedir. Uyku insan ömrünün üçte birini oluşturan ve organizmanın çevresiyle iletişiminin farklı şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir şekilde geçici, kısmi ve periyodik kaybetmesi durumudur (6). Bir başka tanımlama şeklinde ise uyku, uyanıklık bilincinin belirli bir miktarda ortadan kalktığı ancak beyin etkinliğinin uykunun evresine göre değiştiği karışık bir fizyolojik davranış şekli olarak tanımlanabilir (7).

Uykunun normal bir süreç olarak yaşanması sağlıklı bir hayat için vazgeçilmez bir unsurdur. Uyku sürecince sağlıklı kişilerde kardiyopulmoner sistem dahil tüm sistemlerde belirli değişimler oluşmaktadır (8). Maslow'a göre yeterli uyku insan yaşamı için temel bir ihtiyaçtır. İnsan bedensel, sosyal, psikolojik ve entelektüel ihtiyaçları olan bir bütün olup kişinin bedensel ve psişik olarak sağlıklı birey olabilmesi için bu temel ihtiyaçların karşılanabiliyor olması lazım. Temel ihtiyaçları karşılanmayan bireylerde iyi olma hali bozulur. Uyku birçok sistemi etkilemesi dolayısıyla fizyolojik bir temel ihtiyaçtır ve bu temel ihtiyaç bireylerin yaşam kalitesi ve iyi olma halini etkileyen önemli bir sağlık değişkenidir (9).

#### **2.1.2. Uykunun Fizyolojisi**

Antik dönemde yaşayan insanlar yaşamlarının tanrılar tarafından yönlendirildiğine inanırlardı. Uyku tanrısı olarak bilinen Hypnos' un insanların gözlerine haşhaş döküp konforla uykuya dalmalarını sağlarken uyuduktan sonra onları kanatlarının altına alıp dingince uyumalarını sağlarmış. O zamanlarda tıp tanrısı olarak bilinen Asklepios' a adanmış senatoryumlar tanrı Hypnos' un inanişına göre inşa edilmiş hastaneler şeklindeydi. Bu hastanelerde uyku problemlerine meditasyonlarla çareler aranırđı (10).

Uyku Robert MacNish' ın 1834' te yayınladığı "The Philosophy of Sleep" eserinde, uykuyu "ölüm ile uyanıklık arasında bir dönem olarak" tariflemiş; uzun süre bu görüşe inanılarak uykunun pasif bir süreç olduğu düşünölmüştür. Gerçek uyku sırasında vücut aktivitelerinin kaydedilmesiyle ortaya çıkmaya başlamıştır (11). Yirminci yüzyılın ikinci yarısında uykunun oldukça karmaşık, birçok iç ve dış etken

tarafından etkilenen, organize fizyolojik bir olay olduğu net bir şekilde görülmüştür. uyku aktif bir süreç ve beyinde anlamdı etkileşimlerle beraberdir (12).

Uyanıklık ve uykunun düzenlenmesinde medulladan beyin sapına (truncus encephali), hipotalamusa ve bazal ön beyine uzanan birden çok bölge ve nörotransmitter görev almaktadır. Ancak bu bölgelerin hiçbiri tek başına uyku sürecinden sorumlu değildir. Uyanıklık truncus encephaliden kaynaklanan kolaylaştırıcı uyarıların kortikal aktifleşmesi ile oluşur. Esas eksitator yani uyarıcı odak beyin sapındaki retiküler aktive edici sistem nöronlarıdır. Mezensefalik retiküler aktive edici sistemden çıkan uyarılar talamus aracılığıyla serebral kortekse ulaşmaktadır. Retiküler aktive edici sistem dışında posterior hipotalamusta bulunan histaminerjik ve asetilkolin üreten sinirlerin bazal ön beyinde, uyanıklıkta görev alırlar. Uyku; histaminerjik alıcıların bloke edilmesi, histamin üreten enzimlerin inhibe edilmesi, histaminerjik sinirlerin hasarı veya gama aminobütirik asit agonistleri ile bu sinirlerin hiperpolarizasyona bağlı nörotransmitterlerin aktivitesi ortaya çıkmaktadır (11).

Uyku bilimciler uykuyu elektrofizyolojik olarak ölçerler. Elektrofizyolojik ölçümler, uykunun davranışsal gözlemleri ile iyi ilişkilidir, ancak aynı zamanda davranışsal olarak belirgin olmayan veya öznel olarak deneyimlenmeyen uykunun diğer inceliklerini de ortaya çıkarırlar. Bu ölçümler, uykunun, diğer fizyolojik işlevler ve birincil uyku bozuklukları üzerinde derin bir etkisi olan 2 farklı beyin durumundan oluşan oldukça organize bir süreç olduğunu göstermektedir. Bunlar hızlı göz hareketi (REM) ve yavaş dalga uykusudur (NREM) (13).

### **2.1.3. Uykunun Evreleri**

Uyku evrelerinin belirlenmesi için gerekli temel kayıt birimleri beyinin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalografi (EEG), göz hareketlerini belirleyen elektrookülogram (EOG) ve kas istirahat tonusunu belirleyen elektromiyogram (EMG)'dir. Uyku anında veri kaydı da polisomnografi ile yapılır. Sonuç olarak iki evreden oluşmaktadır (14).

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı veya yavaş dalgalı uyku (NREM-Non Rapid Eye Movement)
2. Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM - Rapid Eye Movement) (14)



Amerikan Uyku Tıbbı Derneği'ne göre, bu noktural nöral aktivite, üç ana gruba ayrılabilen ortalama 90 dakikalık döngüsel bir yapıya sahiptir: hızlı göz hareketi (REM), hızlı olmayan göz hareketi (NREM) ve orta uyanıklık (15). Uykunun başlamasından ortalama 90 dakika sonra ilk REM uykusu oluşur. Uyku siklusu uykunun başlamasının ardından ilk REM döneminin sonuna kadar olan süreyi kapsar. Bu döngü herkeste farklı olarak 90–120 dakika arasında değişiklik gösterir. NREM + REM uyku döngüsü bir gecede 4-6 defa tekrarlanır. İlk REM dönemi genel itibariyle daha kısa sürer ve yaklaşık 5–15 dakika devam eder. Süre açısından bakılacak olursa gecenin birinci yarısında daha çok NREM, ikinci yarısında ise REM uykusu ağırlık kazanır. İnsanların, kısa süre uyusa bile bu siklusun bittiği anlarda uyandırılması halinde daha fazla dinlenmiş halde uyandığı bildirilmektedir (16).

#### 2.1.3.1. NON- REM Uykusu

NREM uykusu 4 evreye ayrılır. NREM-1 ve NREM-2 bazen hafif uyku şeklinde ifade edilirken NREM-3 ve NREM-4 yavaş dalga uykusu veya derin uyku diye nitelendirilir (12).

- I.** Evre-1: Uyanık olma halinden uykuya geçiş aşamasındaki ilk evredir. Hafif uyku veya uyuklama halidir. Total uykunun %5-10' unu oluşturur. Bu evrede göz hareketleri yavaşlar, beden ısısı düşer, kas tonusu azalır, solunumu yavaşlar ve kalp atım hızı azalır. Uykunun en hafif yani uyandırılmanın en kolay olduğu dönemdir. Uyku sırasındaki ani miyoklonik irkilmeler bu evrede olur. EEG' de teta dalgaları oluşur (17).
- II.** Evre-2: Uykunun biraz daha derinleştiği ve düşüncelerde bütünlüğün kaybolduğu evredir. Göz hareketleri çoğunlukla kaybolur, kaslar gevşer ve minimal vücut hareketleri olur (12). Erişkinlerde uykunun en büyük kısmını oluştururken total uykunun %45-55' ini kapsar. EEG' de temel dalga teta dalgalarıdır. Uyku içcikleri ve K kompleksleri bu evrede ilk defa görülür (18, 19).
- III.** Evre-3: "Derin uyku" veya "yavaş dalga uykusu" diye adlandırılan evredir. Belirli bir uyku döneminin en az yüzde 20'sini içeren yüksek oranda delta EEG dalgaları ile karakterizedir. Tipik olarak yetişkin uykusunun %10-20'sini oluşturur ve yaşla birlikte bu oran azalır. Evre 1-2' ye oranla

uyuyanları uyandırmak daha zordur ve NREM parasomnilerinin ortaya çıkması için ideal evredir (20). En önemli özelliği growth hormonundaki artıştır. Dolayısıyla derin uykuda protein üretimi artar, tüm metabolizma yavaşlamakla birlikte fizyolojik aktivitelerde azalma olur. Bu evrede vücutta oluşan bu değişiklikler bedenin dinlenmesi ve yenilenmesini sağladığı düşünülmektedir (11).

**IV. Evre-4:** Uykunun derin evresidir. Kişinin fiziksel olarak dinlendiği evre olup kalp atışının düştüğü ve vücut sıcaklığının azaldığı dönemdir. Kaslar gevşemiş haldedir. Uyanma reaksiyon eşiği oldukça yükselmiştir. Evre 4 tüm gecenin %10' unu oluşturur ve ortalama 15-30 dakika kadardır (21). Bu evrede de evre-3 teki gibi delta dalgaları ile karakterizedir (22). Bu dönemde uykudan uyandırılırsa, kişide uyuşukluk ya da hareketsizlikte artma gözlemlenebilir (23).

#### 2.1.3.2. REM Uykusu

REM uykusunda beynin bir kısım bölgeleri aktif iken, diğer bölgeleri baskı altında olduğundan bu evreye paradoksal uyku da denir. Uykunun en derin evresidir. Gözün kapakların altında iki yana hareket ettiği izlenebilir. Diğer dönemlere göre uykudan uyandırmak genel itibariyle daha zordur. REM uykusunda sempatik aktivite daha baskındır ve bu yüzden oksijen ihtiyacı artar, kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum hızı düzensizleşir (24). REM evresi uykunun %20 ile %25'ini oluşturmaktadır (23). İlk döngü sırasında, REM süresi sadece 1 ila 5 dakika sürebilir; ancak, uyku bölümü ilerledikçe giderek uzar. Rüya görme en sık REM uykusu ile ilişkilidir. Kas tonusu ve refleks kaybı muhtemelen önemli bir işleve hizmet eder, çünkü bir bireyin uyurken rüyalarını veya kabuslarını harekete geçirmesini önler. Canlı rüya hatırlamalarının yaklaşık yüzde 80' i uykunun bu aşamasından uyandıktan sonra ortaya çıkar (25).

**Tablo 2.1.2:** Uyku evresinin fizyolojik etkileri (15):

	<b>NREM uykusu</b>	<b>REM uykusu</b>
<b>Otonom sinir sistemi</b>	Artan parasempatik ton	Sempatik ve parasempatik aktivitede kararsız, kısa süreli dalgalanmalar
<b>Kardiyovasküler sistem</b>	Nabız yavaş ve düzenli Kan basıncı daha düşük	Nabız düzensiz Kan basıncında geçici artışlar
<b>Sıcaklık regülasyonu</b>	Düşük hipotalamik sıcaklık ayar noktası	Azaltılmış termoregülatuar mekanizmalar
<b>Solunum sistemi</b>	Hipoksi ve hiperkapniye sonucu ventilasyon dürtüsünde hafif azalma Azalmış solunum hızı	Hipoksi ve hiperkapniye yanıt olarak solunum dürtüsünde önemli azalma Artan solunum hızı
<b>Üreme sistemi</b>		Penis ereksiyonları Artan vajinal kan akışı
<b>Rüya görmek</b>	Daha az canlı	Daha canlı, görsel olarak yoğun

#### **2.1.4. Sirkadiyen Ritim**

İnsanda 24 saatlik uyku uyanıklık dönemi bir sirkadiyen ritim olarak tanımlanabilir. Sağlıklı bir uyku döngüsü yaklaşık 80 -100 dakika sürebilmekte ve bu döngü uyku anında 4-6 defa tekrarlanır. Uyku döngüsü ilk olarak NREM uyku ile başlayıp sırası tüm evreleri tamamladıktan sonra evre 3 ve evreye 2 ye geçer, daha sonra yaklaşık 10 dakikalık REM uyku periyodu başlar. Sonuç olarak ilk döngü tamamlanmış demektir. Bireyin yorgunluk durumuna göre REM kısalmış ve dinlendikçe süre uzar (18).

Sirkadiyen ritim düzenlenme merkezi, suprakiazmatik nükleus (SKN)'tur. Bu merkez doğal işleyişin dış çevre ile uyum içinde olmasını ve ritmik fonksiyonların devamını sağlar. Işığa duyarlı melanopsinle uyarıldıktan sonra uyarı SKN' ye aktarılıp pineal bezde melatonin salgılatılır. Işık sirkadiyen ritim üzerinde çok önemli etkiye sahiptir. Salgılanan melatonin insan bedeninde hipnotik etkiye sahiptir. Dışardan alınan melatonin de aynı etkiyi gösterir. Sonuçta gece fazla ışığa maruziyet sirkadiyen ritmin fazlarının kaymasına neden olabilir (26).

### **2.1.5. Uykunun Gereksinimi**

Uyku insanoğlunun ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı olabilmesi için gerekli olan ve hayatının yaklaşık üçte birini oluşturan önemli bir aktivitedir (6).

Sağlık problemi olmayan bir yetişkin ortalama 7 saat uyumalıdır. Uyku süresi ihtiyacı yaş, beslenme, cinsiyet, dış çevre, aktivite seviyesi, sağlık durumu, genetik veya bireysel birçok etmene göre değişir (27).

Uyku süresi ortalama erişkinlerde ortalama 7-8 saat, yenidoğanlarda 16-18 saat, okul öncesi çocuklarda 11-12 saat olup okul döneminde en az 10 saat olmalıdır (28).

Uyku, kişinin yaşam kalitesini ve iyi olma halini etkileyen önemli bir değişkendir. Kötü uyku kalitesinin hastalığın bir belirtisi olabilir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda %21,8’inde uyku kalitesinde bozulma, %34’ünde uykuya dalmama ve erken uyanma sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Üniversite öğrencilerinde de son 10 yılda uyku miktarında ve uyku kalitesinde önemli ölçüde değişiklikler olduğu ve yetersiz olduğu kanısına varılmıştır. Bazı çalışmalar akademik başarılarının olumsuz etkilediğini bildirmektedir (29).

uyku sürecindeki bozukluklar kişilerde olumsuz etkiler oluşturmakta, dikkati eksikliği, depresyon ve anksiyete bozukluğuna, ağrı eşliğinin düşmesine, sinirli olmaya, iştah kaybına, halüsinasyon görmeye ve hatta boşaltımda güçlük gibi problemin oluşmasına neden olmaktadır (30).

### **2.1.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler**

Uyku kalitesini uyanışının ardından kendini yeni güne ne kadar hazır ve zinde hissettiği şeklinde tanımlayabilir. Dolayısıyla uykunun verimliliği diyebiliriz (31).

Uyku kalitesini etkileyen birden çok faktör aşağıda belirtilmiştir.

Yaş: Uyku süresi ve kalitesi yaşa göre değişen fizyolojik durumdur. Yetişkin bireylerde uyku süresi 8 saatken yaşlılarda iyice azalır. Gençlerde uykuya dalma süresi 10-30 dakika sürerken yaşlı bireylerde bir saati aşabiliyor (32). Yaşlılarda NREM uykusun 1 ve 2. Evresinde süre uzarken, 3. Evrede değişiklik olmaz ve 4. evre ise %15-30 oranında azalır (33).

Cinsiyet: Erkeklere oranla kadınların uyku süreleri daha fazla olmasına rağmen uykusuzluk veya uyku sorunları kadınlarda daha yüksek yaygınlık oranına

sahiptir.(34) Kadınlarda uyku biyolojik döngülerden (adet döngüsü, hamilelik, menopoz), ev ve işyerinde üstlendikleri rollerden etkilenir (35).

Hastalık: Uyku ve hastalıklar arasında birbirleriyle ilişkili bağlantı vardır (36). Uyku bozukluğu nedeniyle bazı hastalıklar ortaya çıkabilirken, hastalık nedenli ağrı, ilaç, hastane yatışı, depresyon gibi ruhsal problemler uykunun kalitesinin bozulmasına ve uyku bozukluklarına neden olabiliyor. Uyku problemleri, kronik hastalığa sahip bireylerde yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu için daha önemli bir değişken olmaya başladı. Güncel çalışmalar kronik hastalığı olan tüm hastalarda düşük kaliteli uyku riskine sahip olduğunu belirtmektedir (37).

Uyku bozukluğu kimi zaman psikiyatrik bir sorunun belirtisi olabilir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda doktora geliş nedeni uyku problemi olabilir. Ayrıca kötü uyku kalitesi psikiyatrik hastalığın prognozunu da etkileyebilir (38, 39).

İlaç kullanımı: İlaç kullanımı uykuyu etkileyebilir. Sedasyon yapan sedatifler, hipnotik etkiye sahip ilaçlar, antidepresanlar, amfetamin içeren ilaçlar REM uykusunda değişiklikler yapıp süresini kısaltırlar. Sedasyona neden olan ilaçlar bireyde uyuşukluk ve iş gücünde azalmaya neden olurlar. Hipnotik ilaçlar uyku evrelerinde uzamaya neden olurlar ve ilacın bırakılmasının ardından çoğunlukla uykusuzluğa neden olabilirler. Diüretik ilaçlar, digoksin, beta bloker ilaçlar sürekli uyku bölünmelerine neden olabilirler (40).

Fiziksel aktivite ve egzersiz: İnsanlarda yapılan hafif düzeyde egzersiz ve fiziksel aktivite uykuya dalmayı kolaylaştırır. Fiziksel aktivitenin sürekli yapılması veya yapılan aşırı sporun insanlarda fazla yorgunluğa neden olduğu ve bu nedenler REM evresinin ilk döngüsünde kısaltmaya neden olduğundan uykuyu zorlaştırır. REM uykusu dinlendikçe uzar. Sonuç olarak hafif yorgunluk uykuya geçişi kolaylaştırırken aşırı yorgunluk geçişi zorlaştırır (41, 42). Fiziksel aktivite vücut ısısını artırır. Artan ısı NREM 3-4 evrelerini uzatır ve daha çok büyüme hormonu salgılatır. Erişkinde ise protein yapımını artırıp dokuda yenilenmeyi hızlandırır (43).

Beslenme: EEG ve uyku-uyanıklık parametreleri kullanılarak yapılan çalışmalar beslenmenin uyku kalitesi üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Karbonhidratlardan glikoz, triptofan ve trozin içeren proteinler, elzem yağ asitleri ile kafein uykuya etki eden besinlerin başında gelmektedir (44).

Yüksek karbonhidratlı besinler triptofan konsantrasyonunu artırdığı ve dolayısıyla uyku süresini artırır (45). Yüksek karbonhidratlı ve yüksek enerjili yemek yeme postprandial uyku süresini artırmaktadır (46).

Proteinlerin tüketimi de uykuyu etkiler. Triptofan proteinli besinlerde yer alan uyku eğilimin artırıcı ve serotonin ön maddesidir. Triptofan verilen insomnia hastalarında melatonin arttığı uyku süresinin uzadığı görülmektedir. Yüksek triptofan ve protein alımında derin uykunun yani NREM 3-4' te uzama olduğunu gösteren çalışma mevcuttur (44).

Son yıllarda yağ asitlerinin anlaşılması itibarıyla merkezi sinir sistemi üzerine olan etkileri de rolleri olduğunu göstermiştir. Serbest yağ asitlerinin özellikle omega 3 ve 6' nın uykunun başlangıcı ve devamında önemli etkisi vardır (44).

Kafein, adenosin reseptörlerini antagonize ederek uyanıklığı artırır; Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, kafeinin bu işlevi aynı zamanda uyku eğiliminin azalmasına da yol açar. Az miktarda kafein bile uyku süresi, başlangıcı ve algılanan kalitedeki bozulma ile ilişkilendirildi (47). Karachan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada doz-yanıt ilişkisi gözlemlendi. Yatmadan 30 dakika önce alınan bir fincana eşdeğer kahve (vücut ağırlığının kilogramı başına 1,1 mg kafein) ile uyku üzerinde çok az etkiye sahiptir. İki fincan eşdeğeri (2,3 mg/kg) gecenin erken saatlerinde değişikliklere neden oldu ve dört fincan eşdeğeri (4.6 mg/kg) tüm önemli uyku ölçülerinde bozulmalara neden olduğunu gösterdi (48).

Uykunun da beslenme üzerinde etkisi olduğu düşünülüyor. Kısa uyku süresi, kötü uyku kalitesi ve daha geç yatma zamanlarının tümü artan gıda alımı, zayıf diyet kalitesi ve aşırı vücut ağırlığı ile ilişkilidir. Yetersiz uykunun mevcut obezite ortamında aşırı yemeye karşı hassasiyetimizi arttırdığı bildirilmiştir (49).

Sigara ve Alkol: Nikotinin doğal olarak sigaranın merkezi sinir sistemi üzerinde etkisi bulunmaktadır. Kalbin atım hızında, tansiyon ve katekolamin artışına neden olur. Otonom sinir sistemini aktive eder ve sonuçta uykuya dalma süresini uzatıp uykunun devamında sorunlar oluşturur (50).

Alkolün uyku süresi ve uyku süreci üzerine etkisi, alınan alkol dozuna bağlı olup, farklılık gösterir. Düşük alkol dozu total uyku süresini arttırabilirken, alınan yüksek alkol dozu özellikle uykunun ikinci yarısında sempatik aktivite artışına ve uykunun

bölünmesine neden olur (51). Genel olarak uykudan önce alkol tüketiminin uyku kalitesi ve süresi için zararlı olduğu düşünülse de alkolün uyku üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olduğu görülebilir. Alkolün nispeten hızlı metabolizması nedeniyle, alkolün uyku üzerindeki etkileri gecenin ilk yarısı ile ikinci yarısı arasında farklılık gösterebilir. Araştırmalar, uyku gecikmesinde bir azalma, REM uykusunda bir azalma ve tipik olarak uykunun ilk yarısında meydana gelen NREM uykusunda artış olduğunu göstermişti. Gecenin ikinci yarısındaki uyku, sık uyku bölünmeleri, artmış rüyalar ve artan REM uykusu neden ile kesintiye uğrayabilir (48).

**Yaşam Tarzı:** Artan ekonomik zorluklar ve küreselleşen dünya sorunları sonrası 24 saat devam eden üretim ihtiyacı vardiyalı çalışma sistemini doğurmuştur. Vardiya sistemi çalışma nedeniyle birden çok sağlık sorunları ve beraberinde uyku sorunları ortaya çıkarmıştır. Vardiyalı çalışmaya bağlı ortaya çıkan uyku bozukluğu uyku ve uyanıklık döngüsü ile endojen sirkadiyen döngü arasındaki uyumsuzluk nedeniyle oluşmaktadır. Vardiya sisteminin sonucu olan uyku bozukluğunun 2 büyük semptomu vardır; bunlardan bir tanesi gündüz uyuklama diğeri ise insomniadır. Vardiya sistemi ile çalışanlarda uyku bozukluğu görülme sıklığı %10-18'dir. İşçilerin %32'sinde insomnia görülürken %26'sında aşırı gündüz uyuklama belirlenmiştir (52).

Elektronik ortamlara maruz kalma ile uyku süresinin azalması ve gündüz uyku hali arasındaki ilişki üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Medya ekranından gelen parlak ışık, karanlığın uyku başlatma ve sürdürme üzerindeki doğal etkisini ortadan kaldıracaktır. Elektronik medya cihazlarından yayılan ışığın etkilerinin yanı sıra, medyanın içeriği heyecan, korku ve diğer duyguları uyandırarak bir stres tepkisini uyandırabilir (47).

**Çevresel Faktörler:** Çevresel etmenler uykuya etki etmektedir. Sokaktan gelen çeşitli sesler, yatak arkadaşının horlaması, çocuk ağlaması gibi gürültüler, oda sıcaklığı uykunun sık sık bölünmesine neden olmaktadır (53).

Yatağa girdikten sonra televizyon izleme, kitap okuma, teknoloji kullanımı uykuya dalmayı güçleştirmektedir. Ortamdaki ışık seviyesi de melatonin seviyesini düşürerek uykuyu güçleştirir (28).

Anksiyete, stres, durumsal sorunlar ve diğer emosyonel problemler uykuda bozukluklara neden olur. Yaşanan panik, yas, endişeler, korkular bireyin rahatlamasına ve uyumasına engel olur (54).

### **3.1. Öfke**

#### **3.2.1. Öfkenin Tanımı**

İnsanoğlu biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan bir varlıktır. Günlük yaşantı boyunca sıradan olaylar karşısında veya karar aşamalarında bilişsel yani düşünce süreçlerinin yanında duyguların da bireyi yönlendirilmesinde kuvvetli etkisi vardır (55). Öfkenin Türk Dil Kurumundaki tanımı ‘‘Engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap’’ şeklindedir (56). Öfke, doyurulmamış beklentilere, istenmeyen neticelere ve karşılanmamış taleplere karşı ortaya çıkan fizyolojik bir tepkidir. Hatta insana en çok zarar verebilen duygu olabilir (57). Başka bir şekilde tanımlamak gerekirse öfke, kişinin istek, ihtiyaç ve planlarına engel olunması ve haksızlığa uğraması sonucunda şahsını olumlu şekillerde ifade edememesi sonucunda ortaya çıkan duygu durumudur. Sık yaşanan ufak hayal kırıklıklarından şiddetli sinire kadar farklı süreç ve yoğunluklarda olabilen, hem fizyolojik hem de biyolojik değişimlerin de eşlik ettiği doğal bir duygudur (58).

Biagio öfkeyi tehdit halinde, gerçek veya olası bir engellenme veya haksızlığa uğraması sonucu bireyin bu durumlardan kurtulmak için ortaya çıkardığı güçlü bir duygudur (59). Adler ise öfkeyi başka insanlara karşı güç ve istediğini dinletme çabası olarak tanımlar (60).

Öfke, insanoğlunun doğumundan itibaren sahip olduğu sağlıklı bir duygudur. Bu duygu normal şartlar altında varlığını pek belli etmez. Bu duygunun ortaya çıkması ve davranışa yansiyabilmesi için kişiyi etkileyen birtakım etkenin olması ve duyguyu harekete geçirmesi lazım. Öfke duygusunu harekete geçiren etmenler genel olarak engelleme veya hayal kırıklığı ile ilişkilendirilmektedir. Engelleme olgusunun üçe ayırabiliriz; ilki amacın gerçekleşmesini önleyen fiziksel faktörler, ikincisi sosyal faktörler ki buna örnek ailenin engellemeleri verilebilir, üçüncü neden ise kişisel faktörler yani hasta olmak gibi (61).



Günlük hayatta sık meydana gelen öfke, duygusal temelde en az iki kişinin mutsuz olmasına neden olur. Öfke duygusu hem hedefi hem de öfkenin sahibini olumsuz bir olayın içine sokmaktadır. Burada öfkeyi yaşayan için, bu duygunun kontrol edilmesi, öfkenin yöneldiği hedef içinse, öfke sorun ile nasıl başa çıkacağı önemli bir problemdir. Öfke her zaman olumsuz olmayabilir; bazen kişiyi harekete geçirebilen, koruyucu ve uyarıcı işlevleri bu duygunun aslında yaşantıyı devam etmek için çok önemli olduğuna işaretler. Doğada birçok canlı bu uyarılar sayesinde saldırgan davranış göstererek türünü devam ettirmektedir (62).

Günümüzde kontrolsüz öfke artmakta olan otoriterleşme ve şiddetin altında yatan önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle toplumsal, örgütsel veya bireysel olarak öfke yönetiminin önemi gittikçe artmaktadır (61).

### **3.2.2. Öfkeyle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **3.2.2.1. Biyolojik Temele Dayalı Kuram**

Evrimsel kuramcılar Darwinci duygu anlayışına göre yol olarak öfkenin biyolojik belirleyicilerini ve adaptif önemini anlamaya çalışmışlardır. Bu kuramcılar öfke duygusunun diğer duygular gibi doğuştan var olduğunu ve evrensel olduğunu düşünmüşlerdir. Öfkenin hayatta kalma mücadelesi sırasında tehlikeye karşı otomatik olarak ortaya çıktığını ve farklı toplumlarda aynı reaksiyonun gösterilmesine dayanarak öfkeyi ilkel davranış olarak nitelendirmekteler (63).

Biyolojik kurama göre saldırganlık davranışı limbik ve endokrin sisteminden kaynaklanmaktadır. Duyumlarla alınan bilgi talamustan hipotalamusa ve amigdalaya geçer. Bu iki merkezde duygusal tepkiler ve dürtüler oluşur. Maymun ve kedi ırkında yapılan birtakım çalışmalardan sonra hipotalamusun üst bölgesinde, limbik bölgede ve amigdala bölgesinde saldırganlığın hem kontrolü hem de davranışsal olarak ortaya çıkmasını sağlayan merkezlerin olduğu belirtilmiştir. Bu merkezlerin uyarılması halinde hayvanda saldırganlık davranışı ortaya çıkmıştır. Santral sinir sistemine ek olarak endokrin sisteminde saldırganlık ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Hayvan deneylerinde testosteron artışının erkeklerde saldırganlığın artışına neden olduğu sonucuna varılmıştır. Ergenlerde yapılan çalışmaya göre yüksek testosteron düzeyine sahip ergenler daha hassas, gergin ve sabırsız olduğu kanısına varılmıştır (64).

### 3.2.2.2. Psikoanalitik Kuram

Öfke duygusu genel olarak saldırganlığın bir boyutu olarak nitelendirilir. Psikoanalitik kurama göre insan davranışları yaşam ve ölüm içgüdüleri olmak üzere iki temel içgüdüye göre yönlendirilir. Freud yaşam içgüdülerini cinsellik olduğunu söylerken, ölüm içgüdülerini ise saldırganlık olarak nitelendirir (65).

Psikoanalitik kuramda cinsellik ve saldırgan dürtülerin rolünün üstünde durur. Yeterince doyuma ulaştırılmayan bu dürtüler bilinçdışı çatışmalar sonucu bilince dönüşürken savunma mekanizması tarafından değiştirilip direk saldırganlık olarak ortaya çıkar. Söz konusu öfke duygusu aynı zamanda bilinçdışı savunma mekanizmasını da harekete geçirip iç tehditlere karşı kişiyi koruyup duygularını düzenleyen bir uyarıcı görevi görür. Psikoanalitik yaklaşımda öfkenin başka bir görevi daha var; o da katarsis yani boşalımdır (66). Bireyde herhangi bir gerginlik halinde vücutta eski haline dönme çabası başlar. Bu çaba veya gereksinim durumunda enerji birikir ve bu enerjinin boşaltılması gerekmektedir. Dolayısıyla öfke bu enerjinin boşalım yöntemi olarak değerlendirilir. Bu yüzden öfkenin bastırılması yoğun enerji harcanmasına ve tehlikeli ve sağlıksız duruma dönüşür. Biriken enerji boşaltılmazsa ise herhangi bir uyarı olmadan patlama biçiminde ortaya çıkma ihtimalini artırır (67).

### 3.2.2.3. Bilişsel Davranışçı Kuram

İnsanlar yaşamları boyunca yaşadıkları birtakım olaylar karşısında belirli heyecansal tepkiler verir. Bu durum bireyde çeşitli duygusal davranışlara neden olur. Bireyin verdiği tepkiler olaylara veya durumlara ilişkin algı ve yüklediği anlamlara göre değişir. Sinir sistemini uyaran bu duygusal durumlar, kişinin bulunduğu koşullar yani çevre tarafından belirlenir. Sonuç olarak bilişsel değerlendirmenin ne kadar önemli olduğunu ve bilişsel sürecin otonomik uyarı oluşturma gücüne verilen önem vurgulanmıştır. Bilişsel davranışçı kurama göre öfke duygusunun ortaya çıkma nedeni uyarıcı değildir. Öfkenin duygusunun nedeni uyarıcıyı algılama ve anlamlandırma biçimidir (68).

Öfke duygusu ile ilgili çeşitli düşüncelerin ortak noktası, bu duygunun evrensel, doğal ve kaçınılmaz olduğudur. Günümüzde öfke duygusu, bilişsel davranışçı kurama göre öfke diye etiketlenen ve karşıt bileşenin de eşlik ettiği aşırı uyarılma

durumudur. Yani dış çevreyle öfkenin doğrudan bir ilişkisi yoktur. Öfkenin kaynağı bilişsel süreçlerdir. Spielberger ve öğrencilerinin yaptıkları çalışmalarda, bireyin haksızlığa uğrama durumu onun bilişsel alt yapısını oluşturduğunu vurgulamıştır. 1994 yıllarında Özer' in yaptığı çalışmasında bilişsel alt yapının hatalara ilişkin aşırı duyarlılık, ceza düşüncesine bağlı bir doğru ve yanlış veya haklı ve haksızlık kutuplaşmasının olduğunu vurgulamıştır (61).

#### 3.2.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramı davranışların dış çevreyi gözleme ve öğrenerek taklit etme sonucu oluştuğunu savunur. Bu kurama göre öfke duygusu sonradan öğrenilmiş bir duygudur ve doğuştan yoktur. Öfkenin şekli çevresel ve bireysel birtakım faktörlere göre değişir. Saldırganlık ve öfke davranışı diğer tüm davranışlara benzer şekilde öğrenilmiş bir davranıştır. Öfkenin ortaya çıkışı ve saldırgan bir eylem halinde ortaya çıkması engellenme ve fiziki cezanın varlığı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (69).

#### 3.2.2.5. Varoluşçu Kuram

Birey ne yaptığının, varlığının ve neler yaşadığının farkında olup kendisi veya çevresi ile ilgili kararlar verme ve bu sorumluluğu alma yeteneğindedir.(68) Her birey tatmin olmak adına bazı sorunlarla karşı karşıya gelir ve çatışmalar yaşar. Varoluşçu kurama göre birey yaşantısı boyunca karşısına çıkan bu çatışmaların reddetmek yerine onları kabul etmelidir. Ancak bu kabullenme olgunluğu ile bireyle güçlü kalır (70).

Fritz Perls'e göre insan, çoğu zaman başkasının yansıttığı öfkeyi ve kendisine ait tüm duyguların sorumluluğunu üstlenmelidir. Öfkenin kendisi ile getirdiği bireyin şahsına yönelik eleştirel tutumları kabul etmediği için öfke duygusunu başkasına yansıtır ve sonuçta diğer bireylerin öfkeli olduğuna inanır (71).

#### 3.2.3. Öfkenin Türleri

Spielberger ve arkadaşları tarafından öfke duygusu durumsal öfke ve sürekli öfke başlığı altında ikiye ayrılmıştır (69).

**Durumsal öfke:** Bireyin amacı haline getirdiği bir davranışın engellenmesi, haksızlığa uğratılma algısı karşısında hangi dozda gerginlik, sinirlilik, kızgınlık

benzeri duyumsamaların ortaya çıktığı duygu durumudur. Durumsal öfke, kişisel ve fizyolojik davranışlar kapsamında kalıcı olmayan belirli bir zamana veya duruma özgü olduğundan çoğunlukla haklı bir neden vardır (69).

**Sürekli öfke:** Sürekli öfke türü durumsal öfkenin yaşanma sıklığı ve ne derece yaşandığı ile ilgilidir. Bu öfke türünün temel yapıtaşının korku olduğu söylenebilir. Sürekli öfkeye sahip birey öfkeli olduğuna inanmaz ve inandırılmaz. Bu yüzden öfke şiddeti ve verdiği zarar artar. Öfke kontrol mekanizması iyi olmadığından karşıdaki bireyi kırma veya incitme eğilimindedir. Sürekli öfke tanısı alan insan psikiyatrik tedavi görmelidir (72).

#### **3.2.4. Öfkenin Nedenleri**

Doğal ve normal bir duygu olan öfke duygusunun ortaya çıkışında birden fazla etken yer almaktadır. Bu etkenlere engelleme, haksızlık, kişiyi rahatsız edecek davranışlar, tehdit edilme, tahrik gibi birçok davranış örnek olarak verilebilir. Bireyin benlik saygısı öfke oluşumunda en önemli etmenlerden biridir. Benlik saygısı kişinin kendini algılamasına yardımcı olur ve benlik saygısı arttıkça öfke duygusu azalmaktadır (73).

Öfke hem içsel hem de dış nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. İç sebeplerin kaynağında temel olarak kıskanma, merak etme, yalnızlık, endişe, hayal kırıklığına uğrama, haksızlık, yeterince anlaşılammış olmak gibi duygular yer alır. Bu duygular zamanla birikerek öfke duygusunun başlamasına neden olurlar. 1974 tarihinde Hauck mantıksız düşüncelerin de öfkeye neden olduğunu savunmuştur. Dış sebeplerin altında haksızlığa uğrama, saldırıya uğrama, tehdit edilme, fiziksel zarar görme gibi etmenler yatar. Kişinin amacına yönelimini engelleyen dış etmenler sonucu öfke duygusu ortaya çıkar (62).

Deffenbacher' in (1999) yaptığı sınıflamada genel sınıflama ardından sınıflama içerisinde özel durumları açıklamaya çalıştığı görülmüştür. Deffenbacher sınıflamasının diğer önemli özelliği ise öfkeye neden olan uyarıcıları da sınıflandırmasıdır. Gazda (1995) tarafından yapılan sınıflamada ise öfkeyi çıkaran etkenler ve duygu durumlar daha özellikli olarak sınıflandırılmıştır. Gazda öfke nedenlerini 4 temel başlık altında toplamıştır. Başlıklarda. İlki olan kayıplar, insanın yaşamı süresince sevdiği birini kaybetmesi, fiziksel bozukluk nedeniyle oluşan

kayıplar veya iş kaybı gibi bireyi yasa boğacak veya üzüp acı çektirecek duygular nedeniyle öfke duygusu ortaya çıkar. İkinci başlık olan tehditler ve korkular, kişiyi yaşadığı illegal olaylar, saldırı altında kalması, uzun işsizlik süreci gibi etkilendiği olaylar insanda öfkeye neden olabilir. Üçüncü başlık olan engellenme, bireyin ihtiyaçlarına ulaşmasının engellenmesi kişide çaresizlik ve yetersizlik duygularının ifşa olmasına ve sonuçta öfke duygusuna neden olabilir. Dördüncü ve son başlık olan reddedilme ise, insana kendini değersiz hissettiren, inciten ve hayal kırıklığına neden olan duruma sokabilecek başkası tarafından reddedilme hali bireyde öfkeye neden olabilir. Beck (1979) öfke nedenlerini olabilecek olayların dolaylı veya doğrudan etkilerinden bahsederken Michelson (1983) öfkenin nedenlerinde dört ayrı etken sıralamıştır. Bunlar fiziki saldırıya uğrama, küçük düşürülme ve alay edilme gibi çatışma durumları, bireyin kendisinin değersiz görüldüğünü düşünmesi ve reddedilmesi, bireyin zorlanarak veya emir verilerek istemediği davranışa zorlanması şeklinde sıralanabilir (68).

### **3.2.5.Öfke İfade Tarzları:**

Öfke ifade tarzları 3 şekilde incelenebilir. Öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrolü (74).

Öfke-dışta ifadesi öfkenin dış çevredeki eşya veya bireylere yöneltilip saldırganlaşma eğilimi olarak tanımlanabilir. Öfkenin dışa vurulmasında en sık rastlanan davranış istenmese de saldırganlıktır. Bu davranışın özünde birey benliğini koruyup engelleri kaldırmak amacı yatar. Engelleme karşısında birey öfkesini vurmak, kırmak, dövüşmek, kızmak, bağırarak veya yansıtılmalı baş etme yolu olan başkasına ya da objeye yöneltme şeklinde ortaya çıkarır böylece öfkesini dışa yansıtmış olur (74).

Öfke içte ifadesinde ise birey mevcut öfkesini içe yönelterek bastırma eğilimindedir. Bu tarz öfke ifade şeklinde her ne kadar birey öfkesini kontrol altına aldığını düşünse de sonuçları nedeniyle bireye en çok zararı veren ifade şeklidir. Bu tarz bireylerde özellikle Kardiyovasküler hastalık riski fazladır. Gastrik ülser, baş ağrısı, tansiyon yüksekliği gibi belirtilerin ortaya çıkışı öfkenin ortaya çıkış şekli olarak nitelendirilebilir. Bireyde kırgınlık, incinme veya gücenme süreçlerine sokan bu ifade şekli kızgınlığın artarak kine dönüşmesine neden olabilir. Öfkeyi içe atmak süreci kolaylaştırmanın aksine çözüm odaklı yaklaşımda süreci daha da zor hale

getirir (64). Öfkeyi içe yöneltmek bireylerde depresyon ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara karşı riskini artırır (75).

Öfke kontrolü ise bir başka ifade şeklidir. Bu tarz ifade şeklinde amaç öfkeyi bastırmak veya tepkisiz kalmak değildir. Öfke kontrolünde birey sakin ve mantık çerçevesinde öfke duygusu ile baş etmesini sağlayacak iletişim teknikleri veya bu negatif duygudan kurtulmanın yollarını bulmuştur (64). Bu savunma mekanizmasında birey öfkeyi içine atmak veya dışa yansıtmak yerine öfkeyi doğru ifade etmeye çalışır. Bu yöntemle öfkeyi azaltma veya saldırganlığı azaltmaya çalışır. Öfke en iyi şekilde ifade etmenin yolu agresifleşmeden bunu yapmaktır. Bunun için en iyi yöntem bedensel ve duygusal tepkileri azaltmaya çalışmaktır (72).

### **3.2.6. Öfkenin Belirtileri ve Boyutları**

Öfke duygusu ortaya çıktığında birbiri ile ilişkili ve aynı anda aktif olan beş boyut mevcuttur. Bunlar sırasıyla bilişsel, duygu, iletişim, etkileniş ve davranıştır. Açıklayacak olursak o anki düşüncelerimiz, öfkeye bağlı fiziksel uyarılma, öfkeyi karşıya yansıtma şeklimiz, öfke anında hayatı algılayış biçimimiz ve sergilediğimiz davranış şeklimiz öfkenin aktive ettiği boyutlardır (76).

Öfkenin fiziksel boyutu vardır. Öfke anında ortaya çıkan birtakım fiziksel değişimleri dinleyebilirsek öfke duygusunu fark edebiliriz. Bu belirtiler şu şekildedir. Uyarıcı duyguyu harekete geçirir, artan stres veya gerginlik hali, enerjinin artışına neden olan adrenalin salgısı, kardiyak atım hızında artış, tansiyonda yükselme, nefes alışverişinde artış ve bireyde "savaş" veya "kaç" tepkisi için hazırdır artık. Bunların dışında konuşma bozukluğu, kaş çatma, yüz kızarması, hazımsızlık, tiklerin ortaya çıkışı, kaslarda gerginlik, eli yumruk haline getirme gibi belirtiler de ortaya çıkabilir (76, 77). Bastırılmış veya sürekli içe yöneltmiş öfke zamanla bireyde fizyoloji ve ruhsal sorunlar ortaya çıkarmaya başlar. Bu sorunlar arasında; baş ağrıları, gastrik problemler, renal sorunlar, cilt bozuklukları, eklem problemleri, dolaşım bozuklukları, duygusal sorunlar, solunum problemleri ve intihar sayılabilir (76).

Öfkenin bir diğer boyutu sosyal ve bilişsel boyutudur. Öfke gelişimi itibariyle belirli bir sosyalleşmeden geçer. Kültür farklılıkları öfke ifade etme kurallarını oluşturur ve bireylerde sosyal süreçte bunu öğrenmeye başlarlar (78). Sosyal öğrenme kuramında

öfkenin öğrenilen ve taklit edilen bir duygu olduğu benimsenmiştir. Ellis öfkenin kaynağını anlatırken öfkenin negatif düşüncelerden, düşünce yapısından ve mantık dışı inançlarda kaynaklandığını savunmuştur. Bu inançlar veya düşünceler sosyalleşme sürecinin bir eseridir. Yani birey öfke ve öfke ifade etme şeklini yaşantısı boyunca öğrendiği ve sahip olduğu inançlar doğrultusunda belirler (64).

Üçüncü ve son boyut ise davranışsal tepki boyutudur. Öfke içe atılarak, dışa yöneltilerek veya kontrol edilerek ifade edilebilir. İçe atılan öfke bireyde çeşitli sorunlara neden olabilir. Cüceloğlu (1991) 'na göre, bireyler genele olarak öfkelerini bastırır veya bunu sözle ima etme yöntemiyle ifade eder. Uzun bir süre öfkeyi bastırmak veya içe atmak bireyde zamanla kırgınlık, incinmelere neden olabilir. Öfkeyi dışa vururken bazen yapıcı olunabilirken bazen saldırgan olunabilir. Bunu sesini yükselterek, bir şeyler fırlatarak veya zarar vererek, sözel olarak yaralamaya çalışarak gösterebilir. Hatta bu davranışların yanında başkasını suçlama, karşıdaki bireyle kavgaya tutuşma gibi saldırganca gösterebilir (64).

### **3.2.7. Öfkenin İşlevi**

Öfke duygusu insanda yaşamı boyunca iki taraflı etki etmektedir (79). Genelde saldırganlık yönüyle bilinse de bireyde uyum sağlayıcı etkisi de bulunmaktadır. Söz konusu bu etkileri altı başlık altında sayabiliriz:

1. Öfke bireye enerji verir: Enerji sayesinde birey harekete geçer ve bireyi amacına ulaştırır.
2. Devam eden davranışı sonlandırarak veya azaltarak engeli kaldırıp mevcut acıyı azaltır.
3. Başka kişilerle ilgili olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır; uygun şekilde ifade edilmiş öfke ilişkiyi daha sağlıklı ve güçlü hale getirir.
4. Öfke bir işarettir: Karşıdaki bireyi uyardırmaya yöneliktir. Birey kendisinin kırılıp, incindiğini ve istemediği durum hakkında bilgi vermiş olur.
5. Öfke savunmadır: Bireyin öz benliğinin ve egosunun zarar görmesine engel olur. Birey bu teknikle saygınlığını devam ettirir.
6. Öfke haklılık algısıdır: Bireyi amacına götürme yolunda haklılık göstergesi veya engellendiğini gösterme şeklidir (80).

Öfkenin olumlu işlevlerinin yanında olumsuz tarafları da vardır. İfade edilememiş yoğun öfke bireyde enerji kaybına neden olur. Yaşanan kızgınlık ve incinme sonrası öfke uygun şekilde ifade edilmemişse karşı bireyle iletişimi bozar. Sonuçta sosyal geri çekilme ve çözülememiş sorun oluşturur. Bastırılmış öfke zamanla psikosomatik ve fizyolojik işlev bozukluğu dolayısıyla hastalıklara neden olur. Yoğun yaşanan öfke sonrası depresyonlar veya saldırganlıklar görülebilir (81).

### **3.2.8. Öfkeye Etki Eden Faktörler**

Yapılan çalışmalar öfkeye birçok faktörün etkilediğini düşündürmüştür. Sosyalleşme süreci ve aile öfke tepkilerinde ve yaşamında oldukça yer tutmaktadır. Çocuk duygu ifade şeklini ve iletişim becerisini ilk olarak aileden öğrenir. Duygu oluşumunda etkili diğer önemli etmenlerden biri ise çevre ve kültürdür. Yaşanılan kültür ve kültürün kabullendiği kurallar bireyin öfke duygusuna şekil verir. Bireyin akran grubu ve sosyal çevresi bireyin öfke yapısını belirleyebilir (62).

Medya ve yayın kuruluşlarının televizyon veya diğer aracı kurumlarla oluşturduğu saldırgan davranışlar bireylerin öfkeyi saldırganca ifade etmesine neden olabilir (59). Eğitim seviyesi de bireyin öfke kontrol seviyesi ile ilişkilidir. Birey eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrol seviyesi de artar (59).

Bireyin yaşı ilerledikçe öfke ifade şekli fiziksel saldırganlıktan sözel veya yazılı ifadeye dönüşmeye başlar. Yaşla beraber öfke de zamanla azalır (64).

Cinsiyet faktörü de öfke ifadesinde etkilidir. Biyolojik olarak erkekler daha saldırgan ve öfkeye eğilimlidirler. Öfke nedenleri aynı olsa da ifadelerde farklılık olabiliyor (72).

### **3.2.9. Öfkenin Kontrolü**

Öfke duygusu işlev olarak var olması gereken bir duygu olmasına rağmen kontrol edilmediği takdirde bazen çok yıkıcı ve geri dönülemez olabiliyor. Öfkeyi sağlıklı yapan şey kabul edilmesi ve tanınması gerekir. Bir kısım insan öfkeyi bastırmayı sürekli hale getirmeyi tercih eder ve daha sonra patlamalarla ortaya çıkar. Bazı modellerde ise öfkeyi ve öfkeli yaşamayı yaşamı tarzına dönüştürmüştür. Aslında ikisi de sağlıksız ve kullanılmamalıdır. Aslında öfkesini tanımak ve anlamaya çalışma becerisini geliştirmek ve öfke kontrol sistemini kullanmak daha sağlıklı ve güvenlidir (57). Soykan öfkeyi denetlemeye için bir takım önerilerde bulunur:

1. Öfkenizi ateşleyen durumları ve öfke tarzını tanımlayın



2. Sakinleşmeye yönelik egzersizleri düzenli şekilde yapın
3. Nefes alışlarınızı derinleştirip, kal ve nabız atımlarınızı kontrol altına alın
4. Öfke anında sizi sakinleştirecek sözcükler kullanın
5. Şiddeti kabullenip kontrolünüzü kaybetmeyin, kendinizi kontrol etmeyi öğrenin
6. Öfkelenin ama bunu davranışa veya eyleme çevirmeyin
7. Çevrenize öfkelenmişliğinizle ilgili bilgi verin
8. Öfkelenmiş olduğunuz ortamdan uzaklaşın
9. Söz konusu sorunlarla sakinleştiğinizde uğraşın
10. Çözüm odaklı yaklaşımla sorunu açığa kavuşturun
11. Gülüşünüzü artırın ve bakış açınızı değiştirin
12. Kişisel saldırılara karşılık vermeyip olayı kişiselleştirmekten kaçının.

Çeşitli öfke kontrol yöntemleri bulunmaktadır. Dr. Harriet G. Lerner öfkeyle baş etmenin yöntemlerini şöyle açıklıyor.

- Öfke anında suçlamayın, anlamaya çalışıp yorumlamayın ve ders çıkarmayın veya eylemde bulunmayın
- Herkesin kendi davranışından mesul olduğunu öğrenin
- Bir başkasına ne hissettiğinizi ve neler düşündüğünüzü veya karşıdakinin ne yapması gerektiğini söylemeyin.

Kökdemir (2004)'e göre şu yöntemler öfke patlamalarını şöyle engelleyebiliriz:

- Rahatlama: Nefes egzersizleri veya 10'a kadar sayma ile rahatlamayı deneyin ve tekrarlayın.
- Düşüncelerimizi Değiştirme: Olaylara karşı abartılmış algıları değiştirin.
- Problem Çözme: Problemleri küçülterek veya parçalayarak çözmeye çalışın.
- İletişiminizi iyileştirin: Öfke anında sakin kalmaya çalışıp kırmadan dökmeden konuşmaya çalışın. Empati kurun.
- Çevrenizi (Ortamı) Değiştirmek: Öfkeye neden olan ortamınızı değiştirin.
- Doğru Zamanlama: Monotonluğa veya zamanlamaya bağlı sıkıntılarınızı rutin zamandan çıkarın.
- Uzak Kalma: Öfke nedeninden uzaklaşın.

- Sosyal Aktiviteler: Sosyal aktiviteler veya egzersizler yapın.
- Mizah: Sürekli ciddi olmayın, gülün, mizah yapın.
- İnanç ve dua: İnançlarınızı ve dini görüşlerinizi göz önünde bulundurun ve olumlu yönlerini kullanın ([62](#), [82](#)).

Ayrıca Deffenbacher ve Stark (1992), Meichenbaum (1972), Moon ve Eisler (1983), Albert Bandura (1973) gibi birçok kişi tarafından çeşitli yöntemler önerilmiştir (83).

### **3.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Tıp fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ile sürekli öfke arasında ilişki vardır.

H2: Tıp fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzları arasında ilişki vardır.

H3: Sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında ilişki vardır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Çalışma, tıp fakültesi öğrencilerinde uyku kalitesi ile öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma verileri, Samsun ilinde 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 1, 2 ve 3. sınıflarda nisan 2022 tarihinde toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gören 1, 2 ve 3. sınıflarda toplam 1079 öğrenci ile oluşturulmuştur. Araştırmaya toplamda 485 öğrenci katılmıştır.

Araştırmaya katılma kriterleri: Gönüllü, Samsun 19 Mayıs üniversitesi tıp fakültesinde bir, iki veya üçüncü sınıfta halen eğitim alıyor olanlar dahil edilmiştir.

Araştırma dışlama kriteri: Gönüllü olmaması, anket sorularına cevap veremeyecek sağlık sorunlarının varlığı olanlar, Samsun 19 Mayıs üniversitesi tıp fakültesi bir, iki veya üçüncü sınıfta halen eğitim almıyor olanlar dışlanmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği (SÖÖTÖ) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ölçeğinden aldıkları ortalama puanları çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Çalışmada yer alan öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim yıl miktarı, sınıf, medeni durum, antropometrik değerleri, çocuk sayısı, anne ve babanın eğitim durumları), öğrencilerin kişisel özelliklerine (sigara içme durumu, alkol içme durumu, hobileri, spor yapma durumu, nerede konakladıkları) ait bilgiler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Sürekli

Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır.

**Veri toplama formu:** Araştırmaya katılan öğrencilere yöneltilen 33 sosyodemografik sorular yer almaktadır. Bu soruların içinde yaş, cinsiyet, eğitim yıl miktarı, sınıf, medeni durum, antropometrik değerleri, çocuk sayısı, anne ve babanın eğitim durumları, sigara içme durumu, alkol içme durumu, hobileri, spor yapma durumu, nerede konakladıkları, nikotin bağımlılık soruları (FNBT) yer almaktadır.

**Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Ölçeği (PUKİ):** Katılımcıların son bir aydaki uyku kalitesi hakkında bilgi veren bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan ilk 18 soru puanlamada değerlendirmeye alınırken yatak arkadaşının cevapladığı sorular ve öz bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19. soru) bir oda veya yatak arkadaşının olup olmaması ile ilgilidir ve puanlamaya alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan ve puanlamaya alınan 18 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt boyut değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması)-3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı total PUKİ puanını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 3 puan arasında değişmektedir. Toplam PUKİ puanı ise 0-21 puan arasında değişmektedir. Toplam puanı 5 veya 5' in altında olan katılımcıların uyku kalitesi "iyi" olarak değerlendirmeye alınırken 5 puan üstü alanların ise uyku kaliteleri kötü olarak değerlendirilir. Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olup iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak belirtilmiştir (84, 85).

PUKİ puan hesaplanması aşağıdaki şekilde yapılmaktadır(86):

**Bileşen 1:** Bu bileşen öznel uyku kalitesini göstermekte olup soru 6'nın puanı ile elde edilir.

Soru 2 ve 5a puan toplamı	Bileşen puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

**Bileşen 2:** Bu bileşen uyku latensinin gösterir. Soru 2 ve 5a puanının toplanması ile elde edilir ve toplanan puana göre değer verilir.

**Bileşen 3:** Bu bileşen uyku süresini gösterir ve soru 4 puanlamasıyla oluşturulur.

**Bileşen 4:** Bu bileşen alışılmış uyku etkinliğini gösterir. Soru 1,3 ve 4 puanları ile hesaplanır. Yatakta geçirilen süre; soru 1 ile soru 3 arasındaki süreyi hesaplayarak bulunur. Ardından uyku süresi, yatakta geçirilen süreye bölünüp 100 ile çarpılarak alışılmış uyku etkinliği (%) hesaplanır (Alışılmış uyku etkinliği (%) = uyku süresi / yatakta geçen süre \* 100). Ulaşılan değere göre puanlama yapılır. Sonuçta 4. Bileşen bulunur.

Alışılmış uyku etkinliği yüzdesi	Bileşen puanı
≥ %85	0
%75-84	1
%65 -74	2
<%65	3

**Bileşen 5:** Bu bileşen uyku bozukluğunu gösterir. Soru 5b, c, d, e, f, g, h, i, j puanları ile hesaplanır.

Soru 5b- 5j puan toplamı	Bileşen puanı
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

**Bileşen 6:** Bu bileşen uyku ilacı kullanımını gösterir. Soru 7 puanıyla hesaplanır.

**Bileşen 7:** Bu bileşen gündüz işlev bozukluğunu gösterir. Soru 8 ve 9 puanıyla hesaplanır.

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

Son olarak tüm bileşenlerin puanları toplanıp PUKİ total puan elde edilmiş olur. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ): Öfke ve öfke duygusunun ifade şeklini ölçen bir ölçektir. Ölçeği Spielberger, Jacobs, Russel ve Crane tarafından 1983 tarihinde geliştirilmiştir. SÖÖTÖ Özer (1994) tarafından Türkçeye uyarlama yapılmıştır. Toplamda 34 maddeden oluşan ölçek dördümlük likert tekniği kullanılarak ve dört alt ölçeğe ayrılarak oluşmaktadır. Likert puanlaması “1-Hiç, 2-Biraz, 3-Oldukça, 4-Tümüyle” olacak şekilde derecelendirilmektedir. Ölçeğin on maddesi Sürekli Öfke (Sl-Öfke) alt ölçeğini oluşturmaktadır. Öfke ifade tarzları alt ölçeği sekizer madde halinde toplam 24 sorudan oluşup üç alt ölçek oluşturmaktadır. Bu alt ölçekler; Öfke-İç (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31. sorular), Öfke-Dış (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33. sorular) ve Öfke-Kontrol (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34. sorular) alt ölçekleridir. Bu ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Sl-öfke alt ölçeğinde katılımcılar en yüksek 40 puan, en düşük 10 puan alırlar. Öfke-tarz alt ölçeğindeki öfke-içte, öfke-dış ve öfke-kontrol alt ölçek puanlarının toplamından ise en düşük 8 en yüksek 32 puan alabilirler. Özer (1994) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmalarında ölçeklerin iç tutarlılık değerleri üzerinde durulmuştur. Yapılan çeşitli ölçümlerde ölçeğin sl-öfke ölçeğinin alfa değerleri; 67-92; arasında öfke-kontrol için 80-90; Öfke-Dış için 69-91 ve Öfke-İçtenin 58-76 arasında değişmekte olduğu kanısına varılmıştır (74).

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

Çalışmada veri toplama formu tez danışmanı ve etik kurul tarafından incelenmiş olup uygulanmasına karar verilmiştir. PUKİ ölçeği, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği ve veri formu Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi dersliklerinde 1,2 ve 3. Sınıflarda eğitim almaya devam etmekte olan toplamda 485 öğrenciye anket formu şeklinde uygulanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 10 dakika vakit almıştır. Anket formu bizzat öğrencilere elden ulaştırılmış olup sözel onamları alınmıştır.

### **3.7. İstatistiksel Analiz**

Bu çalışmanın istatistiksel analizleri bilgisayar aracılığıyla SPSS (IBM SPSS Statistics 25) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler frekans tabloları ve T-testi, oneway anova, ki kare, korelasyon, regresyon istatistikleri kullanılarak

yorumlanmıştır. Sonuçlar değerlendirilmeye alınırken ‘’ $p<0,05$  anlamlılık değeri ‘’ kabul edilmiştir.

#### 4.BULGULAR

Aşağıdaki Tablo 3.1’de çalışma grubunun demografik verileri sunulmuştur. Çalışmaya toplamda 485 kişi katılmış olup bunlardan 256’sı (%52,7) kadın ve 229’u (%47,2) erkekti. Sınıflar arasında cinsiyet dağılımına bakıldığında 1. sınıflarda 60 kadın (%47,2), 67 erkek (%52,8) bulunmaktaydı. 2. sınıflarda 80 kız (%50,6), 78 erkek (%49,4) kişi bulunuyordu. 3. sınıflarda ise 116 kız (%58), 84 erkek (%42) bulunuyordu. Sınıflar ve cinsiyet arasında chi-square analiz testi sonrası anlamlı bir fark izlenemedi ( $\chi^2 = 4,041$ ,  $p = 0,133$ ).

Öğrencilerin %41,2’sinin 3. sınıf, %36,5’inin 2. sınıf, %26,1. sınıflar oluşturmaktaydı. Bu oran sınıf mevcuduna dayanılarak belirlenmiştir. Öğrencilerin yaşları 17 ve 29 arasındaydı. Öğrencilerin Ortalama yaşları  $20,21 \pm 1,373$  yıl olarak hesaplandı. Kadınların ortalama yaşları  $21,16 \pm 1,274$  bulunurken erkeklerin ortalama yaşı  $20,27 \pm 1,477$  olarak hesaplandı. Çalışmanın %52,7’si kadınlardan oluşmaktaydı. Katılımcıların %99,4’ünün bekar olup herhangi bir katılımcının çocuğu yoktu. Öğrencilerin aldığı toplam eğitim yılı ortalama  $14,7 \pm 1,288$  olup bu süre 11 ve 20 yıl arasında değişmekte idi. Öğrencilerin yüzde 17,7’i “sigara içiyor musunuz?” sorusuna “evet” cevabını vermiştir.

Alkol kullanım durumu sorgulandığında %30,1’i “Evet” cevabını verdi. Öğrencilerin yüzde 12,8’inin bilinen bir hastalığı olup 12,4’ünün sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktaydı. Öğrencilerin %25,1’i düzenli spor yapıyordu. Öğrencilerin %50,8’i öfkelenildiğinde nefes egzersizi yaptığını söylediler. Katılımcıların %40,9’u bir hobiye sahip olduğunu söyledi. Öğrencilerin %44,4’ü yurttan kalıp %30,7’si ise evde ailesi ile kalmaktaydı. Total olarak bakıldığında öğrencilerin 69,3’ü ailesinin yanında yaşamıyordu. Ebeveynlerin Eğitim durumları sorgulandığında annelerin %60,8’i lise veya üniversite eğitimi almış olup bu oran babaların %81,3 ünü oluşturmaktaydı. Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) puanlarına bakıldığında genel katılımcı ortalaması alınmış ve %57,1 gibi büyük kısmının çok hafif bağımlı olduğu gösterilmiştir. Ortalama FNBT puanı  $2,44 \pm 2,23$  olarak bulundu.



**Tablo 3.1.** Sosyodemografik veri dağılım tablosu

Özellikler	N	%
<b>Sınıf</b>		
1.sınıf	127	26,1
2.sınıf	158	32,5
3.sınıf	200	41,2
<b>Yaş</b>		
17-19 yaş	138	28,5
20 yaş	180	37,2
21 yaş	98	20,2
22-29 yaş	68	14
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	256	52,7
Erkek	229	47,2
<b>Medeni Hal</b>		
Bekar	482	99,4
Evli	3	0,6
<b>Alınan Eğitim Süresi</b>		
11-13 yıl	77	15,9
14 yıl	143	29,4
15 yıl	161	33,1
16-20 yıl	102	21,1
<b>BKİ (kg/m2)</b>		
<18,5(zayıf)	46	9,5
18.5-24.99 (normal)	345	70,8
25-29.99 (hafif şişman)	80	16,6
30> (obez)	15	3,1
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
Evet	86	17,8
Hayır	398	81,9
<b>Alkol Kullanım Durumu</b>		
Evet	145	30,1
Hayır	336	69,9
<b>Bilinen Hastalığınız Var mı</b>		
Evet	62	12,8
Hayır	420	87,4
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>		
Evet	60	12,3
Hayır	424	87,2
<b>Düzenli Spor Durumu</b>		
Evet	122	25,1
Hayır	360	74,1
<b>Nefes Egzersizi</b>		
Evet	247	50,8
Hayır	225	46,3
<b>Hobiniz Var Mı</b>		
Evet	199	40,9
Hayır	282	58
<b>Konaklanan Yer</b>		
Yurt	216	44,4
Evde ailesiyle	149	30,7
Evde arkadaşlarıyla	39	8
Evde tek başına	81	16,7
<b>Anne Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	19	3,9
İlköğretim	150	30,9

Lise	148	30,5
Üniversite	162	33,3
Okuryazar değil	4	0,8
<b>Baba Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	7	1,4
İlköğretim	81	16,7
Lise	150	30,9
Üniversite	245	50,4
Okuryazar değil	0	0
<b>FNBT Testi</b>		
0-2(çok hafif bağımlılık)	40	57,1
3-4(hafif bağımlılık)	14	20
5(orta bağımlılık)	3	4,3
6-7(yüksek bağımlılık)	13	18,6
8-10(çok yüksek bağımlılık)	0	0

Aşağıda tablo 3.2' de çalışma grubunun cinsiyetlerin obeziteye göre beden kitle indeksi verilerinin karşılaştırılması gösterilmiştir. Kadın ve erkeklere ayrı ayrı veya total olarak bakıldığında genel olarak beden kitle indeksleri normal aralıkta idi. Kadınlar %15,3 ile zayıf olarak değerlendirilirken, erkekler %3,1 zayıf kategorisinde değerlendirildi.

Erkeklerin ortalama kiloları 73,6±12,18 kg iken kadınların ise 59,1±11,28 kg olarak hesaplandı. Erkeklerin boyu 177,4±7 cm iken kadınların boyu 165,7±7,01 cm olarak hesaplandı. Beden kitle indeksi hesaplandığında erkeklerin 23,3±3,23 (kg/m<sup>2</sup>) olup kadınların 21,4±3,29 (kg/m<sup>2</sup>) olarak bulundu. Total katılımcı olarak hesaplandığında boy ortalamaları 171,3±9,11 cm idi. Ortalama kiloları ise 65,9±13,7 kg olup beden kitle indeks ortalaması 22,3±3,39 (kg/m<sup>2</sup>) olarak hesaplandı.

**Tablo 3.2.** Öğrencilerin beden kitle indeksi değerlendirme tablosu

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Kadın (255)		Erkek (228)		Total	
	N	%	N	%	N	%
<18,5(zayıf)	39	15,3	7	3,1	46	9,5
18.5-24.99 (normal)	186	72,2	159	69,3	345	70,8
25-29.99 (hafif şişman)	25	9,8	55	24,1	80	16,6
30> (obez)	7	2,7	8	3,5	15	3,1

Öğrencilerin sigara içme durumu ve sigara içmenin öfkeyi sakinleştirdiğine dair cevapları aşağıda tablo 3.3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %17,7' i sigara kullanmakta olup Total sayının 86'sını oluşturmaktaydı. Sigara kullanımını ortalama 2

paket/yıl olarak bulunmuştur. Öfkelendiğinizde sakinleşmek için sigara içenler toplam sayının %12,8'ini oluşturmaktaydı. Öfkelendiğinizde Sigara içmek sizi sakinleştirir mi sorusuna cevap veren 65 kişinin beşli likert sorusu puanlamasına göre ortalama puanı 2,8 olarak hesaplanmış olup kısmen cevabına yakın bir sonuç vermekteydi.

**Tablo 3.3.** Öfkelendiğinizde sakinleşmek için sigara içer misiniz?

Cevaplar	N	%
Evet	62	83,8
Hayır	12	16,2
Total	74	100,0

**Tablo 3.4.** Sigara içme ve sakinleşme arasındaki ilişki durumu

Cevaplar	N	%
Asla	3	4,6
Çok az	19	29,2
Kısmen	28	43,1
Çoğunlukla	13	20,0
Tamamen	2	3,1
Total	65	100,0

### **Sigara içme durumu ile Antropometrik veriler arasındaki ilişki**

Sigara içme durumu ile iki grubun antropometrik, eğitim yılı, PUKİ total puanı, öfke ifade tarzları ve sürekli öfke puanı karşılaştırıldığı tablo 3.5 aşağıda gösterilmiştir. Her iki grubun sigara içenler ve içmeyenlerin durumu karşılaştırıldığında sigara içenlerin ortalama boyları 175,6 ( $\pm 8,4$ ) cm içmeyenlerin 170,3( $\pm 9$ ) cm idi. Yapılan karşılaştırma sonrası sigara içme ile boy arasında herhangi bir ilişki gözlenmedi ( $f=0,68$ ,  $p=0,4$ ). Sigara içenlerin kilosu değerlendirildiğinde sigara içenlerin kilosunun daha fazla olduğu gösterildi ama kilo ile sigara içme arasında anlamlı ilişki gözlenmedi ( $f<001$ ,  $p=0,99$ ). Beden kitle indeksi incelendiğinde sigara içme durumu ile anlamlı ilişki bulunamadı ( $f=0,01$ ,  $p=0,97$ ). Eğitim düzeyi ile sigara içme durumu arasında ilişki saptanmamıştır ( $f=0,9$ ,  $p=0,33$ ). PUKİ total puana bakıldığında her iki grup ile sigara içme durumu arasında ilişki saptanmamıştır ( $f=1,3$ ,  $p=0,25$ ). Öfke kontrol puanına bakıldığında sigara içme durumu arasında ilişki saptanmamıştır ( $f=0,005$ ,  $p=0,9$ ). Öfke dışı puanı ile karşılaştırıldığında sigara içme durumu ile

anlamli ilişki bulunamadı ( $f=2,7$ ,  $p=0,09$ ). Sürekli öfke puanı ile sigara içme durumu arasında anlamli ilişki tespit edilemedi ( $f=0,2$ ;  $p=0,5$ ). Sigara içme durumu ile öfke içe puanı karşılaştırıldığında iki grup arasında **anlamli ilişki** gözlemlendi ( $f=4,5$ ;  $p=0,03$ ). Sigara içme durumunu öfke puanları ile karşılaŝtırdığında sadece öfke içe puanı ile anlamli çıkmasına rağmen sigara içenlerin öfke içe, öfke dışı ve sürekli öfke puanları daha yüksek çıktığı gözlemlendi. Bu sonuca göre sigara içmenin aslında öfke durumunu artırdığı düşünülebilir. Öfke kontrolü karşılaştırıldığında ise sigara içmeyenlerin puanı daha yüksekti.

Sigara içme durumunu cinsiyetle karşılaştırdığımızda sigara içen 86 kişinin 26'sı kadın, 60'ı erkekti. Sigara içen erkekler sigara içen katılımcıların %69,8'ini oluşturmaktaydı. Bu nedenle BKİ ile kilo, sigara içenlerde daha fazla olmasının nedeni sigara içen erkeklerin daha fazla olması olarak yorumlanabilir. Tablo 3.6' te erkek ve kızların kiloları karşılaştırıldığı analiz tablosu verilmiştir. Erkek ve kızların kiloları karşılaştırıldığı cinsiyetle **anlamli ilişki** bulundu ( $f=1,8$ ;  $p<0,01$ ). Beden kitle indeksinin cinsiyetle karşılaştırıldığında erkeklerin lehine **anlamli ilişki** bulundu ( $f<0,01$ ;  $p<0,01$ ). Erkeklerin boyları da daha uzundu ve cinsiyetle karşılaştırıldığında **anlamli ilişkisi** saptandı ( $f=0,016$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 3.5** Sigara içme durumunun antropometrik, eğitim yılı, öfke ve öfke ifade tarzı puanları, PUKİ total puanlarıyla karşılaştırılması.

	Cevaplar	N	Mean	Std. Deviation	f	p
<b>Boy</b>	Evet	86	175,6	8,4	0,6	0,4
	Hayır	396	170,3	9,0		
<b>Kilo</b>	Evet	86	72,1	13,2	0,0	0,99
	Hayır	396	64,6	13,5		
<b>Vücut kitle indeksi</b>	Evet	86	23,2	3,3	0,001	0,97
	Hayır	396	22,	3,3		
<b>Kaç yıldır eğitim alıyorsunuz?</b>	Evet	86	14,6	1,4	0,9	0,33
	Hayır	396	14,	1,2		
<b>PUKI total puan</b>	Evet	86	6,9	2,5	1,3	0,25
	Hayır	395	6,3	2,8		
<b>Öfke kontrol puanı</b>	Evet	84	21,2	4,4	0,005	0,94
	Hayır	392	22,0	4,5		
<b>Öfke içe puanı</b>	Evet	84	18,7	4,9	4,5	0,03
	Hayır	394	17,2	4,0		
<b>Öfke dışı puanı</b>	Evet	84	16,5	4,0	2,7	0,09
	Hayır	394	14,8	3,4		
<b>Sürekli öfke puanı</b>	Evet	84	21,1	5,4	0,2	0,6
	Hayır	396	19,2	5,4		

Aşağıda tablo 3.6’ da cinsiyetlere göre antropometrik, eğitim yılı, öfke ve öfke ifade tarzı puanı, PUKİ total puanı ve sigara içme durumunu karşılaştırıldığı tablo verilmiştir. İki cinsiyet karşılaştırıldığında PUKİ total puan ( $f=2,8$ ,  $p=0,3$ ), alınan eğitim yılı ( $f=0,18$ ,  $p=0,13$ ), sigara kullanım miktarı ( $f=3,4$ ,  $p=0,09$ ), öfke kontrol puanı ( $f=1,3$ ,  $p=0,8$ ), sürekli öfke puanı ( $f=0,3$ ,  $p=0,08$ ) arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Cinsiyetle öfke içe ( $f=0,125$ ,  $p=0,01$ ) ve dışa puanı ( $f=1,6$ ,  $p<0,01$ ) karşılaştırıldığında ise erkeklerin lehine **anlamlı ilişki** bulundu.

**Tablo 3.6.** Cinsiyet farkına göre antropometrik, eğitim yılı, öfke ve öfke ifade tarzı puanı, PUKİ total puanı ve sigara içme durumunu

Değişkenler	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	f	p
<b>Boy</b>	Kadın	255	165,8	7	0,016	<0,01
	Erkek	228	177,4	7		
<b>Kilo</b>	Kadın	255	59,1	11,2	1,8	<0,01
	Erkek	228	73,6	12,1		
<b>BKİ</b>	Kadın	255	21,4	3,2	<0,01	<0,01
	Erkek	228	23,3	3,2		
<b>Sigara (P/Y)</b>	Kadın	22	1,3	1,4	3,4	0,09
	Erkek	50	2,4	1,9		
<b>Alınan Eğitim Yılı</b>	Kadın	254	14,7	1,2	0,18	0,13
	Erkek	229	14,6	1,2		
<b>PUKİ Total Puan</b>	Kadın	254	6,5	2,9	2,8	0,3
	Erkek	228	6,3	2,6		
<b>Öfke kontrol puanı</b>	Kadın	255	21,8	4,4	1,3	0,8
	Erkek	222	21,9	4,5		
<b>Öfke içe puanı</b>	Kadın	256	17	4,1	0,125	0,01
	Erkek	223	18	4,3		
<b>Öfke dışa puanı</b>	Kadın	256	14,4	3,2	1,6	<0,01
	Erkek	223	15,9	3,8		
<b>Sürekli öfke puanı</b>	Kadın	256	19,1	5,5	0,3	0,08
	Erkek	225	20	5,4		

Alkol kullanımı katılımcıların %30,1’ ini oluşturmaktaydı. Öfkelendiğinde alkol alanların sayısı 27 kişi olup bu soruya cevap veren 152 kişinin %17,8’ ini oluşturmaktaydı. Alkol kullanımının öfkeyi sakinleştirme arasında ilişki sorusunun cevapları tablo 3.7’ de gösterilmiştir. Öfkelendiğinde alkol kullanımı ile sakinleşir misiniz diye sorduğumuzda beşli likert sorusu olarak sorduğumuzda 1 ile 5 puan arasında ortalama puanı 1,6 bulunup çok az kısmına yakın bir puana tekabül etmekteydi.

**Tablo 3.7.** Alkol kullanımı sizi sakinleştirme düzeyi

<b>Cevaplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Asla</b>	40	31,0
<b>Çok az</b>	41	31,8
<b>Kısmen</b>	30	23,3
<b>Çoğunlukla</b>	14	10,9
<b>Tamamen</b>	4	3,1
<b>Total</b>	129	100,0

Katılımcıların %25,1'i düzenli spor yaptıklarını ifade ettiler. Öfke sonrası spor yapanlar ise totalin %28,2'sini oluşturuyordu. Spor yaparak sakinleşiyor musunuz sorusuna cevapları aşağıda tablo 3.8 de gösterilmiştir. Cevaplar değerlendirildiğinde %40,5 'i kısmen sakinleştiğini ifade ettiler ve beşli likert sorusu olarak sorduğumuzda 1 ile 5 puan arasında ortalama puanı alındığında 3,3 puana denk gelmekteydi.

**Tablo 3.8.** Spor yapmanın kişiyi sakinleştirme düzeyi ait dağılım.

<b>Cevaplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Asla</b>	9	5,4
<b>Çok az</b>	21	12,5
<b>Kısmen</b>	68	40,5
<b>Çoğunlukla</b>	50	29,8
<b>Tamamen</b>	20	11,9
<b>Total</b>	168	100,0

Öğrencilerin %50,8'i öfkelenildiğinde nefes egzersizi yaptığını belirtmişti. Aşağıda nefes egzersizi ile sakinleşme düzeyi tablo 3.9' da gösterilmiştir. Katılımcılar ''derin nefes egzersizinin sakinleştirir mi?' sorusuna %41' i kısmen cevabını vermişti ve beşli likert sorusu olarak sorduğumuzda 1 ile 5 puan arasında ortalama puanı 2,8 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.9.** Nefes alma egzersizi öfkeyi sakinleştirme düzeyi

<b>Cevaplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Asla</b>	18	6,4
<b>Çok az</b>	75	26,5
<b>Kısmen</b>	116	41
<b>Çoğunlukla</b>	69	24,4
<b>Tamamen</b>	5	1,8
<b>Total</b>	283	100,0

Öğrencilere sorulan hobi sorusuna %40,9 ‘u evet cevabını verdi. Aşağıdaki tabloda 3.10’da hobi ile sakinleşme düzeyi gösterilmiştir. Cevaplar değerlendirildiğinde %33,5’i kısmen, %37,3’ü çoğunlukla sakinleştiğini belirtmiş ve beşli likert sorusu olarak sorduğumuzda 1 ile 5 puan arasında ortalama puanı 3,3 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.10.** Hobi ve sakinleşme düzeyi ilişkisi

<b>Cevaplar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Asla</b>	3	1,4
<b>Çok az</b>	41	19,3
<b>Kısmen</b>	71	33,5
<b>Çoğunlukla</b>	79	37,3
<b>Tamamen</b>	18	8,5
<b>Total</b>	212	100,0

Öğrencilere yaptıkları hobileri sorduğumuzda aldığımız cevaplar aşağıda tablo 3.11’ de verilmiştir. Cevapları incelediğimizde öğrencilerin %31,7 gibi büyük bir kısmı hobi olarak spor yaptıklarını söylediler. Sporunu sırasıyla oyun oynamak, enstrüman çalmak ve resim çizmek izliyordu.

**Tablo 3.11.** Katılımcıların hobi seçimleri

<b>Hobiler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bisiklet sürmek</b>	1	1,17
<b>Bulmaca çözmek</b>	1	1,17
<b>Dans etmek</b>	3	3,52
<b>Enstrüman çalmak</b>	16	18,82
<b>Oyun</b>	20	23,52
<b>Resim çizmek</b>	14	16,46
<b>Spor</b>	27	31,7
<b>Yazmak</b>	3	3,52
<b>Total</b>	85	100,0

Tıp fakültesi öğrencilerine öfkelenildiğinde spor, hobi, sigara içmek, alkol kullanmak dışında neler yaptıklarını sorduğumuzda aşağıdaki tablo 3.12’ deki cevapları verdiler. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde öğrencilerin %23,4’ü öfke

sonrası sakinleşmek için müzik dinlediğini, %17,2'si uyumayı seçtiğini, %12,9 u yürüyüş yapıp, %12,9 u ise yalnız kalmayı seçtiğini söyledi.

**Tablo 3.12.** Öfke anında sakinleşmek için yapılan aktiviteler

	N	%		N	%
<b>Ağlamak</b>	17	8,13	<b>Abdest almak</b>	1	0,47
<b>Bağırmak</b>	3	1,43	<b>Kediyle uğraşmak</b>	1	0,47
<b>Başkasıyla konuşmak</b>	6	2,87	<b>Kitap okumak</b>	3	1,43
<b>Beklemek</b>	1	0,47	<b>Masturbasyon</b>	2	0,95
<b>Bir şeylere zarar vermek</b>	1	0,47	<b>Matematik çözmek</b>	1	0,47
<b>Boks</b>	1	0,47	<b>Müzik dinlemek</b>	49	23,44
<b>Dans</b>	1	0,47	<b>Sayı saymak</b>	1	0,47
<b>Denizi izlemek</b>	1	0,47	<b>Şarkı söylemek</b>	5	2,39
<b>Ders çalışmak</b>	1	0,47	<b>Tütsü yakmak</b>	1	0,47
<b>Duş almak</b>	2	0,95	<b>Uyumak</b>	36	17,22
<b>Duvara yumruk atmak</b>	2	0,95	<b>Yalnız kalmak</b>	27	12,91
<b>Düşünmek</b>	2	0,95	<b>Yemek</b>	4	1,91
<b>Film izlemek</b>	11	5,2	<b>Yürüyüş</b>	27	12,91
<b>Günlük tutmak</b>	1	0,47	<b>Kağıt yırtmak</b>	1	0,47
			<b>Total</b>	209	100

Katılımcıların sınıflarına göre ayırarak yapılan fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), PUKİ total puan, öfke içe, öfke dışı, öfke kontrol ve sürekli öfke puanı analizi aşağıda tablo 3.13' te verilmiştir. Birinci, ikinci ve üçüncü sınıflar ile fagerström nikotin bağımlılık testi (f=1,2, p=0,2), PUKİ total puan (f=1,1, p=0,3), öfke içe (f=0,3, p=0,7), öfke dışı (f=0,2, p=0,7), öfke kontrol (f=0,06, p=0,9) ve sürekli öfke puanı (f=0,4, p=0,6) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.



**Tablo 3. 13.** Katılımcıların sınıflara göre FNBT, öfke ve öfke ifade tarzı puanı, PUKİ total puanı dağılım tablosu

<b>Değişkenler</b>		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>f</b>	<b>p</b>
<b>FNBT</b>	1.sınıf	17	2,58	2,8	1,2	0,2
	2.sınıf	28	2,89	2,2		
	3.sınıf	25	1,84	2,2		
	Total	70	2,44	2,4		
<b>Öfke dışı puanı</b>	1.sınıf	124	15,21	3,8	0,2	0,7
	2.sınıf	157	14,95	3,3		
	3.sınıf	198	15,23	3,6		
	Total	479	15,13	3,6		
<b>Öfke içe puanı</b>	1.sınıf	124	17,74	4,5	0,3	0,7
	2.sınıf	157	17,38	4,3		
	3.sınıf	198	17,40	4,0		
	Total	479	17,48	4,2		
<b>Öfke kontrol puanı</b>	1.sınıf	122	21,90	4,3	0,06	0,9
	2.sınıf	156	21,78	4,5		
	3.sınıf	199	21,95	4,50		
	Total	477	21,88	4,4		
<b>PUKİ Total Puan</b>	1.sınıf	127	6,24	2,8	1,1	0,3
	2.sınıf	158	6,27	2,7		
	3.sınıf	197	6,65	2,7		
	Total	482	6,42	2,7		
<b>Sürekli öfke puanı</b>	1.sınıf	125	19,35	5,4	0,4	0,6
	2.sınıf	157	19,43	5,4		
	3.sınıf	199	19,89	5,6		
	Total	481	19,60	5,4		

Aşağıdaki tablo 3.14' te katılımcıların PUKİ total puanı ortalaması verilmiştir. Öğrencilerin total PUKİ puanlarına bakıldığında öğrencilerin %59,5'inde uyku kalitesi kötü olarak saptandı. PUKİ total puan ortalamaları 6,42 olarak belirlenmiş ve standart sapma değeri 2,77 olarak hesaplandı. Bu ortalamaya göre genel olarak bakıldığında öğrencilerin uyku kalitesi kötü olarak değerlendirildi. Tablo 3.6 da gösterilen cinsiyet farkına göre PUKİ puanı analizinde erkeklerin PUKİ total puan ortalaması 6,3±2,6 olarak bulunup kadınların ise 6,5±2,9 puan hesaplanmıştır ama cinsiyetle anlamlı ilişki tespit edilemedi (f=2,8, p=0,3).

**Tablo 3.14.** Katılımcıların PUKİ total puanına dağılım

Uyku Kalite Puanı	N	%
(≤5) İyi Uyku Kalitesi	195	40,5
(>5) Kötü Uyku Kalitesi	287	59,5
<b>Total</b>	<b>482</b>	<b>100</b>

Aşağıda tablo 3.15’ te öğrencilerin sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puanlarının ortalamaları verilmiştir. Öğrencilerin sürekli öfke ortalama puanı  $19,6 \pm 5,48$ , öfke içe ortalama puanı  $17,48 \pm 4,27$ , öfke dışa puanı  $15,13 \pm 3,62$ , öfke kontrol puan ortalaması ise  $21,8 \pm 4,49$  olarak bulundu. Tablo 3.6’daki analiz tablosunda yer alan erkeklerin ortalama puanları her 4 öfke ölçeği puanında da daha yüksek olarak hesaplandı. Cinsiyetle öfke içe ( $p=0,001$ ) ve öfke dışa ( $p<0,01$ ) puanı erkek bireylerin lehine **anlamlı ilişki** bulundu.

**Tablo 3.15.** Öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçek ortalama puanlarının dağılımı

Değişkenler	N	SS	MEAN	MEDIAN
Sürekli Öfke Puanı	481	5,4888	19,60	19
Öfke İçe Puanı	479	4,27155	17,48	17
Öfke Dışa Puanı	479	3,62029	15,13	14
Öfke Kontrol Puanı	477	4,495361	21,8	22

Katılımcıların yaş, boy, kilo, BKİ, sigara içme durumu (p/y), sürekli öfke puanı, öfke içe puanı, öfke dışa puanı, öfke kontrol ve PUKİ total puanı korelasyon analizleri aşağıda tablo 3.16’ da verilmiştir. Öğrencilerin yaşı ve PUKİ total puanı arasında **anlamlı ve pozitif ilişki** bulundu ( $r=0,115$ ,  $p=0,012$ ). Yani zayıf bir korelasyonla yaş arttıkça PUKİ total puanı artıyor şeklinde yorumlanabilir. PUKİ total puan ile sürekli öfke puanı ( $r=0,223$ ,  $p<0,01$ ), öfke içe puanı ( $r=0,139$ ,  $p=0,02$ ), öfke dışa puanı ( $r=0,194$ ,  $p<0,01$ ) arasında **anlamlı ve pozitif ilişki** bulundu. Yani PUKİ total puanı arttıkça sürekli öfke puanı, öfke dışa puanı, öfke içe puanı arttığı şeklinde yorumlanabilir. PUKİ total puanı ile öfke kontrol puanı arasında ise **negatif ve anlamlı** ilişki bulundu ( $r=-0,107$ ,  $p=0,019$ ). Yani PUKİ total puanı arttıkça öfke kontrol puanı düştüğü tespit edildi.

Öğrencilerin sigara içme durumunun paket/yıl miktarı ile boy ( $r=0,27$ ,  $p=0,022$ ), kilo ( $r=0,421$ ,  $p<0,01$ ) ve vücut kitle indeksi ( $r=0,383$ ,  $p=0,001$ ) ile **pozitif ve anlamlı**

*ilişkisi* bulundu. Bu durum erkeklerin sigara içme oranlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Öğrencilerin sürekli öfke puanı ile öfke içe puanı ( $r=0,368$ ,  $p<0,01$ ) ve öfke dışı puanı ( $r=0,607$ ,  $p<0,01$ ) arasında *pozitif ve anlamlı ilişki* bulundu. Yani öfke içe puanı ve öfke dışı puanı arttıkça sürekli öfke puanı da artmakta idi. Sürekli öfke puanı ile öfke kontrol puanı arasında ise *negatif ve anlamlı ilişki* bulundu ( $r=0,554$ ,  $p<0,01$ ). Yani sürekli öfke puanı arttıkça öfke kontrol puanı veya öfke kontrolü azalmakta idi.

Öfke dışı puanı ile boy ( $r=0,132$ ,  $p=0,004$ ), kilo ( $r=0,101$ ,  $p=0,027$ ), sürekli öfke puanı ( $r=0,607$ ,  $p<0,01$ ), öfke içe puanı ( $r=0,295$ ,  $p<0,01$ ), PUKİ total puanı ( $r=0,194$ ,  $p<0,01$ ) arasında *pozitif ve anlamlı ilişki* bulundu. Yani öfke dışı puanı arttıkça öfke içe puanı, boy kilo, sürekli öfke puanı ve PUKİ total puan veya kötü uyku puanı da artmakta idi. Öfke dışı puanı ve öfke kontrol puanı arasında ise *negatif ve anlamlı ilişki* bulundu. Yani öfkenin dışı vurumu veya puanı arttıkça öfke kontrolü veya puanı azalmakta idi.

Öfke içe puanı ile sürekli öfke puanı ( $r=0,368$ ,  $p<0,05$ ), öfke dışı ( $r=0,295$ ,  $p<0,05$ ) ve PUKİ total puan ( $r=0,139$ ,  $p<0,05$ ) ile *pozitif ve anlamlı ilişki* bulundu. Öfke içe puanı ile öfke kontrol puanı ( $r=-0,096$ ,  $p<0,01$ ) arasında ise *negatif ve anlamlı ilişki* bulundu.

**Tablo 3.16.** Öğrencilerin yaş, antropometrik, PUKİ puanı, SÖÖTÖ alt boyutları puanı korelasyon

Değişkenler	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Yaşınız	484	1									
2-Boy	482	-0,053	1								
3-Kilo	482	0,019	0,705**	1							
4-BKİ(Kg/cm <sup>2</sup> )	482	0,061	0,265**	0,866**	1						
5-Sigara(p/y)	71	0,137	0,270*	0,421**	0,383**	1					
6-Sürekli Öfke P.	480	0,050	0,023	0,059	0,057	-0,033	1				
7-Öfke İçe P.	478	-0,043	0,061	0,054	0,029	-0,161	0,368**	1			
8-Öfke Dışa P.	478	-0,003	0,132**	0,101*	0,041	0,020	0,607**	0,295**	1		
9-Öfke Kontrol P.	476	0,014	0,034	-0,008	-0,024	0,041	-0,554**	-0,096*	-0,437**	1	
10-PUKİ Total P.	481	0,115*	-0,040	-0,031	-0,021	0,217	0,223**	0,139**	0,194**	-0,107*	1
11-FNBT P.	69	0,082	0,251*	0,47**	0,460**	0,825**	0,024	-0,029	0,050	0,112	0,172

p<0,01\*, p<0,05\*\*  
(P.=puan)

Yapılan PUKİ total puan ile diğer değişkenlerin regresyon analizi aşağıda tablo 3.17 ve tablo 3.18’ de verilmiştir. Regresyon analizinde PUKİ total puanının sadece %1’ ine etki etmekteydi ve anlamlı bir yüzdelik elde edilemedi. Yaş, sürekli öfke puanı, öfke içe puanı, öfke dışa puanı, öfke kontrol puanı, FNBT puanı bağımsız değişken olarak alınıp PUKİ total puan üzerindeki etkilerini öğrenmek amacıyla yapılmıştır. Sürekli öfke puanı, öfke içe puanı, öfke dışa puanı öfke kontrol puanı ve yaş değişkenleri ile PUKİ total puan arasında yapılan regresyon analiz sonucu anlamlı değer bulunamadı. Yani sürekli öfke puanı, öfke içe puanı, öfke dışa puanı öfke kontrol puanı ve yaş faktörünün PUKİ total puan üzerinde etkili değildir ( $p>0,05$ ,  $R=$ ,  $R^2=- 0,012$ ).

**Tablo 3.17.** PUKİ total puan ve SÖÖTÖ, yaş, FNBT değişkenlerinin regresyon analizi

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error	R Square Change	F	df1	df2	Sig. F Change
0,283	0,080	-0,012	2,61204	0,080	0,870	6	60	0,522

**Tablo 3.18.** PUKİ total puan ve SÖÖTÖ, yaş, FNBT değişkenlerinin regresyon analizi

Bağımsız Değişken	B	SS	p	N
Sürekli Öfke Puanı	0,028	0,103	0,786	67
Öfke içe Puanı	0,067	0,071	0,354	67
Öfke Dışa puanı	0,046	0,111	0,680	67
Öfke kontrol puanı	0,044	0,101	0,669	67
FNBT puanı	0,144	0,132	0,282	67
Yaş	0,274	0,238	0,254	67

Bağımlı değişken: PUKİ total puan

Yapılan bir diğer regresyon analizde PUKİ total puan, öfke içe puanı, öfke dışa puanı, FNBT puanı, yaş ve öfke kontrol puanının; sürekli öfke üzerindeki etkisi aşağıda tablo 3.19 ve tablo3.20’ de verilmiştir. Yapılan çalışmada sürekli öfke durumu ile açıklanan parametrelerin %64 ünü açıklamakta idi. PUKİ total puan, yaş, FNBT ve öfke içe puanı ile sürekli öfke puanı arasında anlamlı etkisi bulunamadı( $p>0,05$ ). Yani PUKİ total puan, yaş, öfke içe puanı ve FNBT puanının; sürekli öfke üzerinde etkisi yoktur. Öfke dışa puanı ile sürekli puanı arasında **anlamlı ilişki** bulundu( $p<0,01$ ). Öfke dışa puanı sürekli öfke üzerinde etkili bir risk faktörüdür. Öfke kontrol puanı ile sürekli öfke arasında ise **negatif ve anlamlı ilişki**

tespit edildi. Yani öfke kontrol puanının azalması sürekli öfke puanı üzerinde etkilidir puanını artırır.

**Tablo 3.19.** Sürekli öfke puanına öfke ifade tarzı alt boyutları PUKİ puanı, FNBT, yaş değişkenlerinin regresyon analizi

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error	R Square Change	F	df1	df2	Sig. F Change
0,822 <sup>a</sup>	0,676	0,643	3,27971	0,676	20,822	6	60	,000

**Tablo 3.20.** Sürekli öfke puanı ile öfke ifade tarzı alt boyutları PUKİ puanı, FNBT, yaş değişkenlerinin regresyon analizi

Değişkenler	B	SS	p	N
PUKİ Puan	0,044	0,162	0,786	67
Öfke içe Puanı	0,152	0,088	0,09	67
Öfke Dışa Puanı	0,549	0,120	<0,01	67
Öfke Kontrol puanı	-0,550	0,106	<0,01	67
FNBT puanı	0,094	0,167	0,576	67
Yaş	-0,013	0,302	0,965	67

Bağımlı değişken: sürekli öfke puanı

Öfke kontrol üzerinde yapılan regresyon analizi aşağıda tablo 3.21 ve tablo 3.22’de verilmiştir. Bu analiz sonucu öfke kontrol puanı ile açıklanan parametrelerin **%46’sını** açıklamakta idi. Öfke içe puanı, öfke dışa puanı, PUKİ total puanı, FNBT puanı, yaş ile öfke kontrol puanı arasında anlamlı bir değer bulunamadı( $p>0,05$ ). Yani öfke içe puanı, öfke dışa puanı, FNBT puanı, yaş, PUKİ total puanı üzerinde etkisi yoktur. Sürekli öfke puanı ile öfke kontrol arasında **negatif ve anlamlı ilişki** bulundu. Yani sürekli öfke puanı arttıkça öfke kontrol puanı azalmakta idi( $p<0,01$ ).

**Tablo 3.21.** Öfke kontrol puanı ile PUKİ puanı, sürekli öfke puanı, FNBT, yaş, öfke içe ve öfke dışı puanı arasındaki regresyon analizi

---

<b>R</b>	<b>R Square</b>	<b>Adjusted R Square</b>	<b>Std. Error</b>	<b>R Square Change</b>	<b>F Change</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>Sig. F Change</b>
0,716	0,513	0,464	3,31980	0,513	20,822	6	60	,000

---

**Tablo 3.22.** Öfke kontrol puanı ile PUKİ puanı, sürekli öfke puanı, FNBT, yaş, öfke içe ve öfke dışı puanı arasındaki regresyon analizi

---

<b>Bağımsız Değişken</b>	<b>B</b>	<b>SS</b>	<b>p</b>	<b>N</b>
<b>PUKİ Total Puan</b>	0,070	0,164	0,669	67
<b>Öfke içe Puanı</b>	0,102	0,090	0,266	67
<b>Öfke Dışa puanı</b>	-0,85	0,140	0,548	67
<b>Sürekli Öfke Puanı</b>	-0,564	0,109	0,01	67
<b>FNBT puanı</b>	0,181	0,168	0,287	67
<b>Yaş</b>	0,292	0,304	0,340	67

---

**Bağımlı değişken: Öfke kontrol puanı**

---

## 5. TARTIŞMA

Öfke duygusunun sağlık üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Öfke ifade tarzının da kardiyak, inme ve uyku kalitesi üzerinde etkileri olduğu öne sürülmüştür. Uyku yoksunluğunun yapılan bazı insan ve hayvan deneylerinde saldırgan olaylarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı duygusal durumların uyku kalitesinden etkilendiği; anksiyete ve sinirlilik gibi bazı duyguların uyku kalitesi düşüklüğü ile ilgili olabildiği düşünülmektedir (3). Üniversite öğrencilerinde (1), orta yaşlı erişkin bireylerde(4), çocuk ve genç suçlularda (87), gazilerde (5) , Felix Arbinaga tarafından (3) yapılmış farklı popülasyonlardaki çalışmalarda, uyku kalitesi ve öfke duygusu arasında bir ilişki olduğunu ve uyku kalitesinin kötü olması durumunun öfke duygusunu olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Bu çalışmada amaçlanan hedef uyku kalitesini öfke ve öfke ifade tarzlar üzerindeki etkiyi veya ilişkiyi tespit etmektir.

Bu çalışmada 256' sı (%52,7) kadın, 229' u (%47,2) erkek olmak üzere toplam 485 tıp fakültesi öğrencisi katıldı. Öğrenciler 1, 2 ve 3. sınıflarda olup ortalama  $20,21 \pm 1,373$  yaşlarında idi. Öğrenciler çoğunlukla ailesinden farklı yerde konaklıyordu. Ebeveyn eğitim durumları çoğunlukla lise veya üniversite mezunuydular.

Araştırmada öğrencilerin boy, kilo ve beden kitle indeksi ortalamalarına bakıldığında %70,8' i normal BKİ aralığında idi. Lisans öğrencilerinde yapılan benzer literatür çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (88). Öğrencilerin cinsiyetlere göre boy, kilo ve beden kitle indekslerine bakıldığından erkeklerin ortalamaları daha yüksek olup cinsiyet farkıyla anlamlı ilişki olduğunu bulduk. Üniversite öğrencilerinde yapılan ve yaş, boy, kilo ortalamaları, erkek ve kadın katılımcı yüzde oranı bizim çalışmamıza benzer başka literatür çalışmasında da çoğunlukla normal BKİ aralığında bulunup cinsiyet ile anlamlı ilişki bulunmuş (89). Aile hekimliğine başvuran hastalarda yapılan diğer literatür çalışmasında da BKİ ile cinsiyet arasında benzer ilişki sonuçları elde edilmiş (90). Türkiye Sağlık Araştırmasının (2019) çalışmasına göre cinsiyet ayırımına göre kadınların %40' ı normal kilolu, %55,2' si obez veya obez öncesi olup; erkeklerin %40,3' u normal kilolu iken %56,9' u obez veya obez öncesi olarak bulunmuş. (91)Türkiye Sağlık Araştırmasını kendi

çalışmamızla karşılaştırdığımızda tıp fakültesi öğrencilerinin yüzde olarak çok daha az obezite oranlarına sahip olduğunu gördük.

Öğrencilerin sigara içme durumlarına bakıldığında erkek öğrencilerin kullanım sıklığı kadınlarda daha fazla bulundu. Farklı üniversite ve tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan literatür çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (92-96). Sigara kullanım miktarı tıp dışı üniversitelerle karşılaştırıldığında veya diğer tıp fakülteleri ile karşılaştırıldığında 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri daha az kullanım yüzdesine sahipken Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ile benzer oranlar bulundu (91-95). Toplum bazında bakıldığında TÜSEB verilerine 2015 yılında toplumda sigara içme oranı %24,9 olup araştırmamızdaki öğrencilerin sigara kullanımını daha az olarak belirlendi (97).

Sigara içme durumuna göre PUKİ total puan incelendiğinde sigara içenlerde ortalama  $6,9 \pm 2,5$  iken içmeyenlerde  $6,3 \pm 2,8$  olarak bulunmuş ve sigara içen bireylerde daha kötü uyku kalite puanı olduğu görüldü. Ama sigara içme ile PUKİ puanı arasında istatistiksel olarak bir anlamlı ilişki bulunamadı ( $p=0,25$ ). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka literatür çalışmasındaki sonuçlarla paralellik göstermekte (29). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka çalışmada uyku kalitesi ile sigara içme durumuna bakılmış anlamlı ilişki bulunmuş (98). Türkiye’ de 2020 yılına kadar yapılan son 10 yıllık tez çalışmalarının meta analizini yapan literatür araştırmasında her 4 kişiden birinin sigara içtiğini ve sigara içenler ise yarısının kötü uyuduğu sonucuna varılmıştır. Sigara içmeyen bireylerin %69,7 oranında daha kaliteli bir uykuya sahip olduklarını sonucuna varılmış (99). Bu sonuç farklılığını nedeni çalışmamıza katılan öğrencilerin nikotin bağımlılık seviyesinin düşük olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Sigara bağımlılık nedeni olan nikotinin doz bağımlı olarak REM uykusunu ve yavaş dalga uyku evresinde kısalmaya neden olup uyku süresini azaltır. Uzun süreli dozun düşük olarak uygulanması halinde REM evresi uzarken, yüksek doz ve kronik kullanımı halinde REM süresini ve uyku süresini azalttığı belirtilmekte (99).

Sigara içen bireylerde içmeyenlere nazaran sürekli öfke, öfke içe puanı, öfke dışı puanı daha yüksek olmasına ve öfke kontrol puanı daha düşük bulunmasına rağmen sadece öfke içe puanı ile anlamlı ilişkisi bulundu. Üniversite öğrencilerinde yapılan



bir çalışmada sigara kullanımı ile sadece öfke kontrol puanı arasında bir ilişki bulunmuş (100). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında herhangi bir ilişki bulunmamış (101). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka çalışmada ise sigara kullanımının sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ile yüksek derecede anlamlılık gösterdiği bulunmuş (102).

Katılımcıların alkol tüketim oranlarına bakıldığında %30,1' i alkol tüketiyordu. 19 Mayıs üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada bu oran daha yüksek bulunmuş %47 olarak literatüre geçmiştir (103). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada bu oran %39,7 olarak bulunmuştur (104). Yüzüncü Yıl Üniversitesinde yapılan bir çalışmada bu oran %34 olarak bulunmuş olup bizi çalışmamıza yakın oranlar elde edilmiştir. Dokuz Eylül Tıp fakültesi öğrencilerinde ise bu oran %48,4 olarak tespit edilmiştir (105).

PUKİ total puan hesaplanıp uyku kalitesi belirlendiğinde katılımcıların %59,5' i kötü uyku kalite puanına sahipti. Genel ortalamaya bakıldığında ise PUKİ total puan  $6,42 \pm 2,77$  olarak tespit edilip kötü uyku kalitesi olarak değerlendirildi. Tıp, hemşirelik, eczacılık eğitimi alan üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada uyu kalite puanı ortalama  $6.15 \pm 1.90$  olup %59 oranında kötü uyku kalitesi bulunmuştur. (29) Düzce üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde (106), Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde (107), Kırklareli üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerinde (98), Felix Arbinaga tarafından üniversite öğrencilerine uygulanan çalışmada (1), Amerika Birleşik Devletleri'nin güneybatısındaki büyük bir üniversitede (108) Amerika Birleşik Devletleri'nin Kuzeybatı Pasifik bölgesindeki bir tıp üniversitesinde (109), Tayvan' da üniversite öğrencilerinde (110) yapılan çeşitli bir çok çalışmada genel olarak tıp veya diğer üniversite öğrencilerini uyku kalitelerinin kötü olduğu tespit edilmiş ve bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir.

Uyku kalitesi üzerinde yaş, yaşam ve çalışma koşulları, fiziksel aktiviteler, ruhsal durum, beslenme alışkanlıklarının cinsiyet farkının etkisi olabilmektedir (86). Uyku kalitesi ile sigara içme durumu, cinsiyet ve sınıf farklılığı faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Ancak yaş faktörü ile anlamlı ilişki bulundu. Benzer çalışmaları incelediğimizde, Üniversite öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda yaş, cinsiyet, sınıf, sigara kullanma durumu ile anlamsız bulunmuş (29, 98). Yaş faktörü

analizinde anlamlı değerler elde etmemiz ilgi çekicidir. Amerika Birleşik Devletleri'nin Kuzeybatı Pasifik bölgesindeki bir üniversitede yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmesine (109) rağmen daha genç ve yaşlı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışma, yaşa bağlı uyku kalite puanları arasında hiçbir fark göstermemiştir (111). Bu yaş ile tıp fakültesinde okumak arasında uyku kalitesini etkileyen bir potansiyel bir etkileşim düşündürür. Üniversite öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak cinsiyet ile uyku kalitesi arasında bir ilişki olduğu kadınların daha yüksek kötü uyku kalite puanına sahip olduğunu göstermiştir (1, 112).

Uyku kalitesi ile öfke duygusu arasında uyku kalitesi düşüklüğünün sürekli öfke veya öfke ifade tarzları arasında korelasyon çıkması amaçlanmıştır. Çalışmamızda uyku kalite puanı ile sürekli öfke puanı, öfke içe puanı ve öfke dışa puanı arasında pozitif anlamlı korelasyon bulunurken öfke kontrol puanı arasında negatif anlamlı korelasyon bulundu. Yani çalışmamız amacımıza uygun sonuçlar verdi. Bu yönde yapılan bazı çalışmalar ile paralel sonuçlar elde ettik. Felix Arbinaga tarafından üniversite öğrencilerine ve 19-64 yaşları arasındaki bireylere yapılan 2 ayrı çalışmada (1, 3), Chol Shin ve arkadaşları tarafından orta yaşlı erişkin bireylere yapılan araştırmada (4), Engin ve arkadaşları tarafından yapılan kontrol grup çalışmasında(113), hemşirelerde uyku ve öfke duygusu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada (86), adölesanlarda yapılan uyku ve öfke duygusu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada (114) yaptığımız çalışma sonucuna paralel sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırma sonrası bireylerde uyku kalitesinin sürekli öfke duygusu, öfke içe ve dışa ifade tarzlarında olumsuz etki oluşturup artırdığı öfke kontrolünü de zorlaştırmasına neden olabileceği düşündürdü. Duygular çift yönlü doğaya sahipler; uyku sorunları insan ve hayvanlarda saldırgan olaylarla yakından ilişkilidir. Duygusal durumlar uyku kalitesi ile ilişkilidir. Uyku sorunlarının sempatik aktivite üzerinden etki oluşturup duygu durumuna ve sağlık problemlerinde neden olabilmekte olduğu düşünülmekte (3).

Katılımcıların yapılan puanlamada sürekli öfke puanı ortalaması  $19,6\pm 5,4$ , öfke içe puan ortalaması  $17,4\pm 4,2$ , öfke dışa puan ortalaması  $15,1\pm 3,6$  ve öfke kontrol puan ortalaması  $21,8\pm 4,4$  olarak belirlendi. Elde ettiğimiz puanlar Fırat Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışma (101), İstanbul' da bir vakıf üniversitesi

öğrencilerinde (100) ve üniversite öğrencilerinde yapılan farklı iki çalışma (115, 116) ile karşılaştırdığımızda çok yakın değerler gösteriyordu.

Öfke duygusunun varlığı veya ifade ediliş şekli kültürel, çevresel, yaş, cinsiyet, gibi etkenlere bağlı değişebilmektedir. Öfke duygusunun sıklığı konusunda kadın ve erkeklerde benzer yoğunlukta olduğu, öfkeyi ifadesi söz konusu olunca erkeklerin daha doğrudan ifade etme şeklini benimseyip kadınların dolaylı yoldan ifade şekillerini benimsediği belirtilmekte. Bu ifade farklılığının nedeni kadınların toplum tarafından dayattığı bazı yargılardan veya cinsiyet rol baskısından kaynaklandığı ve bu nedenle erkeklerin öfkeyi daha rahat ifade edebildiği belirtilmekte (86). Araştırmamızda öfke dışı, öfke içi ile cinsiyet arasında erkeklerin lehine anlamlı ilişki varken sürekli öfke ve öfke kontrolü ile kadın erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını tespit ettik. Üniversite öğrencilerinde yapılan iki farklı çalışmada aynı paralellikte sonuçlar elde edilmiş (100, 117). Üniversite öğrencilerinde yapılan ve hemşirelerde yapılan iki ayrı çalışmada cinsiyetle sadece öfke dışı arasında erkeklerin lehine anlamlı bulunmuşken sürekli öfke ve diğer öfke ifade tarzları arasında bir ilişki bulunamamış (86, 116). Bu çalışmaların aksine yapılan bazı çalışmalarda cinsiyetle öfke ve ifade şekli arasında bir ilişki olmadığı verisine ulaşılmıştır (118).

Öfkenin duygusunun sınıf ve yaş faktörüne göre değişiklik göstermediğini elde ettik. Yapılan bazı çalışmalarda benzer şekilde yaş ile öfke duygusu arasında ilişki olmadığı verisi elde edilmiştir (100, 116-118). Hemşirelerde ve hemşirelik yüksek okulunda yapılan iki farklı çalışmada yaş ile öfke kontrol arasında bir ilişki olduğu yönünde idi. Özellikle hemşirelerde 45 yaş üst olanlarda öfke kontrolün arttığı yönünde idi (86, 119). Mevcut sonuçlar değerlendirildiğinde çalışmaların yaş ile olan ilişkisinin katılımcıların yaş farkının az olmasında kaynaklı olabileceğini düşündürdü.

Sürekli öfke durum puanı ile öfke içi ve öfke dışı puanı arasında yapılan korelasyon analizinde aralarında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulundu. Öfke kontrol puanı ile karşılaştırıldığında ile sürekli öfke puanı ile negatif ve anlamlı bir ilişki mevcuttu. Öfke dışı puanı ile öfke içi puanı arasında da kendi aralarında pozitif ve anlamlı korelasyon bulunurken öfke kontrol puanı ile negatif ve anlamlı korelasyon

mevcuttu. Öfke içe puanı ile öfke kontrolü arasında da negatif ve anlamlı ilişki bulundu. Bulunan sonuçlara bakıldığında sürekli öfke durumunun öfke içe ve dışa yansıtılması ile paralellik gösterdiği ve sürekli öfkeli olma durumunun öfke kontrolünü zorlaştırdığı düşünülebilir. Aynı şekilde öfkeyi sürekli içe atmanın veya dışa yansıtmanın da öfkeyi kontrol etmeyi zorlaştırdığı düşünülebilir. Yapılan regresyon analizinde vardığımız sonuçlar sürekli öfkeye; öfke dışa durumu pozitif yönde etkili bulunurken öfke kontrolünün negatif yönde etkili olduğu bulundu. Bu durumda öfkeyi kontrol edememek veya sürekli dışa yansıtma sürekli öfke durumunu artırmakta idi. Öfke kontrolü için yapılan regresyon analizine göre ise sürekli öfke durumunun yüksek olması öfke kontrolünü zorlaştırmakta etkili risk faktörü olduğu görüldü. Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada sürekli öfke durumunun öfke içe ve öfke dışa ve öfke kontrolü üzerindeki etkisi bizim çalışmamızla benzer sonuçlar göstermekte idi (100). Gazi üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada da sürekli öfke ve ifade şekillerinin birbiri ile olan ilişkileri bizim çalışmamızla paralellik göstermekte idi (117). 18 yaş üzeri erişkin bireylerde yapılan bir çalışmada sürekli öfke ve ifade şekilleri arasındaki ilişki bizim çalışmamızla paralellik gösterirken bu çalışmada öfke içe puanı ile öfke kontrolü arasında çalışmamızın aksine pozitif ilişki tespit edilmiş (120). Lise son sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sonuçlar bizim çalışmamız ile karşılaştırıldığında yine sürekli öfke ve öfke ifade tarzında aynı sonuçlar bulunmuşken sadece öfke içe ve öfke kontrolü arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiş (121).

## 6.SONUÇ

Araştırma 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 1, 2 ve 3. Sınıf öğrencilerine yapıldı. Öğrencilerin ortalama yaşları  $20,21\pm 1,373$  olarak hesaplandı. Katılımcıların %52,7'si kadınlardan oluşuyordu. Hiçbir katılımcı çocuk sahibi değildi.

Sigara içme oranı %17,7 olup nikotin bağımlılık seviyeleri hafif seviyede idi. Alkol tüketimi %30,1 olarak bulundu. Öğrenciler sigara içen kısmının %83,8'i öfkelenildiğinde sigara içtiğini söyledi ve yarısından fazlası sigara ile sakinleşebildiğini düşünüyordu. Sigara içme durumu PUKİ total puan ile herhangi bir ilişkisi bulunamadı. Sigara içme durumunun ile sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puanı ile anlamlı bir ilişki bulunmazken öfke içe puanı ile anlamlı bir ilişki saptandı. Yapılan çalışmada sigara içenlerin sürekli öfke ve ifade ölçeği puanlarını daha yüksek olduğunu gösterdi.

Katılımcıların PUKİ total puanı ortalaması  $6,42\pm 2,77$  olarak bulundu. Öğrencilerin %59,5' kötü uyku kalitesine sahip çıktı. PUKİ total puan ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi. Yaş ile PUKİ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Öğrencilerin sürekli öfke ortalama puanı  $19,6\pm 5,48$ , öfke içe ortalama puanı  $17,48\pm 4,27$ , öfke dışı puanı  $15,13\pm 3,62$ , öfke kontrol puan ortalaması ise  $21,8\pm 4,49$  olarak bulundu. Cinsiyetle öfke içe ve öfke dışı arasında anlamlı ilişki saptandı.

PUKİ total puanı ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı puanı arasında pozitif ve anlamlı; öfke kontrol puanı arasında negatif anlamlı ilişki bulundu.

Öğrencilerin sürekli öfke puanı ile öfke içe ve öfke dışı puanı arasında pozitif ve anlamlı ilişki tespit bulundu. Sürekli öfke ile öfke kontrol puanı arasında negatif ve anlamlı ilişki bulundu. Öfke dışı puanı ile öfke içe puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. Öfke dışı ile öfke kontrol puanı arasında negatif ve anlamlı ilişki bulundu. Öfke içe puanı ile öfke kontrol puanı arasında öfke kontrol puanı arasında negatif ve anlamlı ilişki bulundu.

Yapılan regresyon analizinde sürekli öfke puanı üzerinde öfke dışı ve öfke kontrol puanlarının etkili bir faktör olarak bulundu. Analiz parametrelerin %64'ünü açıklamakta idi. Bir diğer regresyon analizinde öfke kontrolü üzerinde sürekli öfke puanı etkili faktör olarak bulundu. Analiz parametrelerin %46'sını açıklamakta idi.

## 7.ÖNERİLER

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda uyku kalitesi genel olarak kötü olan öğrencilerin uyku kalitesini artırmak amacı ile uyku hijyenini ve kalitesini artıracak eğitimler verilmesi,

Öfke seviyeleri çok yüksek saptanmamış olsa da ve özellikle öfke kontrolü ve öfke ifade tarzının doğruluğunun sağlanması amacıyla öfke yönetimi eğitimleri verilmesi ve eğitim sistemine dahil edilmesi,

Öfke kontrolünü sağlamakta güçlük çeken veya öfkeyi dışa yanlış yansıtan veya öfkeyi içine atan bireylerin tespit edilip bireylere danışmanlık hizmeti verilmesi,

Sigara kullanım oranını azaltmak ve genellikle henüz hafif bağımlı olan öğrencilerin sigarayı bırakmaları adına sigara bıraktırma eğitimlerinin verilmesi veya artırılması ve danışmanlık yapılması önerilmektedir.

## 8.KAYNAKLAR

1. Arbinaga F, Joaquin-Mingorance M, Fernandez-Cuenca S. Expression of anger in university students according to perceived quality of sleep. *Sleep Science*. 2019;12(1):28-34.
2. Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas J, Lancel M. Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep medicine*. 2012;13:327-34.
3. Ibarzábal F. Subjective Sleep Quality and Anger. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2017;2017:41-8.
4. Shin C, Kim J, Yi H, Lee H, Lee J, Shin K. Relationship between trait-anger and sleep disturbances in middle-aged men and women. *J Psychosom Res*. 2005;58(2):183-9.
5. Metcalf O, Little J, Cowlshaw S, Varker T, Arjmand H-A, O'Donnell M, et al. Modelling the relationship between poor sleep and problem anger in veterans: A dynamic structural equation modelling approach. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;150:110615.
6. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks dergisi*. 2007;8(4):234-40.
7. sena yenal özbay mb. Uykunun nörobiyolojisi ve fizyolojisi 2016 [Available from: [https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/PSG\\_6-2\\_Yaz.pdf](https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/PSG_6-2_Yaz.pdf)].
8. Emirza M, Bican A, Bora I, Özkaya G. Uyku Laboratuvarı'nda Kimler Uyuyor? Bir Retrospektif Çalışma. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2012;18:21-5.
9. LAFÇI D. MÜZİĞİN KANSER HASTALARININ UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ 2009 [Available from: <http://libratez.cu.edu.tr/tezler/7136.pdf>].
10. Yuksel A. Yaşlanma ve Uyku Fizyolojisi. 2018. p. 223-37.
11. SAYGIN M, ÖZGÜNER M. Uykunun mikro yapısı ve mimarisi. *Uyku Bülteni*. 2020;1(1):19-29.
12. Đbrahim Hakkı B, BĐCAN A. Uyku fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2007;3(23):1-6.
13. Roehrs T. Sleep physiology and pathophysiology. *Clinical Cornerstone*. 2000;2(5):1-12.

14. Kocaaslan S, Öviz A, Özgören M. Uykuda işitsel uyarılma potansiyelleri. 2010.
15. Liu i, Morris P, Nelson K, Boukhechba M. Using Ballistocardiography for Sleep Stage Classification2022.
16. Şahin L, AŞÇIOĞLU M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;22(1):93-8.
17. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. Sleep. 2004;27(7):1255-73.
18. Schwartz JR, Roth T. Neurophysiology of sleep and wakefulness: basic science and clinical implications. Curr Neuropharmacol. 2008;6(4):367-78.
19. Carley DW, Farabi SS. Physiology of Sleep. Diabetes Spectr. 2016;29(1):5-9.
20. Douglas Kirsch M, FAASM. Stages and architecture of normal sleep 2022 [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?search=Stages#H630021544>].
21. Köybaşı GB. Bir yurttan kalan üniversiteli kız öğrencilerin uyku kalitesi, depresyon ve beslenme durumunun incelenmesi 2020 [Available from: <http://openaccess.hku.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11782/2407?show=full>].
22. Šušmáková K, Krakovská A. Discrimination ability of individual measures used in sleep stages classification. Artificial Intelligence in Medicine. 2008;44(3):261-77.
23. Kurt S, Enç N. Sleep Problems In Critical Care Patients and Nursing Care. Turk J Card Nur. 2013;4(5):1-8.
24. ZENGİN N. Yoğun bakım ünitesinde yaşlı hastalarda uyku sorunları ve çözüm önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2015;19(2):80-7.
25. Altevogt BM, Colten HR. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. 2006.
26. Akıncı E, Orhan FÖ. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8(2):178-89.



27. Ölmez S, Keten HS, Kardeş S, Avcı F, Dalgacı AF, Serin S, et al. Factors affecting general sleep pattern and quality of sleep in pregnant women. *Turk J Obstet Gynecol.* 2015;12(1):1-5.
28. Güneş Z. Uyku Sağlığının Korunmasında Uyku Hijyenin Rolü ve Stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.* 2018;27:188-98.
29. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu EG. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2014;7(3):193-8.
30. GÜNEŞ Z, KÖRÜKCÜ Ö, ÖZDEMİR G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2009;12(2):10-7.
31. Günaydın N. The Quality of Sleep and Effects on General Mental Health of Nurses Who Works in a State Hospital. *J Psy Nurs.* 2014;5(1):33-40.
32. Monk TH, Thompson WK, Buysse DJ, Hall M, Nofzinger EA, Reynolds CF, 3rd. Sleep in healthy seniors: a diary study of the relation between bedtime and the amount of sleep obtained. *J Sleep Res.* 2006;15(3):256-60.
33. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med.* 1991;33(10):1179-87.
34. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6(2):97-111.
35. Lee KA, Kryger MH. Women and sleep. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(7):1189-90.
36. Alcántara C, Biggs ML, Davidson KW, Delaney JA, Jackson CL, Zee PC, et al. Sleep Disturbances and Depression in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Sleep.* 2016;39(4):915-25.
37. Kemple M, O'Toole S, O'Toole C. Sleep quality in patients with chronic illness. *J Clin Nurs.* 2016;25(21-22):3363-72.
38. Craske MG, Tsao JC. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev.* 2005;9(3):173-84.
39. Gulec M, Özcan H, Oral E, Selvi Y, Aydın A. The Relationship Between Insomnia and Major Depressive Disorder: A Chicken and Egg Situation? *JMOOD.* 2012;2:28-33.

40. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2017;31:70-8.
41. Demir Y. Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar-Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (4. Basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012;682:94.
42. Lopes CdS, Robaina JR, Rotenberg L, editors. 1 Epidemiology of Insomnia: Prevalence and Risk Factors 2012.
43. Laposky AD, Bass J, Kohsaka A, Turek FW. Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. *FEBS Lett.* 2008;582(1):142-51.
44. GEZMEN KARADAĞ M, AKSOY M. Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Dergisi.* 2009;24(1):9-15.
45. Doherty R, Madigan S, Warrington G, Ellis J. Sleep and Nutrition Interactions: Implications for Athletes. *Nutrients.* 2019;11(4):822.
46. Lieberman HR. Nutrition, brain function and cognitive performance. *Appetite.* 2003;40(3):245-54.
47. Golem DL, Martin-Biggers JT, Koenings MM, Davis KF, Byrd-Bredbenner C. An Integrative Review of Sleep for Nutrition Professionals. *Advances in Nutrition.* 2014;5(6):742-59.
48. Halson SL. Nutrition, sleep and recovery. *European Journal of Sport Science.* 2008;8(2):119-26.
49. Chaput J-P. Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior.* 2014;134:86-91.
50. Purani H, Friedrichsen S, Allen AM. Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. *Addict Behav.* 2019;90:71-6.
51. DOĞAN S. Alkol ve Alkol Bağımlılığı: Cinsellik, Uyku, Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics.* 2010;3(3):95-9.
52. Gök DK, Peköz MT, Aslan K. Vardiyalı Çalışma ve Vardiyalı Çalışma Sonucu Gelisen Uyku Bozuklukları: Tanisi, Bulguları ve Tedavisi/Shift Work and Shift

- Work Sleep Disorders: Denition, Symptoms and Treatment. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2017;4:30+.
53. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med. 2006;7(2):123-30.
  54. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2010;53(3):204-10.
  55. Ekman PE, Davidson RJ. The nature of emotion: Fundamental questions: Oxford University Press; 1994.
  56. kurumu td. öfke 2022 [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>].
  57. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz dergisi. 2003;11(2).
  58. Şahin H. Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005;6(10):1-22.
  59. Balkaya F, Şahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003;14(3):192-202.
  60. Akgül H. Öfke denetimi eğitiminin ilköğretim II. kademe öğrencilerinin öfke denetimi becerilerine etkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2000.
  61. Eroğlu F, İrdem Ş. Örgütlerde öfke olgusu ve öfke yönetimi. Yeni Fikir Dergisi. 2016;8(17):22-41.
  62. Tatlıhoğlu K. "Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme". (A social psychological evaluation about anger). 2013;6:1101-23.
  63. Dilekler I, Törenli Kaya Z, Selvi K. Öfkeye Farklı Açılardan Bakış: Öfkenin Mekanizması, Farklı Psikopatolojilerde Öfke ve Terapistin Öfkesi. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi. 2014;1:44-59.
  64. İmamoğlu S. Öğretmen adaylarının öfke ve öfke ifade tarzları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2003.
  65. ÖZDEMİR MB. Etkinlik temelli grupla psikolojik danışma müdahale programının çocuklarda öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik etkileri. 21 Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015;4(10):221-38.

66. Dilekler İ, Törenli Z, Selvi K. Öfkeye farklı açılardan bakış: Öfkenin mekanizması, farklı psikopatolojilerde öfke ve terapistin öfkesi. AYN Klinik Psikoloji Dergisi. 2014;1(3):44-59.
67. Tsai C-P. The lived experience of anger in children: University of Calgary; 2000.
68. Özmen A. Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2006;39(1):39-56.
69. Kerman B. 18-24 Yaş Arası Bireylerde Aleksitimi ve Duygusal Zekanın Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
70. Erdoğan E. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi, öfke ve öfke ifade tarzları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
71. Geçtan E. Varoluş ve psikiyatri. 1990.
72. Yaşar S. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi. 2019.
73. Dündar Ü. Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Gaziosmanpaşa ilçesi örneği. İstanbul: Nişantaşı Üniversitesi. 2016.
74. ÖZER AK. Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması 1994 [Available from: <https://toad.halileksi.net/olcek/ofke-ifade-tarzi-ofke-tarz-olcegi>].
75. Çevik B. Üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleri ve öfke durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
76. Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. Pivolka. 2004;3(12):7-10.
77. Türker S. Öğretmenlerin çatışma yönetim stratejileri ile sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Sakarya Üniversitesi; 2010.
78. Güleç Y. Ergenlerin öfke yaşantıları, benlik algıları ve akademik başarı ilişkileri: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2002.

79. Öz FS. Öfke yönetimi eğitiminin ergenlerde öfke ile başa çıkma ve iletişim becerilerine etkisi: DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2008.
80. Altay HK. Hemşirelerin çalışma ortamında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
81. Sülün Ö. Futbol hakemlerinin öfke ve kızgınlık düzeyleri ile empatik eğilim düzeylerinin karşılaştırılması: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
82. BİLGE A, Gülseren Ü. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2005;21(1):189-96.
83. Arslan F. ÖFKE ve ÖFKE KONTROLÜ. 2017.
84. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
85. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1996;7(2):107-15.
86. Aldemir S. Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişki: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
87. Ireland JL, Culpin V. The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health.* 2006;38(6):649-55.
88. Erdal EÖ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi Ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi: Sivas Örneği: Necmettin Erbakan University (Turkey); 2021.
89. OĞUR S, AKSOY A. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi.* 2015;4(2).
90. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. 2013.
91. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661#>].
92. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. *Van Tıp Dergisi.* 2018;25(3):332-7.

93. Duran S, Gözetten A. Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışı, Yalnızlık ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2017;7(1):1-7.
94. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara İçme sıklığı. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 1997;4(4).
95. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(1).
96. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(5):364-70.
97. TÜSEB-TÜHKE. DÜNYA TÛTÛNSÛZ GÛNÛ 31 Mayıs 2021 2021 [Available from: [https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/dunya\\_tutunsuz\\_gunu.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/dunya_tutunsuz_gunu.pdf)].
98. SAYGILI S, AKINCI AÇ, ARIKAN H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. Ejoboc (Electronic Journal of Vocational Colleges). 2011;1(1):88-94.
99. Derleme S. Türkiye’de Yapılan Tez Çalışmalarında Sigara İçiminin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi: Meta-analiz. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2021;1:7-14.
100. Elkin N, KARADAĞLI F. Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences. 2016;21(1):64-71.
101. Durmuş AB, Pirinççi E. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve öfke ile ilişkisi. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2009;16(2):83-8.
102. Yörük S. The Relationship Between Affecting The Anger and Aggression Which Emotion and Thoughts in University Students. 2020;6(3):561-70.
103. Kiliç O, Akbay C, Başer U. Üniversite öğrencilerinde alkol tüketimi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. ANADOLU JOURNAL OF AGRICULTURAL SCIENCES. 2020;35:232-7.
104. ARSLAN S, BAL F. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ALKOL KULLANIM SIKLIĞI, ÇEVRESEL-AİLEVİ RİSK FAKTÖRLERİ VE

- CİNSİYET FARKLILIKLARI• PREVALENCE OF ALCOHOL, ENVIRONMENTAL-FAMILY RISK FACTORS AND GENDER DIFFERENCES IN UNIVERSITY STUDENTS. *The Journal*. 2019;12(67).
105. Bayrak U, Gram E, MENGEŞ E, OKUMUŞ ZG, SAYAR HC, SKRİJELJ E, et al. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;24(3):95-104.
106. MAYDA A, KASAP H, YILDIRIM C, YILMAZ M, DERDİYOK Ç, ERTAN D, et al. 4-5-6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(2):8-11.
107. Erdoğan N, Karabel MP, Şeyda T, Güzel D, Ekerbiçer HÇ. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):395-403.
108. Vargas PA, Flores M, Robles E. Sleep Quality and Body Mass Index in College Students: The Role of Sleep Disturbances. *Journal of American College Health*. 2014;62(8):534-41.
109. Brick CA, Seely DL, Palermo TM. Association Between Sleep Hygiene and Sleep Quality in Medical Students. *Behavioral Sleep Medicine*. 2010;8(2):113-21.
110. Cheng SH, Shih C-C, Lee IH, Hou Y-W, Chen KC, Chen K-T, et al. A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*. 2012;197(3):270-4.
111. Grandner MA, Kripke DF, Yoon IY, Youngstedt SD. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep Biol Rhythms*. 2006;4(2):129-39.
112. IŞIK Ö, ÖZARSLAN A, BEKLER F. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2015;9(ÖZEL SAYI):65-73.
113. Engin E, Keskin G, Dulgerler S, Bilge A. Anger and alexithymic characteristics of the patients diagnosed with insomnia: a control group study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(8):692-9.
114. GÜRER PG. ADÖLESANLARDA UYKU KALİTESİNİ VE ÖFKE

- KONTROLÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER 2018 [Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
115. Nalan Aslan HA. Üniversite Öğrencilerinde Öfke İfade Tarzları ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişki  
The Relationship Between Temperament and Character Traits and Anger Response Styles in Late Adolescence 2016 [Available from: <https://kutuphane.dogus.edu.tr/mvt/pdf.php?pdf=0021294&lng=1>.
116. Kuruoğlu DS. Üniversite öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri, öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişki: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
117. Sağlam E. Üniversite öğrencilerinde sürekli öfke ve öfke ifade tarzı düzeyleri ile empati ve affedicilik düzeyleri arasındaki ilişki: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2020.
118. ÖNEM Ç. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÖFKE VE ÖFKEYİ İFADE ETME BİÇİMLERİNİN AKILCI OLMAYAN İNANÇLAR VE BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ 2010 [Available from: <http://acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/6553>.
119. Kaya N, Kaya H, Atar NY, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, et al. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(2):18-26.
120. Sepetçi M. Yetişkinlerde bilişsel duygu düzenleme, kişilerarası ilişki problemleri, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiler: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
121. Gülveren H. Lise son sınıf öğrencilerinde iç-dış kontrol odağı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ve zekâ arasındaki ilişkinin araştırılması: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.



## 9. EKLER

### 9.1. EK- 1. Veri Toplama Formu

#### ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKU KALİTESİNİN ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI İLE İLİŞKİSİ

Bu veri toplama formu "ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKU KALİTESİNİN ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI İLE İLİŞKİSİ"ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Bu veri toplama formuna verilecek yanıtlar ve bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz. Dr. ZENNUR BEKLEYİCİ OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın  2. Erkek

3. Kaç yıldır eğitim alıyorsunuz? .....yıl

4. Medeni durumunuz 1. Bekar  2. Evli  3. Dul\Boşanmış

5. Varsa çocuk sayısı .....

6. Boy .....cm

7. Kilo .....kg

8. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet  2. Hayır  ➡ Cevabınız HAYIR ise 18. Soruya geçiniz.

9. Kaç yıldır ve günde ortalama kaç tane sigara içiyorsunuz? .....yıl ve günde .....tane

10. Günün ilk sigarasını sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

a. İlk 5 dakika içinde  b. 6-30 dakika içinde

c. 31-60 dakika içinde  d. 1 saatten sonra

11. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı? 1. Evet  2. Hayır

12. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

a. Sabah ilk içilen sigara

b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar

13. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a. 31 ve daha fazla

b. 21-30 adet

c. 11-20 adet

14. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?  
a. Evet  b. Hayır
15. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?  
b. Evet  b. Hayır
16. Öfkelendiğinizde sakinleşmek için sigara içer misiniz? 1.Evet  2.Hayır  ➡ Cevabınız HAYIR ise 18. Soruya geçiniz.
- 17.Öfkelendiğinizde sigara içmek sizi sakinleştirir mi? (1 ile 5 arasında puanlayınız)  
1.Hiç  2.Çok az  3.Kısmen  4.Çoğunlukla  5. Tamamen
- 18.Alkol kullanıyor musunuz? 1.Evet  2.Hayır  ➡ Cevabınız HAYIR ise 21. Soruya geçiniz.
- 19.Öfkelendiğinizde alkol alır mısınız? 1.Evet  2.Hayır
20. Öfkelendiğinizde alkol almak sizi sakinleştirir mi? (1 ile 5 arasında puanlayınız)  
1=Asla  2=Çok az  3=Kısmen  4.Çoğunlukla  5=Tamamen
- 21.Bilinen bir hastalığınız var mı? 1.Hayır  2.Evet  ise belirtiniz.....
- 22.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? 1.Evet  2.Hayır
23. Düzenli spor yapar mısınız? 1. Evet  2.Hayır
- 24.Öfkelendiğinizde sakinleşmek için spor yapar mısınız? 1.Evet  2. Hayır  ➡ Cevabınız HAYIR ise 26.soruya geçiniz.
- 25.Öfkelendiğinizde spor yapmak sizi sakinleştirir mi? (1 ile 5 arasında puanlayınız)  
1=Asla  2=Çok az  3=Kısmen  4=Çoğunlukla  5=Tamamen
- 26.Öfkelendiğinizde sakinleşmek için derin nefes alma egzersizi yapar mısınız?  
1.Evet  2. Hayır  ➡ Cevabınız HAYIR ise 28.soruya geçiniz.
- 27.Öfkelendiğinizde derin nefes alma egzersizi sizi sakinleştirir mi? (1 ile 5 arasında puanlayınız)  
1=Asla  2=Çok az  3=Kısmen  4=Çoğunlukla  5=Tamamen
- 28.Öfkelendiğinizde sakinleşmek için yaptığınız bir hobiniz var mı? 1.Evet  2.Hayır  ➡ cevabınız EVET ise hobinizi belirtiniz..... ➡ Cevabınız HAYIR ise 30.soruya geçiniz.
- 29.Öfkelendiğinizde bir hobi ile uğraştığınızda sakinleşiyor musunuz.? (1 ile 5 arasında puanlayınız)  
1=Asla  2=Çok az  3=Kısmen  4=Çoğunlukla  5=Tamamen
- 30.Öfkelendiğinizde sakinleşmek için yukarıda sıralananlar dışında başka bir şey yapar mısınız?.....

31.Nerede konaklıyorsunuz?

- 1.Yurtta  2.Evde ailesiyle  3. Evde arkadaşıyla  4. Evde tek başına

32. Annenizin eğitim durumu:

- 1.Okuryazar  2. İlköğretim  3.Lise  4.Üniversite  5.Okuryazar değil

33.Babanızın eğitim durumu:

1. Okuryazar  2. İlköğretim  3.Lise  4. Üniversite  5.Okuryazar değil

## Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI)

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

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

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

6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- Çok iyi  Oldukça iyi  Oldukça kötü  Çok kötü

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

- Hiç  Haftada 1'den az  Haftada 1 - 2 kez  Haftada 3'ten çok

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

- Hiç  Haftada 1'den az  Haftada 1 - 2 kez  Haftada 3'ten çok

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

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

## SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

### I. Bölüm

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek üzere (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1.Hiç 2.Biraz 3. Oldukça 4.Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...	Hiç	Biraz	Oldukça	Tamamen
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda birisiyim.				
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7. Öfkelenirken ağzıma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.				
10. Yaptığımda iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

### II. Bölüm

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda

genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...	Hiç	Biraz	Oldukça	Tama men
11. Öfkemi Kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur yada surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğuk kanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İçimde kimseye söylemediğim kinler beslerim.				
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim				
29. Kötü şeyler söylerim.				
30. Hoş görülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32. Sinirlerime hakim olamam.				
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

## 9.2. Ek 2. (Orijinallik Raporu)

tez			
ORJİNALLIK RAPORU			
% <b>12</b>	% <b>11</b>	% <b>4</b>	% <b>7</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>2</b>
<b>2</b>	<b>acikerisim.pau.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>www.acarindex.com</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>acikerisim.selcuk.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>openaccess.maltepe.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Erciyes Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi		<% <b>1</b>
<b>9</b>	<b>acikerisim.nevsehir.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>

### 9.3. Ek 3. Etik Kurul Kararı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/51-127

14.03.2022

Sayın Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Kalitesinin Öfke Ve Öfke İfade Tarzı İle İlişkisi başlıklı OMÜ KAЕК 2022/37 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.01.2022 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı