

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

UYKU MERKEZLERİNE İLK DEFA POLİSOMNOGRAFİ
ÇEKİMİ İÇİN BAŞVURAN HASTALARDA UYKU
KALİTESİ ÜZERİNE DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTESİNİN ETKİSİ

Hacı Ahmet SARIARSLAN

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN

İstanbul-2014

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**UYKU MERKEZLERİNE İLK DEFA POLİSOMNOGRAFİ
ÇEKİMİ İÇİN BAŞVURAN HASTALARDA UYKU
KALİTESİ ÜZERİNE DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTESİNİN ETKİSİ**

Hacı Ahmet SARIARSLAN

(122009290)

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN

İstanbul-2014


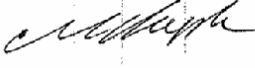
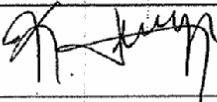
T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

Adı ve Soyadı : Hacı Ahmet Sarıarslan Öğrenci No : 112009290
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 18.04.2014
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : Uyku Merkezlerine İlk Defa Polisomnografi Çekimi İçin Başvuran Hastalarda Uyku Kalitesi Üzerine Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulü ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL/RED/DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan		KABULÜ
Prof. Dr. Mithat Kıyak		kabul
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ		kabulü

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL/RED/DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal		

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; uyku merkezlerinize çeşitli uyku problemleri nedeniyle başvuran hastaların; depresyon düzeyini, yaşam kalitesini ve uyku kalitesi düzeylerini belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Kesitsel tipteki bu araştırma; Haziran-Ağustos 2013 tarihleri arasında, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniklerine bağlı, uyku merkezlerine Polisomnografi (PSG) için başvuran 229 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak; sosyo-demografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde parametrik ve nonparametrik testler uygulanmıştır.

Çalışmamızda; ileri yaşta, evli, çalışmayan, kronik bir hastalığa sahip olan, depresif belirtisi olan ve şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip olan hastaların uyku kalitesi anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur. Herhangi bir kronik hastalığı olan hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, Bedensel, Ruhsal ve Sosyal alan WOQOL- BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sigara içen hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL- BREF puanları sigara içmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. BDÖ ve PUKİ ile WHOQOL- BREF yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde, PUKİ puanları ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

İleri yaşta olan, evli olan, çalışmayan, kronik bir hastalığa sahip olan ve şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip olan hastaların uyku kalitesi anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur. Depresyon ve uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde, uyku kalitesi ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelime: Uyku kalitesi, yaşam kalitesi, depresyon

ABSTRACT

SLEEP CENTERS FOR THE FIRST TIME IN PATIENTS ADMITTED TO SHOOTING POLYSOMNOGRAPHY SLEEP QUALITY ON THE EFFECT OF DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE

The purpose of this study is to determine the depression levels, qualities of life and sleep qualities of the patients applying to our sleep centers due to various sleep problems and to search for the relation between them.

This cross-sectional research includes 229 patients applying to sleep centers which are affiliated to Kayseri Training and Research Hospital Neurology and Pulmonology Clinic located in Kayseri city center. The patients were made appointment for PSG for the first time between June – August 2013. Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale (BDS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL- BREF) have been used in the research as the data collection tools. In the analysis of the continuous variables, parametric and non-parametric tests were carried out.

In our study, the sleep qualities of the patients who are elderly, married, nonworking, having a chronic disease, a symptom of depression and severe symptoms of depression were found significantly poor. Total PSQI scores and depression scores of the patients who have a chronic disease were significantly higher than the ones who do not have a chronic disease; an their physical, psychic and social fields WOQOL- BREF scores are found significantly low.

Total PSQ scores and depression scores, physical, psysical and social fields WOQOL- BREF scores of the smoking patients are significantly higher than the non-smoking ones. A negatively significant relation is found between BDS and PSQI subscale scores and WHOQOL- BREF subscale scores. A positively significant relation is found between PSQI and BDS scores.

The quality of sleep of the patients who are elderly, married, nonworking, having a chronic disease and having the symptoms of depression are found significantly poor. A negatively significant relation is found between depression and quality of sleep and quality of life; a positively significant relation is found between the quality of sleep and depression.

Key word: Quality of sleep, quality of life, depression.

ÖNSÖZ

Bu çalışmada amacımız uyku merkezlerinize çeşitli uyku problemleri nedeniyle başvuran hastalarda uyku kalitesi üzerine depresyon ve yaşam kalitesinin etkisini belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi çeşitli yönlerden ele almak ve araştırmaktır. Akademik yaşamımda önemli bir başlangıç olmasını yürekten dilediğim bu çalışmanın ortaya çıkmasında pek çok kişinin değerli katkıları olmuştur. Yüksek lisans eğitimin süresince bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. GÜLHAN'a, yüksek lisans öğrenimim esnasında yardımlarını esirgemeyen, yorumları ve eleştirileriyle her zaman yol gösterici olan değerli hocam Doç. Dr. Demet ÜNALAN'a istatistikî analizlerde sabırla bana destek veren Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Saygılarımla

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynaklar gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Hacı Ahmet SARIARSLAN

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. UYKU	2
2.1.1. Uyku Nedir.....	2
2.1.2. Uyku Bozukluklarının Temel Belirtileri.....	3
2.1.3. Uykusuzluğun Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	8
2.1.4. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	9
2.2. UYKU TIBBI VE MERKEZLERİ.....	14
2.2.1. Uyku Tıbbının ve Merkezlerinin Dünyadaki Gelişimi.....	14
2.2.2. Uyku Tıbbının ve Merkezlerinin Türkiye de ki Gelişimi.....	15
2.2.3. Uyku Merkezlerinin Standartları	15
2.2.4. Uyku Merkezlerinde Yapılan İşlemler.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmanın Hipotezi.....	20
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	20
3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	22

3.7. Etik İlkeler.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMALAR.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKÇA.....	41
FORMLAR.....	50
ETİK KURUL KARARI.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	59

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Genç Erişkin İnsanlarda Uyku Dönemleri Dağılımı.....	3
Tablo 2. Amerika Uyku Bozuklukları Derneği Uyku Bozuklukları Sınıflaması.....	10
Tablo 3. Dissomniler.....	11
Tablo 4. Parasomniler.....	12
Tablo 5. Medikal / Psikiyatrik Uyku Bozuklukları.....	13
Tablo 6. Önerilen Uyku Bozuklukları.....	13
Tablo 7. Hastaların Demografik-sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı.....	24
Tablo 8. Hastaların PUKU, BDÖ ve WOQOL-100 Ölçek Puanları.....	25
Tablo 9. Hastaların Çeşitli Değişkenlere Göre Uyku Kalitesi.....	26
Tablo 10. Hastaların Cinsiyete Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	27
Tablo 11. Hastaların Eğitim Duruma Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	28
Tablo 12. Hastaların Yerleşim Yerine Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	29
Tablo 13. Hastaların Medeni Durumuna Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	29
Tablo 14. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	30
Tablo 15. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	30
Tablo 16. Hastaların Hipertansiyon Olma Durumlarına Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	31
Tablo 17. Hastaların Sigara İçme Durumlarına Göre Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi.....	31
Tablo 18. Hastaların Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresif Belirti Düzeyi Puanları Arasındaki İlişki.....	33

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PSG	: Polisomnografi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
PUKİ	:Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
WHOQOL-Bref	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
REM	: Rapid Eye Movement
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
RLS	: Huzursuz Bacaklar Sendromu (Restless Legs Sendromu)
ICSD	: Uyku Bozuklukları Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Slep Disorders)
EEG	: Elektroensefalografi
TUTD	: Türk Uyku Tıbbı Derneği
MSLT	: Multipl Uyku Latansı Testi (Multipli Sleep Latency Test)
OSAS	: Obstrüktif Sleep Apne Sendromu
CPAP	: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (Continuous Positive Ariway Pressure)
BPAP	: Bifazik Havayolu Basıncı (Bilevel Positive Airway Pressure)
MWT	: Uyanıklığın Korunması Testi (Maintenance of Wakifulness Test)
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
ASDA	: American Association of Sleep Disordes
EMG	: Elektromyografi
EOG	: Elektrookülografi
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği)
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon

1. GİRİŞ

Uyku bireylerin yaşamını ve sağlığını etkileyen, fizyolojik, psikolojik, ve sosyal boyutları olan temel günlük yaşam aktivitelerinden biridir (1,2). Uykusu insanın gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden sağlıklı olması için önemli bir gereksinimdir (3).

Uykusuzluk, uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük veya dinlendirici olmayan uyku şeklinde görülür ve gün boyu sonuçları yaşanır (4).

Uykusuzluk; uykunun başlamasında ve sürdürülmesinde zorluk, sabah erken uyanma ve kronik durumlarda uykunun restoratif özelliğinde ve uyku kalitesinde dşklkten biri ya da daha fazlasının ortaya çıkması ile belirlenir. İlave olarak bu şikayetler uyku için uygun ortam ve uyuma fırsatına rağmen vardır ve bu sonuçlar gün boyu fonksiyonlarda yetersizlikleri doğurur (mizaç bozukluğu, dikkat ve hafızada yetmezlik ve yorgunluk gibi) (5).

Halsizlik, yorgunluk, depresyon, yoğun anksiyete, gerginlik, ağrıya duyarlılık, kaslarda titremeler, immnespresyon ve gün boyu uyanıklığın olmayışı uyku bozukluğuna sebep olabilir (6).

Uykusuzluk; uykuya dalmada güçlüğe, uykuyu sürdürmede bozulmaya, düşük kaliteli uykuya (restoratif olmayan uyku), ertesini gün fonksiyonların kötüleşmesine ve psikolojik distrese yol açar. Kronik insomnia çok sayıda fiziksel ve psikiyatrik durumla birlikte. Kadınlarda ve yaşlılarda daha sıklıdır. Duygulanmada ve yaşam kalitesi yetersizliği ile de birlikte gösterir (7). Uykusu bozukluğu, özellikle de yaşlı popülasyonda mortalite ve morbidite üzerine anlamlı bir negatif etkiye sahiptir (8,9).

Bu çalışmanın amacı; uyku merkezlerinize çeşitli uyku problemleri (İnsomni, Horlama, Uykuda Nefes Durması, Yorgunluk, Uykusu Sonrası Halsizlik ve Tatminsizlik vb.) nedeniyle başvuran hastaların depresyon düzeyini, yaşam kalitesini ve uyku kalitesi düzeylerini belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku

2.1.1. Uyku Nedir

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette uyarılara geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolma sürecidir. Bu süreç vücudun dinlenmesini, hücrelerin tamiri, yenilenmesi, hafıza fonksiyonlarının düzenlenerek öğrenmenin sağlanması ve yeni bir güne hazırlanması dönemidir. Uykunun normal yaşanması sağlıklı hayatın vazgeçilmez bir unsurudur. Uyku sırasında sağlıklı bireylerde solunum ve dolaşım sistemi de dâhil olmak üzere tüm sistemlerde değişiklikler oluşmaktadır (10). Uyku bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (11). Birçok fizyolojik, psikolojik ve dış etmenler uykunun seyrini ve kalitesini bozabilir. Uykuya geçiş ve uyku esnalarında uykunun belli dönem ve evreleri mevcuttur. Uyku, insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Farklı 5 dönem dikkati çekmektedir. Bu dönemlerden birisi hızlı göz hareketleri Rapid Eye Movement (REM) dönemi, diğerleri de, Non-Rapid Eye Movement (Non REM) olarak adlandırılmıştır. Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra da ilk REM dönemi ortaya çıkmaktadır. Daha sonra da yaklaşık 90 dakika aralarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir. Genel olarak uykunun ilk 1/3'lük bölümünde derin uyku, son 1/3'ünde de REM uykusu daha fazla yer almaktadır. NREM dönemi kendi içinde iki ana bölüme ayrılabilir:

a) Yüzeysel Uyku (1. dönem ve kısmen 2. dönem): Yüzeysel uyku, uyku uyanıklık geçişi arasındaki dönemi oluşturmakta olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir (12).

b) Derin Uyku (Yavaş Dalga Uykusu) (3. ve 4. dönemler): Derin uyku sırasında insanın uyandırılması için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemin bir temel özelliği de büyüme hormonu (GH) salgılanmasındaki artıştır. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma dikkati çekmektedir. Bu nedenle, bu döneme anabolik dönem adı verilmektedir.

Tüm bu değişmelerin, bedensel dinlenmeye, yenilenmeye hizmet ettiği kabul edilmektedir (12).

c) REM Döneminde solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonus kaybı (atoni) olmaktadır. Bu sırada REM başlamakta, fazık ve tonik değişmeler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Erkeklerde ereksiyon ortaya çıkmakta Nocturnal Penile Tumescence, kalp atımında taşikardi, bradikardi dönemleri gözlenmekte, solunum sayısı ve derinliği değişmeleri ortaya çıkmaktadır. Seçici olarak yavaş dalga uykusu ya da REM ortadan kaldırdığında, bir sonraki gecede insanların neredeyse bir önceki gecenin eksikliğini tamamlarcasına yoğun REM ya da yavaş dalga uykusu uyudukları dikkati çekmektedir. Buna rebound fenomeni adı verilmektedir. Sadece REM ve yavaş dalga uykusunda rebound fenomeninin olması, bu dönemlerin öneminin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Genç erişkin insan uykusunda uyku dönemleri yaklaşık olarak aşağıdaki şekilde dağılmaktadır (12) (Tablo 1).

Tablo 1. Genç erişkin insanda uyku dönemlerinin dağılımı

1. dönem	% 5-10
2. dönem	% 45-60
3. ve 4. dönem	% 20-25
REM dönemi	% 20-30

2.1.2. Uyku Bozukluklarının Temel Belirtileri

İnsomia: Uykusuzluktan yakınan hastalar, uykuya dalmakta yada sürdürmekte güçlük çektiklerini söyler. Uykularını "kısa, yetersiz, yüzeysel, kolay bölünebilir veya dinlendirici değil" şeklinde tarif ederler. Yetersiz olan gece uykusuna ek olarak, bunu sonucu meydana gelen aşırı yorgunluk, performansta azalma veya emosyonel değişiklikler gibi gündüz belirtilerde vardır (13,14). Ne kadar uykuya ihtiyacımız olduğu, genetik özelliklerine de bağlı olarak kişiden kişiye değişir. Bazı insanlar gecede 5 saat uykuyla günlük işlevlerini yürütebilmekte; bu karşın gece 9-10 saat uyumadıkları takdirde, ertesi gün kendilerini kötü hissedebilmektedir. Dolayısı ile bu insanların uykusuzluk tanımı, yeni yetersiz olarak kabul ettikleri uyku sürelerinde farklı olacaktır. Hastaların, gerekirse günlük tutmaları da istenerek, uyku düzenleri, yatış kalkış saatleri, geceleri uyuyabildikleri ortalama uyku süreleri öğreilmeli; yakınmaları

değerlendirilirken bu veriler hesaba katılmadığıdır. İnsomniye yatkınlık sağlayan diğer kişisel faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik konumun düşük olması, karakter özellikleri, psikiyatrik veya kronik sistem hastalıklar sayılabilir. İnsomni, genç yaşlarda daha çok uykuya dalma güçlüğü şeklinde ortaya çıkarken, ilerleyen yaşlarda, uykunun sık bölünmesi ve sabah erken saatlerde uyanma biçimidir. Yine kadınlar, erkeklere göre daha fazla uykusuzluk yakınma ile mükemmeliyetçi, obsesif, gergin yapıda ki kişilerde de uykusuzluk daha yaygındır (14,16).

Uykusuzluğa zemin hazırlayana, onu şiddetlendiren veya kronik hale gelmesine yol açan nedenler çeşitlilik gösterir. Bunlar hekim tarafından belirlenmeli, tedavi stratejisi belirlerken dikkate alınmalıdır. Uykusuzluk, uyku ile mekanizmaları ilgilendiren primer bir bozukluğa bağlı olabileceği gibi altta yatan başka bir hastalık sonucunda da gelişebilir. Çoğu kez uykusuzluğa yol açan birden fazla neden vardır. Bu nedenlerin bir kısmı uykusuzluğa zemin hazırlar; bir kısmı başlatır, bir kısmı da kalıcı hale getirir. Uykusuzluğu başlatmış olan etmenler, kronik bir süreçte, eski belirleyici rollerini ve etkilerini kaybetse bile ileride uykusuzluğun nüks etmesine önleyebilmek açısından önemlidir (15).

Aşırı Uykululuk: Aşırı uykululuk, %5-15 sıklıkla görülen; ancak çoğu kes önemsenmeyen bir durumdur. Kişinin tabiatına, günlük yaşantısının yoruculuğuna veya depresyona bağlansa da, aslında ciddi hatta hayatı tehdit edecek komplikasyonlarla birlikte giden uyku hastalıklarının habercisi olabilen önemli bir semptomdur. Bazı hastalar ve yakınları tarafından "her an uykuya dalmaya hazır durumda olma" şeklinde tarif edilmekle birlikte, esas tanımı, uygun olmayan zaman ve ortamlarda uykunun bastırması ve uyumanın engellenememesidir. Gece uykusunun miktarın bağlı olmaksızın, uyku günü her saatinde ve her ortamda çıkabilmektedir Hafif hallerde sadece istirahat halindeyken görülürse de, ileri hallerde karşılıklı sohbet sırasında, iş başında, hatta ara kullanırken veya yemek yerken uykuya dalnabilir. Bu haliyle hipersomni, önemli iş ve trafik kazalarına yol açar (13,15,16,17).

Yorgunluk: Aşırı uykululuğu olan hastalar, yorgunluk ve enerji eksikliğinden de bahseder. Çoğu hasta, hatta tecrübeli hekimler bile yorgunluk ile aşırı uykululuğu birbirine karıştırabilir. Aşırı uykululuğun aksine, yorgunlukta kolay uykuya dalma eğilimi yoktur; yani çok yorgun olduğunu ve bir şey yapacak enerjisi kalmadığını hissetmek, hemen uykuya dalmayı gerektirmez. Endokrinolojik ve metabolik

hastalıklarda, kalp, böbrek. karaciğer yetmezliklerinde, organ transplantasyonlarında ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda hastalar sıklıkla halsizlik ve yorgunluktan yakınırırlar (15).

Horlama: Horlama, daralmış üst solunum yolu yumuşak dokusunun, bu daralmaya bağlı olarak hızı artan ve türbulans yaratan solunum havasıyla titreşmesi sonucu ortaya çıkan sestir. Horlamayanların çoğu bunun farkında değildir ve genellikle yakınları tarafından hekime yönetilirler. Horlama çok gürültülü olmadıkça, hastanın kendisini pek rahatsız etmez ve uyandırmaz. Hastanın yakınları tarafından fark edilen horlamanın karakteri, uyku-apne sendromunun da varlığı konusunda ipucu sağlar. Bazen hasta kendi horlamasıyla veya nefes alma çabasıyla uyanabilir. Horlamanın yokluğu, her zaman, uyku apne sendromunun olmadığına işaret etmez; zira üst solunum yolu cerrahisi geçirmiş bireylerde, vibrasyona girecek gevşek doku kalmaması yada nöro-müsküler hastalıklara hava yolu içinde türbulans yaratacak gücün oluşmaması nedeniyle, uyku-apne sendromunun varlığına rağmen olmayabilir (15)

Uyku Apnesi: Solunumun en az 10 saniye ile durmasına apne denir. Hastanın eşi veya yakınları, bunu horlamanın kesintiye uğraması ya da hastanın uyku sırasında nefesini tutması şeklinde tarif ederler. Gerçektende apne sırasında horlama kesilir; apne sonlanırken de iç çekme, kükreme, horuldanma şeklinde gürültülü bir sesle horlama tekrar başlar. Bu epizotlar, hastalığın şiddetiyle bağlantılı olarak, gece boyunca yüzlerce kez tekrar edilebilir. Apnelerin sonlanması, çoğunlukla uyanıklık reaksiyonlarıyla birliktedir. Bu da uykuyu bölen ve kalitesini bozan bir etmendir. Hastalar genellikle apnelerinin ve uyanıklık reaksiyonlarının farkında olmaz; ancak bazen derin bir iç çekme, tıkanma-boğulma hissi, kendi horultusunda sesi ya da gastroesofageal reflü belirtileriyle uyanabilir (10,13,15) Esasen iki tip apne sendromu vardır. Santral Apne: hava akımı ve solunum eforunda birlikte durduğu apnedir. Obstrüktif apne ise üst solunum yolu darlığı nedeniyle hava akımı durur ancak bu sırada solunum eforu devam eder. Obstrüktif apne kategorisinde alınan mikt apnede ise, başlangıçta solunum eforu yoktur, daha sonra başlar. Apnelere kanda, oksijen desatürasyonu işlek eder. Gerek obstrüktif, gerek santral uyku apne sendromu, hipersomni aşırı uykululuk; kadınlar ise görece daha sık insomni geliştirmeye eğilimlidir (16).

Gece ve Sabah Baş Ağrıları: Toplumda baş ağrısı oldukça yaygın olarak görülüşünden, bu semptom herhangi bir hastalığı özgü şeklidir. Buna rağmen gece ve

sabah baş ağrıları; uyku bozuklukları veya nörolojik hastalıklarla ilişkisi bakımından ayrı bir öneme sahiptir. Sabah baş ağrıları genellikle uyku veya solunumla ilgili bir sorunu akla getirir. Bunların da başında uyku apne sendromu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelmektedir. Yaygın ve künt karakterde olan bu ağrı, CO₂'nin artışına ve oksijen saturasyonunun düşmesine bağlıdır. Gece uykuda baş ağrısı uyanma, ileri tetkikleri ve bu arada kraniyal görüntülemeyi gerektirir. Kafa içi yer kaplayan lezyonlarda baş ağrıları genellikle geceleri kötüleşir. Küme baş ağrıları, tipik olarak REM uykusunda ortaya çıkar. Hipnik baş ağrıları, tipik olarak REM uykusunda ortaya çıkar. Hipnik baş ağrıları ise; hastayı yine uykudan uyandıran kısa süreli, keskin (batıcı) karakter de ağrılardır (15,16).

Uyku Paralizi: Halk arasında karabasan diye bilinen bu durum, aslında uyanıklıkta REM uykusuyla başlayan uykuya geçiş veya REM uykusundan uyanış sırasında yaşanan hareket edememe durumudur. Kişi etrafındakilerin tamamen farkındadır; bazıları o sırada kendilerini yarı uyanık hissettiğinden bahseder. Hareket etmek istese de, parmağını bile oynatmaz; bağırma çalıssa da sesi en fazla bir fısıltı olarak çıkar. Aslında uyku paralizi, REM uykusuna ait atoninin, uyanıklığa taşmış halidir. Daha çok narkolepside ve depresyonda görülmekle birlikte; uyku deprivasyonu, vardiya değişikliği, alkol kullanımı gibi durumlarda da ortaya çıkabilir (13,14,15,18).

Uykuda Konuşma: Daha çok yüzeysel REM fazlarında, nadiren de REM fazında ortaya çıkan; anlamsız sesler çıkarma veya belli belirsiz mırıldanmalardan başlayıp o sırada uyuduğu odada bulunan kişilerle farkında olmadan ayrıntılı ve anlamlı bir sohbete dalmaya kadar varabilen vokalizasyonlar, uykuda konuşma olarak tanımlanır. Stres, ateşli hastalıklar ve kalitesiz uyku, atakları sıklaştırır. Temelinde bir uyku bozukluğu yoksa tedaviye gerek yoktur; zaten spesifik bir tedavisi de bulunmamaktadır (15,16,17,19).

Diş Gıcırdatma (Bruksizm): Uyku sırasında yüzlerce kez tekrarlayabilen ritmik çene kasılmaları ve hareketleri nedeniyle dişlerin birbirine sürtünmesi sonucunda ortaya çıkan sesler sayesinde fark edilen bir hareket bozukluğudur. Yüz, çene ve diş ağrıları, dişlerde zedelenme, kırılma, hatta şiddetli olgularda çenen dislokasyonu bile söz konusu olabilir. Stresle artış gösterir (15,17,19).

Ritmik Hareket Bozukluğu: Uykuya dalmadan hemen önce başlaya, bazen uykunun yüzeysel fazlarında da devam eden ritmik, stereo tipik hareketlerdir. En bilinen

tipi, başı ritmik bir şekilde yastığı ya da karyola başlığına vurmaktır. Hareketin diğer tipleri; yatar ya da oturur durumdayken tüm gövdenin öne ve arkaya doğru ritmik olarak hareket ettirilmesi, sırtüstü pozisyonda başın sağa-sola ritmik rotasyon hareketi, gödenin veya bacakların ritmik rotasyon ve vurma hareketleridir. Daha çok bebeklik ve erken çocukluk döneminde rastlanılan, ilerleyen yaşla birlikte azalıp kaybolan bir fenomendir. Erkek çocuklarda daha sık görülür. Mental reterdasyon, otizm, geçirilmiş bir kafa travması veya psikopatolojilerle sekonder olarak da ortaya çıkabilmekte; bu gibi durumlarda, ileri yaşlarda da devam edebilmektedir (15,17).

Sistemik Belirtiler: Uyku bozuklukları ve sistemik hastalıklar arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Bu etkileşim şu şekillerde karşımıza çıkar; Uyku bozuklukları, bazı fizyolojik değişikliklere yol açabilir sistemik bir hastalığın gelişmesine zemin hazırlayabilir. Örnek vermek gerekirse, uyku apne sendromundaki oksijen desatürasyonları, damar fonksiyonlarını etkileyerek zamanla sistemik hipertansiyonun yerleşmesine neden olur. Bu yüzden kardiyojasküler-nörovasküler hastalık, hipertansiyon, diabetes-mellitus veya obezite olguları, altta yatabilecek uyku apne sendromu açısından araştırılmalıdır (15,18) Uyku bozuklukları, başka bir sistemik hastalıkla ortak patofizyolojik mekanizmaya sahip olabilir. Bu en iyi örnek; RLS ve anemisi olan bir hastada, her iki hastalığın da demir eksikliğine bağlı olabilmesidir. Demir eksikliğinin giderilmesi, her iki durumu da düzeltecektir (15).

Huzursuz Bacaklar Sendromu ve Uykuda Periyodik Ekstremitte Hareketleri: Huzursuz bacaklar sendromu (RLS), akam saatlerinde ve özellikle yatağa yattıktan sonra bacaklarda ortaya çıkan, hastaların iyi ifade edemediği hoş olmayan parestenezilerdir. Değişik biçimlerde tanımlanır. Her zaman iyi lokalize edilmez ancak genellikle baldır bölgesinde; şiddetli durumlarda da kollarda ve hatta gövdede hissedilebilir. RLS nin özelliği, rahatsız edici bu hissin, bacaklarda karşı konulamaz bir hareket ettirme ihtiyacı yaratmasıdır. Hasta yatakta durmadan bacaklarını hareket ettirir, sallar, ovuşturur, hatta kalkıp dolaşmaya başlar. Semptomlar, hareketle azalır. RLS çok önemli bir insomni nedenidir; ancak hastalar hekim sormadıkça bu yakınlardan bahsetmez, bacaklardaki bu hareketli genellikle uyuyamamanın verdiği sıkıntıya bağlarlar. Oysa ki durum tam tersidir. Çoğu kez insomniyi tedavi etmek için verilen antidepressanlar semptomları artırır. Semptomları şiddetlendiren diğer etmenlere örnek olarak; anemi, B₁₂ ve folat eksikliği, üremi, omurilik lezyonları, diabete mellitus, periferik nöropatiler, ayırı egzersiz ve kafeinli içecekler verilebilir (13,15).

2.1.3. Uyku Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörler

Yaklaşım 85 tane uyku bozukluklarından en çok karşılaşılan ve ülkemizde de bazı çalışmaları yapılmış olan uykusuzluğun epidemiyolojisini inceleyeceğiz.

Bugüne kadar yapılan epidemiyolojik çalışmalarda uykusuzluğun gerek tanımı, gerekse ölçümü konusunda fikir birliği sağlanamaması, epidemiyolojik bulgularda farklılıklara sebep olmaktadır. Genel popülasyonda yapılan prevelans çalışmalarında metodolojik olarak; yüz yüze görüşmeler, posta yoluyla sorgulama formları, telefon görüşmeleri ya da hepsi bir arada uygulanmıştır. Erken dönem çalışmalarda; uykuya başlama ve devam ettirme gücü, semptomlarının sıklığı ve şiddeti; gün içi sonuçlarına da dayanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda uykuya başlama ve devam ettirme gücü ve semptomlarının sıklığını, hafta üç gece veya daha fazla olması aranmıştır. Sonraki çalışmalarda uykusuzlukla ilgili semptomların yanı sıra gün içi uykuluk, irritabilite, depresif ya da anksiyöz duygudurum, tedavi gereksinimi gibi uykusuzluğun gün içi yansımaları da değerlendirilmiştir (20).

Avrupa ve ABD de yürütülmüş ilk prevelans çalışmalarında %2 gibi daha düşük oranların yanı sıra, %33 gibi daha yüksek prevelans değerleri bildirilmiştir (21,22) . Bixler ve arkadaşları; 18 yaşın üzerinde 1006 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, uykusuzluk semptomları prevelansı %32,2 bulunmuştur (22). 1991 yılında, ABD de yaptığı 1950 telefon görüşmesi sonucunda; Amerikalıların %36'sının uyku yakınması tanımlandığı, %27' sinin uykusuzluk sorunu yaşadığı ve bunun da %9'unda uyku güçlüklerinin kronik ve düzenli olduğu bildirilmiştir (23).

Son dönemlerde yapılan prevelans çalışmaları ise tanı sınıflandırma sistemlerindeki (DSM-IV) ölçütlerine göre yapılmıştır. DSM-IV'e göre yapılan uykusuzluğun (primer insomni, diğer bir mental bozukluğa bağlı insomni, maddeye bağlı insomni, tıbbi bir duruma bağlı insomni) prevelansı %4,4 ila %11,7 arasında değiştiği görülür (24,25,26). Bu çalışmalarda primer insomni %2-4, diğer mental bozuklukla ilişkili insomni ise %1-3 bulunmuştur (27, 28)

Türkiye de iki prevelans çalışması yapılmıştır. Gözükırmızı ve arkadaşlarının 1995 yılında 8000 kişide yaptıkları çalışmada, popülasyonun %22'sinde uykusuzluk yakınması saptanmıştır. Bunların %50'si uykuya dalma, %44'ü uykuyu sürdürme gücü tanımlarken, %6'sıda hiç uyumadıklarını ifade etmişlerdir. Aslan ve

arkadaşlarının 2006 yılında 1034 kişide yaptıkları çalışmada ise, katılımcının %29,4' ünün bir uyku problemi bildirdikleri, %23,7'sinde uykusuzluk semptomlarından birinin olduğu saptanmıştır. %12,6'sın da uykuya başlamada güçlük, %12' sinde uykuyu devam ettirmede güçlük, %5,8'inde sabah erken uyanma, %15,7'sinde dinlendirici olmayan uyku, %5,1'inde uyku yoksunluğu yakınma gözlenmiştir. %18,5'inde yakınmaların haftada 3 gece veya daha fazla devam ettiği, %20,1'inde yakınmaların en az 6 ay sürdüğü, % 4,9'unda şiddetli kronik uykusuzluk olduğu bildirilmiştir (29).

Uykusuzlukla İlgili Risk Faktörleri: Uykusuzluk için bir çok nedenden bahsedilebilir; ancak genel olarak nedenleri üç ana grupta incelenebilir. Sekonder nedenler de tıbbi veya psikiyatrik bozukluklar, uykuda solunum bozuklukları veya diğer solunum bozukluklarına ikincil olarak uykusuzluk görülür. Hasta tarafından oluşturulan nedenler arasında ise hastanın yaşı, cinsiyeti, uyku-uyanıklık düzeninde bozukluk, kötü uyku hijyeni, çevresel faktörleri kapsayan yaşama şekli veya bireyin kullandığı psikoaktif maddelere bağlı uykusuzluk sayılabilir. Herhangi bir neden bulunamayan durumlar ise: primer olarak adlandırılır (30). OSAS, hipovantilyasyon gibi uyku ile ilişkili uyku bozuklukları, uykusuzluk nedenlerinin %5-9'unu oluşturur (31).

Huzursuz bacaklar sendromu/uykuda periyodik hareket bozukluğu sebebiyle görülen uykusuzluk yakınması olarak %15'dir. Tıbbi yada nörolojik durumlara bağlı uykusuzluk yakınması ise %4-11'ini oluşturur. Uykusuzluk yakınmalarının %10'u kötü uyku hijyeni veya çevresel faktörlere bağlı iken %3-7'si bireyin kullandığı psikoaktif maddelere bağlıdır (30)

2.1.4. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması

Uyku bozukluklarının ilk kez tanımlanmasından sonra, dikkatler bu bozuklukların sınıflandırılması konusuna yoğunlaşmış, primer olarak semptomların esas alındığı ilk sınıflamalar daha sonraki modern sınıflamalara temel teşkil etmişlerdir. 1990 yılında ASDA (American Sleep Disorders Association-Yeni ismi American Academy of Sleep Medicine), 5 yıllık bir süreç sonrasında, oldukça kabul gören “Uyku Bozuklukları Uluslararası Sınıflaması” (International Classification of Sleep Disorders-ICSD)’ni oluşturdu. Bu sınıflama 1979 yılında yayınlanan “Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders”in yerini almıştı. ICSD’ nin hazırlanması ASDA yanında üç büyük uluslararası uyku derneğinin (European Sleep Research Society, Japanese Society of Sleep Research, Latin American Sleep Society) katkılarıyla gerçekleşti ve

sonunda uyku bozuklukları sınıflaması el kitabı (ICSD-Diagnostic and Coding Manual) oluşturuldu. Bu yayın 1997 yılında küçük değişikliklerle yenilendi. ICSD sınıflaması, esas olarak tanısallık ve epidemiyolojik amaçlar için; uyku bozukluklarının indekslenmesi, morbidite ve mortalite bilgilerinin kayıt edilebilmesi ve düzenlemelerin yapılabilmesi için geliştirilmiş, bu nedenle tablolarda da görüleceği üzere, tüm uyku bozukluklarına kod numarası verilerek kimlik kazandırılmıştır. Bu sınıflama 84 uyku bozukluğu içermektedir ve her biri spesifik tanısallık kriterleri içeren, tanımlayıcı metin şeklinde sunulmuştur. ICSD' ye göre uyku bozuklukları 4 büyük gruba ayrılır (Tablo 2) (32).

Tablo 2. Amerikan uyku bozuklukları derneği uyku bozuklukları uluslararası sınıflaması

1. Dissomniler
a. İntrensek uyku bozuklukları
b. Ekstrensek uyku bozuklukları
c. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları
2. Parasomniler
a. Arousal bozuklukları
b. Uyku-uyanıklık geçiş bozuklukları
c. REM uykusu ilişkili parasomniler
d. Diğer parasomniler
3. Medikal/psikiyatrik uyku bozuklukları
a. Mental bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları
b. Nörolojik bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları
c. Diğer medikal bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları
4. Önerilen uyku bozuklukları

Yukarıda (Tablo 2) belirttiğimiz temel uyku bozuklukları tablosunu alt grupları ele alınacaktır.

1- Dissomniler

Tablo 3. Dissomniler

A. İntrensek uyku bozuklukları	
1. Psikofizyolojik insomni	307.42-0
2. Uykunun algılanamaması	307.49-1
3. İdiyopatik insomni	780.52-7
4. Narkolepsi	347
5. Rekürren hipersomni	780.54-2
6. İdiyopatik hipersomni	780.54-7
7. Post-travmatik hipersomni	780.54-8
8. Obstrüktif uyku apne sendromu	780.53-0
9. Santral uyku apne sendromu	780.51-0
10. Santral alveoler hipoventilasyon sendromu	780.51-1
11. Periyodik ekstremite hareketi bozukluğu	780.52-4
12. Huzursuz bacaklar sendromu	780.52-5
13. İntrensek uyku bozukluğu**	780.52-9
B. Ekstresek uyku bozuklukları	
1. Yetersiz uyku hijyeni	307.41-1
2. Çevresel uyku bozukluğu	780.52-6
3. İrtifa insomnisi	993.2
4. Uyum bozukluğu	307.41-0
5. Yetersiz uyku sendromu	307.49-4
6. Uyku düzeni bozukluğu	307.42-4
7. Uykuya dalma bozukluğu	307.42-5
8. Gıda allerjisi insomnisi	780.52-2
9. Noktürnal yeme (içme) sendromu	780.52-8
10. Hipnotiklere bağlı uyku bozukluğu	780.52-0
11. Uyarıcılara bağlı uyku bozukluğu	780.52-1
12. Alkole bağlı uyku bozukluğu	780.52-3
13. Toksinlere bağlı uyku bozukluğu	780.54-6
14. Ekstresek uyku bozukluğu**	780.52-9
C. Sirkadiyen ritm uyku bozuklukları	
1. Zaman dilimi değişikliği (jet-lag) sendromu	307.45-0
2. Vardiyalı çalışma uyku bozukluğu	307.45-1
3. Düzensiz uyku-uyanıklık paterni	307.45-3
4. Gecikmiş uyku evresi sendromu	780.55-0
5. Erken uyku evresi sendromu	780.55-1
6. Non-24 saat uyku-uyanıklık bozukluğu	780.55-2
7. Sirkadiyen ritm uyku bozukluğu**	780.55-9

* International Classification of Diseases-9. Revision-Clinical Modification, ** Başka türlü tanımlanmamışsa

Uykuya dalma ve sürdürmede (İnsomni) veya aşırı uykululuk ile ilgili uyku bozukluklarını içerir (Tablo 3).

Dissomniler vücudun farklı sistemlerinden orijin alan heterojen bir hastalık gurubunu oluşturmaktadır.

2- Parasomniler

Tablo 4. Parasomniler

	ICD-9-CM No*
A. Arousal bozuklukları	
1. Konfüzyonel arousallar	307.46-2
2. Uyurgezerlik	307.46-0
3. Uyku terörü (gece korkuları)	307.46-1
B. Uyku-uyanıklık geçiş bozuklukları	
1. Ritmik hareket bozukluğu	307.3
2. Uyku sıçramaları	307.47-2
3. Uykuda konuşma	307.47-3
4. Noktürnal bacak krampları	729.82
C. REM uykusu ilişkili parasomniler	
1. Kabuslar	307.47-0
2. Uyku paralizisi	780.56-2
3. Azalmış uykuya bağlı penil ereksiyonlar	780.56-3
4. Uykuya bağlı ağrılı ereksiyonlar	780.56-4
5. REM uykusuna bağlı sinüzal arrest	780.56-8
6. REM uykusu davranış bozukluğu	780.59-0
D. Diğer parasomniler	
1. Uykuda diş gıcırdatma (bruxism)	306.8
2. Uyku enürezisi	780.56-0
3. Uykuya bağlı anormal yutma sendromu	780.56-6
4. Noktürnal paroksizmal distoni	780.59-1
5. Açıklanamayan ani noktürnal ölüm sendromu	780.59-3
6. Primer horlama	780.53-1
7. İnfant uyku apnesi	770.80
8. Konjenital santral hipoventilasyon sendromu	770.81
9. İnfant ani ölüm sendromu	798.0
10. Benign neonatal uyku myoklonusu	780.59-5
11. Diğer parasomniler **	780.59-9

* International Classification of Diseases-9. Revision-Clinical Modification, ** Başka türlü tanımlanmamışsa

Parasomniler: arousal, parsiyel arousal ve uyku evresi geçiş bozuklarıdır (Tablo 4).

Genellikle çocukluk yaşlarında başlayan, erişkin yaşlarda giderek kaybolan ve uyku sırasında anormal hareketlerden oluşur. En sık olanları uyurgezerlik, kabuslar, rem uykusu, enürezis ve diş gıcırtdır. Çoğu merkezi sinir sistemi aktivasyonunun sonucudur. Otonom sinir sistemi değişiklikleri ve iskelet kası aktivitesi en belirgin özellikleridir (32).

3- Medikal / Psikiyatrik Uyku Bozuklukları

Tablo 5. Medikal/psikiyatrik uyku bozuklukları

	ICD-9-CM No*
A. Mental bozukluklarla ilişkili	290-319
1. Psikozlar	292-299
2. Ruhsal bozukluklar	296-301
3. Anksiyete bozuklukları	300
4. Panik bozukluk	300
5. Alkolizm	303
B. Nörolojik bozukluklarla ilişkili	320-389
1. Serebral dejeneratif bozukluklar	330-337
2. Demans	331
3. Parkinsonizm	332-333
4. Fatal familial insomni	337.9
5. Uykuya bağlı epilepsi	345
6. Uykunun elektriksel status epileptikus	345.8
7. Uykuya bağlı baş ağrıları	346
C. Diğer medikal bozukluklarla ilişkili	
1. Uyku hastalığı	086
2. Nokturnal kardiyak iskemi	411-414
3. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	490-494
4. Uykuya bağlı astma	493
5. Uykuya bağlı gastroözefageal reflü	530.1
6. Peptik ülser hastalığı	531-534
7. Fibrozitis sendromu	729.1

* International Classification of Diseases-9. Revision-Clinical Modification

Psikiyatrik bozukluklar uyku bozukluklarında en sık rastlanılan uykusuzluk nedenini oluştururlar (Tablo 5).

Uyku sırasında en fazla hasar gören sistem olarak bilinen solunum sitesi hastalıklarında da (KOA, astma) uyku bozuklukları izlenir. Bazen de overalp sendromunda olduğu gibi bir uykuda solunum bozukluğu (OSAS) ile bir akciğer hastalığının (KOA) birlikteliği tablonun daha hızlı ilerlemesine yol açar (32).

4- Önerilen Uyku Bozuklukları

Tablo 6. Önerilen uyku bozuklukları

	ICD-9-CM No*
1. Kısa süreli uyuyanlar	307.49-0
2. Uzun süreli uyuyanlar	307.49-2
3. Uyku sersemliği sendromu	307.47-1
4. Fragmanter myoklonus	780.59-7
5. Uykuda aşırı terleme (hiperhidrozis)	780.8
6. Menstruasyon ilişkili uyku bozukluğu	780.54-3
7. Gebelik ilişkili uyku bozukluğu	780.59-6
8. Korkutucu hipnagogik halusinasyonlar	307.47-4
9. Uykuya bağlı nörojenik takipne	780.53-2
10. Uykuya bağlı laringospazm	780.59-4
11. Uykuda boğulma sendromu	307.42-1

* International Classification of Diseases-9. Revision-Clinical Modification

ICSD'nin 4.bölümü hakkında yeterli bilgi olmayan, uyku bozukluğu olduğu tartışmalı, daha ileri incelemelere ihtiyaç duyulan bozukluklarını içerir (Tablo 6).

İleriki yıllarda bu hastalıklar hakkında yeni bilgilerin elde edilmesi ile sınıflamada gerekli değişiklik yapılacaktır.

2.2 UYKU TIBBI VE MERKEZLERİ

2.2.1. Uyku Tıbbının ve Merkezlerinin Dünyadaki Gelişimi

Uyku ile ilgili ilk bilimsel deneyler, 1907 yılına kadar uzanmaktadır. İnsan Elektroansefalografi (EEG) sinin ilk mucidi ise Hans Berger (1873-1941) bir nöropsikiyatristtir. Aslında ilk çalışmalar birinci Dünya Savaşı sonrasında büyük kafa kemik defektleri olan kişilerde yapılmıştır. 6 Temmuz 1924'te Edelman galvanometre ile beyinden gelen osilasyonu göstermiştir. 1925 Berger kayıtlamanın yapılabilmesi için kafa kemik defektlerinin olması gerekli olmadığını fark etmiştir. Çünkü duranın belli bir kalınlığı vardır, ayrıca postoperatif skarlar mevcuttur. Buna göre kayıtlama sağlam kafatası ya da skalpten yapılabilir. 1926-1929 yılları arasında Berger alfa dalgaları ile kayıtlar elde etmiştir. Bu dönemden sonra gelişmeler çok hızlandı. Gerçek anlamda uykuda gözlenen parametreler Harvard Üniversitesinden Harvey, Hobart, Davis ve diğerleri tarafından çalışıldı. Edgard Douglas Adrian (1889-1977) 20. yüzyılın en önemli nörofizyologlarından. Alfa ritmini göstermiştir ve göz açılınca alfa ritminin bloke olduğu bulunmuştur. Blake, Gerard ve Kleitman bu konudaki çalışmalarını Chicago Üniversitesinde sürdürmüşlerdir. EEG çalışmaları tüm dünyada ilgi çekmeye başladıktan sonra 1947 yılında Amerika EEG derneği kurulmuştur. Kleitman ve Aserinsky 1953 yılında uykuda hızlı göz hareketlerinin olduğunu REM uykusunu elektroensefalografi göstermiştir (33).

Avrupa'da 1965 yılında Pickwick sendromlu hastalara birbirinden bağımsız olarak uyku kaydı yapan Fransızlar: Gastaut, Tassinari ve Duran, Almanya'da ise: Jung ve Kuhlo uyku apne sendromunu keşfedip tanımlamışlardır (34).

Uyku kayıtları yapılmaya başladıktan sonra standardizasyon sorunu gündeme gelmiştir. 1968 yılında, otörlerin isimlerinin baş harfleriyle anılan R ve K olarak standardize edilen Alan Rechtschaffen and Anthony Kales uyku kayıtlarını skorlama sistemini geliştirmiştir. 1975'te ASDA kuruldu. Tüm dünyadaki uyku çalışmaları daha organize olarak yürütülmeye başlandı (33).

2.2.2. Uyku Tıbbının ve Merkezlerinin Türkiye de ki Gelişimi

Avrupa da 1965'li yıllarda uyku ile ilgili çalışmalar sürerken Türkiye den de Prof. Dr. Esat Eşkazan Lyonda, Prof. Dr. Ayhan Arguner de Montpellier de bu çalışmalara katılarak Türkiye den uyku tıbbı ile ilgili çalışmalara katılan ilk isimler olmuştur. Ancak Türkiye için bu alanda önemli isimlerden biri, ABD deki ilk 5 merkezden birinin direktörü olan Prof. Dr. İsmet Karacan olmuştur. Karacan'ın merkezi, Türkiye den yüzlerce araştırmacının uyku tıbbı ile tanıştığı ilk merkez olmuştur. Bu merkezde yetişen nörologlar ve göğüs hastalıkları uzmanları Türkiye ye döndüklerinde, uyku ile uğraşmış ve bir çok araştırma yapmıştır. Türkiye de günümüzdeki işlevi ile açılan ilk uyku merkezleri, 1985 yılında Prof. Dr. Hayrünisa Denктаş'ın desteğiyle Prof. Dr. Erbil Gözükrımı tarafından İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Hamdullah Aydın tarafından da GATA da açılmıştır. Bu merkezlerde Doç. Dr. Sadık Ardıç'ın göğüs hastalıkları kliniğinde açtığı ilk merkez de eklenmiştir. İlerleyen yıllarda merkezlere hızla gelişmiş ve Türkiye de birçok uzmanın bu alanda yetişmesini sağlamıştır. 1988 yılında Türkiye de İlk uyku araştırmaları derneği kurulmuştur. Dernek, 1990 yılından itibaren bilimsel toplantılar ve kurslar organize ederek uyku tıbbının standardizasyonunu oluşturmaya çalışmıştır. Bu çalışmalar içinde önemli bir adım, 2000 yılında European Sleep Reserach Society'nin on beşinci kongresinin Türkiye de organize edilmesi olmuştur. Bu kongreyle birlikte, dünyada ki gelişmelerin de katkısıyla 2000'li yıllarda Türkiye de Uyku Tıbbı pratiği hızla gelişmiş; bu alanda açılan yüzlerce merkezde, birçok uzman çalışmayla başlamıştır. Türkiye, Avrupa standartlarında önde gelen ülkeler arasında yerini almışsa da, halen birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi gelinen nokta, ulaşılması gereken noktadan çok daha geridedir (20).

2.2.3. Uyku Merkezlerinin Standartları

Uyku laboratuvarının standartlara uygun olması için çeşitli akreditasyon çalışmaları devam etmektedir. Avrupa'da Avrupa uyku araştırmaları derneğinin standartları geniş kabul görmekte olup ülkemizde faal olan Türk Uyku Tıbbı Derneği (TUTD) bu standartları kullanmaktadır. Fakat uyku merkezlerinin fiziki yapısı, araç ve gereçleri, çalışma şekilleri ve burada görev yapan hekim ve teknisyenlerin eğitimi konusunda belli bir seviyeye ulaşılmamıştır. Uyku merkezleri, uyku çalışmaları için beklentilere cevap verebilmelidir. Ayrıca yetişmiş teknisyen ve yeterli donanım olması gerekmektedir. Ülkemizde uyku merkezlerinin sayısı ne yazık ki ihtiyaca cevap verememektedir. Bu

nedenle hastalar uzun süre beklemek zorunda kalmaktadır ve uzun randevu tarihleri verilmektedir. Ülkemizde TUTD standartları sağlayan uyku merkezlerini akredite etmekte ve bu alandaki çalışmalarını yürütmektedir (33).

2.2.4. Uyku Merkezinde Yapılanlar İşlemler

PSG: Başta uykuda solunum bozuklukları başta olmak üzere pek çok uyku bozuklukları olmak üzere pek çok uyku bozukluklarını saptamak için kullanılan kayıt ve metot tekniklerinin genel ismidir. Tüm gece uyku periyodu süresince, simültane olarak, nörofizyolojik, kardiy-respiratuar ve diğer biyolojik sinyallerin kaydını ifade eder. Minimum PSG Montajı şu parametreleri içermelidir: 3 EEG, 2 Elektrokülografi (EOG), 1 Çene Elektromyografi (EMG), Horlama sinyali, vücut pozisyon sensörü, oronasal hava akımı, solunum eforlarının kaydı, 2 tibialis (bacak) EMG, EKG, oksijen saturasyon kaydı, video kaydı ve monitorizasyonu. Polisomnografide kağıda veya dijital olarak kayıt kullanılabilir. Dijital kayıt yapıldığında cihazlarda önceki dönemi görme imkanı bulunmalıdır. Hasta raporlama Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre sınıflanmalıdır. PSG rapor içeriği: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre sınıflanmalıdır; uyku parametrelerini, hipnogramı, tüm gece sinyal özetlerini ve Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) basınç trendini içermelidir. Hasta rapor içeriği: hastanın uyku bozukluğu hikayesini, uykuya ait parametreleri, tüm gece sinyal özetlerini ve mutlaka PSG çıkışlarını içermelidir. Rapora eklenen uyku parametreleri manüel olarak deneyimli hekim tarafından skorlanmalıdır (25).

CPAP: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) hastaların gece uykuları boyunca tekrarlayan solunum durmaları ile karakterize bir hastalıktır ve bu durum çeşitli patofizyolojik değişikliklere yol açarak nöropsikolojik ve daha birçok sistemi etkiler (35). Tekrarlayan apne epizodları uyku bütünlüğünü bozarak uyku kalitesini olumsuz etkiler. Bu yüzden OUAS olan hastalarda nöropsikolojik fonksiyonlarla ilişkili çok sayıda problem gelişebilir (24). Bir çok çalışma OUAS ile depresyon ve yaşam kalitesinde bozulma olduğu bildirilmektedir (25,26). Son zamanlarda yapılan çalışmalar OUAS in klinik olarak depresyona değil depresif semptomlarda artışa yol açtığına işaret etmektedir (26,36). 1981 yılında Sullivan ve arkadaşları tarafından ilk kez tanımlanan sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP), OUAS' in en önemli tedavisidir (37,38). Bir kaç kontrendikasyon ve yan etki dışında güvenli bir tedavi yöntemidir (39). CPAP

tedavisi, manüel veya otomatik olarak polisomnografi (PSG) ile elde edilen verilere dayanarak titre edilmiş sabit basınç verilerek yapılır. Bu titrasyonun amacı, gece boyunca oluşabilecek tüm obstrüktif olayları güvenli bir şekilde önleyebilecek en düşük basıncı saptamaktır. Bu tedavi formunun yaygınlaşmasıyla üst hava yollarını açık tutmak için gerekli basıncın sürekli ayarlanmasına olanak veren otomatik cihazlar (APAP) geliştirilmiştir. Bu APAP cihazlarıyla CPAP tedavisinde kullanılması gereken basınç titre edilebilir. Evde sabit basınçlı CPAP tedavisi yerine, tedavi süresi boyunca otomatik olarak ihtiyaca göre değişen basınç sağlayan bu cihazlar kullanılabilir. Bu yolla, CPAP'ın basınca bağlı oluşan yan etkilerinin azalacağı ve uyumsuzluğa bağlı tedavi başarısızlığının önleneceği düşünülmektedir (40,41). CPAP tedavisi OUAS'li hastalara genellikle nazal maskeyle uygulanmaktadır, bununla birlikte nazal yastık ya da oronasal maskeyle de verilebilir. Maske türünün CPAP tedavisine uyum üzerinden anlamlı etkisi olabilmektedir. Klostrofobi, maskeye bağlı rahatsızlık, hava kaçağı, basınca bağlı hassasiyet ve maskenin yerinden çıkması CPAP kullanımını azaltır (42,43). Nazal yastıkların nasal maskeye bazı üstünlükleri vardır. Yüze daha az temas ettiğinden klostrofobiyi, hava kaçağını ve basınca bağlı ağrıyı azaltarak rahatsızlık hissini minimale indirir. Tedavi başlangıcında maske tipinin seçilmesi önemlidir, çünkü CPAP kullanımında ilk deneyim tedaviye uzun dönem uyumda önemli rol oynar (23). CPAP tedavisinin endikasyonları, OUAS, horlama ve santral uyku apne sendromudur.

Bilevel Positive Airway Pressure (BPAP): Bifazik Pozitif Hava Yolu Basıncı, ilk kez Sanders ve Kerntarafından CPAP'a alternatif olarak geliştirilmiş (44). BPAP ile tüm solunum siklusu boyunca sabit basınç yerine inspirasyon ve akspirasyonda farklı pozitif basınç uygulanır. Ekspirasyonda geçerli olan basınca "Expiratory Pozitif Airway Pressure ", inspirasyonda geçerli olan basınca "Inspiratory Positive Airway " denir. Uyku sırasında hava yolu rezistansı ve hava yolunun kapanmaya eğilimli inspirasyonda ekspirasyona göre daha fazladır. Bu düşünceden hareketle sürekli sabit basınç yerine ekspirasyonda inspirasyona göre daha düşük basınç uygulamak üzere BPAP cihazları geliştirilmiştir. Böylece hastanın daha düşük basınca karşı ekspirasyon yapması ve tedaviyi daha iyi tolere etmesi amaçlanmıştır. Ama daha sonra yapılan çalışmalar kompliyans açısından CPAP ve BPAP arasında anlamlı fark olmadığını ortaya koymuştur (45). BPAP ilk seçenek tedavi yöntemi değildir. Pozitif basınca karşı ekspirasyon zorluğu veya başka nedenle CPAP'ı tolere edemeyen hastalarda

denenmelidir. CPAP intoleransında BPAP tedavisine geçmek için yeniden polisomnografi eşlinde BPAP la basınç titrasyonu yapılmalıdır (46).

Gündüz Aşırı Uyku Halinin Saptanmasında Kullanılan Testler:

Multipl Uyku Latansı Testi (MSLT): Bu test aslında OSAS tanısı için değil, Gündüz aşırı uyku halinin(GAUH) değerlendirilmesi için tasarlanmıştır. Ayrıca OSAS'ın aynı semptomu neden olan diğer bazı hastalıklardan ayırımını da sağlar. Narkolepsi tanısı için büyük önemi olan gündüz REM uykusunun saptanmasına olanak tanır (47,48,49).

Testin uygulanması ise hasta gece uyku laboratuvarında uyutulur ve sabah saat 7.30'da kaldırılır, hafif bir kahvaltıdan sonra 1.5-3 saat içinde test başlatılmalıdır, hastanın çay, kahve ve kola gibi uyarıcılar almaması öğütlenir, kayıt için EEG (C3 veya C4, O1 veya O2) EMG ve EOG elektrodları yerleştirilir, testten 15 dakika önce hasta teste hazır hale getirilir ve oda karartılır, hastaya gözlerini kapatması ve uykuya direnmemesi söylenir, test saat 10, 12, 14, 16 ve 18'de olmak üzere, her seferinde 20 dakikalık periyotlar halinde 5 kez uygulanır, yirmi dakikalık periyot içinde hasta uyumazsa uyku latansı (uykuya dalış süresi) 20 dakika olarak alınır, klinik uygulamalarda bu periyotlardan birinde 1 epok (30 saniye süreli uyku kaydı) herhangi bir uyku evresi saptanırsa teste son verilir, araştırmalarda ise bu periyotlardan birinde 3 epok evre 1 uykusu veya diğer uyku evrelerinden biri saptanırsa teste son verilir, test sonunda; uyku latansının 15 dakikanın üzerinde olması normal olarak kabul edilir, iki adet REM'le başlayan uyku epizodu (SOREM) REM'le başlaması veya ilk 15 dakika içinde REM uykusunun izlenmesi) narkolepsi tanısı koydurur. Ancak gece uykusu çok sayıda apneik epizodlarla bölünmüş olgularda narkolepsi tanısı koymadan önce OSAS'ın tedavi edilmesi ve daha sonra MSLT'nin tekrarlanması gereklidir. Gece çalışan bir hastada sabah MSLT uygulamasının değeri azdır. Gündüz REM uykusu REM'i suprese eden ilaçların aniden kesilmesi ile de ortaya çıkabilir (50).

Maintenance of wakefulness test (MWT): Gündüz aşırı uyku halinin objektif olarak ortaya konmasına yarayan bir diğer yöntem MWT'dir. MSLT'nin tersine bu defa hastadan uyumamaya çalışması istenir (47,51,52).Testin uygulanması MSLT'de olduğu gibi yine laboratuvarında geçirilen bir gece uykusunun ardından oda karartılır. Odada güneş ışığı olmamalıdır. Ancak hastanın başının arkasından gelecek şekilde hafif bir ışık kaynağı konur (Hasta ışığa direkt bakmamalıdır). Hasta testten bir saat önce hafif

bir kahvaltı eder. Oda sıcaklığı mümkünse 22°C'ye ayarlanmalıdır. Kayıt için C3A2, O1A2, EMG ve EOG elektrodları yerleştirilir. Hastaya gene gözlerini kapatması ve bu kez uyumamaya çalışması söylenir. Hastanın aktivite yapması, efor sarfetmesi engellenir (uyumamak için şarkı söyleme, yüzünü tokatlama gibi). Hasta yatar değil, oturur pozisyonda olmalıdır. Test MSLT'de olduğu gibi yine 5 kez uygulanır. Öğle periyodundan önce yine hafif bir yemek yemelidir. Testten 20 dakika sonra hala uykuya dalmadıysa veya 1 epok herhangi bir uyku evresinin saptanması ile teste son verilir. Test sonunda uyku latansı 12 dakikadan kısa ise test pozitif kabul edilir. Bu test daha çok OSAS' lılarda CPAP tedavisinde veya narkolepsi tedavisinde tedavi yanıtını takip etmek amacı ile kullanılmaktadır. GAUH tayini için subjektif (ESS) ve objektif testlerin (MSLT, MWT) genellikle iyi korelasyon gösterdiği kabul edilir. Ancak yeni bir çalışmada, MWT ile ağır dereceli uyku hali saptanan OSAS' lılarda ESS ile aynı sonuçlar elde edilememiştir. Dolayısıyla subjektif değerlendirmenin yanıltıcı olabileceği ileri sürülmüştür (53).

Pupillometri (Pupillografi): Esas olarak uyku ve uyanıklık sırasındaki pupilla çapı değişikliklerinin ölçülmesine dayanan bir tetkiktir. Geniş ve stabil bir pupilla uyanıklıkla ilişkilidir. Küçük ve değişken bir pupilla ise uyku haline işaret eder. Fizyolojik uykulu halin sensitif bir ölçüm yolu olmakla birlikte, teknik açıdan zorlukları nedeniyle pek pratik bir yöntem olmadığı söylenebilir (47,49,51).

Bu çalışmanın amacı; uyku merkezlerinize çeşitli uyku problemleri (İnsomni, horlama, uykuda nefes durması, yorgunluk, uyku sonrası halsizlik ve tatminsizlik vb.) nedeniyle başvuran hastaların depresyon düzeyini, yaşam kalitesini ve uyku kalitesi düzeylerini belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Araştırma, hastaların mevcut ruh hali, uyku kaliteleri ve yaşamlarındaki uyku bozuklukları nedeniyle oluşan problemleri incelemek ve ortaya koymak amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zaman

Araştırma Haziran – Ağustos 2013 tarihleri arasında Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniklerine bağlı uyku merkezlerinde yürütülmüştür.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haziran-Ağustos 2013 tarihleri arasında, Kayseri il merkezinde yer alan ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniklerine bağlı, günlük 3 PSG hastası alınabilen uyku merkezlerine başvuru yapan ve ilk defa çekim yapılacak PSG randevusu verilen 229 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmıştır.

3.4. Araştırma Hipotezi

H₀: Uyku bozukluğu nedeniyle ilk defa uyku merkezine başvuran hastalarda depresyon, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur.

H₁: Uyku bozukluğu nedeniyle ilk defa uyku merkezine başvuran hastalarda depresyon, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

Çalışmamızda bağımsız değişken olarak; cinsiyet, eğitim durumu, yerleşim yeri, medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalık, sigara içme, bağımlı değişkenler ise depresyon, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi soruları alınmıştır.

3. 5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket ve ölçekler tutarlılığı korumak amacıyla aynı araştırmacı tarafından ve katılımcı ismi belirtilmeden uygulanmıştır. Çalışmanın kapsam ve amacı açıklandıktan sonra bütün katılımcıların yazılı izinleri alınmıştır.

Veri Toplama Araçları;

1. Sosyo-Demografik Veri Formu

2. Ölçekler

- Beck depresyon Ölçeği (BDÖ)
- Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

Beck Depresyon Ölçeği: Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (54). Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDÖ'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçek skorları kognitif afektif faktör ve somatik performans faktör ile hesaplanmaktadır (55). Ölçek Türkçeye BDE ve BDÖ adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (56,57). BDÖ ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi: Buysse ve ark.(1989) (58) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark.(1996) (59) tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşur, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu 7 bileşenden oluşur. Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir.

WHOQOL-BREF (TR): Türkler İçin DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, bireyin yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendiren bir ankettir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirler (60). WHOQOL- BREF (TR) Türkler için DSÖ Yaşam kalitesi kısa formudur. Toplam 27 soruyu kapsamaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak

yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, sosyal, psikolojik, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmaktadır. Sorular 5'li likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Eser ve ark tarafından yapılmıştır (61).

3. 6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde normal dağılıma uygunluk testi yapılarak, parametrik testler ve nonparametrik testler uygulanmıştır. İki grubun karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda studen t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi (post hoc test: Dunn's metod) ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. 7. Etik İlkeler

Çalışmaya katılan hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği kurumlarının idarelerinden gerekli yazılı izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışma Kayseri il merkezinde yer alan ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniklerine bağlı, günlük 3 PSG hastası alınabilen uyku merkezlerine başvuru yapan ve ilk defa çekim yapılacak PSG randevusu verilen 229 hasta üzerinde yapılmıştır.

Uyku Merkezlerimizde Haziran-Ağustos 2013 tarihlerinde 229 hastaya PSG sonucunda hastaların 150'sinde OSAS, 49'unda Horlama, 20'sinde RLS ve 10'unda Uyku REM OSAS tespit edilmiştir.

Tablo 7. Hastaların Demografik-Sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş ortanca (min-max)	49.0 (18-71)	
Gelir ortanca (min-max)	1300 (400-9000 TL)	
Cinsiyet		
Erkek	119	52.0
Kadın	110	48.0
Eğitim durumu		
OYD/OY	20	8.7
İlkokul	69	30.1
Ortaokul	87	38.0
Üniversite	53	23.2
Medeni durum		
Bekar	18	7.9
Evli	211	92.1
Yaşadığı yer		
İl	146	63.8
İlçe	61	26.6
Köy	22	9.6
Çalışma durumu		
Evet	145	63.3
Hayır	84	36.7
Meslek		
İşçi	70	30.6
Memur	56	24.5
Ev hanımı	52	22.7
Serbest meslek	42	18.3
Diğer (öğrenci, çiftçi)	9	3.9
Sosyal Güvence		
Var	228	99.6
Yok	1	0.4

Sigara		
İçiyor	73	31.9
İçmiyor	156	68.1
Alkol		
İçiyor	17	7.4
İçmiyor	212	92.6
Kronik hastalık		
Var	101	44.1
Yok	128	55.9
Kronik hastalık (n=151)		
DM	57	37.8
HT	68	45.0
KKY	26	17.2

Araştırma grubunu oluşturan hastaların yaş ortancası 49.0 (18-71) olup %52.'si erkek, %92.1'i evli, %38'i ortaokul mezunu, %63.8'i il merkezinde yaşamakta, %62.9'u bir işte çalışmaktadır (Tablo 7). Hastaların %30.6'sı işçi statüsünde çalışmakta olup %99.6'sının sosyal güvencesi vardı (Tablo 7).

Hastaların %44.1'nin en az bir kronik rahatsızlığı mevcut olup %37.8'inde Diabetes Mellitus (DM), %45'inde Hipertansiyon (HT) %17.2'sinde Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) olduğu saptanmıştır. Hastaların %31.9'u sigara içiyor, %7.4'ü alkol kullanıyordu (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların PUKİ, BDÖ ve WHOQOL-BREF ölçek puanları

Ölçekler	Ortanca (min-max)
PUKİ toplam	7 (1-19)
BDÖ Toplam	11 (0-47)
Bedensel alan- WOQOL-BREF	57.1 (7.1-96.4)
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	54.2 (12.5-95.8)
Sosyal alan- WOQOL- BREF	58.3 (0.0-100)
Çevresel alan WOQOL- BREF	59.4 (31.3-96.9)
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	61.1 (27.8-97.2)

Hastaların PUKİ puan ortancası 7 (1-19) olup % 60.7'sinin uyku kalitesi "kötü", %39.3'ünün ise uyku kalitesi "iyi" olduğu belirlenmiştir.

Hastaların BDÖ puan ortanca (min-max) 11(0-47) olup BDÖ'ye göre %25.8'inin depresif belirtisi var olup, %38.4'ünün hafif düzeyde, %21.4'ünün orta, %4.4'ünün ise şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların çeşitli değişkenlere göre uyku kalitesi

Değişkenler	PUKİ		p	
	İyi n (%)	Kötü* n (%)		
Yaş*	n=90, 46.2±11.6	n=139, 50.8±11.8	0.004	
Gelir#	n=74, 1300(1000-2455)	n=117, 1635(940-2200)	0.601	
Sigara adet#	n=27, 10(1-20)	n=46, 10(1-30)	0.527	
Sigara yıl#	n=27, 20(16-30)	n=46, 24(15-31)	0.305	
Alkol kadeh#	n=7, 1(1-1)	n=9, 1(1-1)	0.257	
Alkol yıl#	n=7, 15(12-22)	n=7, 15 (10-28)	0.750	
Cinsiyet	Erkek	49(41.2)	70(58.8)	0.546
	Kız	41(37.3)	69(62.7)	
Medeni durum	Bekar	13(72.2)	5(27.8)	0.006
	Evli	77(36.5)	134(63.5)	
Eğitim	Okur Yazar Değil	4(20.0)	16(80.0)	0.217
	İlköğretim	31(45.0)	38(55.0)	
	Ortaokul	36(41.0)	51(59.0)	
	Üniversite	19(36.0)	34(64.0)	
Yaşadığı yer	Köy	7(32.0)	15(68.0)	0.741
	İlçe	25(41.0)	36(59.0)	
	İl	58(40.0)	88(60.0)	
Çalışma	Çalışan	64(44.0)	80(56.0)	0.038
	Çalışmayan	26(31.0)	59(69.0)	
Meslek	İşçi	34(49.0)	36(51.0)	0.119
	Memur	18(32.0)	38(68.0)	
	Ev hanımı	15(29.0)	37(71.0)	
	Serbest meslek	18(43.0)	24(57.0)	
	Öğrenci	3(75.0)	1(25.0)	
	İşsiz	2(50.0)	2(50.0)	
Kronik hastalık	Var	28(28.0)	73(72.0)	0.001
	Yok	62(48.0)	66(52.0)	
DM	Var	12(21.0)	45(79.0)	0.001
	Yok	78(45.0)	94(55.0)	
HT	Var	18(26.5)	50(73.5)	0.010
	Yok	72(45.0)	89(55.0)	
KKY	Var	7(27.0)	19(73.0)	0.246
	Yok	83(41.0)	120(59.0)	
Sigara	İçiyor	27(37.0)	46(63.0)	0.624
	İçmiyor	63(40.0)	93(60.0)	
Alkol	İçiyor	8(47.0)	9(53.0)	0.673
	İçmiyor	82(39.0)	130(61.0)	
		9(15.0)	50(85.0)	
Depresif belirti düzeyi	Yok	48(58.5)	34(41.5)	<0.001
	Hafif	33(37.5)	55(62.5)	
	Orta	9(18.0)	40(82.0)	
	Şiddetli	0(0.0)	10(100)	

#: Ortanca(25-75percentil), *: Aritmetik ortalama± Standart sapma

Hastaların çeşitli değişkenlerine göre uyku kalitesinin iyi yada kötü olma durumu karşılaştırıldığında; uyku kalitesi kötü olan hastaların yaş ortalaması iyi olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Medeni duruma göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında; Bekar hastaların uyku kalitesi evli hastalara göre anlamlı düzeyde iyi bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Çalışmayan hastaların uyku kalitesi çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Kronik bir hastalığa sahip olan hastaların uyku kalitesi, kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Diyabeti ve Hipertansiyonu olan hastaların uyku kalitesi, olmayan hastalarından anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Depresif belirtisi olan ve şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip olan hastaların uyku kalitesi anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların cinsiyete göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Cinsiyet		p
	Erkek	Kadın	
PUKİ toplam	n=119, 6(4-9)	n=110, 6(4.8-9)	0.318
BDÖ Toplam	n=119, 10(8-16)	n=110, 13(8-18)	0.160
Bedensel alan- WOQOL-BREF	n=119, 60.7(46.4-71.4)	n=110, 57.1(42.9-67.9)	0.034
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	n=119, 58.3(45.8-66.7)	n=110, 54.1(41.7-62.5)	0.059
Sosyal alan- WOQOL- BREF	n=119, 58.3 (41.7-66.7)	n=110, 50(41.7-66.7)	0.164
Çevresel alan WOQOL- BREF	n=119, 59.3(53.1-65.6)	n=110, 56.4(50-65.6)	0.502
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	n=119, 61.1(52.8-66.7)	n=110, 58.3(52.7-66.7)	0.267

Veriler Ortanca(25-75percentil) olarak ifade edilmiştir.

Cinsiyete göre bedensel alan WOQOL-BREF puanları yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Erkek hastaların bedensel alan WOQOL-BREF puanları kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların eğitim durumuna göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Eğitim durumu				P
	Okur-yazar değil (n=20)	İlköğretim (n=69)	Ortaokul (n=87)	Üniversite (n=53)	
PUKİ toplam	8.5(6-10.8) ^a	4(6-9) ^b	6(5-8) ^b	7(4-9.5) ^b	0.172
BDÖ Toplam	20(14-24) ^a	12(8-17) ^b	11(8-17) ^b	10(7-14) ^b	<0.001
Bedensel alan- WOQOL- BREF	42.9(32.1-52.7) ^a	57.1(42.9-69.6) ^b	57.1(50-71.4) ^b	60.7(50- 67.8) ^b	<0.001
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	41.7(29.1-54.2) ^a	50(45.8-62.5) ^{ab}	58.3(45.8- 66.7) ^{bc}	62.5(52- 70.8) ^c	<0.001
Sosyal alan- WOQOL- BREF	50(27-58.3) ^a	58.3(50-66.7) ^b	50(41.7-58.3) ^a	58.3(50-75) ^b	=0.001
Çevresel alan WOQOL- BREF	43.8(38.3-52.3) ^a	56.3(43.8- 62.5) ^{bc}	59.4(53.1-65.6) ^c	65.6(59.4- 71.9) ^d	<0.001
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	47.2(39.5-54.9) ^a	58.3(47.2- 63.9) ^{ab}	61.1(55.6- 69.4) ^{bc}	66.7(58.3- 73.6) ^c	<0.001

Veriler Ortanca(25-75persentil) olarak ifade edilmiştir. Farklı alfabetik üst simgeler çoklu karşılaştırma test sonucuna göre (Dunn's: method) gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Hastaların eğitim düzeyleri ile ölçek puanları arasında PUKİ toplam puanı haricindeki diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.001). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesi yükselmiş, depresyon puanları düşmüş, yaşam kalitesi puanları da artmıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların yerleşim yerine göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Yerleşim yeri			p
	Köy	İlçe	İl	
PUKİ toplam	n=22, 8 (4-9)	n=61, 6(5-8.5)	n=146, 6(4-9)	0.667
BDÖ Toplam	n=22, 14(8-20)	n=61, 12(9-18)	n=146, 11(8-16)	0.199
Bedensel alan- WOQOL- BREF	n=22, 57.1(32.1-67.9)	n=61, 57.1(46.4-67.9)	n=146, 57.1(46.4-71.4)	0.452
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	n=22, 54.1(41.7-62.5)	n=61, 54.1(41.7-62.5)	n=146, 54.1(45.8-66.7)	0.131
Sosyal alan- WOQOL- BREF	n=22, 54(41.7-58.3)	n=61, 50 (41.7-66.7)	n=146, 58(50-66.7)	0.084
Çevresel alan WOQOL- BREF	n=22, 43.8(37.5-56.3) ^a	n=61, 56.3(50-62.5) ^b	n=146, 59.4(53.1-68.8) ^b	<0.001
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	n=22, 47.2(40.9-58.3) ^a	n=61, 58.3(52.8-66.7) ^b	n=146, 61.1(55.6-69.4) ^b	<0.001

Veriler Ortanca (25-75persentil) olarak ifade edilmiştir. Farklı alfabetik üst simgeler çoklu karşılaştırma test sonucuna göre (Dunn's: method) gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Hastaların PUKİ ve BDÖ toplam puanları ile yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ((p<0.05).)

Hastaların yerleşim yerlerine göre Çevresel alan WOQOL-BREF, Çevresel alan TR WOQOL- BREF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Köyde yaşayan hastaların Çevresel alan ve Çevresel alan TR WOQOL-BREF puanları ilçe ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların medeni durumuna göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Medeni Durum		P
	Bekâr (n=18)	Evli (n=211)	
PUKİ toplam	4.0(3.0-6.3)	7.0(5.0-9.0)	0.011
BDÖ Toplam	10.0(3.0-15.3)	12.0(8.0-17.0)	0.100
Bedensel alan- WOQOL- BREF	71.4(64.3-73.2)	57.1(42.9-67.9)	0.002
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	58.3(50.0-71.9)	54.2(45.8-66.7)	0.094
Sosyal alan- WOQOL- BREF	62.5(41.7-66.7)	58.3(41.7-66.7)	0.228
Çevresel alan WOQOL- BREF	64.1(59.4-72.7)	59.4(50.0-65.6)	0.006
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	65.3(57.6-72.2)	61.1(50.0-66.7)	0.053

Veriler Ortanca (25-75persentil) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların medeni durumları ile PUKİ toplam puanları, Bedensel alan WOQOL-BREF, Çevresel alan WOQOL-BREF ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evli hastaların PUKİ ve BDO toplam puanları bekâr hastalara göre yüksek iken, Bedensel ve Çevresel alan WOQOL-BREF puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların çalışma durumuna göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Çalışma Durumu		p
	Evet (n=144)	Hayır (n=85)	
PUKİ toplam	6.0(4.0-8.0)	7.0(5.0-9.0)	0.009
BDÖ Toplam	10.0(7.0-15.0)	14.0(10.5-19.0)	<0.001
Bedensel alan- WOQOL-BREF	60.7(50.0-71.4)	50.0(39.3-64.3)	<0.001
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	58.3(50.0-66.7)	50.0(41.7-58.3)	<0.001
Sosyal alan- WOQOL- BREF	58.3(41.7-66.7)	58.3(41.7-58.3)	0.356
Çevresel alan WOQOL- BREF	59.4(53.9-68.8)	56.3(43.8-62.5)	0.001
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	61.7(55.6-69.4)	58.3(47.2-63.9)	<0.001

Veriler Ortanca(25-75persentil) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların çalışma durumlarına göre Sosyal alan WOQOL-BREF puanları haricindeki diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir işte çalışmayan hastaların PUKİ toplam puanları ve BDÖ puanları çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, Bedensel, Ruhsal ve

Çevresel alan WOQOL-BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Kronik Hastalık		P
	Var (n=101)	Yok (n=128)	
PUKİ toplam	7.0(5.0-10.0)	6.0(4.0-8.0)	<0.001
BDÖ Toplam	14.0(10.0-19.0)	10.0(6.0-14.8)	<0.001
Bedensel alan- WOQOL- BREF	50.0(39.3-60.7)	64.3(50.0-71.4)	<0.001
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	50.0(41.7-58.3)	62.5(50.0-70.8)	<0.001
Sosyal alan- WOQOL- BREF	50.0(41.7-58.3)	58.3(43.8-66.7)	=0.001
Çevresel alan WOQOL- BREF	56.3(50.0-64.1)	59.4(50.8-68.8)	0.142
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	58.3(50.0-66.7)	61.1(52.8-69.4)	0.210

Veriler Ortanca(25-75persentil) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre, Çevresel alan WOQOL-BREF puanları haricindeki diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir kronik hastalığı olan hastaların PUKİ toplam puanları ve BDÖ puanları kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, Bedensel, Ruhsal ve Sosyal alan WOQOL-BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların hipertansiyon olma durumlarına göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Hipertansiyon		P
	Var (n=68)	Yok (n=161)	
PUKİ toplam	7.0(5.0-10.0)	6.0(4.0-8.5)	=0.001
BDÖ Toplam	14.5(10.0-19.0)	10.0(7.0-15.5)	<0.001
Bedensel alan- WOQOL- BREF	50.0(39.3-59.8)	60.7(48.2-71.4)	<0.001
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	45.8(41.7-58.0)	58.3(50.0-66.7)	<0.001
Sosyal alan- WOQOL- BREF	50.0(35.4-58.3)	58.3(41.7-66.7)	0.043
Çevresel alan WOQOL- BREF	56.3(46.9-62.5)	59.4(53.1-68.8)	0.081
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	58.3(50.0-65.9)	61.1(52.8-69.4)	0.061

Veriler Ortanca(25-75persentil) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların hipertansiyona sahip olma durumlarına göre, Çevresel alan WOQOL-BREF puanları haricindeki diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertansiyonu olan hastaların PUKİ toplam puanları ve BDÖ puanları hipertansiyonu olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, Bedensel, Ruhsal ve Sosyal alan WOQOL-BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17. Hastaların sigara içme durumlarına göre uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi

Ölçekler	Sigara İçme Durumu		p
	İçiyor (n=73)	İçmiyor (n=156)	
PUKİ toplam	7.0(4.0-9.0)	6.0(4.3-9.0)	=0.001
BDÖ Toplam	12.0(8.0-16.5)	11.0(8.0-17.0)	<0.001
Bedensel alan- WOQOL- BREF	60.7(48.2-71.4)	53.6(42.9-68.9)	<0.001
Ruhsal alan- WOQOL- BREF	58.3(50.0-64.6)	54.2(41.7-66.7)	<0.001
Sosyal alan- WOQOL- BREF	58.3(41.7-66.7)	50.0(41.7-66.7)	0.043
Çevresel alan WOQOL- BREF	59.4(53.1-68.8)	59.4(50.0-65.6)	0.081
Çevresel alan-TR WOQOL- BREF	61.1(54.2-69.4)	59.4(50.0-65.6)	0.061

Veriler Ortanca(25-75percentil) olarak ifade edilmiştir.

Hastaların sigara içme durumlarına göre, Çevresel alan WOQOL-BREF puanları haricindeki diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara içen hastaların PUKİ toplam puanları ve BDÖ puanları, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL-BREF puanları sigara içmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların uyku, yaşam kalitesi ve depresif belirti düzeyi puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	PUKİ toplam Rho	BDÖ Toplam Rho	Bedensel alan- WOQOL- BREF rho	Ruhsal alan- WOQOL- BREF rho	Sosyal alan- WOQOL- BREF rho	Çevresel alan WOQOL- BREF Rho	Çevresel alan-TR WOQOL- BREF Rho
PUKİ toplam	1	0.439**	-0,572**	-0.458**	-0.361**	-0.262**	-0.293**
BDÖ Toplam		1	-0.597**	-0,612**	-0.281**	-0.300**	-0.350**
Bedensel alan- WOQOL-BREF			1	0.714**	0.383**	0.403**	0.431**
Ruhsal alan- WOQOL- BREF				1	0.363**	0.475**	0.512**
Sosyal alan- WOQOL- BREF					1	0.396**	0.382**
Cevresel alan WOQOL- BREF						1	0.964**
Cevresel alan-TR WOQOL- BREF							1

** : p<0.01, * :p<0.05

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda; BDÖ ve PUKİ ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). PUKİ puanları ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer taraftan WHOQOL- BREF yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Sonuç olarak çalışmamızda; uyku bozukluğu nedeniyle ilk defa uyku merkezine başvuran hastalarda depresyon, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda uyku kalitesi kötü olan hastaların yaş ortalaması iyi olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Uyku problemleri, ileri yaş yetişkin popülasyonda yaygındır (62,63). Bunun başlıca nedenleri; yaşlanmadan ziyade, medikal ve psikososyal komorbitenin yüksek prevalansı ve çoklu ilaç kullanım sıklığıdır (63). Yaşlı bireylerde uykusuzluk; uykuya dalma bozukluğundan ziyade uykuyu sürdürmede bozukluk şeklinde kendini göstermektedir (64). Fadiloğlu ve ark.(65) çalışmalarında yaş arttıkça uyku kalitesinin bozulduğunu, Bilgili ve ark. (66) ise yaş arttıkça uyku kalitesi puan ortalamasının arttığını ancak gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda yaşın ilerlemesi ile uyku kalitesinin kötüleşmesi pek çok medikal problem, psiko-sosyal stresörler, emeklilik, evden çıkmama gibi yaş ve sosyal konumla bağlantılı günlük yaşam aktivitesi ve gündüzleri de uyuma gibi uyku ritminin bozulması ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda; kadınların uyku kalitesi erkeklere göre kötü olmakla beraber gruplar arasındaki fark anlamlı değildi. Literatürde kadınların uyku problemini erkeklere göre daha fazla yaşadığı bildirilmektedir (67,68). Erkek cinsiyet iyi uyku kalitesi ile pozitif birliktelik göstermektedir (69). Çölbay ve ark.(70) kadın cinsiyetin erkeklere göre uyku kalitesinin 3.7 kat daha olumsuz etkilendiğini tespit etmişlerdir. Şenol ve ark. (71) ise, kadınların hem daha sık hem de daha ağır düzeyde uyku kalitesi düşüklüğü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Fadiloğlu ve ark.(65) da çalışmalarında kadınların uyku kalitesinin erkeklerinkinden daha kötü olarak saptadıklarını ancak gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamışlardır. Bilgili ve ark. (66) da çalışmalarında cinsiyet ile uyku kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Kadınlarda uyku kalitesi düşüklüğünü erkeklere göre daha sık yaşama nedenleri arasında, kadınlarda depresyon gibi en sık uyku bozukluğu sebebi sayılan ruhsal hastalıkların daha fazla görülmesi yanı sıra hormonal yetmezlikler de sayılabilir.

Çalışmamızda evli hastaların bekâr hastalara göre anlamlı düzeyde uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir. Şenol ve ark. (71) çalışmalarında evli olanların daha ciddi düzeyde uyku kalitesi sorunun yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Evli olma durumunun uyku kalitesi düşüklüğünün bir belirleyicisi olması, genel geçer bir faktör

gibi görünmemektedir. Zira evlilik içi ilişkiler, partnerin sağlık durumu gibi birçok değişkenin olumlu ya da olumsuz etkileri olabileceği aşikârdır.

Çalışmayan hastaların uyku kalitesi çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur. Saygılı ve ark. (72) çalışmalarında; herhangi bir işte çalışan öğrencilerle çalışmayan öğrenciler arasında uyku kalitesi yönünden fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. Şehirde yaşayan yaşlı emeklilerde düşük uyku kalitesi prevalansı yüksek bulunmuştur (73). Çalışanlarda uyku kalitesinin daha iyi bulunması beklenebilecek bir durumdur. Bir kişinin çalışabilecek durumda olması, bir taraftan fiziksel ve ruhsal anlamda daha sağlamlığın bir işareti olabilmesi yanısıra günlük aktivite içerisinde olma ve bu çerçevede uyku-uyanıklılık döngüsünün daha iyi korunması anlamına da gelecektir. Kaldı ki çalışıyor durumda olma, hem yaşam fonksiyonları hem de ekonomik açıdan kendine yetebilmenin bir göstergesi olması yani, başkalarının herhangi bir şekilde desteğine ihtiyaç duymaması da uykuyu kaçırmayı muhtemel psiko-sosyal stresörlerden de korunması anlamına da gelecektir. Nitekim çalışmamızda herhangi bir işte çalışmayan hastaların, PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, bedensel, ruhsal ve çevresel alan WOQOL-BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda, kronik bir hastalığa sahip olan hastaların, kronik hastalığı olmayan hastalara göre uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğu tespit edilmiştir. Şenol ve ark. (71) çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylerin PUKİ puan ortalamalarını daha yüksek ve uyku kalitelerini anlamlı düzeyde daha düşük bulduklarını bildirmişlerdir. Uyku bozuklukları ile ciddi tıbbi problemler arasında güçlü çift yönlü ilişki vardır. Ancak çoğu kere bu durum klinisyenler tarafından dikkate alınıp değerlendirilmez. Hipertansiyon, depresyon, kardiyovasküler hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar uyku bozukluğu olan bireylerde gelişme olasılığı olan hastalıklara örnektir. Buna karşın, bu hastalıklardan herhangi birine sahip olan bireylerde uyku bozukluklarının gelişme riski de yüksektir (63). Nitekim çalışmamızda; diyabet ve hipertansiyonu olan hastaların uyku kalitesi, olmayan hastalarinkinden anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur. Güneş ve ark. (74) ise diyabetli hastaların %34'ünün uykularını kötü olarak nitelediklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak; bir kişide kronik bir hastalığın olması, ağrı, hareket kısıtlılığı ve hastalık türüne bağlı diğer semptomların oluşturacağı konforsuzluğun yanısıra, kronik hastalıkla ilişkili oluşması

muhtemel depresyon vb. ruhsal hastalıklar ve bütün bunlarla daha da belirginleşmesinin beklenebileceği yaşam kalitesi düşüklüğü uyku kalitesinin düşmesinde rol oynayabilecektir.

Çalışmamızda, herhangi bir kronik hastalığı olan hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL-BREF puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kronik hipertansiyonu olan hastalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Saygılı ve ark. (72) çalışmasında kronik hastalığı olan öğrencilerin uyku kaliteleri kronik hastalığı olmayanlara göre daha kötü bulduklarını bildirmişlerdir. Özcan ve ark. (75) fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaptıkları çalışmada; yaşam kalitesini en fazla etkileyen değişkenin ağrı düzeyi olduğu, onu uyku bozukluğu ve depresyonun şiddetinin takip ettiğini tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Herhangi bir kronik hastalığı olan hastaların gerek bu hastalığa bağlı ağrı, solunum sıkıntısı, hareket kısıtlılığı gibi semptomların oluşturabileceği olumsuz durumlar, gerekse kronik hastalıkla birliktelik gösterebilecek depresyon ve mental hastalıklar yaşam kalitesininin bozulmasına sebep olabilecektir.

Çalışmamızda depresif belirtisi olan ve şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip olan hastaların uyku kalitesi anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur. Uykusuzluk için en yüksek risk faktörü depresyondur (74). Genellikle depresyon yaygın bir uykusuzluk sebebi olarak kabul edilmesine rağmen uyku bozukluğu ile depresyon arasındaki sebep-sonuç ilişkisi son zamanlarda tartışmalıdır (76). Uyku kalitesi düşüklüğü birden fazla komorbid durumla birlikte olduğu takdirde, bu kişilerde depresyon daha sık ortaya çıkmakta ve bu durum da uyku kalitesinin daha da bozulmasına sebep olabileceğinden depresyon işaretlerinin tanınması önem taşımaktadır (77). Sonuç olarak; depresyon bozukluğu arasında bir ilişki söz konusu olup, her bir durumun düzeltilmesi, diğer durumun düzelmesi sonucunu doğuracağından özellikle yaşlı ve kronikleşmiş tıbbi hastalığı olan bireylerde uyku bozukluğu ve ruhsal problemlerin dikkatle takibi ve tedavisi için tedbirler alınmalıdır.

Erkek hastaların bedensel alan WOQOL-BREF puanları kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (78) çalışmalarında yaptıkları çoklu analiz sonucunda; erkeklerin yaşam kalitesi çevre alt boyutu puan ortalamalarının kadınlara göre daha fazla olduğu ortaya koymuşlardır. Bedensel yaşam

kalitesi puanlarının kadınlarda daha düşük olması da fiziksel konforsuzluğun uyku bozukluklarına sebep olması gibi bir sonucu doğurmakta bu sonuç da kadınlarda erkeklere göre uyku bozukluğunun daha fazla olması bulgumuza örtüşmektedir.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi arttıkça uyku kalitesi yükselmiş, depresyon puanları düşmüş, yaşam kalitesi puanları da arttığı tespit edilmiştir. Bilgili ve ark. (66) yaptığı çalışmada; öğrenim düzeyi düşük yaşlı bireylerin uyku kalitesinin daha kötü bulduklarını bildirmişlerdir. Tajvar ve ark. (79) ise yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, fiziksel ve ruhsal sağlık durumun kötü olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Belirleyici olarak eğitim ve negatif duygu, her ikisi de sağlık ve yaşam tatmini ile doğrudan ilişkilidir (80). Eğitim düzeyinin yüksek olması, gerek yaşamsal faaliyetler içinde yer alma, uyku hijyenine daha bilinçli uyma ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilgili daha başarılı çare arama davranışı içerisine girebilme ve tedavileri bilinçli uygulama gibi süreçleri sağlayacaktır.

Köyde yaşayan hastaların Çevresel alan WOQOL-BREF puanları ilçe ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Campos ve ark. (81) çalışmalarında; şehirde yaşama durumunun daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Kırsal kesimde yaşama, bazı çevresel şartların kısıtlılığı nedeni ile bir takım yaşamsal imkanlardan mahrum olmayı beraberinde getirebileceğinden çevresel alan yaşam kalitesi düşüklüğünü açıklayabilir. Ancak kalabalık ortamlarda yaşamın getirebileceği (gürültü, hava kirliliği, insan ilişkilerindeki olumsuz gibi) faktörlerle yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi de söz konusu olabileceğini düşünüyoruz.

Evli hastaların çevresel alan WOQOL-BREF puanları bekâr hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu çalışmalarında (78); evli olanların sosyal alan puanlarını bekârlara göre istatistiksel olarak daha yüksek, çevre alan puanlarını ise daha düşük bulmuşlardır. Evli olma durumu yaşam kalitesi açısından bakıldığında kimi zaman olumlu kimi zaman olumsuz bir değişken olabilmektedir.

Sigara içen hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL-BREF puanları sigara içmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Saygılı ve ark. (72) çalışmalarında öğrencilerin uyku kalitesinin sigara içme durumuna göre farklılık gösterdiğini, şunda sigara içen öğrencilerin uyku kalitesinin en kötü, hiç içmeyenlerin ise en iyi düzeyde olduğunu

bulduklarını bildirmişlerdir. Temel ve ark. (82) ise çalışmalarında uyku kalitesi, sigara içen adolesanlarda içmeyenlere göre üç kat daha kötü bulmuşlardır. Sigara kullanımı, bir taraftan doğrudan kendisinin sebep olacağı fiziksel problemler yanısıra, sıkıntılı durumlara bağlı bir tepkinin de bir göstergesidir. Ayrıca sigara içme davranışı çevre tarafından dışlanmayı getirebilir. Diğer taraftan nikotin bağımlılığının uyku bozukluklarına sebep olacak sonuçlar doğurdu da bilinmektedir.

Çalışmamızda BDÖ ve PUKİ ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Schiling ve ark.(83) çalışmalarında ciddi uyku problemi olan hastalarda yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bir çok çalışmada ortaya konulmuştur (78,84,85). Bayar Muluk ve ark. (86) kötü uyku kalitesinin, SF-36 skorlarında azalmaya neden olarak, işçilerin yaşam kalitelerinde azalmaya yol açtığını bildirmişlerdir. Yılmaz Karabulutlu ve ark.(87) bakım verenlerin yaşadığı uyku bozuklukları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlemişlerdir. Uyku problemleri, depresyon ve yaşam kalitesi boyutlarının her biri diğerlerinin muhtemel sebeplerinden biri ve sonucu olabilmektedir. Bu nedenle bunların her birinin tek başlarına çözülmeye çalışılmasından ziyade birlikte ele alınmaları daha iyi sonuçlar doğuracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda; ileri yaşta, evli, çalışmayan hastaların, kronik bir hastalığa olan depresif belirtisi olan hastaların uyku kalitesi anlamlı düzeyde kötü bulunmuştur.
- Erkek hastaların bedensel alan WOQOL-BREF(TR) puanları kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Hastaların eğitim düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yokken, depresyon puanları düşmüş, yaşam kalitesi puanları da artmıştır.
- Köyde yaşayan hastaların Çevresel alan WOQOL- BREF(TR) puanları ilçe ve ilde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- Herhangi bir kronik hastalığı olan hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL- BREF(TR) puanları ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- Sigara içen hastaların PUKİ toplam puanları ve depresyon puanları, bedensel, ruhsal ve sosyal alan WOQOL- BREF(TR) puanları sigara içmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- BDÖ ve PUKİ ile WHOQOL- BREF(TR) yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde, PUKİ puanları ile BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

ÖNERİLER

Çalışmamızda; uyku kalitesi düşüklüğünün belirleyicileri arasında yer alan demografik sosyo-kültürel özelliklerin yanı sıra depresyon varlığı ve yaşam kalitesi düşüklüğünün de önemli olduğu görülmüş olup, farklı bir açıdan bakıldığı zaman uyku bozukluğunun da gerek yaşam kalitesinin azalmasında gerekse depresyon sürecinin daha ağır seyretmesinde rolü olabileceğinden uyku bozuklukları ile ilgili tedbir ve tedavi yaklaşımları ele alınırken, depresyon ve yaşam kalitesi boyutlarının da göz önünde bulundurulması zaruridir. Uyku bozukluklarını etkileyen ve tetikleyen yukarıda bahsedilen bunca etmenlerle ilgili olarak uzmanlar bu hastaları daha dikkatli ele alarak tetkik ve tedavi

sürecinde daha verimli netice elde edebilir. Ayrıca artan hasta sayısına karşılık mevcut uyku merkezlerindeki yatak sayısı artık cevap vermemekte yetersiz kalmaktadır ve uzun randevu tarihleri verilmektedir. Bu uzun randevu tarihleri hem hasta hemde hastalık bakımından risk teşkil etmektedir. Uyku merkezlerinin yatak sayısı artırılmalı, yeterli personel istihdam edilmeli ve eksiksiz bir şekilde çalışması için gerekli tedbirler alınmalı. Özellikle fiziki ortamlar uykuya uygun olarak yenilenmeli ve yapılandırılmalı. Uykuyu etkileyen bu etmenler, müstakil uyku poliklinikleri ihtiyacını doğurmaktadır. Hastane yönetimleri bu konuda gerekli çalışmalar yapmalıdır. En azından haftanın belli günleri sadece uyku hastalarına bakılacak bir çalışma sistemi oluşturulabilmeli.

Ayrıca oluşturulabilecek Uyku poliklinikleri sayesinde hastalar her bakımdan daha rahat muayene edilebilir ve uyku testleri sonrasında kullanılacak cihazlar hakkında eğitimler verilebilir. Gerekirse bir tane teknisyen görevlendirilip uyku testleri öncesi (PSG) hastalar bilgilendirilebilir. Hem PSG sonucu kullanılacak cihazlar (CPAP, BPAP) hakkında hastalara eğitimler verilebilmelidir. Bu sayede hem hastalar bilgilendirilmiş olur hem yoğun hasta potansiyeli olan hekimin yükü hafifler hem de kullanılacak cihazlar hakkında hem öncesi hem sonrasında hastalar bilgilendirilerek veya uygulamalı eğitimler verilerek tedavi ve şifa oranı maksimize edilebilir. Toplum uyku bozuklukları hakkında eğitilmeli ve daha bilinçlendirilmeli. Multidisipliner çalışmalar yapılmalı. Bireylerin daha sağlıklı olmaları için istihdam sağlanmalı ve insanların yaşam standartları yükseltilmeli. Uyku ve uyku hastalıklarını etkileyen bunca pek çok faktör varken, uyku spesifik bir olgu olarak ele alınmalı ve gerekli hizmetler hasta yoğunluğuna göz alınarak buna göre planlanmalı

Uyku poliklinikleri kurularak, gerek poliklinikte görevlendirilecek uyku teknisyeni gerekse uyku merkezinde görevli uyku teknisyenleri Türk Uyku Tıbbı Derneği referans alınarak sürekli eğitim ve bilgileri geliştirilmesi, yönetimler bu konuda gerekli kolaylığı sağlamalı. Hekimlerde konu ile ilgili kongre ve eğitimlere katılımı sağlanarak sürekli gelişen uyku tıbbı hakkında bilgileri artırılmalı. Böylece uyku dünyasının içinde pek çok etmenleri içeren uyku hastalarında daha yapıcı daha bilgilendirici ve daha tedavici olunabilir.

KAYNAKÇA

1. Ertekin Ş. Hastanede Yata Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1994.
2. Uğraş GA. Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı 2006.
3. Öztürk M, Aytaç N, Öztunç G. Hastanede yatan Yetişkin Hataların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksek Okulu Dergisi 2006;2:1-10.
4. Roth T, Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. Clin Cornerstone 2003;5(3):5-15.
5. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. Sleep 2004;27:1567-1596.
6. Pandi-Perumal S.R., Seils L.K., Kayumov L., Ralph M.R., Lowe A., Moller H. & Swaab D.F. Senescence, sleep, and circadianrhythms. Ageing Research Reviews 2002;1(3), 559–604.
7. Walsh JK. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 8:13-9.
8. Ancoli-Israel S, Cooke JR. Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. J Am Geriatr Soc 2005;53:S 264-271.
9. Rumble R, Morgan K. Hypnotics, sleep, and mortality in elderly people. J Am Geriatr Soc 1992;40:787-791.
10. International classification of sleep disorders version 2:Diagnostic coding manual. American Academy of sleep medicine, Rochester MN.2005.

11. Eryavuz N. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007.
12. Özgen F. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Psikiyatri Dünyası 2001;5:41-48.
13. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual. American of Sleep Medicine Westchester, Illinois, 2005.
14. Summers, M.O., Crisostomo, M.I., Stepanski, E.J. Recent developments in the classification, evaluation and treatment of insomnia, Chest 2006;130:276-86.
15. Vaughn, B.V., D"Cruz, O. F. Cardinal manifestations of sleep disorders. In;Kyrger, M.H. Roth, T. Dement, W.C. (editörler): Principles and Practice of Sleep Medicine, 4, baskı., Elsevier Saunders. Philadelphia 2005;pp. 594-601.
16. Lee-Chiong. T.L. Manifestations and classification of sleep disorders. In: Lee-Chiong, T.L. Sateia M.J., Carskadon, M.A.(eds): Sleep Medicine. Hanley&Belfus, Philadelphia 2002;ss 125-41.
17. Atay, T. "Parasomniler" DEU Tıp Fak. Dergisi Uyku Bozuklukları Özel Sayısı 2005;ss. 27-41.
18. Stores, G. Clinical diagnostic and misdiagnosis of sleep disorders. J Neurol Neurasurg Psychiatry 2007;78:1293-7.
19. Giglio, P., Undevia, N., Spire, J.P. The Primary Parasomnias. A Review for Neurologists. The Neurologist 2005;11:90-7.
20. Kaynak, H. ve Ardıç, S. Uyku Fiziyojisi ve Hastalıkları, Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını 2011, ISBN: 978-975-420-795-8.
21. Liljenberg, B., Almqvist, M., Hetta, J., ve ark. Age and prevalence of insomnia in adulthood. European Journal of Psychiatry 1989;3; 5-12.

22. Bixler E.O., Kales, A., Boldatos, C.R., ve ark. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry* 1979;136:1257-1262
23. The Gallup Organization: The Gallup study of sleep habits. Princeton, NJ, Gallup Organization, 1979.
24. Guilleminault C, Stoohs R, Duncan S. Daytime sleepiness in regular heavy snorers. *Chest* 1991; 99: 40-8.
25. Kales A, Caldwell AB, Cadiuex RJ, et al. Severe obstructive sleep apnea-II: Associated psychopathology and psychosocial consequences. *J Chronic Dis* 1985; 38: 427-34.
26. Kawahara S, Akashiba T, Akahoshi T, Horie T. Nasal CPAP improves the quality of life and lessens the depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Intern Med* 2005; 44: 422-7.
27. Ohayan, M.M. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing between insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J. Psychiatr Res.* 1997;333-346.
28. Ohayan, M.M., Caulet, M., Guilleminault C. Complaints about nocturnal sleep; how a general population perceives its sleep, how this relates to this relates to the complaint of insomnia. *Sleep* 1997;20:715-723.
29. Aslan, S., Gülçat. Z., Albayrak, F.S., ve ark. Prevalence of insomnia symptoms: result from an urban district in Ankara. Turkey. *Psychiatry in Clinical Practice* 2006;10 (1):52-58.
30. Kaynak, H. ve Ardıç, S. *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları, Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını* 2011, ISBN: 978-975-420-795-8.
31. Ohoyan, M.M., Guilleminault, C. "Epidemiology of sleep disorders." In Lee-Chiong, Teofilo (ed): *Sleep: A Comprehensive Handbook*. New Jersey, John Wiley and Sons, 2006, s. 73-82.

32. Köktürk O., Uyku Bozuklukları Sınıflaması ve Ayırıcı Tanısı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001; 49(1):175-182.
33. Karadağ M., Ders Notları 001: Dünyada ve Türkiyede Uyku Tıbbının Gelişimi, 2005
34. Köktürk O. Uykuda Solunum Bozuklukları Tarihçe , tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Derneği Dergisi* 1998;46 (2):187-92.
35. McNamara SG, Grunstein RR, Sullivan CE. Obstructive sleep apnoea. *Thorax* 1993; 48: 754-64.
36. Schröder CM, O'hara R. Depression and obstructive sleep apnea (OSA). *Ann Gen Psychiatry* 2005; 4: 13-20.
37. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981;1: 862-5.
38. American Thoracic Society Official Statement. Indications and standards for use of nasal continuous positive airway pressure (CPAP) in sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 1738-45.
39. Polo O, Berthon-Jones M, Douglas NJ, Sullivan CE. Management of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Lancet* 1994; 344: 656-60.
40. Berthon-Jones M, Lawrence S, Sullivan CE, Grunstein R. Nasal continuous positive pressure treatment: Current realities and future. *Sleep* 1996;19:131-5.
41. Meurice JC, Paquereau J, Denjean A, et al. Influence of correction of flow limitation on continuous positive airway pressure efficiency in sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Eur Respir J* 1998;11:1121-7.
42. Sanders MH, Gruendl CA, Rogers RM. Patient compliance with nasal CPAP therapy for sleep apnea. *Chest* 1986;90:330-3.

43. Janson C, Noges E, Svedberg-Brandt S, et al. What characterizes patients who are unable to tolerate continuous positive airway pressure (CPAP) treatment? *Respir Med* 2000; 94:145-9.
44. Senders MH, Kern N. Obstructive sleep apnea treated by independently adjusted inspiratory and expiratory positive airway pressure via nasal mask. *Chest* 1990;98:317-24.
45. McArdle N, Devereux G, Heidarnejad H, et al. Long-term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:1108-14.
46. Köktürk O., Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002;50(2):317-334.
47. Westbrook PR. Clinical and laboratory evaluations of excessive daytime sleepiness. *Respir Care Clin N Am* 1999; 5(3): 349-61.
48. Roth T, Roehrs TA, Rosenthal L. Measurement of sleepiness and alertness: Multiple sleep latency test. In: Chokroverty S (ed). *Sleep disorders medicine*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1999; 223-9.
49. Moldofsky H. Evaluation of daytime sleepiness. *Clin Chest Med* 1992; 13: 417-25.
50. Köktürk O., Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Yardımcı Tanı Yöntemleri, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2000; 48(1):79-86.
51. Peter JH, Becker H, Brandenburg U, et al. Investigation and diagnosis of sleep apnoea syndrome. *Eur Respir Mon* 1998;10:106-43.
52. Doghramji K. Maintenance of wakefulness test. In: Chokroverty S (ed). *Sleep disorders medicine*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1999;231-6.
53. Sangal RB, Sangal JM, Belisle C. Subjective and objective indices of sleepiness (ESS and MWT) are not equally useful in patients with sleep apnea. *Clin Electroencephalogr* 1999;30:73-5.

54. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
55. Guy W. Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM) 1976:218-22.
56. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;6(23):3-13.
57. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1980.
58. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989;28:193-213.
59. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7:107-11.
60. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve Whoqol-Bref 'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi 1999;2:23-40.
61. Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(6):416-23.
62. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. J Psychiatr Res. 2003;37:9-15.
63. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, et al. Evidencebased recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009;57:761-89.
64. Floyd JA, Medler SM, Ager JW, Janisse JJ. Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: a meta-analysis. Res Nurs Health 2000;23:106-117.

65. Fadiloğlu , İlkbay Y, Kuzeyle Yıldıırım Y. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2006;9(3):165-169.
66. Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2012;15(1):81-88.
67. Lo CML, Lee PH. Prevalence and impacts of poor sleep on quality of life and associated factors of good sleepers in a sample of older Chinese adults. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:72. [http:// www.hqlo.com/content/10/1/72](http://www.hqlo.com/content/10/1/72). Erş:01.02.2014
68. Li Y, Wing YK, Ho SC, Fong SY. Gender differences in insomnia: a study in Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychomatic Research* 2002;53:601-609.
69. Gu D, Sautter J, Pipkin R, Zeng Y. Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. *Sleep* 2010;33(5):601-610.
70. ölbay M, Yüksel ř, Fidan F, Aartürk G, Karaman O, Ünlu M. Hemodiyaliz hastalarının Pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55 (2):167-173.
71. şenol V, Soyuer F, Nar şenol P. Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesinin pittsburg, epworth ve sabahıl-akşamcıl anketi ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 2013;16:60-68.
72. Saygılı S, il Akıncı A, Arıkan H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. December/Aralık 2011: 88-94.
73. Luo J, Zhu G, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Hong Z, Ding D. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese Elderly in an Urban Community: resulth from the Shanghai aging study. *PIOS ONE*. www.plosone.org. November 2013;8(11):e81261.Erş;20.02.2014
74. Güneş Z, Körükçü Ö, Özdemir G. Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12:10-17.

75. Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Güven ŞŞ. Fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili durumlar. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2013;19:42-7.
76. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997;42:209-212.
77. Hayashino Y, Yamazaki S, Takegami M et al. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the pittsburgh sleep quality Index: Result from a population-based survey. *Sleep Med* 2010;11(4):366-371.
78. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(2):61-68.
79. Tajvar, M, Arab M. ve Montazeri, A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 2008;8: 323.
80. Meeks S, Murrell SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *J Aging Health* 2001;13:92-119.
81. Campos R, Vazquez M. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology* 2012;31:347-55.
82. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T ve ark. Ankara'da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010;53:122-131.
83. Schuiling WJ, Rinkel GJE, Walchenbach R et al. Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 2005;36:578-582.
84. Pyle JM, Patterson TL, Kaplan RM et al. Preliminary longitudinal assessment of quality of life in patients with major depression. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:23-29.

85. Shmuelly Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2001;13:63-73.
86. Bayar Muluk N, Oğuztürk Ö, Arıkan OK, Dikici O. Mesleki Gürültüye Maruz Kalan İşçilerde Uyku Kalitesi Yaşam Kalitesini Etkiler mi? *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 2010; 2(1):13-19.
87. Yılmaz Karabulutlu E, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013;28(1):1-9.

FORMLAR

- **Veri Toplama Araçları:**

Uyku merkezlerine ilk defa polisomnografi çekimi için başvuran hastalarda uyku kalitesi üzerine depresyon ve yaşam kalitesinin etkisi araştırma formları

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uyku Merkezlerindeki "**Uyku merkezlerimize uyku problemleri nedeniyle ilk defa psg (polisomnoğrafi) çekimi için başvuran hastaların uyku kalitesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi**" konulu bilimsel bir araştırma yürütülecektir. Çalışma için Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinden etik izinleri alınmıştır. Ekteki anketler bu araştırma için hazırlanmıştır.

Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Lütfen ilgili direktiflere uygun olarak ekteki anketlerimizi doldurarak çalışmamıza katılınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1-DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLER VE UYKU YAŞAM KALİTE

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyet: a) Erkek b) Kadın

3. Medeni Durumunuz: a) Bekar b) Evli

4. Çocuğunuz: a) Var b) Yok

5. Eğitim Durumunuz:

a) Okur yazar değil c) İlköğretim d) Ortaöğretim e)Yükseköğretim

6. Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl

7. Çalışma durumu: a) Evet b) Hayır

8. Mesleğiniz: a) İşçi b) Memur c) Ev Hanımı d) Serbest Meslek e)Öğrenci f)İşsiz

9. Geliriniz/aylık:tl

10. Sosyal Güvenceniz: a) Var b) Yok

11. Kronik rahatsızlığınız var mı? a)Yok b) DM c) HT d) Kalp

e) Diğer (.....)

12. Sigara kullanıyor musunuz? a) Hayır

b) Evet ise ne kadar belirtiniz (Günde.....paket.....yıl.....)

13. Alkol alıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet ise ne kadar belirtiniz (Günde..... Kadehyıl.

2- BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

SON 1 (BİR) HAFTA İÇİNDE KENDİNİZİ NASIL HİSSEDİYORSUNUZ

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.**
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
 1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-0. İştahım her zamanki gibi.**
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0. Son zamanlarda kilo vermedim.**
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır
- 20- 0.Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

3-PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ(PUKİ)

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....genel yatış saati
2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?dakika
3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....genel kalkış saati
4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. GEÇEN HAFTA AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA BELİRTİLEN UYKU PROBLEMLERİNİ NE SIKLIKLA YAŞADINIZ?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(i) Ağrı duydunuz

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

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

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

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1veya2 kez d)Haftada 3veya↑

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

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

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

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

10. Bir yatak partneriniz var mı?

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

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

(a) Gürültülü horlama

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

-
a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

4-WHOQOL-BREF(TR) TÜRKLER İÇİN DSÖ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

LÜTFEN HER SORUYU OKUYUNUZ, DUYGULARINIZI DEĞERLENDİRİNİZ VE HER BİR SORUNUN ÖLÇEĞİNDE SİZE EN UYGUN OLANINI YUVARLAK İÇİNE ALINIZ

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

20 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

25 Ulaşım olanaklarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkta hüüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Çoğunlukla Her zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 52332816/5616
KONU : Tez Çalışması Talebiniz.

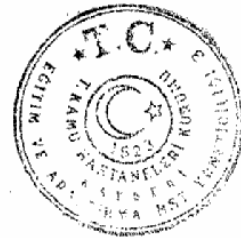
31/05/2013

Sayın : Hacı Ahmet SARIASLAN
Uyku Laboratuvarı Tıbbi Sekreteri

Yapmayı planladığınız "Uyku merkezlerine uyku problemleri nedeniyle ilk defa PSG (POLISOMNOGRAFI) çekimi için başvuran hastalarda uyku kalitesi, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi" isimli tez çalışmanızı yapmanız Başhekimliğimizce ve Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulumuzun 16.05.2013 tarih ve 18 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

Doç. Dr. İbrahim ÖZCAN
Başhekim

ASLI GİRDİĞİNİ
Op. Dr. İbrahim ÖZCAN
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği
T.C. Sağlık Bakanlığı
No: 29631



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	HACI AHMET	Soyadı :	SARIARSLAN
Doğ.Yeri	BOĞAZLIYAN	Doğ.Tar.	30.04.1985
Uyruğu	TC	Tel :	0542 466 97 74
Email :	sercesme66@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüls.Lis.		
Lisans	İşletme	2009
Lise	Sağlık meslek lisesi	2003

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
SAĞLIK TEKNİKERİ	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ	4
		-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*	KPDS/ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLZCE	ORTA	ORTA	ORTA		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf, - olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			67.705
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
EXEL-WORLD-POWER POINT	İYİ

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, müzik dinlemek, sinema ve spor.