

**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**UYKU KLİNİĞİNE BAŞVURMUŞ VE UYKU BOZUKLUĞU  
TANISI ALMIŞ BİREYLERDE UYKU KALİTESİ,  
DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan**

**Yıldız Merve KUTLU**

**Danışmanı**

**Yard. Doç. Dr İtir Tarı Cömert**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi Yıldız Merve KUTLU..... tarafından hazırlanan  
“uyku kliniğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde, uyku  
kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres algılaylarının incelenmesi.....”  
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 9.12/2018

( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu ) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Hür Tani Çömert  
Danışman:.....Üniv. .... ASD/ABD Öğr. Üyesi

MCC

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Atilla TETKİ  
Haliz.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Mih.

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Elcin HAZKUR  
Haliz.....Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Haliz

Jüri Üyesi: .....  
.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....  
.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

## **ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR**

Bu araştırmada uyku kliğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış kişilerin uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini incelenmiştir.

Bu araştırmanın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam, tez danışmanım; Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca teşekkürlerin az kalacağı yüksek lisans hocalarımmın hepsine ve lisans dönemindeki hocalarımmın bana 4 yıllık üniversite hayatım boyunca kazandırdıkları her şey için beni gelecekte söz sahibi yapacak bilgilerle donattıkları için hepsine teker teker teşekkürlerimi sunuyorum.

Beni bu günlere sevgi ve sayđı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiştirerek getiren ve benden hiçbir zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen haklarını ödeyemeyeceğim, bu hayattaki en büyük şansım olan başta sevgili babam, A. Said KUTLU'ya, bu tez artık bitmeli diyerek beni cesaretlendiren sevgili annem, Asiye KUTLU'ya ve son olarak hayatımmın her evresinde olduğu gibi tez dönemimde de beni yalnız bırakmayan sevgili abim, N. Kaan KUTLU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım boyunca hiçbir zaman desteklerini esirgemedikleri, beni cesaretlendirdikleri ve yaşadığım her türlü umutsuzlukta beni yeniden ayağa kaldırdıkları için yanımda olan tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

**Yıldız Merve KUTLU**

**İstanbul, 2018**

## GENEL BİLGİLER

Ad Soyadı : Yıldız Merve Kutlu  
Ana Bilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Klinik Psikoloji  
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert  
Tez Türü : Yüksek Lisans – Aralık 2017

### **Uyku Kliniğine Başvurmuş ve Uyku Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerde Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi**

#### **ÖZET**

Bu araştırmanın temel amacı, uyku kliğine başvurmuş ve uyku tanısı almış bireylerin, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini incelemektir. Araştırmanın örneklemi 54'ü erkek ve 48'i kadın olmak üzere 102 yetişkin uyku bozukluğu tanısı almış bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, “ Lovibond Depresyon, Anksiyete ve Stres Skalası (DASS)” ve “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” ile toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı (22.0) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespit edilmesi için “Normallik Testi” gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. “Non-Parametrik” testlerde kullanılan “Mann-Withney U” ve “Kruskal-Wallis-H” testi kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin Sosyo-Demografik özellikleri “Frekans” tablosu yapılarak özetlenmiştir. Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek içinse korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre uyku bozukluğu tanısı almış kişilerde, uyku bozuklukları genel olarak incelendiğinde depresyon, anksiyete ve stres bulgusuna rastlanmamış, uyku bozuklukları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Uyku bozuklukları ayrı ayrı incelendiğinde, depresyon, anksiyete ve stres ile uyku bozuklukları arasında anlamlı bir sonuç olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** *Uyku Bozuklukları, Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Stres*

## GENERAL INFORMATION

Name and Surname : Yıldız Merve Kutlu  
Field : Psychology  
Program : Clinical Psychology  
Supervisor : Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert  
Degree A warded and Date : Master – December 2017

### **An Analysis of Sleep Quality, Depression, Anxiety and Stress Levels in Individuals Attended to Sleep Clinic and Diagnosed with Sleep Disorder**

#### ABSTRACT

The main purpose/aim of this study is to examine the sleep quality, depression, anxiety and stress levels of individuals who have been admitted to sleep disorder clinic and have received a sleep disorder diagnosis. The sample of the study consisted of individuals who received 102 adult with sleep impairment diagnoses, 54 of which were male and 48 were female. The data of the study were collected by "Lovibond Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)" and "Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)".

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) package program (22.0) was used for the analysis of the data obtained in the research. "Normality Test" was carried out to determine whether the data were normally distributed. It was determined that the data did not show normal distribution. "Mann-Withneyi" and "Kruskal-Wallis-H" tests used in "Non-Parametric" tests were used. The socio-demographic characteristics of the individuals forming the study sample were summarized by making the "Frequency" table. Correlation analyzes were used to investigate the relationship between variables in the research hypothesis.

According to the results of the study, depression, anxiety and stress were not found when sleep disorders were examined in general and sleep quality was found to be significant between sleep disorders and sleep quality. When sleep disorders are examined separately, it has been found that depression, anxiety and stress and sleep disturbances are significant results.

**Key Words:** *Sleep Disorders, Sleep Quality, Depression, Anxiety and Stress*

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ .....	viii
KISALTMALAR.....	ix
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	1
1.2. Problem Cümlesi .....	1
1.3. Alt Problemler .....	1
1.4. Araştırmanın Önemi .....	2
1.5. Varsayımlar.....	3
1.6. Sınırlılıklar .....	3
1.7. Tanımlar.....	3
1.7.1. Uyku.....	3
1.7.2. Uyku Kalitesi.....	3
1.7.3. Depresyon .....	4
1.7.4. Anksiyete.....	4
1.7.5. Stres .....	4
BÖLÜM II.....	5
2. KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ LİTERATÜR .....	5
2.1. Uykunun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi .....	5
2.2. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	7
2.2.1. Uykusuzluk (İnsomni).....	7
2.2.2. Santral Hipersomnolans Bozuklukları .....	8
2.2.3. Parasomniler .....	11
2.2.4. Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları.....	17
2.2.5. Uyku İle İlişkili Hareket Bozuklukları.....	17
2.2.6. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları .....	19
2.3. Uyku Bozukluklarında Temel Belirtiler ve Değerlendirme .....	20
2.3.1. Uyku Öyküsü.....	20

2.3.2.	Uyku Bozukluklarında Kullanılan Ölçekler .....	21
2.3.3.	Uyku Bozukluklarında Kullanılan Tedavi Yöntemleri .....	23
2.4.	Uyku Kalitesi .....	23
2.5.	Depresyon .....	24
2.6.	Anksiyete .....	26
2.7.	Stres .....	27
2.8.	Psikiyatrik Bozukluklar ve Uyku .....	29
BÖLÜM III .....		31
3.	YÖNTEM.....	31
3.1.	Araştırmanın Modeli.....	31
3.2.	Çalışma Grubu .....	31
3.3.	Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1.	Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.3.2.	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği.....	35
3.3.3.	Lovibond Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) .....	35
3.4.	İşlem .....	36
BÖLÜM IV .....		37
4.	BULGULAR ve YORUMLAR .....	37
BÖLÜM V .....		63
5.	TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
5.1.	Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri.....	70
5.2.	Öneriler .....	70
KAYNAKÇA .....		71
EKLER.....		83
1.	Kişisel Bilgi Formu .....	83
2.	LOVİBOND DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI .....	84
3.	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği .....	87
ÖZGEÇMİŞ .....		88

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Bulguların Dağılımı.....	32
Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Nikotin/Alkol/Madde Kullanımı Demografik Bulguların Dağılımı .....	33
Tablo 3. Çalışma Grubuna Ait Sağlık Problemleri Demografik Bulguların Dağılımı.....	33
Tablo 4. Çalışma Grubuna Ait Uyku Bozuklukları Demografik Bulguların Dağılımı .....	34
Tablo 5. Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	38
Tablo 6. Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	40
Tablo 7. Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	43
Tablo 8. Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	47
Tablo 9. Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması .....	51
Tablo 10. Örneklem Grubunun Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	53
Tablo 11. Örneklem Grubunun Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi .....	53
Tablo 12. Örneklem Grubunun Stres Düzeylerinin İncelenmesi .....	54
Tablo 13. Örneklem Grubunun Subjektif Uyku Kaliteleri Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 14. Örneklem Grubunun Subjektif Uyku Kalitesi Düzeyleri.....	54
Tablo 15. Örneklem Grubunun Uyku Latansı Puan Ortalamaları .....	55
Tablo 16. Örneklem Grubunun Uyku Latansı Düzeyleri.....	55
Tablo 17. Örneklem Grubunun Uyku Süresi Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 18. Örneklem Grubunun Uyku Süresi Düzeyleri .....	55
Tablo 19. Örneklem Grubunun Alışılmış Uyku Etkinlikleri Puan Ortalamaları.....	56
Tablo 20. Örneklem Grubunun Alışılmış Uyku Etkinlikleri Ortalamaları Düzeyleri .....	56
Tablo 21. Örneklem Grubunun Uyku Bozukluğu Puan Ortalamaları.....	56
Tablo 22. Örneklem Grubunun Uyku Bozukluğu Düzeyleri .....	57
Tablo 23. Örneklem Grubunun Uyku İlacı Kullanımları Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 24. Örneklem Grubunun Uyku İlacı Kullanımları Düzeyleri .....	57
Tablo 25. Örneklem Grubunun Gündüz İşlev Bozukluğu Puan Ortalamaları .....	58
Tablo 26. Örneklem Grubunun Gündüz İşlev Bozukluğu Düzeyleri.....	58



Tablo 27. Örneklem Grubunun Uyku Kalitesi Puan Ortalamaları.....	58
Tablo 28. Örneklem Grubunun Uyku Kalitesi Düzeyleri.....	59
Tablo 29. Uyku Kalitesi ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	59
Tablo 30. Uyku Kalitesi Alt Boyutları ile Depresyon, Anksiyete, Stres ve Uyku Kalitesi Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	60
Tablo 31. Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi.....	61
Tablo 32. Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi.....	61
Tablo 33. Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Stres Düzeylerinin İncelenmesi.....	62
Tablo 34. Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Uyku Kalitesi Düzeyleri .....	62



## ŞEKİL LİSTESİ

<i>Şekil 1. Uykusuzluk Döngüsü.....</i>	<b>8</b>
<i>Şekil 2. Bilişsel Kurama göre Panik Bozukluk .....</i>	<b>27</b>



## KISALTMALAR

**DASS:** Depresyon, Anksiyete ve Stres Skalası

**PUKİ:** Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

**KBF:** Kişisel Bilgi Formu

**MMS:** Merkezi Sinir Sistemi

**EOG:** Elektrokülografi

**REM:** Rapid Eye Movement

**DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

**ICD:** Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi

**ICSD:** Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması

**Akt:** Aktaran

**Ark:** Arkadaşlar

# BÖLÜM I

## 1. GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problem durumu, problem cümlesi ve alt problemler ele alınmış daha sonra da araştırmanın önemi, varsayımlar, sınırlılıkları ve araştırmanın başlıca temel kavramlarına dair tanımlara yer verilmiştir.

### 1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, uyku kliniğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış kişilerde uyku kalitesi, depresyon anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Uyku bozuklukları, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır fakat uyku bozukluklarının bu değişkenler ile ilişkisi genel olarak araştırılmamıştır. Bu çalışmada hedeflenen, uyku bozukluğu tanısı almış bireyleri aldıkları tanıya göre ayırıp, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmektir. Bununla birlikte uyku bozukluğunun ne derecede uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilediğini ortaya koymaktır. Bu hedef doğrultusunda, problem cümlesi ve alt problemler belirlenmiştir.

### 1.2.Problem Cümlesi

Uyku kliniğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış bireylerin uyku bozuklukları ile uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

### 1.3.Alt Problemler

1. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yaş ile ilişkisi var mıdır?
2. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsiyet ile ilişkisi var mıdır?
3. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin medeni durum ile ilişkisi var mıdır?
4. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin eğitim seviyesi ile ilişkisi var mıdır?
5. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin meslek ile ilişkisi var mıdır?

6. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin gelir düzeyi ile ilişkisi var mıdır?
7. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin madde kullanımı ile ilişkisi var mıdır?
8. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin madde kullanım süresi ile ilişkisi var mıdır?
9. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin alkol kullanımı ile ilişkisi var mıdır?
10. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin alkol kullanım süresi ile ilişkisi var mıdır?
11. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin sigara kullanımı ile ilişkisi var mıdır?
12. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin sigara kullanım süresi ile ilişkisi var mıdır?
13. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin kronik bir rahatsızlığa sahip olmak ile ilişkisi var mıdır?
14. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin düzenli olarak kullanılan ilaç ile ilişkisi var mıdır?
15. Uyku bozukluğu olan bireylerde, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin bireylerin sahip oldukları uyku bozukluğu ile ilişkisi var mıdır?
16. Uyku bozukluğunun uyku kalitesi ile ilişkisi var mıdır?
17. Uyku bozukluğunun depresyon ile ilişkisi var mıdır?
18. Uyku bozukluğunun anksiyete ile ilişkisi var mıdır?
19. Uyku bozukluğunun stres ile ilişkisi var mıdır?

#### **1.4.Araştırmanın Önemi**

Tüm canlılar gibi insanlar da yaşamlarını sürdürebilmek için uykuya ihtiyaç duymaktadır. Bireyler ne kadar sağlıklı bir uyku rutinine sahiplerse yaşam kaliteleri de doğru orantılı bir şekilde artış göstermektedir. İyi bir uyku aynı zamanda kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlığını da önemli oranda etkilemektedir. Uyku bozukluğu yaşayan insanların hayat kalitelerinde yaşadıkları düşüşe bir de psikolojik olarak yaşadıkları sorunlar eklendiğinde yaşam kalitesi önemli derecede zarar görebilmektedir.

Uyku bozukluğu tanısı almış kişiler uyku bozukluklarına bağlı olarak depresyon, anksiyete ve stres yaşayabilir ve bu yaşam kalitelerini dūřurebilir. Depresyon, anksiyete ya da stres yaşadığını bilmek kişilerin yaşantısında önemli farklar yaratabilir. Aynı zamanda uyku bozuklukları dışında başka sebeplerden ötürü yaşanan bu psikopatolojilerin sebepleri araştırılabilir ve tedavi edilebilir. Kiřilerin ve sağlık profesyonellerinin bu konu ile ilgili farkındalık kazanması ve bilinçlenmesi tedavi süreçleri esnasında bir fark yaratarak daha kaliteli bir yaşam sürdürmelerine olanak sağlayacaktır.

### **1.5.Varsayımlar**

1. Bu araştırmada uyku bozukluğu tanısı almış bireylerin ölçekleri doldururken objektif ve içten cevaplar verdiği varsayılmaktadır.
2. Ölçeklerde bulunan soruların hedeflenen şekilde açık ve net olarak uyku bozukluğu tanısı almış bireylere yöneltildiği varsayılmaktadır.
3. Araştırmaya katılan uyku bozukluğu tanısı almış bireylerin verilen ölçekleri doldururken kendi arzuları doğrultusunda katılım sağladıkları varsayılmaktadır

### **1.6.Sınırlılıklar**

1. Araştırmada incelenen uyku kalitesi düzeyleri Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
2. Araştırmada incelenen depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri DASÖ'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Araştırmada veriler toplanırken belirli uyku kliniklerinden veri toplanmış olup, örneklem evreni 200 kişi ile sınırlıdır.

### **1.7.Tanımlar**

#### **1.7.1. Uyku**

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Karakaş ve ark., 2017).

#### **1.7.2. Uyku Kalitesi**

Uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir (Şenol ve ark., 2012).

### **1.7.3. Depresyon**

Psikiyatride depresyon terimi başlıca üç farklı anlamda kullanılır. Terimin ilk kullanımı normal bireylerde de bir kayıp sonrası ortaya çıkabilen bir duygusal yaşantı olarak üzüntülü ve kederli ruh halini anlatır. Terimin ikinci kullanımı bir ruhsal belirti olarak depresyondur. Bir belirti olarak depresyon terimi günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumu (mood) anlatmak için kullanılır (Türkçapar, H., 2004). Depresyonun üçüncü kullanımı ise özgül bir ruhsal rahatsızlığı anlatmak içindir. Bu anlamıyla depresyon, belli bir grup belirti kalıbıyla giden ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren bir ruhsal rahatsızlıktır (Klerman, 1989).

### **1.7.4. Anksiyete**

Anksiyete, olması muhtemel şeylerden kaynaklanan zor, gergin, endişe veya şüphe duyma hislerinden ya da stres nedeniyle kişisel tehlike ve tehdit olan bir durumun algılanmasıyla oluşmaktadır (Gudykunst & Shapiro 1996, Stephan et al.1999).

### **1.7.5. Stres**

Stres hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavramdır (Baltaş, Z., 2000).

## BÖLÜM II

### 2. KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ LİTERATÜR

#### 2.1.Uykunun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Karakaş ve ark., 2017). Uyku merkezi sinir sisteminin (MSS) yanında, hemodinamik, ventilatör ve metabolik parametrelerin dinamik dalgalanmalar gösterdiği aktif fizyolojik bir durumdur. Uyku türden türe değişen karakteristikleri olan, dış uyaranlara cevap eşliğinin yükseldiği ve özel bir postürde sakin geçirilen bir süredir. Bu kompleks davranış kendine özel elektrofizyolojik bulguları olan bir süreçtir (Gürses, 2009). Aynı zamanda uyku, organizmanın çevreyle ilgili iletişiminin, değişik şiddetle uyaranla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır (Kaynak, 1998). Yunan mitolojisinde uyku ve ölüm bir arada görülen kavramlardır ve rüyalar ve uyku ile ilgili birçok tanrı tanımlanmıştır. 1834 yılında ‘uykunun filozofisi’ adında bir kitap yazmış olan Robert MacNish’e göre uyku, uyanıklık ile ölüm arasındaki bir geçiş dönemini göstermektedir. Büyük düşünürlerden Aristo, Hipokrat, Freud ve Pavlov da uyku ve rüyalar üzerine fizyolojik ve psikolojik açıklamalar yapmaya çalışmışlardır (Gürses, 2009). Hipokrat, vücudun iç organlarını sıcak tutma amacı ile kanın bu bölgelerde birikerek beyinden uzaklaştığını ve uykunun bu vasküler reorganizasyon sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Aristo ise alınan gıdaların ısıya dönüşerek uykululuğa yol açtığını belirtmiştir (Tural, 2006). Bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Bingöl, 2006). Uyku insanoğlunun yaşamak için gereksinim duyduğu temel ihtiyaçlardan biridir. Yaşamımızın yaklaşık 1/3’ü uykuda geçmektedir. Buda yılda 3000 saat olarak tanımlanabilir. “Maslow’un Temel Gereksinimler Hiyerarşisi” olarak adlandırılan piramitsel tabloda uyku en altta yer almakta olup düzenli bir gece uykusu, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Üstün ve Yücel, 2011). Böylelikle bireylerin ihtiyaç duyduğu şekilde kaliteli bir uyku düzenine sahip olması ile sağlıklı bir yaşam sürebilmesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Sağlıklı yaşam ile uyku arasındaki ilişki adına uyku



fizyolojisinin incelenmesinde Hans Berger tarafından 1929 yılında bulunan elektroensefalogram (EEG)'nin keşfi büyük bir adım olmuştur (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Uyku dinamik bir süreçtir ve beynin bir görevi olduğu için yaş ile uyku parametreleri arasında çok sıkı bir ilişki vardır (Pıçak, ve ark, 2010). Nathaniel Kleitman ve Eugene Aserinsky uykuda göz hareketleri üzerinde yoğunlaşarak elektrookülografi (EOG) ölçümünü geliştirmişlerdir ve böylece uykuda göz hareketleri izlenmeye başlanmıştır (Aydın, 2016). 1935 yılına gelindiğinde, Harvard Üniversitesi'ndeki bir grup araştırmacı, uyku esnasında da beyin etkinliğinin değiştiğini gösterdiler. Böylece, uyku sırasında değişiklik gösteren beyin aktivitesine göre, uykunun farklı devreleri olduğu fikri de benimsenmiş oldu (Gökçay et al., 2013). Aserinsky ve Kleitman'ın 1953 yılında REM uykusunu ortaya koymaları ile uyku araştırmaları daha da hız kazanarak geliştirilmiştir (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve İlhan, 1997). Aserinsky ve Kleitman ile aynı grupta çalışan William C. Dement (1956), Rem ve nRem dönemlerinde insanları uyandırarak yaşantılarını sorgulamış ve rüyaların %80'inin REM döneminde olduğu sonucuna ulaşmıştır (Aydın, 2016). Uyku Rem (Rapid Eye Movement) ve Non Rem olmak üzere iki farklı santral sinir sistemi organizasyonu ve dört evreden oluşmaktadır. Bunlardan hızlı olmayan göz hareketlerinin görüldüğü döneme Non Rem, hızlı göz hareketlerinin görüldüğü döneme ise Rem dönemi denilmektedir (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve İlhan, 1997). REM (Rapid Eye Movement) uykusu olarak adlandırılan uyku döneminde, vücut gevşer, hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir (Pıçak ve ark., 2010). NRem 4 fazdan oluşan bir evredir. Birinci faz, uyanıklıktan uykuya geçilen dönemdir. Bu dönemde kişinin vücut ısısı düşer, nabız yavaşlar fakat periferik kas aktivitesi devam etmektedir. İkinci faz hafif uyku dönemidir ve kas tonusu azalır. Faz üçte kas tonusu iyice azalmaktadır ve derin uykuya geçiş olarak adlandırılabilir. Dördüncü fazda ise derin uyku dönemine geçilmektedir (Abdulkadiroğlu, Bayramoğlu ve İlhan, 1997). Yukarıda özellikleri belirtilen uyku evreleri gece boyunca değişen süre ve aralıklarla birbirini izleyerek tekrarlanır. Bu süreçler sağlıklı olarak adlandırılan uyku içerisinde gerçekleşirken, uyku bozukluklarında bu sürecin değişik karakterler gösterdiği görülmüştür (Karadağ, 2007). Genel çerçevede uykunun evreleri incelenebilir olsa da insanların uykularında yaşadıkları evrelerin süreçleri ve aralıklarıyla ilgili, herkes için ortak olabilecek kesin sınırlar belirlemek mümkün değildir. Uyku döngüleri kişiden kişiye ve yaşa göre değişir (Kasapoğlu, 2004).

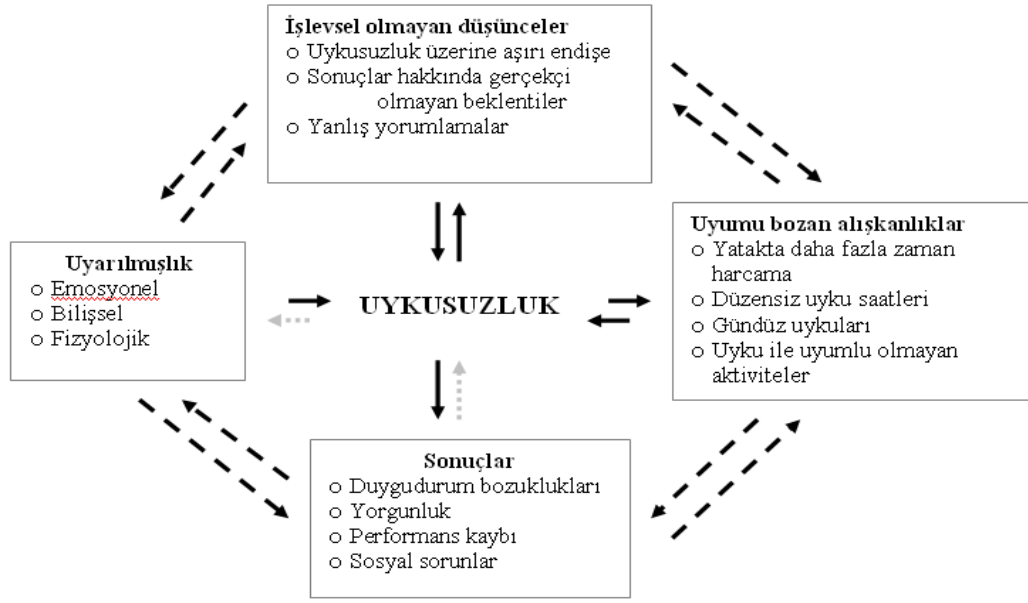
## **2.2.Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması**

Uyku bozuklukları için kullanılan üç temel sınıflandırma sistemi bulunmaktadır. Bunlar; Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi (ICD)'dir. ICSD uyku bozukluklarını, uykusuzluk bozuklukları, uykuyla ilişkili solunum bozuklukları, santral hipersomnolans bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler, uykuyla ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları başlıkları altında sınıflandırmıştır. DSM-5'te uyku bozuklukları uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmış olup ICSD ile DSM-5 ile arasındaki farklılık azalmıştır. ICD ise uyku bozukluklarını halen organik olan ve organik olmayan şeklinde adlandırarak iki sınıfa ayırmıştır ve yaygın olarak kullanılmasına karşın ICSD ve DSM ile arasındaki sınıflandırma farkı devam etmektedir.

### **2.2.1. Uykusuzluk (İnsomni)**

Uykuyu başlatmakta (uykuya dalmakta), uykuyu sürdürmekte güçlük (sık uyanmalarla ya da uyanmalardan sonra yeniden uykuya dalmakta sorun yaşıyor olmakla belirtilir) ya da sabah erken uyanma ve uyandıktan sonra yeniden uyuyamama yakınmalarından en az birinin eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliğiyle ilgili bir doyumsuzlukla giden bir uyku bozukluğudur (Köroğlu, 2016). İnsomni son 50 yılda yapılan araştırmalara göre toplum içinde prevalansı en yüksek olan ve çok ciddi ekonomik kayba yol açan hastalıklardan biridir (Gürses, 2009). İnsomni, zorlayıcı bir yaşam olayı ile birlikte kısa süreli olarak, tıbbi veya ruhsal bir bozukluk ile birlikte, bazen diğer bir uyku bozukluğunun bir belirtisi olarak ya da tek başına tekrarlayıcı veya süregelen dirençli bir belirti kompleksi olarak görülebilir (Yetkin, 2016). Literatürde insomninin daha çok kadın, boşanmış, işsiz, yaşlı, düşük eğitilmiş ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki hastalarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Ohayon ve ark.1995). İnsomni birçok alt gruba sahip bir uyku bozukluğu olup, tedavi sürecinde hangi alt gruba girdiğine karar verilmesi gerekmektedir (Karadağ, 2007). Bir insomni hastasında uyku-uyanıklık bozukluğunun nedeni çok etkenli olmasından dolayı karmaşık bir iştir. Bu nedenle tek bir tanı seçmek tercih nedeni olsa da alternatif

tanılarla birlikte değerlendirerek ilgili tüm tanıları konabilir (ICSD-2, 2013).



**Şekil 1.** Uykusuzluk Döngüsü

### 2.2.1.1. Uyum İnsomnisi (Akut İnsomni)

Akut insomni veya bir diğer adıyla kısa süreli insomni çok yaygın görülür ve genellikle birkaç gün veya hafta sürebilir. Temel özellikleri incelendiğinde, var olan bir insomninin bir stres faktörü ile ilişkili olduğu görülebilir (ICSD-2, 2013). Stres faktörü ortadan kalktığında veya kişi stres durumuna uyum sağladığında insomni ortadan kalkar ya da kalkması beklenmektedir (ICSD-2, 2013).

### 2.2.2. Santral Hipersomnolans Bozuklukları

Santral hipersomnolans bozuklukları için gün içinde uyanıklılığı sürdürmemesi ve aşırı derecede uyku hali yakınmaları bulunmaktadır ve bu bozukluklar bir çok nedene bağlı olarak gelişebileceği gibi başka bir uyku bozukluğu sebebiyle de olabilmektedir (Akıncı ve Orhan, 2016). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICD-3; International Classification of Sleep Disorders) göre santral hipersomnolans bozuklukları içerisinde, narkolepsi, idiyomatik hipersomni, Kleine-Levine sendromu, tıbbi, nedenlere bağlı hipersomniler, psikiyatrik bozukluklara eşlik eden hipersomniler, ilaç ya da madde kullanımına bağlı hipersomniler ve yetersiz uyku sendromu gibi bir grup hastalığı kapsamaktadır.

### **2.2.2.1.Narkolepsi**

Narkolepsi hastalığı ilk kez 1877 yılında Westphal tarafından gün içinde dayanılmaz uyku atakları ve ani tonus kaybıyla şekillenen bir klinik tablo olarak bildirilmiştir (Kaynak ve Kaynak, 2001). Hastalığın dört belirtisi vardır. Bunlar, karşı konulamaz uyku ataklarıyla giden gündüz aşırı uykululuğu, katapleksi, hipnagogik varsanılar ve uyku paralizisidir (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Bu dört tanı hastaların yalnızca %10'unda bir arada görülmektedir (Akıncı ve Orhan, 2016). Bunlar dışında görülen sık belirtiler ise bozulmuş gece uykuları, otomatik davranışlar, odaklanma güçlüğü ve bellek sorunlarıdır (Morrish ve ark., 2004). Narkolepsi için ilk ve en belirgin semptom gündüz aşırı uykululuğudur ve uyku atakları günün herhangi bir anında birçok kez tekrarlanabilir. Yemek yerken, konuşurken veya araba kullanırken yarı amaçlı otomatik hareketler görülebilir ve hastalar uyku ataklarından sonra dinlenmiş olarak uyanırlar (Akıncı ve Orhan, 2016). Bu özellik narkolepsiyi ayırt etmede önemlidir. Bir diğer semptom ise katapleksidir. Olguların yarısından fazlasında narkolepsi için patognomik bir bulgu olarak tanımlanan ve katapleksi olarak isimlendirilen, kahkaha, korku, öfke, sevinç gibi emosyonel uyarılarla ani veya süratle başlayan kas kuvvetsizliği veya tonus kaybı görülmektedir (Yavuz ve Aşırdizer, 2001). Narkolepsi oldukça nadir görülen bir hastalıktır ve kimi zaman katapleksi nedeniyle epilepsi ile karıştırılabilir (Özdemir, Aydın ve Selvi, 2013). Olguların 1/3'ünde uykuya dalış veya uyanışla birlikte görülen ve uyku paralizisi olarak tanımlanan, genelde birkaç dakika süren, gözlerini açma, kolunu kaldırma ve konuşma gibi istemli hareketlerinde kısmı veya tam felç durumları yaşadıkları kaydedilmiştir (Yavuz ve Aşırdizer, 2001). Hipnagogik halüsinasyonlar, uykuya dalma sırasında ortaya çıkan canlı görsel-ışitsel rüya benzeri algısal deneyimlerdir ve tetradın son iki belirtisi, izole olarak normal popülasyonda da görülebilmektedir (Demir, 2002).

### **2.2.2.2.İdiyopatik Hipersomni**

İdiyopatik hipersomni (İH) gündüz aşırı uykululuğu olan ancak narkolepsi tanı kriterlerini karşılamayan hastalarda ilk olarak Roth ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (Akıncı ve Orhan, 2016). Gündüz aşırı uykululuğu ile karakterize olup, gün içinde ve gece boyunca uzun süreli uyku periyoduna rağmen uyku

ihtiyacının devam ettiği ve sabah uykululuğunun belirgin olarak görüldüğü bir bozukluktur (Tezer ve ark, 2014). Uzun süre boyunca narkolepsiyle karıştırılmış olup, polisomnografik çalışmalar sonucunda ayrıştırılmıştır (Dauvilliers ve Buguet, 2005). Yaygınlığı kesin olarak tanımlanmamıştır fakat narkolepsiye oranı 1/10 olarak kabul edilir ve kadınlarda daha sık görülebilir (Akıncı ve Orhan, 2016). İdiyopatik hipersomni süregelen özellikler taşımaktadır ancak hastaların %11'inde ileriki süreçlerde kendiliğinde düzelme olduğu görülmüştür (Anderson ve ark, 2007). Klinik özelliklerine bakıldığında üç aydır süregelen bir gündüz aşırı uykululuğu bulunmakla beraber, gece ve gündüz uyku epizotları dinlendirici değildir (Akıncı ve Orhan, 2016).

### **2.2.2.3.Kleine-Levin Sendromu**

Willi Kleine tarafından ilk kez 1925 yılında 5 erkek çocukta, 1929 ve 1936 yıllarında da Max Levin tarafından bir grup hasta da tanımlanmış olup, eşlik eden duygudurum ve iştah anormalliklerinin bildirilmesi 1962 yılında Critchley ve Hoffman tarafından yapılmış ve bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Ceyhun ve ark, 2001). İçerisinde periyodik hipersomni ataklarına eşlik eden hiperfaji, hiperseksüalite gibi bilişsel ve davranışsal bozukluklar bulundurmaktadır (Yılmaz, ve Abali, 2012). Hastalığa sahip kişilerin %43'ünde, KLS'nin ortaya çıkışından önce nedeni bilinmeyen ateş veya enfeksiyöz bir hastalık gözlenmekte olup, alkol ve madde kullanımı, kafa travması, fiziksel ya da ruhsal olarak strese maruz kalma, menstürasyon ya da laktasyon, lokal ya da genel anestezi uygulamaları hastalığın ortaya çıkışını azda olsa tetiklemektedir (Yılmaz ve ark, 2012). Sendrom ataklar halinde görülmekte olup, ani olarak başlar ve birkaç gün ile birkaç hafta arasında sürebilir ve tekrar ani şekilde sonlanır (Karadağ ve ark, 2010). Ataklar 16-20 saat sürebilir ve hastalar atak dönemlerinde sadece yemek ya da tuvalet ihtiyaçları için uyanmaktadırlar (Akıncı ve Orhan, 2016). Aynı şekilde yaygınlığı bilinmemekte olup, en sık 16-20 yaş arasında görülür ve erkek cinsiyetinin daha çok etkilendiği bu sendromda oran 4/1 olarak bildirilmektedir (Karadağ ve ark, 2010).

### **2.2.2.4.Diğer Santral Hipersomnolans Bozuklukları**

Santral hipersomnolans bozukluklarının önemli bir bölümünü narkolepsi, İH ve KLS oluştursa da tıbbi nedenlere bağlı hipersomniler, psikiyatrik bozukluklara eşlik eden hipersomniler, ilaç ya da madde kullanımına bağlı hipersomniler ve

yetersiz uyku sendromu gibi diğer santral hipersomnolans bozuklukları da bulunmaktadır (Akıncı ve Orhan, 2016).

#### **2.2.2.5. Tıbbi nedenlere bağlı hipersomniler**

Tıbbi nedenlere bağlı hipersomniler, metabolik ensefalopati, kafa travması, inme, beyin tümörleri, ensefalit, genetik, nörodejeneratif ve sistemik hastalıkların sonucunda gelişebilir ve bunun yanında başka bir uyku bozukluğuna, psikiyatrik bozukluğa ya da ilaç kullanımına bağlı olarak aşırı uykululuk tablosu görülebilir (AASM, 2014).

#### **2.2.2.6. Psikiyatrik bozukluklara eşlik eden hipersomniler**

Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları ile ilişkili olabilir. Özellikle mevsimsel depresyon ve bipolar bozukluğun depresyon döneminde aşırı uykululuk yakınması insomniye göre daha fazladır (Buysse ve ark, 2006). Eğer depresyon tedavi edilmemişse REM latansında kısalma gerçekleşebilir (AASM, 2014).

#### **2.2.2.7. İlaç ya da madde kullanımına bağlı hipersomniler**

Alkol ya da ilaç kullanımına bağlı oluşan hipersomnilerdir. Yatıştırıcı ilaç kullanımı olan yaşlı hastalarda sık olarak görülür. Ayrıca bazı psikostimülan ilaçların kesilmesinden sonra üç haftaya kadar süren aşırı uykululuk görülebilir. Aynı zamanda depresyon belirtileri uykululuk tablosuyla birlikte görülebilir (Akıncı ve Orhan, 2016).

#### **2.2.2.8. Yetersiz uyku sendromu**

Dikkat ve uyanıklık durumunun sürdürülmesi için gereken uyku miktarının sürekli olarak yetersiz kalması ile gelişir ve buna bağlı kronik uyku yoksunluğu görülür (Akıncı ve Orhan, 2016).

### **2.2.3. Parasomniler**

Parasomnia grubu uyku bozukluklarının ortak özellikleri, uykuya geçiş döneminde ya da uykunun seyri esnasında istenmeyen fiziksel davranışların ve otonomik uyarılma belirtilerinin ortaya çıkmasıdır (Demir, 2002). Freud ve diğer psikanalistler parasomnilerin doğasını tartışmışlardır ve bu davranışların, tartışmalı ya da içte kalan isteklerin dışavurumunun bir göstergesi olabileceği üzerinde durulmuştur (Tuncel ve Orhan, 2009). Parasomniler, uyku ve uyanıklık evrelerinde

herhangi bir bozukluğa neden olmaz, fakat öncelikli olarak uykuda ortaya çıkan istenilmeyen fiziksel fenomenleri içeren klinik bozukluklardır (Plante ve Winkelman, 2009). Parasomnilerde ortak olarak görülen patolojik durum uykunun stabilitesinin bozulmasıdır (Nevsimalova ve ark, 2007). ICSD-3'e göre parasomniler ortaya çıktıkları uyku evresine göre; NREM uykusu ile ilişkili, REM uykusu ile ilişkili ve ortaya çıkma açısından bir uyku evresi gözetmeyen diğer parasomniler olmak üzere 3 ayrı gruba ayrılmıştır. Ayrıca uykuda konuşma sınırlı belirtiler ve normal farklılıklar başlığı altında bulunmaktadır (Orhan ve Akıncı, 2016).

NREM evresi ile ilişkili parasomniler uykunun en derin evresinde kısmi uyanma durumu görülür ve gecenin ilk yarısında görülebilirler (AASM, 2014).

### **2.2.3.1.NREM Evresi ile İlişkili Parasomniler**

NREM uyku evresinde uyanma bozukluğu içinde yer alan bozukluklar şunlardır;

#### **2.2.3.1.1. Konfüzyonel Uyanma**

En belirgin özelliği uykudan uyanma sürecince yaşanan konfüzyondur ve kişi şaşkın görünümde olur, dezorganize hareketler yapar ve buna eşlik eden anlaşılmayan konuşmalar görülebilir (During & Avidan, 2015). Hastaların ataklar esnasında zaman, mekân oryantasyonu bozuk ve konfüzyonedir ve uyandırmalar ile süresi genellikle 5-15 dk arasında olan ataklar kolaylaştırılabilir (Öztura, İ., 2016).

#### **2.2.3.1.2. Uykuda Yürüme (Uyurgezerlik, somnambulizm)**

Uyku sırasında kalkıp yürüme ortaya çıkar ve yürüme sırasında; uyku devam eder, bilinç durumunun değişikliği ya da karar vermede zorluk olur. Ayrıca kişinin uykudan uyanmasında zorluk, ataktan uyandığında ise mental konfüzyon, atak sırasında tam ya da kısmi amnezi, uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan rutin, uygunsuz ya da saçma, tehlikeli ya da potansiyel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder (AASM, 2014; Aksu ve ark, 2008). Uykunun başlangıcından sonraki ilk saatlerde ortaya çıkar (Yetkin, 2014). Yürüme atakları tipik olarak konfüzyonel uyanmalar ile ya da yataktan hemen çıkma hatta fırlayarak koşma ile de başlayabilmektedir ve ataklardaki

davranışlar kompleks, amaçsız fakat daha az agresiftir ve organize. Kişiler yatağa dönebilir veya uygun olmayan yerlerde atak son bulabilir (Benbir ve Karadeniz, 2015). Uyurgezerliğin ayırıcı tanısında, REM uykusu davranış bozukluğu, epilepsi, uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluklar, obstrüktif uyku apnesi, psikojenik füğ, alkol ve madde ile ilgili davranışlar göz önünde bulundurulmalıdır (AASM, 2014). Ayrıca epilepsi hastalarında yatağa geri dönme gözlenmez ve epilepsi nöbetleri gündüz de görülebilir (Aydın, 2007). PSG ve EEG bulguları klinik tablonun yanı sıra oldukça yardımcıdır (Benbir ve Karadeniz, 2015). Psikojenik füğ ile olan ayırımı bakıldığında, uyurgezerlik dakikalarla ifade edilirken füğte saatler hatta günler ile ifade edilmektedir (Orhan ve Akıncı, 2016).

#### **2.2.3.1.3. Uyku Terörü**

Uykunun ilk saatlerinde, genellikle ağlama ya da yüksek sesli bir çığlık ile başlayan, aşırı korku davranışının eşlik ettiği ve otonomik belirtilerin olduğu ani terör ataklarıdır (Tuncel ve Orhan, 2009). Genel olarak, taşikardi, takipne, cildin kızarması, terleme ve artmış kas tonusuyla birlikte gelen yoğun bir otonomik deşarj bulunmaktadır (AASM, 2014). Atakların sonuna doğru bazen yataktan çıkıp koşma şeklinde yaralanmalara neden olabilecek davranışlar görülebilir. Bu sırada hastayı uyandırmak zordur ve hastada atakla ilgili tam veya kısmi amnezi vardır. Atak sırasında hasta uyandırıldığında ajitasyon ve konfüzyon hali görülür (Göksan ve ark, 2014).Uyku terörü tanısı alanların %96'sında aile bireylerinden bir ya da daha fazlasında uyku terörü ve/veya uyurgezerlik öyküsü kaydedilmiştir (Demir, 2002).

#### **2.2.3.1.4. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu**

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu (UİYB); uyku sırasında ortaya çıkar ve istem dışı yemek yeme ve/veya içme süreçleri ile seyreden bir parasomni tablosudur (Oktan, Kısabay ve Yılmaz, 2015). Ancak, atak sırasında herhangi bir açlık ya da susama hissi bulunmaz (Orhan ve Akıncı, 2016). İlk olarak 1991 yılında Schenk ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. UİYB süreçleri gecenin herhangi bir zamanında ve genelde NREM uykusunda ortaya çıkar, ataklar sırasında çoğunlukla tam uyanıklığa geçilmez ve ertesi sabah gece yaşananlar hatırlanmaz (Oktan, Kısabay ve Yılmaz, 2015). Huzursuz bacaklar



sendromu (HBS), obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), sirkadyen ritm bozuklukları gibi birincil uyku bozukluklarıyla birlikte görüldüğü gibi idiyopatik olarak da ortaya çıkabilir (Howell, Schenck ve Crow, 2009). Ayırıcı tanıda mutlaka gece yeme sendromu (GYS) akla gelmelidir ve GYS, sabahları ortaya çıkan anoreksi, günlük toplam kalorinin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınması, insomni ile karakterize bir klinik tablodur (Oktan, Kısabay ve Yılmaz, 2015).

### **2.2.3.2.REM Uykusu ile İlişkili Parasomniler**

#### **2.2.3.2.1. REM Uykusu Davranış Bozukluğu (RDB)**

REM uykusu davranış bozukluğu, REM döneminde normalde ortaya çıkması gereken tonus kaybının (atoni) gelişmemesine bağlı olarak meydana gelir (Demir, 2002). REM uyku Davranış Bozukluğu (RDB), REM uykusu esnasında oluşan, konuşma, gülme, haykırma, yakalama, boşluğa yumruk atma, tekmeleme, ayağa kalkma veya yataktan sıçrama gibi uykuyu bozan veya yaralayıcı potansiyeli olan anormal veya yıkıcı hareketlerle karakterizedir (Göksan ve ark, 2014). Kas aktivitesi kaybı görülür ve rüyadan sonra görülür. Rüyalar genellikle takip ve şiddet içerir ve kişilerde bu rüyalar ile ilişkili hareketler görülür (Abdulkadiroglu, Bayramoglu ve İlhan, 1997). Bu bozukluğun, akut ve kronik olmak üzere iki ayrı klinik formu vardır (Schenck ve Mahowald, 2002). Akut RDB tipik olarak; bazı ilaçlarla, madde kötüye kullanımı ya da bırakılması (özellikle alkol bırakılması) durumunda ortaya çıkabilir. Kronik formu ise sıklıkla 50 yaş üzeri erkeklerde görülür. Kronik RDB'nun, idiyopatik ve nörolojik hastalık süreci ile ortaya çıkan sekonder olmak üzere iki tipi vardır (Tuncel ve Orhan, 2009). Klinik bulgularla hastalık öyküsünden şüphelenir ancak tanısı ve ayırıcı tanı için tüm gece monitorizasyonu yapılmalıdır ve tanıda RDB tarama soru anketi de yardımcı olabilir (Tuncel ve Orhan, 2009).

#### **2.2.3.2.2. Tekrarlayıcı İzole Uyku Paralizi**

Uykuya dalarken ya da uykudan uyanma esnasında görülebilir (Peköz ve ark., 2017). Uykunun başlangıcında ya da uykudan uyanma sırasında gövde ve tüm el ve ayaklarda hareket ettirmede zorlanma görülür (Tuncel ve Orhan, 2009). Genellikle kendiliğinden ortadan kalkar, ancak duysal bir uyaran ile bu

çok daha kolaylaşır ve yoğun anksiyete eşlik eder (Öztura, 2016). Hastalarda yoğun anksiyete vardır, % 25–75 hastada ataklara halüsinasyonlar eşlik edebilir ve ataklar nedeni ile hastada uyku anksiyetesi veya uyku korkusu gelişebilir (Peköz ve ark., 2017). Kronik yorgunluk, stres, düzensiz program, vardiyalı çalışma, sırt üstü pozisyonda uyuma, alkol/kafein kullanımı, uyku yoksunluğu gibi faktörler, bazı kişilerde hastalığın oluşmasında etkili rol oynayabilir (Plante ve Winkelman, 2006).

### **2.2.3.2.3. Kâbus Bozuklukları**

Genellikle REM döneminde görülen ve sıklıkla uyanma ile sonuçlanan, bir dış uyaran olmaksızın uyanmaya yol açan korkutucu ve tekrarlayan rüyalar ile karakterize bir bozukluktur (Öztura, 2016; Aydın, 2007). En sık 3 ile 6 yaş arasında ve travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda görülür. Genellikle sadece korku ya da anksiyete değil aynı zamanda öfke, üzüntü, nefret ve diğer disforik duygular içeren, rüyaların yoğun bir şekilde hatırlandığı, uykudan yineleyici uyanma atakları vardır (Tuncel ve Orhan, 2009). Tek bir gece uykusunda çok sayıda kabus oluşabilir ve içeriği genellikle korku, fiziksel şiddet şeklindedir (Peköz ve ark., 2017). Kabuslarda çevresel veya psikolojik etmenler ile TSSB, depresyon, kanser, sepsis, SSGİ veya SNGİ, beta blokör, levedopa kullanımı veya alkol yoksunluğu gibi nedenler etkili olabilir (Tribl ve ark., 2013). Kabus bozukluğu tanısı için ayrıntılı bir anamnez almak önemlidir ve çocukluk ve adolesan dönemde cinsel istismar ve kötüye kullanım mutlaka sorgulanmalıdır (Orhan ve Akıncı, 2016; Tuncel ve Orhan, 2009).

### **2.2.3.3. Diğer Parasomniler**

#### **2.2.3.3.1. Patlayan Baş Sendromu**

Uyanıklık halinden uyku durumuna geçme sırasında ve gece uykudan uyanma esnasında kişinin başında aniden ortaya çıkan yüksek sesli ya da patlama hissi görülür. Bu durum ağrılarla ilişkili olmamakla birlikte kişi olaydan hemen sonra korku hissi ile birlikte uyanır (Tuncel ve Orhan, 2009). Kesin tanı için gereken bulgularda baş ağrısının bulunmaması, olaya bağlı korku hissini oluşması, uyku-uyanıklık döneminde ani ve yüksek bir ses duyulması ve kafada patlama hissini bulunması mutlaka olmalıdır (Peköz ve

ark, 2017). Stres önemli bir etkidir ve bununla birlikte uykudan uyanıklığa geçiş döneminde beyin sapında nöronal işlev bozulması öne sürülmektedir (Orhan ve Akıncı, 2016). Ataklar zararsız kısa süreli ve değişkendir aynı zamanda çocukluk çağında ortaya çıkabilse de genellikle orta ve daha ileri yaşlarda görülür (Tuncel ve Orhan, 2009). Anksiyete ve çarpıntı gibi durumlarla birlikte görülebilir ve tedavide sadece hastayı bilgilendirip, kuşkuları gidermek yeterlidir. Bunun dışında herhangi bir ilaç tedavisi kullanmaya gerek yoktur (Mason ve Pack, 2007).

#### **2.2.3.3.2. Uyku ile İlişkili Varsanılar**

Uykunun başında ya da uykudan uyanınca görülen, günün erken veya geç saatlerinde görülebilen, görsel varsanılar ile karakterize bir durumdur (Tuncel ve Orhan, 2009; Peköz ve ark, 2017 ). Uyku başlangıcı ya da sonundaki rüyalar ile varsanıları ayırt etmek güç olabilir ve gece aniden uyanmaları izleyen uyanıklık halinde net bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (Tuncel ve Orhan, 2009).

#### **2.2.3.3.3. Uyku Enürezisi**

Uykunun herhangi bir evresinde 5 yaşından büyük olan bir bireyin istemsiz olarak tekrarlanan bir idrar kaçırma durumudur. Ayrıca stres, depresyon, demans başlangıcı, uyku apnesi, diyabet ve üriner sistem bozuklukları ile ilişkili olabilir (Peköz ve ark., 2017). İki farklı tanı kriteri vardır ve hastanın yaşı ve haftada en az iki kez istemsiz idrar kaçırma durumları aynıdır yalnızca birincil uyku enürezisinde hasta hiç sürekli bir idrar kaçırma yaşamamış, ikincil uyku enürezisinde son 6 ayda idrar kaçırma görülmemiştir (Göksan ve ark, 2014).

#### **2.2.3.3.4. Bir İlaç veya Maddeye Bağlı Parasomni**

Genel olarak bir ilaç veya madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan parasomni çeşididir ve kullanılan madde veya ilacın bırakılmasıyla ortadan kalkması gerekir (Peköz ve ark., 2017). Daha önce herhangi bir parasomni tanısı almamış kişilerde ilk kez parasomni atağını tetiklerken, bilinen bir parasomnisi olan kişilerde atakların sıklığını artırıcı özellik gösterebilir. Bir ilaç veya madde kullanımına bağlı olarak artış gösteren parasomniler,

uyanıklık bozuklukları, uyku ile ilişkili yeme bozuklukları ve RDB'dir (Göksan ve ark, 2014).

#### **2.2.3.3.5. Spesifik Olmayan Parasomni**

Hiçbir parasomni grubuna girmeyen ve tanı kriterlerini karşılamayan bir grup bozukluktur (Peköz ve ark., 2017).

#### **2.2.3.4.Sınırlı Belirtiler ve Normal Farklıklar**

##### **2.2.3.4.1. Uykuda Konuşma**

Uyku sırasında anlaşılabilirliği değişken olmakla birlikte, kendiliğinden ve farkında olmadan çıkarılan sesler veya konuşmalar bulunur (Yetkin, 2014). NREM ve REM uykusu döneminde görülebilir ve çoğunlukla REM uykusu bozuklukları ile birlikte görülmektedir. Toplumda görülme sıklığı kadın ve erkekte eşit olup % 66'dır (Peköz ve ark., 2017).

#### **2.2.4. Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları**

Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları, istenilen zamanlarda uyumak ya da uyanık kalmak ile ilgili sorunlardan oluşan, genellikle aşırı uyku veya uykusuzluk durumu görülen bozukluklardır (Çalılık, 2016). Sirkadiyen ritim uyku bozukluklarında temel nedeni, biyolojik zamanlamadaki değişiklikler veya uyumsuzluklar oluşturur. Vardiyalı çalışma ve jet-lag gibi fiziksel çevrenin biyolojik zamanlama ile uyum sağlamadığı durumlarda ya da gecikmiş veya erken tipte sirkadiyen ritim bozukluğu ile biyolojik saatin çevreye göre değiştiği durumlarda görülmektedir (Okawa ve Uchiyama, 2007). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları içinde en sık görülen gecikmiş uyku fazı bozukluğudur ve bozukluğu olan kişiler uyku saatlerini sürekli erteler, normal şartlardan farklı olarak geç uyanırlar (Erdinc, Tuncel, Aslan ve Demir, 2014). Jet-lag tipi uyku bozukluğunda, kişi seyahat ettiği yerdeki güneş doğuş saatlerine uyum sağlayamaz ve gündüz uykulu, gece uykusuz hisseder. Tedavi için ilaç ve gündüz uyanık kalmaya çalışmak önerilebilir (Karaman, Kara ve Durukan).

#### **2.2.5. Uyku İle İlişkili Hareket Bozuklukları**

Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları incelendiğinde, genel olarak uykunun başlangıç anında ya da sonraki dönemlerinde ortaya çıktığı görülmüştür.

Genellikle basit ve stereotipik özellikte hareketler görülür (Demirci ve Demirci, 2016). Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları arasında, huzursuz bacak sendromu, periyodik hareket bozukluğu, bruksizm, yenidoğanın iyi huylu uyku myoklonusu, uyku başlangıcında propriyospinal miyoklonus, bacak krampları, ritmik hareket bozukluğu, tıbbi nedenlere bağlı uyku ile ilişkili hareket bozukluğu ve tanımlanmamış uyku ile ilişkili hareket bozukluğu olarak sıralanmaktadır (Demirci ve Demirci, 2016).

### **2.2.5.1.Huzursuz Bacaklar Sendromu**

Huzursuz bacaklar sendromunda diğer hareket bozukluklarından farklı olarak stereotipik olmayan bacak hareketleri veya yürüme görülmektedir. Bunun amacı bacaklarda oluşan rahatsızlığı azaltmaktır (Demirci ve Demirci, 2016). Thomas Willis 1685 yılında “anxietas tibiarium” diye adlandırılan uykusuzluk ve bacaklarda huzursuzluk şikâyeti olan hastalarda tanımlanan bir bozukluktur (Şahin ve ark, 2007). Daha sonraları Ekbom “irritable legs” ve “restless legs” tanımlarını kullanarak Ekbom sendromu adını kullanmıştır (Özcan, Meral ve Özcan, 2013). Bacak sallama isteği duyan hastalarda bacaklarını sallama veya kalkıp yürüme ile birlikte gelen bir rahatlama durumu bulunur. Bacakları sallama dürtüsü karşı konulmayan bir hareket ettirme ve motor huzursuzluğa neden olmaktadır (Kaynak, 2007). Uzun süre hareketsiz kaldıktan sonra kötüleşebilir, hareket edildiğinde düzelme gösterir. Ayrıca kadınlarda ve yaşlılarda görülme sıklığı yüksektir (Şahin ve ark, 2007). Hastalık tek başına görülebildiği gibi, demir eksikliği, gebelik, böbrek yetmezliği, diyabet veya Parkinson gibi hastalıklarla birlikte de görülebilir (Özcan, Meral ve Özcan, 2013). Bununla birlikte anti-epileptik, antidepresan ya da serotonin geri alım inhibitörleri gibi bazı ilaçların yan etkisi olarak da görülebilir (Acar ve Gencer, 2005). Uluslararası Huzursuz Bacaklar Çalışma Grubu (UHBÇG)’nin belirlediği kriterler, bacakları hareket ettirme isteği, motor huzursuzluk, yatma ya da oturma durumunda belirtilerin daha da kötüleşmesi ve hareket ettirme sonrasında rahatlama hissinin olması, akşam ve gece saatlerinde belirtilerin artması şeklinde sıralanmıştır (Özcan, Meral ve Özcan, 2013). Tedavide farmakolojik olmayan, kişisel bakım, yemek yeme düzeni, uyku öncesi kafein ve alkol gibi içeceklerin alınımının durdurulması ve özellikle aerobik gibi egzersizler önerilmektedir (Acar ve Gencer, 2005).

### **2.2.5.2.Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu**

Uykuda periyodik hareket bozukluğu (UPHB) Symonds tarafından ilk kez 1953 yılında tanımlanmış ve hareketlerin periyodik karakterlerini ve EMG bulgularını Lugaresi ve arkadaşları 1965 yılında yaptıkları bir çalışma ile göstermiştir. UPHB, periyodik olarak uyku sırasında tekrarlayan bir takım hareketler ile şekillenmektedir. Bu hareketler, oldukça streotipik ayak, bacak veya kol hareketleridir (Kaynak, 2007). Klinik olarak belirgin uyku bozukluğu, mental, fiziksel, sosyal, davranışsal veya diğer fonksiyonel alanlarda yetersizliğe neden olur (Akyıldız, 2016). Hareketler tipik olarak ayak başparmağının uzantısı ile beraber ayak bileği, diz ve bazen de kalçada görülen kısmi çekilmelerdir (AASM, 2014).

### **2.2.5.3.Bruksizm**

Diş sıkması ya da diş gıcırdatması olarak da adlandırılan bruksizm için tanı kriterleri, uyku sırasında düzenli veya sık diş gıcırdatma sesi ile birlikte diş yapısında bozulma ve sabah geçici çene kaslarında ağrı, yorgunluk, baş ağrısı ya da uyandığında çenede kitlenme olarak belirtilmektedir (Akyıldız, 2016). Açık bir nedeni olmayan birincil bruksizm ve tıbbi hastalıklara ya da kullanılan ilaçlara bağlı oluşan ikincil bruksizm olmak üzere adlandırılmaktadır (AASM, 2014).tedavide davranışsal, dental ve farmakolojik yaklaşımlar kullanılır. Bununla birlikte standart uyku hijyeni yöntemleri önerilir ve diş koruyucu ısırma aletleri işe yarayabilir (Demirci ve Demirci, 2016).

### **2.2.5.4.Uyku ile İlişkili Bacak Krampları**

Saniyeler ve dakikalar sürebilen ve baldır kaslarında ya da ayağın küçük kaslarında oluşan şiddetli ve aniden gelen kasılmalardır ve bu kasılmalara eşlik eden ağrılar mevcuttur. Genellikle 65 yaş ve üzeri kişilerde görülür ve görülme sıklığı yaklaşık %50 olarak belirtilmiştir (Abdulla ve ark., 1999).

### **2.2.6. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları**

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları DSM-V'te tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi, merkezi uyku apnesi, uyku ile ilişkili hipoventilasyon olarak 3 ayrı başlıkta incelenmiştir (DSM-V, 2014). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması ikinci versiyonunda (ICSD-2) ise, santral uyku apne sendromu, obstrüktif uyku

apne sendromu, uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlar ve diğer uyku ile ilişkili solunum bozuklukları olarak 4 farklı başlıkta incelenmektedir (Karadağ, M., 2007). Uyku apnesi, gündüz aşırı uyku durumu ve uykuda horlama ve apnelerin bulunduğu bir uyku ile ilişkili solunum bozukluğu şeklindedir (Abdulkadiroglu, Bayramoglu ve İlhan, 1997). Obstruktif uyku apne sendromu (OUAS), uykuda sürekli olarak üst solunum yollarında kaynaklanan oksijen desaturasyonu ve uykunun bölünmesi durumudur ve otuz-altmış yaş arası erkeklerin %4'ünde, kadınların %2'sinde görülen yaygın bir bozukluktur. Horlama, tıkanma hissi ile uyanma, tanıklı apne ve gündüz aşırı uykululuktur (GAU) başlıca belirtileridir (Salepci ve ark., 2017). Bunlar dışında uykuyu sürdürmede zorlanma, göğüs ağrısı, ağız kuruluğu, enürezi, terleme gibi semptomlar da görülebilir ve hasta kalitesiz bir uyku döngüsü yaşadığı için yorgun uyanır. Hastalarda yorgunluk konsantrasyon kaybı ve unutkanlık, ruh halinde değişiklikler, baş ağrısı, işitme kaybı ve libido azalması gibi etkiler görülebilir (Yücege, 2016).

### **2.3.Uyku Bozukluklarında Temel Belirtiler ve Değerlendirme**

Uykuya bağlı hastalıklar erişkin yaş grubunda sık görülür ve yaşla birlikte artar (Gürses, 2009). Bunun sebebi olarak medikal ve psikososyal olarak birden fazla bozukluğun bulunması gösterilebilir. Uyku ile ilgili bir yakınmayı değerlendirebilmek için hangi sorunun neyi nasıl tetiklediğini ve sorunun oluşumuna zemin hazırlayan etkenin ne olduğunu, sorunun oluşumundan sonra geriye dönük bir çalışmayla analiz etmek gerekmektedir. İster belirti ister bozukluk olsun uyku değerlendirilirken tüm uyku bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar ya da tıbbi durumlar ve tedaviler bir arada ele alınarak değerlendirilmelidir (Oral, 2016).

#### **2.3.1. Uyku Öyküsü**

Uyku öyküsü, uyku sorunu yaşayan bir bireyin uyku değerlendirmesi yapılırken kullanılan ilk basamaktır (Oral, 2016). Günümüzde uyku merkezlerinde kullanılan farklı şekillerde düzenlenmiş birçok uyku öyküsü formu bulunmaktadır. Form içeriğinde genel çerçevede bireyin uyku özellikleri, uyku zamanı alışkanlıkları, gündüz işlevselliği, aile ve kişisel tıbbi öykü, uyku ile ilişkili belirtilerin taraması, diğer tıbbi hastalıklara ait belirtilerin değerlendirilmesi gibi alt başlıklar bulunmaktadır (Oral, 2016). Uyku öyküsü alınırken, kişinin yanında

eğer varsa birlikte uyuduğu kişi veya oda arkadaşı, bulunmuyor ise aile üyeleri gibi bilgi verebilecek kişilerin bulunması da önemlidir. Uykuya ilişkin kapsamlı bir uyku öyküsünde bulunması gerekenler şunlardır:

*Yakınmalar:* uykuya ilişkili belirtilerin nasıl ve ne zaman ortaya çıktığı, süresi, sıklığı, şiddeti ve ortaya çıkartıcı/ alevlendirici etmenler (Oral, 2016).

*Uyku Çizelgesi:* yatağa girilen zaman, uykuya dalma süresi, gece uyanma sayısı, uyanma sonrası davranışlar(yataktan çıkma, tuvalete gitme, yemek yeme vb.), uykuda yürüme, kabus, uyku terörü, uykuya dalma sırasında veya uyku sırasında bacak hareketleri ve diğer davranış bozuklukları (Oral, 2016).

*Uykuda Solunum İşlevleri:* Horlama, apne, baş ağrısı/dönmesi, halsizlik, güçsüzlük, reflü, burun tıkanıklığı, boyun kalınlığı (Oral, 2016).

*Gündüz İşlevselliği ve Genel Tıbbi Durum:* dinlenmiş olarak uyanıp uyanmadığı, gündüz uykululuk hali, yorgunluk, araç kullanımı sırasında uykunun gelip gelmemesi, uykululuk nedeniyle trafik cezası, gündüz veya akşam saatlerinde şekerleme yapıp yapmadığı eğer yapıyor ise dinlendirici olup olmadığı, bilişsel işlevlerle ilgili yakınmalar, dikkat gerektiren işlerde zorlanma, işlevsellikte bozulma, irritabilite, depresif yakınmalar, anksiyete, panik ataklar, katapleksi, bacaklarda huzursuzluk, hareket zorlantısı veya spontan hareketler, erkeklerde cinsel işlev bozukluğu, kadınlarda yakınmaların menstrasyon dönemi ile ilişkisi, menopoz, hipertansiyon, diyabet, tiroid hastalıkları, göğüs ağrısı, çarpıntı, ödem, kafa travması, geçirilmiş hastalığı, ameliyat öyküsü, vücut kitle indeksi(VKİ), kafein, alkol, enerji içeceği ile kullanılan reçeteli ve reçetesiz kullanılan ilaçların miktarı ve kullanma saatleri (Oral, 2016).

*Aile Öyküsünde:* Horlama, apne, narkolepsi, diğer uyku bozuklukları ve özkıyım ya da özkıyım girişimi (Oral, 2016).

Bu sorulardan alınan cevaplar doğrultusunda, kişinin yakınmalarının olası nedenleri anlaşılabilir.

### **2.3.2. Uyku Bozukluklarında Kullanılan Ölçekler**

Uyku bozuklukları ölçümlerinde hem nesnel hem de öznel yanı olan bozukluklardır. Uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde doğrudan uyku



sorunlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçeklerin yanında diğer klinik psikopatoloji ölçekleri de içinde bulunan uyku ile ilişkili sorulardan ötürü kullanılmaktadır (Aydemir, 2016).

Psikopatoloji ölçeklerinin geneli incelendiğinde en çok duygu durum bozuklukları ölçeklerinde uyku sorunlarının ele alındığı görülmektedir. Uykunun etkilendiği başka psikopatolojiler olsa da, uykuyla ilişkili maddeler çok fazla yer almamaktadır.

Genel psikopatoloji ölçekleri incelendiğinde *Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)* üç maddeyle uykuyu değerlendirmektedir (Dağ, 1991).

Duygudurum Ölçekleri incelendiğinde, *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği* en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir ve ölçeğin özgün formunda 3 madde ile uykusuzluk araştırılmaktadır. 17 maddeden oluşan ölçekte bu anlamda uykusuzluk puanlamaya oldukça katkı sağlamaktadır. 29 maddeli mevsimsel duygudurum bozuklukları formunda uykuyla ilgili tek bir soru bulunmaktadır ve bu soru aşırı uyku ve uyanma sorunu ile ilgilidir (Aydemir ve ark., 2006). *Montgomery-Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği* incelendiğinde tek bir madde ile uykuda azalmayı ölçtüğü görülmektedir (Özer ve ark. 2001). Bir diğer depresyon ölçeği olan *Beck Depresyon Envanteri* ise uykuyu tek bir maddeyle değerlendirmektedir (Hisli, 1988). Daha az kullanılan *Hızlı Depresif Belirti Envanteri - Özbildirim Formu*, diğer depresyon ölçeklerinden farklı olarak uykusuzluğun yanında fazla uyumayı da değerlendirmektedir (Mergen ve ark. 2011).

Bipolar bozuklukla ilişkili ölçekler de içerisinde uykuyla ilgili maddeler barındırmaktadır. *Duygudurum Bozuklukları Ölçeği* toplam üç bölümden oluşmaktadır ve hipomani ile ilişkili belirtileri sorgulayan ilk bölümünde uyku ile ilgili de bir soru bulunmaktadır (Konuk ve ark., 2007). Bunun yanında *Hipomani Soru Listesi-32-Yenilenmiş (HCL-32-R)* form da sekiz alt başlıktan oluşmaktadır ve üçüncü alt başlıkta uyku ile ilgili bir soru bulunmaktadır (Aydemir ve ark. 2011). *Young Mani Değerlendirme Ölçeği* de aynı şekilde uyku ile ilişkili soru içermektedir (Karadağ ve ark. 2001).

Bunun dışında *Biyolojik Ritim Değerlendirme Görüşmesi* hastaların uyku düzenleri açısından önemli veriler sağlamaktadır (Aydemir ve ark. 2012).

Uyku sorunları ile ilgili ölçekler incelendiğinde, *Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi*, *Epworth Uykululuk Ölçeği*, *Uykusuzluk Şiddeti İndeksi*, *Sabahçıl-*

*Akşamcıl Anket Formu, STOP-Bang Testi, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi* olarak listelendirilebilir..

### **2.3.3. Uyku Bozukluklarında Kullanılan Tedavi Yöntemleri**

Uyku bozukluklarında farmakolojik tedavinin yanında uyku hijyeni eğitimi, uyaran kontrol tedavisi, uyku kısıtlama tedavisi gibi davranışçı yöntemler ile beraber bilişsel terapi, gevşeme terapisi ve paradoksal niyetlenme gibi yöntemler kullanılmaktadır (Yetkin, 2016). Uyku hijyeninde asıl amaç, sağlıklı uyku alışkanlıkları hakkında farkındalığı sağlamak ve daha sağlıklı ve doğru uyku hijyeni alışkanlığını kişiye kazandırmaktır (Yetkin, 2016). Uyku hijyenine yönelik öneriler, her sabah aynı saatte kalkılması, yatış zamanlarının aynı saatte olması, gündüz uykularının olmaması, düzenli olarak egzersiz yapılması, yatak odasının sessiz ve ısı, ışık yönünden ideal olması, yatak odasını uyku ve cinsellik dışında televizyon izlemek, yemek yemek gibi aktiviteler amacıyla kullanılmaması, yatağa yatmadan yemek yemenin ve aşırı sıvı tüketiminin kontrol edilmesi, yatma saatinden en az 6 saat önce kafeinli içecekler tüketilmemesi, tütün ve alkol kullanımından kaçınılması, yatmadan önce solunum egzersizleri gibi gevşeme tekniklerinin uygulanması, uyku gelmeden yatağa gidilmemesi ve uyunamadığında yatakta uyumak için zorlanmaması şeklinde sıralanabilir (Pıçak ve ark, 2010).

Uyku bozuklukları arasında psikoterapi ve psikososyal değişimlerin faydası en çok uykusuzluk sorununda görülür (Aslan, 2016). Hipersomni olgularında görülen sabah uyanamama ve işe gidememe durumunu sabahları gün ışığına maruz kalarak ve yürüyüş yaparak uyku ritmini düzeltme adına bir tedavi uygulanabilir. Aynı zamanda uyku etkinlik endeksi kullanılarak kişinin hangi değerler arasında olduğu tespit edilebilir. (Aslan, 2016). Bilişsel-davranışçı psikoterapilerde, uykusuzluk olgu formülasyonu, uykusuzlukta kaygının rolü ile çalışmak, uyku günlüğü tutulmasını önermek, uyku ile ilgili işlevsiz düşünce ve varsayımları, uyku ve uykusuzlukla ilgili işlevsiz inançları belirleyerek ele almak, uyku kısıtlama uygulaması kullanılan yöntemlerdir (Aslan, S., 2016).

### **2.4.Uyku Kalitesi**

Uyku kalitesi, bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir (Karakaş ve ark, 2017). Yaşam stili, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu ve stres gibi çeşitli faktörler uyku

kalitesini etkilemektedir (Engin, 1999). Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir (Üstün ve Çınar, 2009). Uyku kalitesini önemli yapan iki temel neden vardır. Bunlardan birincisi yakınmaların oldukça yaygın olması, ikinci neden ise kötü uyku kalitesi birçok tıbbi hastalığın belirtisinin olabilmesidir (Ağargün, Kara ve Anlar, 1996). Çalışma koşulları, mesleki faktörler, stres, kişinin uyku yapısını ve kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Karakaş ve ark, 2016). Gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azaltır (Ertekin ve Doğan, 1999). Axelsson ve ark. (2004), gece vardiyası şeklinde çalışan bireylerin sayısının endüstri toplumlarında %20'lik bir kesimi oluşturduğunu bildirmektedir. Gece çalışarak gece uykusundan mahrum kalmak birçok uyku sorununu beraberinde getirmektedir. Uykusuzluk ve gün içerisinde uykululuk hali başta olmak üzere uyku kalitesinde azalma gerçekleşmekte ve bunların sonucunda bireylerde dikkat ve algılama gibi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (Garbarino ve ark. 2002). Gündüz uykululuk hali ile bireylerin fizyolojileri ve psikolojilerinde gerçekleşen bozulmalarla birlikte sosyal hayatı da etkilenmektedir. Sosyal faaliyetlerin gerçekleşebileceği olası saatlerde bireylerin uyuması, sosyal izolasyona ve aile ve arkadaş çevresi içinde iletişimsizliğe neden olmaktadır. Bu durum çoğunlukla, duyarsızlaşma ve yabancılaşma, benlik saygısında azalma, tükenmişlik sendromu ve aile içi sorunlarla kendisini gösterir (Hughes ve Stone, 2004; Bilazer, 2008; Demir, 2004; Şentürk, 2014; Selvi ve ark., 2015). Uyku kalitesinin bozulması psikiyatrik bozukluklarda bir belirti olmasının yanında bir gösterge olarak da değer taşımaktadır (Aydın, Selvi ve Özdemir, 2011).

## **2.5. Depresyon**

Depresyon milattan önce 4. Yüzyılda sınıflandırılmaya çalışılmıştır ve Hipokrat ilk olarak melankoli (siyah safra) terimini ortaya koymuştur. 1980'de DSM-III ile birlikte belli başlı belirtilerin varlığıyla tanı koyma noktasına gelinmiştir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011). Son dönemlerde toplumda görülme oranı oldukça yüksek olan depresyon genel tanımıyla bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum yani mood bireyin bir süre boyunca belli bir duygulanım içerisinde bulunmasıdır. Diğer bir deyişle duygudurum içsel olarak yaşantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren ve sürekli bir duygu tonu olarak adlandırılabilir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bu duygudurum kişinin

çevresince gözlemlenebilir olup, kişi tarafından da anlatılabilir bir durumdur. Mutsuzluk olarak tanımladığımız duygu, kişilerin yaşadıkları olumsuz gelişmelere karşı verdikleri olağan bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Bu mutsuzluk durumu beklenenden daha uzun sürüyor, kişinin kontrolünün dışına çıkıyor ya da koşullarla orantısız ise çökkün duyguduruma ilişkin bir belirti olabilir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyonda çökkün duygulanımda, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı gibi çekirdek özelliklere ek olarak konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması sık görülen belirtilerdir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Sigmund Freud'un öncüsü olduğu klasik psikanalitik kurama göre depresyonda bir sevgi nesnesinin kaybindan söz edilir. Bu kayba bağlı olarak, kişinin benliğinde bir boşluk ve terk edilmişlik, özdeğerde azalma veya yok olma söz konusudur. Depresyona benzer olarak yas sürecinde de bir objenin veya kişinin kaybindan söz edilmektedir. Frued yas süreci ile depresyonu karşılaştırmış, yas sürecindeki kaybın bir objenin veya kişinin kaybına (ölümüne) bağlı olduğunu fakat depresyonun kayıp durumuna ek olarak hayalde ya da gerçekte kaybedilen sevgi nesnesinin kişinin benliğine mal edildiğini bu sebeple kişinin iç dünyasında da bir kayıp yaşadığını belirtmiştir (Demir, 2015).

Aeron Beck'in bilişsel kuramına göre bilişsel faaliyet ve süreçler depresyona neden olmaktadır. Beck'e göre depresyon olumsuz düşüncelerin olumsuz duygulara yol açmaktadır ve kişiler çocukluk döneminde yaşanan olumsuz durumlar karşısında - olumsuz şemalar oluşturur ve bu şemalar ilerleyen yaşlarda yeni olumsuz şemalar doğmasına neden olmaktadır (Davison ve Neale, 2004). Günümüzde depresyon intihar ile ilişkili önemli bir bilişsel rahatsızlık olarak algılanmaktadır ve bilişsel kurama göre depresyon, kişinin olaylara yüklediği anlamlarla yakından ilişkilidir (Bozkurt, 2003).

Davranışçılık kuramına göre depresyon incelendiğinde, yaşamının temelinde pasif olan kişinin kendini kontrol edememesi ile daha önceden yaşadığı durumları kontrol etmeye çalışması ve başarılı olamaması ile oluşan bir öğrenilmiş çaresizlik görülmektedir (Demir, 2015).

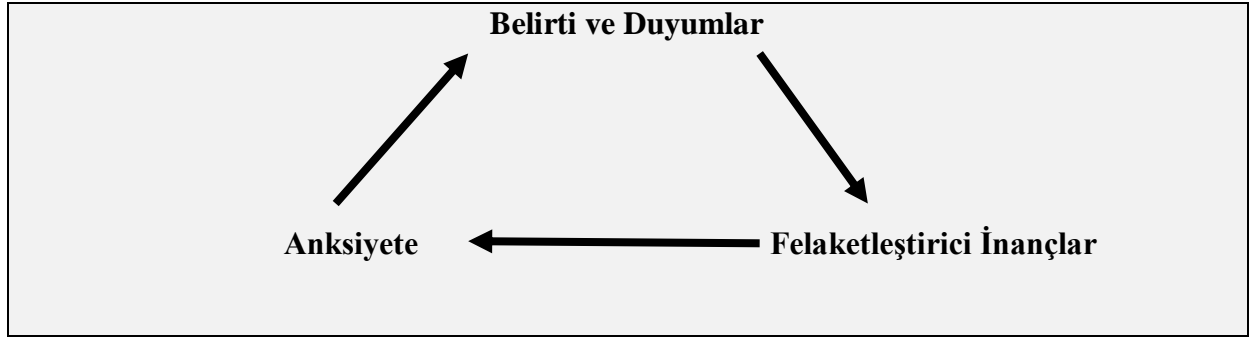
Son olarak, Frankl'ın (1969) kuramlaştırması doğrultusunda varoluşsal yaklaşımda, depresyon kişide görülen bir anlam krizi olarak tanımlanabilmektedir ve bununla birlikte varoluşsal bir hayal kırıklığı ve amaç eksikliğinin depresyon ile bağlantılı olduğu sonucu bulunmuştur. (akt; Başoğul ve ark, 2015).

Uyku bozukluklarının ön planda olduğu depresyonda hastalığın tekrarlama riskinin yüksek olması uyku bozukluğunun hastalıktan bağımsız olarak intihar girişimini artıran bir faktördür (Aydın ve ark, 2011). Uykunun sirkadyen ritminin depresyon durumunda sıklıkla bozulduğu görülmektedir. Ayrıca depresyon için önemli semptomlar olan, uykuya dalmada güçlük, erken uyanma, sık sık uyanma ve hipersomni depresyon durumunda görülen başlıca uyku bozukluklarıdır. Depresyon vakalarındaki uyku durumu incelendiğinde, uyku elektroensefalografisinde uykuya dalmanın geciktiği, hızlı göz hareketleri (REM) uykusunun latensinin kısaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusunun ortaya çıktığı görülmüştür (Lam ve Mok, 2008).

## **2.6.Anksiyete**

Anksiyete bir korku ve endişe duygusu olup, tanımlanması zor bir bozukluktur (Türkçapar, 2004). Beard (1896), anksiyete kavramını nevrasteni içinde ikinci dereceden bir belirti olarak açıklamış, bununla birlikte Freud (1894),“Anksiyete Nevrozu” adı altında nevrasteniden farklı bir hastalık tablosu tanımlamıştır. Böylelikle anksiyeteyi birinci dereceden bir sendrom olarak sunmuştur (Tükel, 2002). Anksiyete durumu vücutta titreme, taşikardi, göğüste sıkışma hissi, baş ağrısı gibi belli başlı duyumlar meydana getirebilir(Türkçapar, 2004). Anksiyete bozukluğunun etiolojisi incelendiğinde davranışları engelleyici mizaç biçimleri, duygu düzenlemede güçlükler, bilgi işleme ve dikkat problemlerinin anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Özyurt ve ark., 2017). Anksiyete, panik bozukluk, içerisinde agorofobi, sosyal fobi ve özgül fobileri içeren fobik bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olmak üzere üç ayrı başlıkta incelenmektedir.

Panik bozukluk (PB), aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan yoğun derece hissedilen iç sıkıntısı ve bununla birlikte gelen bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan bir panik durumu bozukluğudur. Aniden ortaya çıkan ataklar kişi için oldukça can sıkıcı olmakla birlikte, Grant ve arkadaşlarının 2006 da yaptığı çalışmayla da görülmüştür ki Panik bozukluk oldukça yaygın görülmektedir (Başaran ve Sütçü, 2016).



*Şekil 2. Bilişsel Kurama göre Panik Bozukluk*

Fobik bozukluklar içerisinde bulunan sosyal fobi, 1966’da Marks ve Gelder tarafından tanımlanmıştır fakat ilk olarak Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın 3. Baskısında (DSMIII) yer almıştır (Dilbaz, 1997). Sosyal fobinin başlıca özelliği, kişinin başkalarının değerlendirebilecek olduğu toplumsal durumlarda, yoğun derecede bir korku veya kaygı duyması durumu olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2016). Agorafobide toplu bulunan yerlerden, kalabalık ortama girmekten yani genel olarak güven veren bir çevre ya da insandan uzakta kalmaktan duyulan kaygı ve korku durumu görülmektedir. Kişi sıklıkla yanında birisinin olmasına ihtiyaç duymaktadır (Tükel, 2004). Örnek vermek gerekirse tek başına evin dışında olma, otobüse binme ve sırada bekleme gibi belirtilebilir. Özgül fobi ise, herhangi bir özgül nesne veya durum ile sınırlıdır (Tükel, 2004). Korkulan ya da kaygı duyulan nesne ile karşılaşıldığında bir panik durumu oluşur (Demirci ve ark, 2015). Korkulan nesnelere veya durumlara, fırtına, yükseklik, hayvanlar ya da hastalık ve ölüm gibi durumlar örnek gösterilebilir.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), aşırı derecede sıkıntı, endişe ve bununla birlikte gelen bedensel ve psikolojik bir çok belirti içermekte olan bir kaygı bozukluğu çeşitidir (Saatçioğlu, 2001). “Anksiyete nevrozları” teriminin 1980’de yayınlanan DSM-III’te artık kullanılmaması ile YAB ayrı bir tanı kategorisi olarak gösterilmiş ve son zamanlarda yürütülen çalışmalarda görülmüştür ki YAB oldukça yaygın ve sadece endişeli olma durumuyla ilgili olmayan her zaman hissedilen bir kaygı bozukluğudur. Bununla birlikte başta depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları olmak üzere bir çok psikolojik bozukluğun gelişiminde bir risk faktörü olarak görülmektedir (Ünsalver ve Balcıoğlu, 2006).

## 2.7.Stres

Stres kavramı, Fransızca “Estrece” ve Latince “Estrictio” kelimelerinden türetilmiş ve bu kavram tarih boyunca içerisinde birçok farklı anlamlar barındırmıştır

(Baltaş ve Baltaş, 1993). 1950’lerde Fransız Fizyolog Bernard stres’i, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlamıştır. Aynı yıllarda Selye stres’i , “organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki” olarak değerlendirmiştir (Akt. Eryılmaz, 2009). Fried (1980), stresi oluşum şekillerine göre üç çeşide ayırmıştır ve sırasıyla felaket stresi, akut stres ve günlük stres olarak adlandırılmaktadır. Kısaca tanımlamak gerekirse, felaket stresi, deprem, sel gibi felaketlerin neden olduğu, akut stres, anlık olaylar sonucunda oluşan streslerdir. Son olarak, günlük stres günlük yaşam içerisinde bireyi etkileyen ve sürekli olarak varlığını gösteren düzeyde bir strestir (Eryılmaz, 2009). Günlük yaşam içerisinde stres yaşamak oldukça yaygındır ve acelecilik, hızlı kentleşme ve kalabalıklar gibi potansiyel stres kaynakları bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Durna, 2004). Sözlük anlamı psikolojiye olduğu gibi aktarıldığında her bireyde aynı stres kaynağının aynı duygusal tepkilere yol açtığı anlamı çıkmaktadır. Oysaki belirli bir stres kaynağı her bireyde farklı duygulanımlara ve tepkilere yol açmaktadır. Buna göre kişilerin stres derecesini anlamak için stres kaynağını nasıl algıladıkları büyük önem taşımaktadır. (Yıldırım, 1991).

Gündelik yaşamda nerede, ne zaman ve hangi durumda ortaya çıkacağı kestirilemez bir olgu olan stres bu özelliği ile tehdidin boyutunu da genişletmektedir (Durna, 2004). Gündelik yaşamda karşımıza çıkan stres kaynaklarına örnek olarak çalışma hayatı, ekonomik durum, sorumluluklar ya da taşınma ve hızlı yaşam verilebilir. Toplumumuzda bu gibi nedenlerden ötürü çalışma hayatı oldukça yoğun geçmekte ve hatta kişiler maddi sıkıntılardan ötürü ikinci bir işte, evli çiftlerden her ikisi birlikte çalışmak zorunda kalmaktadır (Durna, 2004). Bunun dışında herhangi bir stresör olmadan, insanlar sadece buldukları yerden ya da yaşantılarından hoşnut olmadığında bir stres kaynağı ortaya çıkabilmektedir. Bu durum insanların hayatlarının çoğu anını içinde buldukları ortamdan veya durumdan başka bir yerde olduklarını hayal etmelerine neden olmaktadır (Bland, 1999). Coleman(1972)’a göre strese karşı verilen bazı tepkiler vardır. Bunlar, çabaya yönelik tepkiler ve savunmaya yönelik tepkiler olmak üzere ikiye ayrılır. Çabaya yönelik tepkilerde stresle başa çıkma söz konusudur, savunmaya yönelik olanlar ise psikolojik dağılmaya karşı geliştirilen tepkilerdir (Yıldırım, 1991). Strese verilen tepkiler aynı zamanda genel uyum belirtisi olarak da adlandırılmaktadır ve genel uyum belirtisinin üç farklı aşaması vardır. İlk basamak alarm dönemi, ikinci basamak direnç dönemi ve son basamak tükenme dönemi olarak adlandırılır (Baltaş ve Baltaş, 1988). Stres kişileri iyi

olmaya motive den ya da tam tersine rahatsız eden bir olgu olmakla beraber stres derecesinin çok ya da az olması performans düzeylerini etkiler (Warrick, 1981). Motive edici derecedeki stres ilgi ve dikkati artırabilir özellikteyken, aşırı olan stres durumu dikkatsizliğe ve motivasyonu düşürmeye yola açabilmektedir (DeFrank, Ivancevich, 1988). Bu nedenle stres düzeyleri belirlenerek stres düzeyinin mümkün olduğunca belirli bir düzende tutulmasını sağlamak gerekir. Bunu da stres yönetimi ile sağlamak mümkündür ve stres yönetimi ile ilgili dört farklı yaklaşım bulunmaktadır (Durna, 2004). Sonuç olarak stres bireyin hayatını ne derece etkiliyorsa ona göre bir çözüm oluşturmak ve kaçmak yerine başa çıkmak daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için önemlidir. Başa çıkma yöntemleri için fizyolojik olarak Edmund Jacobson tarafından geliştirilen aşamalı kas gevşetme yöntemi, biyolojik geri besleme tekniği, gevşeme tekniği, otojenik gevşeme teknikleri ya da gevşeme hayali yöntemlerinden herhangi biri kullanılabilir. Davranışsal yaklaşıma göre zaman yönetimi, çatışma, çözümleme ve tartışma yeteneğini geliştirme, stresle başa çıkmakta oldukça önemli yöntemlerdir. Bunun dışında psikolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır ve kişiyi strese sokan durumu algılama ve yorumlama biçimleri pozitif ve negatif yönden ele alınarak düşünme şekline göre stres durumu ele alınır ve önlenir (Durna, U., 2004). Kullanılan çeşitli teknikler, kişinin durumu farklı açıdan değerlendirmesini ve olayları algılamada ve bilişsel süreçlerde değişiklikler yaparak stres tepkileri azaltılmaktadır (Matteson ve Ivancevich, 1987).

## **2.8.Psikiyatrik Bozukluklar ve Uyku**

Uyku ile ilgili belirtiler psikiyatrik hastalıklarda oldukça sık görülür. Uyku bozuklukları arasında uykusuzluk sorunu ile gelen hastanın bir hekime danışmasındaki en büyük etken, uyku sorunu ile birlikte görülen duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi yakınmalarıdır (Demir, 2002). Sayısal bir değer vermek gerekirse, uyku ile ilişkili semptomlar major depresyon olgularının yaklaşık %90'ında bulunmaktadır (Tsuno, Besset ve Ritchie, 2005). Uykusuzluk ve parasomni grubu uyku bozuklukları ile anksiyete bozukluğunun görülmesi oldukça sık karşılanmaktadır. Bunun yanında yaygın anksiyete bozukluğu neredeyse tüm uyku bozuklukları olgularında görülmekte ve panik bozukluğu olgularının %70'lik kısmı uyku bozukluğundan yakınmaktadır (Aydın, 2016). Uyku bozuklukları olgularında genellikle depresyon ilişkisi çalışılmış ve uyku döngüsünde görülen değişimlerin, depresyon için biyolojik bir zemin hazırladığı sonucuna varılmıştır (Özgen, 2016).



Yapılan alışmalar uyku bozukluklarının gün içinde kişinin, konsantrasyon durumunu, ruh halini ve yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir. Bu ilişki, uyku bozuklukları değerlendirilirken sadece polisomnografik olarak değil aynı zamanda psikolojik olarak da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Boysan, Güleç, Beşiroğlu ve Kalafat, 2010). Depresif bozukluklarda görülen uyku ile ilişkili klinik belirtiler, insomni, hipersomni, erken uyanma ve tekrar uyuyamama, sıkıntılı rüyalar ve uyku kalitesindeki düşüklük olarak sıralanabilir (Tunçel ve Vahip, 2016). Genel olarak depresif bozukluklarda uyku ilişkisi incelendiğinde, Majör depresif bozukluk (MDB) olgularında çoğunlukla insomni, hipersomni ile ilgili yakınmalar görülmektedir. Aynı Şekilde erken uyanma ve sonrada uykuya dalamama da depresyon ile birlikte sık görülen uyku bozukluklarıdır (Buysse ve ark., 2006). Genç erişkinlerde, distimi ve mevsimsel depresyon olgularında hipersomni insomni olgularına göre daha sık görülmektedir. Bu durum duygudurum bozukluklarında görülen kötüye gidiş ile değerlendirilebilir (Kaplan ve ark., 2015).

Anksiyete bozuklukları ile uyku ilişkisi incelendiğinde, bir anksiyete yakınması bozukluk düzeyinde olsun ya da olmasın anksiyete durumunun uyarılmışlık hali ile genel anlamda gevşeme durumu gerektiren uyku arasında birbiriyile bağdaşmayan durumlar söz konusudur (Alkın, 2016). Yapılan çalışmalarda stres düzeylerinin yüksek oluşu ve uyarılmışlık düzeyinin uyku-uyanıklık döngüsü ile ilişkili olduğu görülmektedir (Gronfier ve ark., 1999; Van Reeth ve ark., 2000). Anksiyete ve yüksek uyarılmışlık düzeyleri uyku latansının uzamasında, REM kısalmasında ve delta uykusunda azalmaya yol açmakta, daha yüksek kalp atış hızı ile ilişkili olarak uyku evrelerinde parçalanmalara neden olmaktadır (Sysoeva ve Verbitsky, 2013; Coles, Schubert ve Nota, 2015). Panik bozukluğu gibi durumlarda, uyku sırasında karabasan, kabus gibi durumlarla birlikte panik sebebiyle uyanmalar gözlenmektedir (Aydın, 2016). Aynı zamanda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olgularında uyku bozuklukları %63- %97 oranında görülmekte ve olguların yarısında parasomni vakaları görülmektedir (Aydın, 2016). Psikofizyolojik olarak görülen insomni vakalarının genellikle stresli bir yaşam sonucunda başlayıp giderek artan bir durum gözlenmektedir (Demir, 2002).

## BÖLÜM III

### 3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evremi, veri toplama araçları, verilerin toplanmasında kullanılan ölçekler ve bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları, verilerin toplanma şekli ve bu verilerle yapılacak analiz tekniklerinden bahsedilecektir.

#### 3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, uyku bozukluklarının uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerindeki etkisini incelenmek üzere ilişkisel tarama modeline uygun olarak hazırlanmıştır.

#### 3.2.Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubu İstanbul ve Ankara illerinde bulunan uyku bozukluğu tanısı alarak bir uyku kliniğine başvurmuş 102 yetişkinlik dönemi içinde bulunan bireylerden oluşmaktadır. Araştırma sırasında uygulayıcı tarafından dağıtılan veriler, katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlı olduğundan, verilen 200'e yakın formdan bazıları eksik doldurulmuş ya da yarıda bırakılmıştır. Bu sebepten dolayı araştırmadaki analiz 102 adet veri kullanılarak yapılmıştır.

Örnekleme oluşturan bireylerin yaşları 27 ila 65 arasında değişmektedir. 27-39 yaş aralığına bakıldığında %21,6 (n=22), 40-52 yaş aralığına bakıldığında %47,1 (n=48) ve 53-65 yaş aralığına bakıldığında %31,4 (n=32) şeklinde dağılım göstermektedir. Araştırmaya dâhil olan katılımcıların %52,9'u (n=54) erkek, %47,1'i (n=48) kadındır. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde, %2,9'unun (n=3) ilişkisinin olduğu, %8,8'inin (n=9) ilişkisinin olmadığı, %76,5'inin evli olduğu ve %11,8'inin boşanmış olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, ilkokul mezunu %14,7 (n=15), ortaokul mezunu %8,8 (n=9), lise mezunu %31,4 (n=32), üniversite mezunu %39,2 (n=40), yüksek lisans mezunu %4,9 (n=5) ve doktora mezunu %1,0 (n=1) şeklinde dağılım göstermektedir. Katılımcıların mesleklerine bakıldığında, %22,5 (n=23) emekli, %16,7 (n=17) ev hanımı, %8,8 (n=9) öğretmen, %5,9 (n=6) memur ve %46,1 (n=47) diğer meslek gruplarından olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında ise, 0-1750 TL

%22,5 (n=23), 1751-3000 TL %41,2 (n=42) ve 3000 TL ve üzeri %36,3 (n=37) şeklinde bulunmuştur. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Çalışma Grubuna Ait Demografik Bulguların Dağılımı

DEĞİŞKEN		N	%
Yaş	27-39 Yaş	22	21,6
	40-52 Yaş	48	47,1
	53-65 Yaş	32	31,4
Cinsiyet	Erkek	54	52,9
	Kadın	48	47,1
Medeni Durum	İlişkisi Var	3	2,9
	İlişkisi Yok	9	8,8
	Evli	78	76,5
	Boşanmış	12	11,8
Eğitim Seviyesi	İlkokul	15	14,7
	Ortaokul	9	8,8
	Lise	32	31,4
	Üniversite	40	39,2
	Yüksek lisans	5	4,9
	Doktora	1	1,0
Meslek	Emekli	23	22,5
	Ev Hanımı	17	16,7
	Öğretmen	9	8,8
	Memur	6	5,9
	Diğer	47	46,1
Gelir Düzeyi	0-1750 TL	23	22,5
	1751-3000 TL	42	41,2
	3000+ TL	37	36,3

Katılımcıların alkol kullanım düzeyleri incelendiğinde, %74,5’inde (n=76) kullanım olmadığı, %25,5’inde (n=26) kullanım olduğu bulunmuştur. Alkol kullanan bireylerin alkol kullanmaya başlama yaşları 15-18 arası %14,7 (n=15), 19-22 yaş arası %7,8 (n=8), 23-28 yaş arası %2,9 (n=3) olarak dağılım göstermiştir. Alkol kullanım süreleri, 9-20 yıl arası %10,8 (n=11), 21-32 yıl arası %5,9 (n=6) ve 33-40 yıl arası %8,8 (n=9) şeklinde dağılım göstermiştir. Katılımcıların hiç birinde madde kullanımı bulunmamıştır. Sigara kullanan katılımcıların %54,9’u (n=56) sigara kullanmazken, %45,1’i (n=46) sigara kullanmaktadır. Sigara kullanmaya başlama yaşlarına bakıldığında %22,5’i (n=23) 13-18 yaş arasındaki katılımcılardan, %16,7’si (n=17)

19-25 yaş arasındaki katılımcılardan ve %5,9'u (n=6) 26-33 yaş arasındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %10,8'i (n=11) 6-17 yıl arasında sigara kullanırken, %10,8'inin de (n=1) 18-30 yıl arasında sigara kullandığı görülmektedir. Katılımcıların %23,5'inin (n=24) 31-42 yıl arasında sigara kullandığı görülmüştür. Katılımcılara ait bu bilgiler Tablo 2'de görülmüştür.

**Tablo 2.** Çalışma Grubuna Ait Nikotin/Alkol/Madde Kullanımı Demografik Bulguların Dağılımı

DEĞİŞKEN		N	%
Alkol Kullanımı	Hayır	76	74,5
	Evet	26	25,5
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	15-18 Yaş	15	14,7
	19-22 Yaş	8	7,8
	23-28 Yaş	3	2,9
Alkol Kullanım Yılı	9-20	11	10,8
	21-32	6	5,9
	33-40	9	8,8
Madde Kullanımı	Hayır	102	100
	Evet	-	-
Sigara Kullanımı	Hayır	56	54,9
	Evet	46	45,1
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	13-18 Yaş	23	22,5
	19-25 Yaş	17	16,7
	26-33 Yaş	6	5,9
Sigara Kullanım Yılı	6-17	11	10,8
	18-30	11	10,8
	31-42	24	23,5

Araştırmaya katılan bireylerin kronik rahatsızlıklarına bakıldığında %48'inde (n=49) kronik bir rahatsızlık ve düzenli ilaç kullanımı bulgusu bulunmamaktadır. Katılımcıların %52'sinde (n=53) kronik bir rahatsızlık bulunmuş ve bununla birlikte aynı oranda katılımcının düzenli ilaç kullanımı bulunmaktadır. Çalışma grubuna ait sağlık problemleri demografik bulguların dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Çalışma Grubuna Ait Sağlık Problemleri Demografik Bulguların Dağılımı

DEĞİŞKEN		N	%
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Hayır	49	48,0
	Evet	53	52,0

DEĞİŞKEN		N	%
Düzenli Olarak Kullandığımız İlaç var mı?	Hayır	49	48,0
	Evet	53	52,0

Çalışmaya katılan katılımcıların %7,8'ini (n=8) insomni, %43,1'ini (n=44) uyku apnesi, %7,8'ini (n=8) huzursuz bacak sendromu, %5,9'unu (n=6) horlama, %7,8'ini (n=8) bruksizm, %9,8'ini (n=10) rem uykusu davranış bozukluğu ve %17,6'sını (n=18) diğer (Gündüz aşırı uykululuğu, kâbus bozukluğu, sirkadiyen ritim bozukluğu, uyku enüresisi, uykuda yeme bozukluğu, uykuda yürüme, uyurgezer) uyku bozuklukları tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Örneklem grubuna ait uyku bozuklukları demografik bulguları Tablo 4.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Çalışma Grubuna Ait Uyku Bozuklukları Demografik Bulguların Dağılımı

DEĞİŞKEN		N	%
Tanı Aldığımız Uyku Bozukluğunuz	İnsomni	8	7,8
	Uyku Apnesi	44	43,1
	Huzursuz Bacak Sendromu	8	7,8
	Horlama	6	5,9
	Bruksizm	8	7,8
	Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	10	9,8
	Diğer (Gündüz aşırı uykululuğu, kabus bozukluğu, sirkadiyen ritim bozukluğu, uyku enüresisi, uykuda yeme bozukluğu, uyurgezer)	18	17,6

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır;

- Kişisel Bilgi Formu (KBF)
- Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)
- Lovibond Depresyon, Anksiyete ve Stres Skalası (DASS)

### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu, katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, mesleği, aylık ortalama gelir düzeyi, madde/alkol kullanım durumu ve süresi, kronik rahatsızlığı, ilaç kullanımı ve tanı alınan uyku bozukluğu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

### **3.3.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)**

Buysse ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1996). PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Ölçek subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt ölçekten oluşur. Alt ölçeklerinin toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam PUKİ puanı elde edilir. Toplam PUKİ puanının beşten büyük olması %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmekte ve yukarıda belirtilen en az iki alanda ciddi ya da üç alanda orta derecede bozulma olduğunu göstermektedir.

### **3.3.3. Lovibond Depresyon, Anksiyete ve Stres Skalası (DASS)**

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası (DASS) toplamda 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 14 madde Depresyon (örneğin, Yaptığım işlerden zevk almadığımı fark ettim), 14'ü Anksiyete (örneğin, Baygınlık hissine kapıldım) ve 14'ü Stres (örneğin, Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim) boyutlarına aittir. Ölçekte, 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4'lü Likert tipi bir derecelendirme bulunmaktadır. Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden elde edilen puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir. Ölçekte maddeler yanıtladığı gibi puanlanmaktadır ve herhangi bir ters maddesi bulunmamaktadır. Elde edilen toplam puanlar her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Akın ve Çetin (2007) tarafından DASS Türkçe Standardizasyonu gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi depresyon, anksiyete ve stres olarak üç farklı boyuta sahip

olduğu görülmüştür. DASÖ için yapılan madde analizi sonucunda düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının .51 ile .75 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin güvenilirliğini saptamak için 21 gün arayla test-tekrar test çalışmaları yapılmış olup, güvenilirlik çalışmaları arasındaki korelasyona göre testin güvenilir olduğu görülmüştür (Akın ve Çetin, 2007).

### 3.4.İşlem

Çalışma 2017-2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, örneklemini ilk yetişkinlik ve yaşlılık döneminde olan uyku kliniğine başvurmuş ve herhangi bir uyku bozukluğu tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Veriler, araştırma sırasında katılımcılara uygulayıcı tarafından dağıtılacak ölçekler ile toplanacaktır. Katılımcılara çalışmadan önce bilgilendirme yapılmış olup bilgilendirilmiş onam formu dağıtılmıştır. Verilen ölçekleri, kişilerin tek ve özgürce cevap verebilecekleri şekilde kağıt ve kalem dağıtılarak doldurmaları istenmiştir. Herhangi bir uyku bozukluğu tanısı almış her bir bireye, kişisel bilgi formu da dâhil olmak üzere 3 anket formu dağıtılmış olup, anketlerin eksiksiz olarak doldurulması istenmiştir. Anketlerde demografik bilgiler, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve uyku kalitesi ile ilgili sorular bulunmaktadır. Pratik örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Elde edilen verilerin analizi için SPSS paket programı (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının tespit edilmesi için “Normallik Testi” gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. “Non-Parametrik” testlerde kullanılan “Mann-Withney U” ve “Kruskal-Wallis-H” testi kullanılmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin Sosyo-Demografik özellikleri “Frekans” tablosu yapılarak özetlenmiştir. Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek içinse korelasyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven Aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BÖLÜM IV

### 4. BULGULAR ve YORUMLAR

Bu bölümde yapılan çalışmanın problemine ve probleme bağlı alt problemlerle ilişkili olarak toplanan verilerin, yapılan istatistiksel analiz sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Uyku kliniğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış ilk yetişkinlik ve yaşlılık döneminde olan yetişkin bireylerin uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı analizler yapılmış ve yorumlanmıştır.

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Yaş**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=6,290$ ;  $p=,043$ ;  $p<,05$ ]. Buna göre yaşları 27-39 arasında olan bireylerin depresyon düzeylerinin, 40-52 ve 53-65 yaş arasındaki bireylere göre anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Cinsiyet**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Cinsiyete göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=1154,5$ ;  $p=,341$ ;  $p>,05$ ).

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(3)=1,209$ ;  $p=,751$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Eğitim Seviyesi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim seviyesine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(5)=9,644$ ;  $p=,086$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Meslek**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Mesleğe göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(4)=1,819$ ;  $p=,769$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun depresyon düzeyleri “**Gelir Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Gelir düzeyine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-



Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=1,692$ ;  $p=,429$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun tanıtıcı özellikleri ile depresyon bulguları arasındaki ilişki Tablo 5.'de gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U /$	p
Yaş	27-39 Yaş <sup>a</sup>	22	9,50	6,59	6,290	,043
	40-52 Yaş <sup>b</sup>	48	6,31	5,77		
	53-65 Yaş <sup>c</sup>	32	5,78	3,86		
Cinsiyet	Erkek	54	6,35	5,32	1154,5	,341
	Kadın	48	7,38	5,86		
Medeni Durum	İlişkisi Var	3	6,00	4,58	1,209	,751
	İlişkisi Yok	9	8,56	7,73		
	Evli	78	6,46	5,18		
	Boşanmış	12	8,17	6,69		
Eğitim Seviyesi	İlkokul	15	4,53	4,93	9,644	,086
	Ortaokul	9	4,56	3,88		
	Lise	32	7,91	5,73		
	Üniversite	40	6,60	4,92		
	Yüksek lisans	5	10,80	9,63		
	Doktora	1	17,00	.		
Meslek	Emekli	23	5,62	3,27	1,819	,769
	Ev Hanımı	17	6,29	4,91		
	Öğretmen	9	7,22	4,35		
	Memur	6	4,67	3,14		
	Diğer	47	7,83	6,92		
Gelir Düzeyi	0-1750 TL	23	6,22	6,82	1,692	,429
	1751-3000 TL	42	6,93	5,19		
	3000+ TL	37	7,11	5,27		

a,b,c; Farkın anlamlı olduğu gruplar

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Alkol Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=934; p=,678; p>,05).

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Alkol Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=,405$ ; p=,817; p>,05].

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Alkol Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=2,461$ ; p=,292; p>,05].

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Sigara Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1221; p=,651; p>,05).

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Sigara Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=2,764$ ; p=,251; p>,05].

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Sigara Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=8,502$ ; p=,014; p<,05]. Buna göre 18-30 yıldır sigara kullananların depresyon düzeylerinin 31-42 yıldır sigara kullananlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Kronik Rahatsızlığın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Kronik rahatsızlığın olup olmamasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1065,5; p=,118; p>,05).

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Düzenli Olarak Kullanılan İlacın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Düzenli olarak kullanılan ilacın olup olmamasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt

Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1065,5; p=,118; p>,05).

Örneklem grubunun depresyon düzeyleri “**Tanı Alınan Uyku Bozukluğu**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Tanı alınan uyku bozukluğuna göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(6)=4,732$ ; p=,579; p>,05]. Örneklem grubunun Depresyon Anksiyete ve Stres Skalası depresyon alt boyutu ile kişisel bilgileri arasındaki ilişki Tablo 6.’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Depresyon Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U$	P
Alkol Kullanımı	Hayır	76	6,63	5,23	934	,678
	Evet	26	7,42	6,56		
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	15-18 Yaş	15	7,60	7,84	,405	,817
	19-22 Yaş	8	6,50	2,73		
	23-28 Yaş	3	9,00	8,54		
Alkol Kullanım Yılı	9-20	11	7,82	7,63	2,461	,292
	21-32	6	10,67	7,63		
	33-40	9	4,78	3,03		
Sigara Kullanımı	Hayır	56	7,00	5,62	1221	,651
	Evet	46	6,63	5,58		
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	13-18 Yaş	23	7,57	5,91	2,764	,251
	19-25 Yaş	17	4,41	3,10		
	26-33 Yaş	6	9,33	8,14		
Sigara Kullanım Yılı	6-17	11	6,55	5,73	8,502	,014
	18-30 <sup>a</sup>	11	11,09	6,24		
	31-42 <sup>b</sup>	24	4,63	3,99		
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Hayır	49	6,37	6,19	1065,5	,118
	Evet	53	7,26	4,96		
Düzenli Olarak Kullandığınız İlaç var mı?	Hayır	49	6,37	6,19	1065,5	,118
	Evet	53	7,26	4,96		

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U$	P
Tanı Aldığınız Uyku Bozukluğunuz	İnsomni	8	10,00	5,66	4,732	,579
	Uyku Apnesi	44	6,34	5,63		
	Huzursuz Bacak Sendromu	8	7,75	5,73		
	Horlama	6	6,00	3,10		
	Bruksizm	8	6,25	5,87		
	Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	10	6,20	5,20		
	Diğer	18	7,11	6,32		

a,b,c; Farkın anlamlı olduğu gruplar

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=,763$ ;  $p=,683$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Cinsiyet” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Cinsiyete göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=1104$ ;  $p=,197$ ;  $p>,05$ ).

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Medeni Durum” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(3)=3,317$ ;  $p=,345$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Eğitim Seviyesi” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim seviyesine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(5)=2,510$ ;  $p=,775$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Meslek” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Mesleğe göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(4)=,813$ ;  $p=,937$ ;  $p>,05$ ].

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri “Gelir Düzeyi” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Gelir düzeyine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=1,658$ ;  $p=,437$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Alkol Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=918,5; p=,593; p>,05).

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Alkol Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=1,260$ ; p=,533; p>,05].

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Alkol Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=,712$ ; p=,701; p>,05].

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Sigara Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1229; p=,691; p>,05).

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Sigara Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=9,044$ ; p=,011; p<,05]. Buna göre 26-33 yaşları arasında sigaraya başlayan bireylerin anksiyete düzeylerinin, 19-25 yaşları arasında sigaraya başlayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Sigara Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=5,192$ ; p=,075; p>,05].

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Kronik Rahatsızlığın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Kronik rahatsızlığın olup olmasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1059; p=,108; p>,05).

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Düzenli Olarak Kullanılan İlacın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Düzenli olarak kullanılan ilacın olup olmasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1059; p=,108; p>,05).

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri “**Tanı Alınan Uyku Bozukluğu**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Tanı alınan uyku bozukluğuna göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(6)=8,09$ ;  $p=,236$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun anksiyete düzeyleri Tablo 7.’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Anksiyete Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U /$	P
Yaş	27-39 Yaş	22	12,77	7,42	,763	,683
	40-52 Yaş	48	13,50	6,14		
	53-65 Yaş	32	12,16	5,42		
Cinsiyet	Erkek	54	12,06	5,56	1104	,197
	Kadın	48	13,90	6,75		
Medeni Durum	İlişkisi Var	3	7,67	2,52	3,317	,345
	İlişkisi Yok	9	14,22	7,64		
	Evli	78	12,77	5,93		
	Boşanmış	12	14,25	7,16		
Eğitim Seviyesi	İlkokul	15	11,47	4,73	2,510	,775
	Ortaokul	9	11,89	6,29		
	Lise	32	13,50	7,11		
	Üniversite	40	12,83	6,20		
	Yüksek lisans	5	15,80	4,32		
	Doktora	1	15,00	.		
Meslek	Emekli	23	12,61	5,73	,813	,937
	Ev Hanımı	17	11,59	5,21		
	Öğretmen	9	13,11	8,02		
	Memur	6	14,17	9,72		
	Diğer	47	13,36	6,03		
Gelir Düzeyi	0-1750 TL	23	11,70	5,97	1,658	,437
	1751-3000 TL	42	13,48	6,30		

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U /$	P
	3000+ TL	37	13,05	6,27		
Alkol Kullanımı	Hayır	76	13,12	6,15	918,5	,593
	Evet	26	12,35	6,40		
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	15-18 Yaş	15	11,47	6,58	1,260	,533
	19-22 Yaş	8	14,50	6,97		
	23-28 Yaş	3	11,00	3,46		
Alkol Kullanım Yılı	9-20	11	13,18	7,78	,712	,701
	21-32	6	13,17	5,95		
	33-40	9	10,78	5,09		
Sigara Kullanımı	Hayır	56	13,29	6,33	1229	,691
	Evet	46	12,48	6,05		
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	13-18 Yaş	23	13,09	6,54	9,044	,011
	19-25 Yaş <sup>a</sup>	17	9,82	4,36		
	26-33 Yaş <sup>b</sup>	6	17,67	4,76		
Sigara Kullanım Yılı	6-17	11	11,64	5,75	5,192	,075
	18-30	11	15,82	4,83		
	31-42	24	11,33	6,34		
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Hayır	49	11,94	6,04	1059	,108
	Evet	53	13,83	6,25		
Düzenli Olarak Kullandığınız İlaç var mı?	Hayır	49	11,94	6,04	1059	,108
	Evet	53	13,83	6,25		
Tanı Aldığınız Uyku Bozukluğunuz	İnsomni	8	11,50	6,78	8,029	,236
	Uyku Apnesi	44	14,45	5,99		
	Huzursuz Bacak Sendromu	8	14,38	6,78		
	Horlama	6	10,50	5,79		
	Bruksizm	8	9,00	7,52		
	Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	10	11,50	4,90		
	Diğer	18	12,50	5,86		

a,b; Farkın anlamlı olduğu gruplar

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Yaş**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=2,598$ ;  $p=,237$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Cinsiyet**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Cinsiyete göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=1170,5$ ;  $p=,399$ ;  $p>,05$ ).

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(3)=1,169$ ;  $p=,760$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Eğitim Seviyesi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim seviyesine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(5)=14,348$ ;  $p=,014$ ;  $p<,05$ ]. Buna göre ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanların stres düzeylerinin ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Meslek**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Mesleğe göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(4)=8,879$ ;  $p=,064$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Gelir Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Gelir düzeyine göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=5,243$ ;  $p=,073$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Alkol Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=986,5$ ;  $p=,991$ ;  $p>,05$ ).

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Alkol Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=1,540$ ;  $p=,463$ ;  $p>,05$ ].



Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Alkol Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=1,830$ ;  $p=,401$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Sigara Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=1069,5$ ;  $p=,141$ ;  $p>,05$ ).

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Sigara Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=,989$ ;  $p=,610$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Sigara Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanım yılına göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=5,192$ ;  $p=,075$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Kronik Rahatsızlığın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Kronik rahatsızlığın olup olmasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $U=1174,5$ ;  $p=,405$ ;  $p>,05$ ).

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Düzenli Olarak Kullanılan İlacın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Düzenli olarak kullanılan ilacın olup olmasına göre Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir edilmiştir ( $U=1174,5$ ;  $p=,405$ ;  $p>,05$ ).

Örneklem grubunun stres düzeyleri “**Tanı Alınan Uyku Bozukluğu**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Tanı alınan uyku bozukluğuna göre bireylerin Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(6)=7,695$ ;  $p=,261$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun stres düzeyleri Tablo 8.’de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt Boyutundan Alınan Puanların Karşılaştırılması

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$x^2 / U$	P
Yaş	27-39 Yaş	22	17,05	5,55	2,598	,237
	40-52 Yaş	48	20,15	8,10		
	53-65 Yaş	32	18,78	6,81		
Cinsiyet	Erkek	54	19,44	7,16	1170,5	,399
	Kadın	48	18,60	7,41		
Medeni Durum	İlişkisi Var	3	21,33	8,02	1,169	,760
	İlişkisi Yok	9	17,11	6,01		
	Evli	78	18,99	7,46		
	Boşanmış	12	20,33	7,01		
Eğitim Seviyesi	İlkokul <sup>a</sup>	15	13,60	6,53	14,348	,014
	Ortaokul	9	17,11	5,86		
	Lise <sup>b</sup>	32	21,47	7,16		
	Üniversite <sup>c</sup>	40	18,95	7,03		
	Yüksek lisans <sup>d</sup>	5	22,40	5,55		
	Doktora	1	28,00	.		
Meslek	Emekli	23	20,22	7,79	8,879	,064
	Ev Hanımı	17	14,65	5,80		
	Öğretmen	9	18,00	7,81		
	Memur	6	21,00	8,53		
	Diğer	47	20,02	6,84		
Gelir Düzeyi	0-1750 TL	23	19,22	7,51	5,243	,073
	1751-3000 TL	42	17,12	6,56		
	3000+ TL	37	21,14	7,44		
Alkol Kullanımı	Hayır	76	19,17	7,33	986,5	,991
	Evet	26	18,69	7,15		
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	15-18 Yaş	15	17,27	7,50	1,540	,463

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U$	P
	19-22 Yaş	8	20,63	6,93		
	23-28 Yaş	3	20,67	6,43		
Alkol Kullanım Yılı	9-20	11	17,00	6,00	1,830	,401
	21-32	6	20,33	6,44		
	33-40	9	19,67	9,04		
Sigara Kullanımı	Hayır	56	17,96	6,74	1069,5	,141
	Evet	46	20,37	7,71		
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	13-18 Yaş	23	20,78	7,63	,989	,610
	19-25 Yaş	17	19,06	7,92		
	26-33 Yaş	6	22,50	8,12		
Sigara Kullanım Yılı	6-17	11	19,09	7,54	,521	,771
	18-30	11	21,18	7,08		
	31-42	24	20,58	8,28		
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Hayır	49	18,49	7,00	1174,5	,405
	Evet	53	19,57	7,51		
Düzenli Olarak Kullandığınız İlaç var mı?	Hayır	49	18,49	7,00	1174,5	,405
	Evet	53	19,57	7,51		
Tanı Aldığınız Uyku Bozukluğunuz	İnsomni	8	22,00	8,88	7,695	,261
	Uyku Apnesi	44	19,75	7,16		
	Huzursuz Bacak Sendromu	8	22,50	5,68		
	Horlama	6	17,00	9,25		
	Bruksizm	8	15,88	7,22		
	Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	10	18,20	7,13		
	Diğer	18	17,06	6,48		

a,b,c,d; Farkın anlamlı olduğu gruplar

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “Yaş” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Yaşa göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=2,485$ ;  $p=,289$ ;  $p>,05$ ].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Cinsiyet**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Cinsiyete göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1275; p=,887; p>,05).

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Medeni Durum**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Medeni duruma göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(3)=7,378$ ; p=,061; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Eğitim Seviyesi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Eğitim seviyesine göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(5)=4,098$ ; p=,535; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Meslek**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Mesleğe göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(4)=12,103$ ; p=,017; p>,05]. Buna göre öğretmen, memur ve diğer meslek grubundakilerin uyku kalite indeksinden aldıkları puanların emekli olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca memurların da uyku kalite indeksinden aldıkları puanların ev hanımlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Gelir Düzeyi**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Gelir düzeyine göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=4,591$ ; p=,101; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Alkol Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=893; p=,462; p>,05).

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Alkol Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=,263$ ; p=,877; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Alkol Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Alkol kullanım yılına göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=7,909$ ; p=,019; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Sigara Kullanımı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir (U=1230; p=,694; p>,05).

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Sigara Kullanımına Başlama Yaşı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanımına başlama yaşına göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık göstermediği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=5,872$ ; p=,053; p>,05].

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Sigara Kullanım Yılı**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Sigara kullanım yılına göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(2)=10,892$ ; p=,004; p<,05]. Buna göre 6-17 ve 18-30 yılları arasında sigara kullananların uyku kalite indeksinden aldıkları puanların 31-42 yıldır sigara kullananlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Kronik Rahatsızlığın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Kronik rahatsızlığın olup olmamasına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (U=1174,5; p=,405; p<,05). Buna göre kronik rahatsızlığı olanların uyku kalite indeksinden aldıkları puanların kronik rahatsızlığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Düzenli Olarak Kullanılan İlacın Varlığı**” değişkenine bağlı olarak “Mann Whitney U” ile incelenmiştir. Düzenli olarak kullanılan ilacın olup olmamasına göre Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir edilmiştir (U=903; p=,008; p<,05). Buna göre düzenli olarak ilaç kullananların uyku kalite indeksinden aldıkları puanların düzenli olarak ilaç kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri “**Tanı Alınan Uyku Bozukluğu**” değişkenine bağlı olarak “Kruskal Wallis Testi” ile incelenmiştir. Tanı alınan uyku bozukluğuna göre bireylerin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nden aldıkları puanların farklılık gösterdiği tespit edilmiştir [ $\chi^2(6)=27,547$ ; p=,000; p<,05]. Buna göre insomni tanısı alanların uyku kalite indeksinden aldıkları puanların diğer tanıya sahip olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca diğer seçeneğini işaretleyenlerin aldıkları puanların horlama ve rem uykusu davranış bozukluğu tanısı alanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Örneklem grubunun uyku kalitesi düzeyleri ile demografik bilgiler değişkenleri arasındaki ilişki bulguları Tablo 9.'da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Örneklem Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U /$	P
Yaş	27-39 Yaş	22	11,45	3,07	2,485	,289
	40-52 Yaş	48	10,46	2,72		
	53-65 Yaş	32	9,81	2,36		
Cinsiyet	Erkek	54	10,52	2,99	1275	,887
	Kadın	48	10,42	2,44		
Medeni Durum	İlişkisi Var	3	8,67	0,58	7,378	,061
	İlişkisi Yok	9	12,78	3,11		
	Evli	78	10,18	2,60		
	Boşanmış	12	11,08	2,81		
Eğitim Seviyesi	İlkokul	15	9,20	2,62	4,098	,535
	Ortaokul	9	9,89	2,15		
	Lise	32	10,41	2,35		
	Üniversite	40	11,15	3,10		
	Yüksek lisans	5	10,40	2,61		
	Doktora	1	10,00	.		
Meslek	Emekli <sup>a</sup>	23	9,17	2,17	12,103	,017
	Ev Hanımı <sup>b</sup>	17	9,65	2,18		
	Öğretmen <sup>c</sup>	9	11,33	2,24		
	Memur <sup>d</sup>	6	12,67	2,58		
	Diğer <sup>e</sup>	47	10,96	2,96		
Gelir Düzeyi	0-1750 TL	23	9,39	2,17	4,591	,101
	1751-3000 TL	42	10,45	2,40		
	3000+ TL	37	11,16	3,20		
Alkol Kullanımı	Hayır	76	10,51	2,51	893	,462
	Evet	26	10,35	3,35		

DEĞİŞKEN		N	$\bar{x}$	SS	$\chi^2 / U /$	P
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	15-18 Yaş	15	10,33	3,74	,263	,877
	19-22 Yaş	8	10,50	3,46		
	23-28 Yaş	3	10,00	0,00		
Alkol Kullanım Yılı	9-20 <sup>a</sup>	11	11,91	3,11	7,909	,019
	21-32	6	10,83	4,22		
	33-40 <sup>b</sup>	9	8,11	1,62		
Sigara Kullanımı	Hayır	56	10,50	2,55	1230	,694
	Evet	46	10,43	2,96		
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	13-18 Yaş	23	10,04	2,92	5,872	,053
	19-25 Yaş	17	10,12	2,93		
	26-33 Yaş	6	12,83	2,48		
Sigara Kullanım Yılı	6-17 <sup>a</sup>	11	11,82	3,03	10,892	,004
	18-30 <sup>b</sup>	11	12,09	3,51		
	31-42 <sup>c</sup>	24	9,04	1,90		
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Hayır <sup>a</sup>	49	11,27	2,86	903	,008
	Evet <sup>b</sup>	53	9,74	2,41		
Düzenli Olarak Kullandığınız İlaç var mı?	Hayır <sup>a</sup>	49	11,27	2,86	903	,008
	Evet <sup>b</sup>	53	9,74	2,41		
Tanı Aldığınız Uyku Bozukluğunuz	İnsomni <sup>a</sup>	8	15,00	2,07	27,547	,000
	Uyku Apnesi <sup>b</sup>	44	10,30	1,85		
	Huzursuz Bacak Sendromu <sup>c</sup>	8	9,75	3,01		
	Horlama <sup>d</sup>	6	8,00	2,37		
	Bruksizm <sup>e</sup>	8	9,63	1,60		
	Rem Uykusu Davranış Bozukluğu <sup>f</sup>	10	8,70	2,16		
	Diğer <sup>g</sup>	18	11,39	3,13		

a,b,c,d,e,f,g; Farkın anlamlı olduğu gruplar

Yapılan analizler sonucunda, normal düzeyde olan 75 kişi belirlenirken, hafif düzeyde depresyon belirtileri gösteren 15 kişi, orta düzeyde depresyon belirtileri gösteren 11 kişi, ileri

düzye depreyon belirtileri gösteren ise 1 kişi belirlenmiştir. Depreyon ölçeğine göre çok ileri düzye depreyon bulunan herhangi bir birey bulunmamaktadır.

Örnekleme grubunun genel depreyon düzeyleri ile ilgili bulgular Tablo 1.'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Örnekleme Grubunun Depreyon Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-9 Puan)</b>	<b>Hafif (10-13 Puan)</b>	<b>Orta (14-20 Puan)</b>	<b>İleri (21-27 Puan)</b>	<b>Çok ileri (28+ Puan)</b>
<b>Depreyon</b>	75 Kişi	15 Kişi	11 Kişi	1 Kişi	-

Yapılan analizler sonucunda, normal düzeyde olan 19 kişi belirlenirken, hafif düzeyde anksiyete belirtileri gösteren 17 kişi, orta düzeyde anksiyete belirtileri gösteren 20 kişi, ileri düzeyde anksiyete belirtileri gösteren ise 34 kişi belirlenmiştir. Çok ileri düzeyde anksiyete belirtileri gösteren 12 kişi belirlenmiştir.

Örnekleme grubunun genel anksiyete düzeylerine dair bulgular Tablo11.'de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Örnekleme Grubunun Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-7 Puan)</b>	<b>Hafif (8-9 Puan)</b>	<b>Orta (10-14 Puan)</b>	<b>İleri (15-19 Puan)</b>	<b>Çok ileri (20+ Puan)</b>
<b>Anksiyete</b>	19 Kişi	17 Kişi	20 Kişi	34 Kişi	12 Kişi

Yapılan analizler sonucunda, normal düzeyde olan 30 kişi belirlenirken, hafif düzeyde stres belirtileri gösteren 21 kişi, orta düzeyde stres belirtileri gösteren 31 kişi, ileri düzeyde stres belirtileri gösteren ise 18 kişi belirlenmiştir. Çok ileri düzeyde stres belirtileri gösteren 2 kişi belirlenmiştir. Örnekleme grubuna ait genel stres düzeylerine ait bulgular Tablo 12.'de gösterilmiştir.



**Tablo 12.** Örneklem Grubunun Stres Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-14 Puan)</b>	<b>Hafif (15-18 Puan)</b>	<b>Orta (19-25 Puan)</b>	<b>İleri (26-33 Puan)</b>	<b>Çok ileri (34+ Puan)</b>
<b>Stres</b>	30 Kişi	21 Kişi	31 Kişi	18 Kişi	2 Kişi

Bireylerin subjektif uyku kalitesi ortalaması ( $1,84 \pm ,73$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun subjektif uyku kalitesinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Örneklem grubuna ait subjektif uyku kalitesi puan ortalamalarına ait bulgular Tablo 13.'de gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Örneklem Grubunun Subjektif Uyku Kaliteleri Puan Ortalamaları

<b>Ölçek</b>	<b>Ort. ve SS</b>
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Subjektif Uyku Kalitesi)	$1,84 \pm ,73$

Yapılan analizler sonucunda, 0 puan alan 3 kişi vardır. 1 puan alan 27 kişi, 2 puan alan 55 kişi, 3 puan alan 17 kişi vardır. Alınan yüksek puanlar kötü uyku kalitesi düzeylerini göstermektedir.

Örneklem grubunun subjektif uyku kalitesi düzeyleri Tablo 14.'de gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Örneklem Grubunun Subjektif Uyku Kalitesi Düzeyleri

<b>Ölçek</b>	<b>0 puan</b>	<b>1 puan</b>	<b>2 puan</b>	<b>3 puan</b>
<b>Subjektif Uyku Kalitesi</b>	3 kişi	27 kişi	55 kişi	17 kişi

Bireylerin uyku latansı ortalaması ( $1,40 \pm ,76$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku latansının orta düzeyin altında olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna ait uyku latansı puan ortalamaları Tablo 15.'de gösterilmiştir.

**Tablo 15.** Örneklem Grubunun Uyku Latansı Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Uyku Latansı)	1,40 ± ,76

Yapılan analizler sonucunda, 0 puan alan 8 kişi vardır. 1 puan alan 54 kişi, 2 puan alan 31 kişi, 3 puan alan 9 kişi vardır. Alınan yüksek puanlar kötü uyku kalitesi düzeylerini göstermektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 16.'da gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Örneklem Grubunun Uyku Latansı Düzeyleri

Ölçek	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan
Uyku Latansı	8 kişi	54 kişi	31 kişi	9 kişi

Bireylerin uyku süresi ortalaması (1,31 ± 1,11) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku süresinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 17.'de gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Örneklem Grubunun Uyku Süresi Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Uyku Süresi)	1,31 ± 1,11

Yapılan analizler sonucunda, 7 saat ve üstü uyku süresi olan 32 kişi vardır. 6-7 saat uyku süresi olan 25 kişi vardır. 5-6 saat uyku süresi olan 26 kişi vardır. 5 saat ve altı uyku süresi olan 19 kişi vardır. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 18.'de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Örneklem Grubunun Uyku Süresi Düzeyleri

Ölçek	7 saat ve üstü	6-7 saat	5-6 saat	5 saat ve altı
Uyku Süresi	32 kişi	25 kişi	26 kişi	19 kişi

Bireylerin alışılmış uyku etkinlikleri ortalamasının ( $2,95 \pm ,36$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku etkinliklerinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 19.'da gösterilmiştir.

**Tablo 19.** Örneklem Grubunun Alışılmış Uyku Etkinlikleri Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (Alışılmış Uyku Etkinlikleri)	$2,95 \pm ,36$

Yapılan analizler sonucunda, 0 puan alan 1 kişi, 1 puan alan 1 kişi, 3 puan alan 100 kişi vardır. Alınan yüksek puanlar kötü uyku kalitesi düzeylerini göstermektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 20.'de gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Örneklem Grubunun Alışılmış Uyku Etkinlikleri Ortalamaları Düzeyleri

Ölçek	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan
Uyku Etkinlikleri	1 kişi	1	-	100

Bireylerin uyku bozukluğu ortalamasının ( $1,84 \pm 2,27$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku bozukluğunun orta düzeyde olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna ait uyku bozuklukları puan ortalaması bulguları Tablo 21.'de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Örneklem Grubunun Uyku Bozukluğu Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Uyku Bozukluğu)	$1,84 \pm 2,27$

Yapılan analizler sonucunda, 1 puan alan 101 kişi, 3 puan alan 1 kişi vardır. Alınan yüksek puanlar kötü uyku kalitesi düzeylerini göstermektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 22.'de gösterilmiştir.

**Tablo 22.** Örneklem Grubunun Uyku Bozukluğu Düzeyleri

Ölçek	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan
Uyku Bozukluğu	-	101 Kişi	-	1 Kişi

Bireylerin uyku ilacı kullanımları ortalamasının ( $,28 \pm ,72$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku ilacı kullanımlarının düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 23.'de gösterilmiştir.

**Tablo 23.** Örneklem Grubunun Uyku İlacı Kullanımları Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Uyku İlacı Kullanımları)	$,28 \pm ,72$

Hiç ilaç kullanmayanlar 87 kişi, Haftada 1'den az ilaç kullananlar 3 kişi, Haftada 1-2 kere kullananlar 10 kişi, Haftada 3 veya daha fazla ilaç kullananlar ise 2 kişidir. Örneklem grubuna ait uyku ilacı kullanım bulguları Tablo 24.'de gösterilmiştir.

**Tablo 24.** Örneklem Grubunun Uyku İlacı Kullanımları Düzeyleri

Ölçek	Hiç Yok	Haftada 1'den az	Haftada 1-2 kere	Haftada 3 veya daha fazla
Uyku İlacı Kullanımları	87 Kişi	3 Kişi	10 Kişi	2 Kişi

Bireylerin gündüz işlev bozukluğu ortalamasının ( $1,68 \pm ,87$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun gündüz fonksiyonlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 25.'de gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Örneklem Grubunun Gündüz İşlev Bozukluğu Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pitsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Gündüz İşlev Bozukluğu)	1,68 ± ,87

Yapılan analizler sonucunda, 0 puan alan 9 kişi vardır. 1 puan alan 33 kişi, 2 puan alan 42 kişi, 3 puan alan 18 kişi vardır. Alınan yüksek puanlar kötü uyku kalitesi düzeylerini göstermektedir. Örneklem grubuna ait bu bulgular Tablo 26.'da gösterilmiştir.

**Tablo 26.** Örneklem Grubunun Gündüz İşlev Bozukluğu Düzeyleri

Ölçek	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan
Gündüz İşlev Bozukluğu	9 Kişi	33 Kişi	42 Kişi	18 Kişi

Bireylerin uyku kalitesi ortalamasının ( $10,47 \pm 2,73$ ) olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere göre grubun uyku kalitesinin kötü düzeyde olduğu görülmektedir. bu bulgular Tablo 27.'de gösterilmiştir.

**Tablo 27.** Örneklem Grubunun Uyku Kalitesi Puan Ortalamaları

Ölçek	Ort. ve SS
Pitsburg Uyku Kalitesi İndeksi	10,47 ± 2,73

Pitsburg Uyku Kalitesi Ölçeği'nden 0-5 arası puan alan 2 kişi varken, 5 ve üzeri puan alan 100 kişi vardır. Toplam puan 5 ve üzerinde ise kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilir. Bu bulgular Tablo 28.'de gösterilmiştir.

**Tablo 28.** Örneklem Grubunun Uyku Kalitesi Düzeyleri

Ölçek	0-5 Arası Puan Alanlar	5 ve Üzeri Puan Alanlar
Pitsburg Uyku Kalitesi İndeksi	2 Kişi	100 Kişi

Uyku kalitesi ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyon işlemine göre;

Uyku kalitesi ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon belirlenmiştir ( $r=,221$ ;  $p<,05$ ). Uyku kalitesi puanlarının artması kalite düşüklüğünü gösterdiğinden, uyku kalitesizliğinin olması depresyonun da yükseleceğine işaret etmektedir.

Uyku kalitesi ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ).

Uyku kalitesi ile stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ).

Uyku kalitesi ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 29.'da gösterilmiştir.

**Tablo 29.** Uyku Kalitesi ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Stres
Uyku Kalitesi	Korelasyon	,221*	,137	,153
	P	,025	,170	,124

\*,  $p<,05$

Uyku kalitesi alt boyutları ile depresyon, anksiyete, stres ve uyku kalitesi toplam puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Spearman Sıra Farkları Korelasyon işlemine göre;

Öznel uyku kalitesi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ). Öznel uyku kalitesi ile anksiyete ve stres arasında pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ). Öznel uyku kalitesi, uyku kalitesi toplam puanı arasında pozitif yüksek düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ).

Uyku latansı ile depresyon, anksiyete ve stres arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ). Uyku latansı ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ).

Uyku süresi ile depresyon, anksiyete ve stres arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ). Uyku süresi ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ).

Alışılmış uyku etkinliği ile depresyon, anksiyete, stres ve uyku kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ).

Uyku bozukluğu ile depresyon, anksiyete, stres ve uyku kalitesi toplam puanı arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

Uyku ilacı kullanımı ile depresyon, anksiyete ve stres arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ). Uyku ilacı kullanımı ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ).

Gündüz işlev bozukluğu ile depresyon arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ). Gündüz işlev bozukluğu ile anksiyete ve stres arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>,05$ ). Gündüz işlev bozukluğu ile uyku kalitesi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<,05$ ).

Uyku kalitesi ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki korelasyon bulguları Tablo 30.'da gösterilmiştir.

**Tablo 30.** Uyku Kalitesi Alt Boyutları ile Depresyon, Anksiyete, Stres ve Uyku Kalitesi Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Stres	Uyku Kalitesi
<b>Özel Uyku Kalitesi</b>	Korelasyon	,145	,232*	,247*	,690**
	P	,146	,019	,012	,000
<b>Uyku Latansı</b>	Korelasyon	,172	,019	-,018	,570**
	P	,083	,846	,854	,000
<b>Uyku Süresi</b>	Korelasyon	,027	-,010	,017	,747**
	P	,790	,921	,868	,000
<b>Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	Korelasyon	,090	,121	,074	,129
	P	,366	,226	,463	,197
<b>Uyku Bozukluğu</b>	Korelasyon	-	-	-	-
	P	-	-	-	-
<b>Uyku İlacı Kullanımı</b>	Korelasyon	,098	-,045	,103	,502**
	P	,329	,655	,303	,000
<b>Gündüz İşlev Bozukluğu</b>	Korelasyon	,327**	,156	,168	,648**
	P	,001	,117	,091	,000

\*;  $p<,05$  ; \*\*;  $p<,01$

Uyku bozukluğuna göre depresyon düzeylerinin incelenmesi sonucunda diğer uyku bozukluğuna sahip olan 1 bireyin ileri düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Diğer dağılımlar ise Tablo 31.'de verilmiştir.

**Tablo 31.** Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-9 Puan)</b>	<b>Hafif (10-13 Puan)</b>	<b>Orta (14-20 Puan)</b>	<b>İleri (21-27 Puan)</b>	<b>Çok ileri (28+ Puan)</b>
İnsomni	5 Kişi	1 Kişi	2 Kişi	-	-
Uyku Apnesi	32 Kişi	7 Kişi	5 Kişi	-	-
Huzursuz Bacak Sendromu	5 Kişi	1 Kişi	2 Kişi	-	-
Horlama	6 Kişi	-	-	-	-
Bruksizm	6 Kişi	1 Kişi	1 Kişi	-	-
Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	9 Kişi	-	1 Kişi	-	-
Diğer	12 Kişi	5 Kişi	-	1 Kişi	-

Uyku bozukluğuna göre anksiyete düzeylerinin incelenmesi sonucunda uyku apnesi tanısı alan 7 kişi, huzursuz bacak sendromu tanısı alan 2 kişi, bruksizm tanısı alan 1 kişi ile diğer uyku bozukluklarına sahip olan 2 kişinin çok ileri düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Uyku bozukluklarına göre anksiyete dağılımı Tablo 32.'de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-7 Puan)</b>	<b>Hafif (8-9 Puan)</b>	<b>Orta (10-14 Puan)</b>	<b>İleri (15-19 Puan)</b>	<b>Çok ileri (20+ Puan)</b>
İnsomni	3 Kişi	-	1 Kişi	4 Kişi	-
Uyku Apnesi	3 Kişi	9 Kişi	9 Kişi	16 Kişi	7 Kişi
Huzursuz Bacak Sendromu	1 Kişi	2 Kişi	1 Kişi	2 Kişi	2 Kişi
Horlama	2 Kişi	1 Kişi	1 Kişi	2 Kişi	-
Bruksizm	5 Kişi	-	1 Kişi	1 Kişi	1 Kişi
Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	2 Kişi	3 Kişi	1 Kişi	4 Kişi	-
Diğer	3 Kişi	2 Kişi	6 Kişi	5 Kişi	2 Kişi

Uyku bozukluğuna göre stres düzeylerinin incelenmesi sonucunda uyku apnesi tanısı alan 2 kişinin çok ileri düzeyde stres belirtileri gösterdiği belirlenmiştir. Diğer dağılımlar ise Tablo 33.'de verilmiştir.



**Tablo 33.** Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Stres Düzeylerinin İncelenmesi

<b>Değişken</b>	<b>Normal (0-14 Puan)</b>	<b>Hafif (15-18 Puan)</b>	<b>Orta (19-25 Puan)</b>	<b>İleri (26-33 Puan)</b>	<b>ok ileri (34+ Puan)</b>
İnsomni	1 Kişi	2 Kişi	2 Kişi	3 Kişi	-
Uyku Apnesi	9 Kişi	12 Kişi	14 Kişi	7 Kişi	2 Kişi
Huzursuz Bacak Sendromu	1 Kişi	1 Kişi	4 Kişi	2 Kişi	-
Horlama	3 Kişi	-	2 Kişi	1 Kişi	-
Bruksizm	4 Kişi	2 Kişi	1 Kişi	1 Kişi	-
Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	4 Kişi	1 Kişi	3 Kişi	2 Kişi	-
Diğer	8 Kişi	3 Kişi	5 Kişi	2 Kişi	-

Uyku bozukluğuna göre uyku kalitesinin incelenmesi sonucunda elde edilen dağılımlar ise Tablo 34.'de verilmiştir.

**Tablo 34.** Uyku Bozukluğu Tanısına Göre Uyku Kalitesi Düzeyleri

<b>Değişken</b>	<b>0-5 Arası Puan Alanlar</b>	<b>5 ve zeri Puan Alanlar</b>
İnsomni	-	8 Kişi
Uyku Apnesi	1 Kişi	43 Kişi
Huzursuz Bacak Sendromu	-	8 Kişi
Horlama	1 Kişi	5 Kişi
Bruksizm	-	8 Kişi
Rem Uykusu Davranış Bozukluğu	-	10 Kişi
Diğer	-	18 Kişi

## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma uyku kliğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmış olup, araştırmaya dair elde edilen bulgular aşağıda sırasıyla tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada DASS'nın depresyon alt boyutundan alınan sonuçlardan elde edilen bulgulara göre örneklem grubunun depresyon düzeyleri yaşa bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Buna göre yaşları 27-39 arasında olan bireylerde depresyon düzeyi diğer yaş gruplarına nazaran anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Buna rağmen yapılan çalışmada cinsiyet faktörünün depresyonu etkilemediği görülmektedir. Aynı zamanda, Kocataş S. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre orta yaş nüfusta depresyon oranın kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kocataş, Güler ve Güler, 2004). Genç nüfusta depresyon oranının diğer yaş gruplarına nazaran daha yüksek olması, genç neslin yaşam beklentilerinin ve yetiştikleri ortamın sürekli bir rekabet ve mükemmeliyetçilik çerçevesinde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların depresyon düzeyleri incelendiğinde sigara kullanım yılı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda 26 - 33 yaşları arasında sigaraya başlayan kişilerde anksiyete düzeyleri diğer yaş gruplarına nazaran daha yüksek çıkmıştır. Karlıkaya C. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre sigara içme oranları anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış bireylerde özellikle kadınlarda daha fazla görülmektedir (Karlıkaya ve ark., 2006).

Katılımcıların DASS'nın anksiyete alt boyutu incelendiğinde sigaraya başlama yaşlarının anksiyete düzeyleri üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Spesifik olarak incelendiğinde 19 - 33 yaş arasında sigaraya başlayan bireylerde anksiyete düzeyi ile sigara kullanmaya başlama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. 688 genç birey ile 2000 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, sigaraya başlama yaşı ortalama 22 olan 104 kişinin sigara kullanımı ile birlikte anksiyete bozuklu olduğu bulunmuştur (Johnson ve ark., 2000).

Katılımcıların stres düzeyleri Depresyon-Anksiyete-Stres Skalası Stres Alt boyutundan incelendiğinde, eğitim düzeyi ile stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki

olduğu görülmektedir. Özellikle yüksek eğitim alanların stres düzeyi diğer anlamlı gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. 2008’de yayınlanan çalışmada “uzmanlık eğitimi alanlar, lise ve üniversite mezunlarına göre daha streslidirler” ibaresi araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (Özkaya, Yakın ve Ekinci, 2008). Yüksek eğitim düzeyindeki bireylerde, hayatı sorgulama ve daha iyi standartları elde etme eğilimi olduğu düşünülmekte, bu nedenle eğitilmiş kesimde stres düzeylerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Elde edilen bulgulara göre, uyku kalitesi ve bütün meslek grupları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin hepsinde uyku bozukluğu bulunduğundan, uyku kalitesi puanları genel olarak yüksek çıkmıştır. Ancak çalışan kesimdeki katılımcıların uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puan emekli veya ev hanımı olan katılımcılara göre daha düşük uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Çalışan bireylerde iş stresi, yoğun tempoya ayak uydurma zorlukları ve genel olarak karşılaşılan diğer olumsuz faktörlerin bulunabilmesi durumunun oluşturduğu yorgunluk sebebiyle uykuya dalma sıkıntıları yaşamaları ve kaliteli gece uykusu almakla ilgili sorunlar yaşamaları beklenebilir. Ayrıca, güne erken başlama zorunluluğu nedeniyle yetersiz uyku gözlenmesi de oldukça olasıdır. Buna rağmen, çalışmayan ya da emekli olmuş kesimin yüksek enerji gerektirecek aktivitelere girmemiş olmaları ve ihtiyaç duyulan uykuyu almalarına engel olacak erken saatlerde uyanma zorunluluklarının bulunmaması, çalışan nüfusa nazaran uyku kalitelerinin daha iyi olması olası görülebilir. Fakat bu konuyla ilgili literatürde yapılan herhangi bir çalışma bulunmamıştır.

Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların uyku kalitesi ile alkol ve sigara kullanım yılı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Uyku kalitesi, çevresel faktörler ve yaşam stili gibi faktörlerden oldukça etkilenmektedir (Şenol ve ark., 2012). 2011 yılında yayınlanan bir makalede, uyku kalitesi ile yorgunluk arasındaki ilişki incelenmiş ve sigara kullanan ve kafeinli içecekler tüketen kişilerde yorgunluk durumu yüksek düzeyde görülmüştür. Bu sonuçlar ile sigara kullanımı ve alkol kullanımı süresinin kişiyi yorgun hissettirdiği ve bununla birlikte uyku kalitesinin de düştüğü yargısına varılabilir (Saygılı ve ark., 2011).

Örneklem grubundan elde edilen sonuçlara göre kronik bir rahatsızlığın bulunması ve ilaç kullanıyor olmak ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Uyku durumunu etkileyen bir rahatsızlık ve uyku ile ilgili problem

oluşturabilecek yan etkileri olan bir ilaç kullanımını sebebiyle uyku kalitesi etkileniyor olabilir. Literatürde bu konuyla ilgili herhangi bir araştırma bulunamamıştır.

Elde edilen bulgularda beklenildiği gibi uyku bozuklukları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Uyku bozukluğu tanıları genel olarak ele alındığı için her bir uyku bozukluğu tanısı için ayrıca bilgi verilememektedir. Çalışmanın örnekleminde çoğunluklu olarak uyku apnesi tanısı almış bireylerin bulunması sonucun anlamlı çıkmasında etkili olmuştur. Aynı zamanda insomni tanısı alan bireylerde uyku kalitesi skorları oldukça yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak uyku kalitesi için yeterli uykuyu alamamak ve bunun için uyku ilacı kullanmayı tercih etmek, uyku süresinin az olması gibi nedenler gösterilebilir. Bu konuya dair literatürde herhangi bir çalışma bulunamamıştır.

Elde edilen bulgularda uyku bozuklukları genel olarak ele alındığında depresyon ile uyku bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olsa da, depresyon, anksiyete ve stres skalasının depresyon puanları incelendiğinde, insomni, uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu, bruksizm ve REM uykusu davranış bozukluğu tanısı almış bireylerin bir kısmında orta derece, diğer uyku bozukluklarına sahip bir kişide ise ileri derecede depresyon olduğu görülmektedir. Hıdıroğlu, Özkorumak , Tiryaki ve Ak (2012) yaptıkları çalışmada uyku sorunlarının depresyon için önemli bir belirti olabileceğini, bunun yanında kronikleşen uyku bozukluklarının depresyona neden olabileceğini belirtmişlerdir. Literatürdeki bulgular çalışmadan elde edilen sonuçlarla uyum göstermektedir.

İnsomni tanısı almış 2 kişide orta 1 kişide ise hafif düzeyde depresyon görülmüştür. Depresif bozukluklarda genelde insomni bir klinik belirti olarak ortaya çıkmaktadır (Tunçel ve Vahip, 2016). Ayrıca uykusuzluk çoğu zaman herhangi bir hastalığa eşlik ederek görülebilir ve bu yüzden ikincil bir tablodan farklı bir durum olduğunun anlaşılması zor olabilmektedir (Yetkin ve Aydın, 2014). Örneklem grubundan elde edilen bulgular yorumlandığında insomni durumunun depresyon durumunun varlığı ile birlikte gelişmemiş olduğu, insomni durumundan kaynaklanan bir depresyon olduğu şeklinde bir sonuca varılabilir. Birincil insomni hastalarında genellikle dinlenmiş ve güne hazır bir şekilde uyanamama durumu görülmektedir ve bu durumlar genellikle fiziksel ve psikolojik bozukluklara yatkınlıkla ilişkilendirilmektedir (Yetkin ve Aydın, 2014). Literatürde bulunan bu bilgiler araştırmada elde edilen bulgularla örtüşmektedir.

Yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara göre uyku apnesi olan 32 katılımcının depresyon düzeyleri normal, 7 katılımcının depresyon düzeyleri hafif ve 5 katılımcının depresyon düzeyleri orta derecede bulunmuştur. Uyku apne sendromu ile depresyon arasındaki ilişkiyi bulmak amacıyla MMPI (Minnesota Multiphase Personality Inventory), Beck Depresyon Envanteri ve daha birçok farklı ölçekle yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Act. Fidan ve ark., 2006). Birçok çalışmada uyku apnesinin depresyona yol açtığı gösterilirken, son zamanlarda yapılan çalışmalarda uyku apnesinin direk olarak depresyona yol açmadığı sadece depresif semptomların artmasına yol açtığı da belirtilmektedir (Act. Fidan ve ark., 2007). Literatürdeki bilgilere ile araştırmada elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Huzursuz bacak sendromu (HBS) tanısı almış bireylerin depresyon düzeyleri incelendiğinde, 1 kişide hafif, 2 kişide orta düzeyde depresyon görülmektedir. Literatürde huzursuz bacaklar sendromu ile depresyon arasındaki ilişkiyi direk olarak incelen bir çalışma bulunamamıştır. Ancak, uykuya dalma sorununun bir sonucu olarak uykusuzluğu tetikleyici olan huzursuz bacaklar sendromunun, depresyon durumu ile arasında bir ilişki olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Yetkin ve Aydın, 2014). Uluslararası Huzursuz bacaklar sendromu grubunun belirlediği tanı ölçütlerinde belirtilen, dinlenme sırasında artması ve aktivite durumu ile azalması durumu mevcuttur. Buna bakılarak, depresyon yaşayan kişinin aktivitelerinde görülen azalmanın huzursuz bacaklar sendromu belirtilerini güçlendirebileceği düşünülebilir.

Bruksizm tanısı almış bireylerin arasındaki 1 kişide hafif, 1 kişide de orta derece depresyon durumu olduğu görülmüştür. Ohayon ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada duygudurum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının Bruksizm'i olan hastalarda olmayanlardan daha çok görüldüğünü belirtmişlerdir. Literatürdeki bu bulgu, çalışmada elde edilen sonuçlar ile örtüşmektedir.

Çalışma bulgularına göre, Rem uykusu davranış bozukluğu tanısı almış hastaların 1'inde orta derecede depresyon görülmektedir. Literatürde Rem uykusu davranış bozukluğu ve depresyon ilişkisi ile ilgili herhangi bir araştırma bulunamamıştır. Ancak rem uykusu davranış bozukluğunun görülme nedenleri arasında antidepresan ilaçları hızla/aniden kesme durumu bulunmaktadır (Abdulkadiroglu, Bayramoglu ve İlhan, 1997). Buna göre rem uykusu davranış bozukluğu tanısı almış bireylerin, geçmişte herhangi bir psikolojik bozukluk için antidepresan kullanıp kullanmadığı bilgisinin depresyon ile rem uykusu davranış

bozukluğu arasında bir ilişki olup olmadığına dair yön gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Örnekleme grubunun anksiyete düzeyleri incelendiğinde, insomni tanısı alan bireyler arasındaki 1 kişide orta düzeyde ve 4 kişide ileri düzeyde anksiyete belirtileri görülmektedir. Uykusuzluk yakınmaları, sıklıkla diğer bir psikiyatrik rahatsızlığın belirtisi olarak görülebilir. Anksiyete bozuklukları grubunda bulunan yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluk hastalarında uykusuzluk tablosu sıkça görülmektedir (Demir, 2002). Literatürde bulunan bilgiler araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Dass'ının anksiyete alt boyutundan sonuçları incelendiğinde, uyku apnesi bulunan 9 kişide hafif, 9 kişide orta, 16 kişide ileri ve 7 kişide çok ileri düzeyde anksiyete belirtileri bulunmuştur. Uyku apnesi yaşayan bireylerin uyku döngülerinde yaşadıkları sorunlar ve eş ya da çevreden alınan bilgiler doğrultusunda kişi, uyku apnesi durumunun daha ciddi sorunlara yol açabileceği veya ona zarar verebileceği korkusunu geliştirebilir. Uyku apnesinin direk olarak anksiyeteye yol açtığını gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak uyku apnesi bulunan kişilerde görülen çevreye uyum sorunlarının anksiyeteye yol açabileceği düşünülmektedir (Köktürk, 2000).

Çalışmada uyku apnesi tanısı almış 12 kişide hafif, 14 kişide orta, 7 kişide ileri ve 2 kişide de çok ileri düzeyde stres belirtileri görülmektedir. Literatürde uyku apnesi ile stres arasında ilişki olduğunu gösteren bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmada huzursuz bacak sendromu bulunan hastaların anksiyete skorları değerlendirildiğinde, 2 kişide hafif, 1 kişide orta 2 kişide ileri ve 2 kişide de çok ileri düzeyde anksiyete belirtileri bulunmuştur. Huzursuz bacak sendromu tanısı almış katılımcıların stres düzeyleri incelendiğinde, hafif stres belirtileri gösteren 1, orta derece stres belirtileri gösteren 4 ve ileri derecede stres belirtileri gösteren 2 kişi olduğu görülmektedir. Huzursuz bacak sendromu ile anksiyete ve stres arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürde herhangi bir çalışma bulunamamıştır.

Araştırmada elde edilen anksiyete bulgularına göre bruksizm tanısı almış 1 kişide orta, 1 kişide ileri ve 1 kişide de çok ileri düzeyde anksiyete belirtileri görülmektedir. Ayrıca stres alt boyutları incelendiğinde bruksizm tanısı alan 2 kişide hafif, 1 kişide orta ve 1 kişide de ileri düzeyde stres belirtileri görülmektedir. Bruksizmde öne sürülen stres, anksiyete gibi faktörler, genetik etkenler ve üst hava yolu direnci gibi patofizyolojik mekanizmalar vardır ( Akt. Kuloğlu ve Ekinçi, 2009). Bruksizm ile ilgili psikolojik faktörler incelendiğinde, literatürde emosyonel streslerin

bruksizme neden olduğunu gösteren ve ne yapılırsa yapılsın oklüzyon durumunun değişmeyeceğini ileri süren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak diğer açıdan bakıldığında stresin durumunun kendisi değil, stresle başa çıkmanın farklı yollarının bruksizme neden olduğu da söylenmektedir (İspirgil, 2005).

Çalışmada Rem uykusu davranış bozukluğu tanısı almış kişilerin anksiyete ve stres düzeyleri incelendiğinde, 3 kişide hafif, 1 kişide orta ve 4 kişide ileri düzeyde anksiyete belirtileri görülmüştür. Stres belirtileri ise, 1 kişide hafif, 3 kişide orta ve 2 kişide de ileri derece şeklinde görülmüştür. Literatürde rem uykusu davranış bozukluğu ile stres ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Ancak, rem uykusu davranış bozukluğu bulunan Parkinson hastaları ile yapılan bir çalışmada RDB'li hastaların %81'inde anksiyete saptandığı görülmüştür. Çalışmada anksiyete düzeyleri Hamilton Anksiyete Skalası kullanılarak ölçülmüştür (Öztürk ve ark., 2004 ).

Çalışmada uyku bozukluklarına göre stres düzeyleri incelenmesi sonucunda insomni tanısı almış 2 kişi hafif, 2 kişi orta ve 3 kişi de ileri düzeyde stres belirtileri göstermiştir. İnsomni ile stres arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürde herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Fakat günümüzde yaşam şartları, iş hayatı, ekonomik durum, kişiler arası ilişkiler gibi stres oluşturabilecek birçok etken bulunmaktadır. Kişilerin bu stres faktörleri ile başa çıkma sorunları yaşamaları, uykusuzluk gibi belirtilerin çıkmasında rol oynayabilir. Aynı zamanda insomni tanısı almış kişilerde uyuyamama sorunu, stres durumu oluşturabilir ve kişide gün içinde yaşanan stresli olaylarla başa çıkmada problem yaşamasına sebep olabilir.

Diğer (Gündüz aşırı uykululuğu, kâbus bozukluğu, sirkadiyen ritim bozukluğu, uyku enüresisi, uykuda yeme bozukluğu, uyurgezer) uyku bozuklukları grubunda 5 kişide hafif ve 1 kişide ileri düzeyde depresyon bulgusu görülmüştür. 2 kişide hafif, 6 kişide orta, 5 kişide ileri ve 2 kişide de ileri derecede anksiyete belirtileri görülmüştür. katılımcıların stres skorları incelendiğinde, 3 kişide hafif, 5 kişide orta ve 2 kişide ileri derecede stres belirtileri görülmüştür.

Çalışmadan elde edilen uyku kalitesi skorları incelendiğinde insomni tanısı almış 8 kişinin, uyku apnesi tanısı alan 43 kişinin, huzursuz bacak sendromu tanısı almış 8 kişinin, bruksizm tanısı almış 8 kişinin, rem uykusu davranış bozukluğu tanısı almış 10 kişinin ve diğer uyku bozukluğu tanılarını alan 18 kişinin her birinde 5 ve üzerinde puan alındığı görülmektedir. Bulgulara dayanarak uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde düşük uyku kalitesi görüldüğü sonucuna varılabilir. Uyku kalitesi

indeksi uyku miktarını, uyku kalitesine ve uykudaki bozulmaları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Boysan ve ark., 2010). Literatürde spesifik olarak uyku bozuklukları ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte uyku bozukluğu yaşayan bireylerde kötü uyku kalitesi görölmesi beklenen bir sonuçtur.





### 5.1.Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Benzer çalışmalar literatürde bulunsa da, genel anlamda uyku bozukluklarının kapsamlı bir şekilde incelendiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle çalışmanın oldukça kapsamlı olması ve literatüre katkı sağlaması en güçlü yönü olarak düşünülmektedir. Örneklem grubunda elde edilen verilerin kültürel açıdan zengin olması da çalışmanın diğer bir güçlü yönü olarak görülmektedir.

Bu çalışma İstanbul ve Ankara illerinin belirli kliniklerinde yapılmış olup, 102 kişilik bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubunun sayısının düşüklüğü çalışmanın zayıf yönlerindedir. Katılımcıların depresyon durumuna karşı bakış açılarının negatif yönde olduğu ve kendilerini iyi gösterme durumunda oldukları ve bu durumda verilen yanıtlar ile araştırmanın ilerlemesi, samimi ve içten cevap vermedikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Veri toplanan kliniklerde bulunan uyku bozukluğu tanılarının sınırlılığı da araştırmanın zayıf yönü olarak düşünülmektedir.

Çalışma gerçekleştirilirken herhangi bir kontrol grubu ile çalışılmaması çalışmanın zayıf yönlerindedir.

### 5.2.Öneriler

Bu bölümde araştırmada var olan sınırlılıklara ve çalışma bulgularına göre daha sonra yapılacak olan çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

Uyku bozukluklarında görülen depresyon, anksiyete, stres ve uyku kalitesini ölçmek için farklı ölçekler kullanılabilir.

Benzer araştırma daha farklı şehirde uygulanabilir.

Araştırmada alınan sosyodemografik bilgiler gelecek çalışmalarda geliştirilebilir.

Araştırma daha sınırlı bir yaş grubunda uygulanabilir.

Araştırma daha fazla kişiye uygulanırsa daha doğru sonuçlar elde edilebilir.

Araştırma Ankara ve İstanbul'da bulunan belirli uyku klinikleri ile sınırlıdır. Araştırma farklı bölgelerde, geniş bir örneklem grubuna uygulanırsa verilerin güvenilirliği artabilir.

Araştırma, kontrol grubu ile yapılırsa, verilerin analizinde daha güvenilir ve doğru sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abdulkadiroglu, Z., Bayramoglu, F., & İlhan, N. (1997). Uyku ve uyku bozukluklari. *Genel Tıp Dergisi*, 7(3), 161-6.
- Abdulla, A. J., Jones, P. W., & Pearce, V. R. (1999). Leg cramps in the elderly: prevalence, drug and disease associations. *International journal of clinical practice*, 53(7), 494-496.
- Acar, S., & Gencer, A. M. (2005). Huzursuz bacak sendromunda genetik. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51, 156-60.
- Ağargün, M. Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7 (2): 107-115.
- Akıncı, E., Orhan, F. Ö., Demet, M. M. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*.
- Akıncı, E., Orhan, F., (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, s.87-120
- Aksu, M., Sevim, S., Fırat, H., & Uçar, Z. Z. (2008). Uyku Hastalıkları Çalışma Kılavuzu. *Türkiye Uyku Tıbbi Derneği Yayını*.
- Akyıldız, U. O. (2016). Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu ve Diğer Uyku İle İlişkili Hareket Bozuklukları. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 27.
- Alkın, T. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*. S.179-190.
- American Academy of Sleep Medicine (2005) The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding
- American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014). The International Classification of Sleep Disorders, 3<sup>rd</sup> ed. (ICSD-3). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. s. 190-192*

- Anderson, K. N., Pilsworth, S., Sharples, L. D., Smith, I. E., & Shneerson, J. M. (2007). Idiopathic hypersomnia: a study of 77 cases. *Sleep*, 30(10), 1274-1281.
- Aslan, S. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, s.253-273.
- Axelsson, J., Åkerstedt, T., Kecklund, G., & Lowden, A. (2004). Tolerance to shift work—how does it relate to sleep and wakefulness?. *International archives of occupational and environmental health*, 77(2), 121-129.
- Aydemir Ö., Akkaya, C., Altınbaş, K., Kora, K., & Sücüllüoğlu, D. (2012). Biyolojik ritim değerlendirme görüşmesinin Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliği. *Psychiatry*, 13, 256-261.
- Aydemir, Ö. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*
- Aydemir, Ö., Deveci, A., & İçelli, İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Yapılandırılmış Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri 2006; 8: 18, 21.*
- Aydın, A., Selvi, Y., & Güzel Özdemir, P. (2013). Depresyon Hastalarında Aleksitiminin Bedenselleştirme ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(1).
- Aydın, H. (2007). Uyku ve Bozuklukları. *Ankara, Hekimler Yayın Birliği*, s.121-36
- Aydın, H. (2016). Anksiyete ve Uyku. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 2.
- Balcıoğlu, İ., & Ünsalver, B. Ö. (2006). Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (1988). *Stress ve başa çıkma yolları*. Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z. (1984). Kavram Olarak Stres. *Pedagoji Dergisi*, 2, 15-27.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi; Halk Sağlığında Davranış Bilimleri.

- Başaran, S. K., & Sütçü, S. T. (2016). Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 79-94.
- Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Benbir, G., & Karadeniz, D. (2015). NREM Uyku Evresi ile İlişkili Parasomniler. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 8(1), 42-48.
- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H. Vardiya, shift, nöbet, fazla mesai. Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. *Türk Hemşireler Derneği, Ankara. Aralık 2008.*
- Bingöl, N. (2006). Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.*
- Bland, M. (1999). A new approach to management of stress. *Industrial and Commercial Training*, 31(2), 44-48.
- Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L., & Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi’nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 248-252.
- Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L., & Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi’nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 248-252.
- Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L., & Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi’nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 248-252.
- Bozkurt, N. (2003). Depresyonda Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar: Beck’in Bilişsel Kuramı. *Ege Eğitim Dergisi* (3) 2; 59-64
- Buysse, D. J., Germain, A., Nofzinger, E. A., & Kupfer, D. J. (2006). Mood Disorders and Sleep. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders*, 1<sup>st</sup> ed.
- Ceyhun, E., Özgen, F., & Aydın, H. (2001). Kleine Levin Sendromu. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(2), 115-116.
- Coles, M. E., Schubert, J. R., & Nota, J. A. (2015). Sleep, circadian rhythms, and anxious traits. *Current psychiatry reports*, 17(9), 73.

- Çalıyurt, O. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, s. 121-133
- Dauvilliers, Y., & Buguet, A. (2005). Hypersomnia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 7(4), 347.
- Davison, G. , Neale, J. (2004). Anormal Psikolojisi. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- DeFrank, R. S., & Ivancevich, J. M. (1998). Stress on the job: An executive update. *The Academy of Management Executive*, 12(3), 55-66.
- Demir, A. (2004). HEMŞİRELİKTE TÜKENMİŞLİĞE BİR BAKIŞ. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 7(1).
- Demir, B. (2002). Derlemeler/Reviews Uyku Bozuklukları.
- DEMİR, B. (2002). Uykusuzluk (insomnia) ile giden klinik durumlar. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA*
- Demir, V. (2014). *Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Demirci, K., Demirci, S. (2016). Uyku Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, s. 135-145.
- Demirci, O., Sağaltıcı, E., Yıldırım, A. (2015).Özgül Fobinin Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Yöntemi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2015;18:124-129.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 18-24.
- During, E. H., & Avidan, A. Y. (2015). The Parasomnias. In *Sleepy or Sleepless* (pp. 167-182). Springer International Publishing.
- Durna, U. (2004). Stres, A ve B tipi kişilik yapısı ve bunlar arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 191-206.

- Engin, E. (1999). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.*
- Erdinc, O., Tuncel, D., Aslan, K., Demir, C.F. (2014). Uyku Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Rehberi. *Hikmet Yılmaz & Deniz Tuncel (ed.), s.56-68.*
- Ertekin, Ş., & Doğan, O. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.*
- ERYILMAZ, A. (2009). Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma (ss. 20-37). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(2).*
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Geçici, Ö., & Kara, Z. (2007). Uyku apne sendromlu hastalarda CPAP tedavisine uyum ve tedavinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 55(3), 271-7.*
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Pala, E., & Geçici, Ö. (2006). Obstrüktif uyku apne sendromu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki. *Toraks Dergisi, 7(2), 125-129.*
- Garbarino, S., de Carli, F., Nobili, L., Mascialino, B., Squarcia, S., Penco, M. A., ... & Ferrillo, F. (2002). Sleepiness and sleep disorders in shift workers: a study on a group of Italian police officers. *Sleep, 25(6), 642-647.*
- Gökçay, B., & Arda, B. (2013). Sleep and Sleep Medicine in the Light of Medical History-Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 3(1), 70-78.*
- Göksan, B., Velioğlu, S., Benbir, G., & Karadeniz, D. (2014). Uyku Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Rehberi. *Hikmet Yılmaz & Deniz Tuncel (ed.), s. 69-87*
- Gronfier, C., Simon, C., Piquard, F., Ehrhart, J., & Brandenberger, G. (1999). Neuroendocrine processes underlying ultradian sleep regulation in man. *The journal of clinical endocrinology & metabolism, 84(8), 2686-2690.*
- Gudykunst, W. B., & Shapiro, R. B. (1996). Communication in everyday interpersonal and intergroup encounters. *International journal of intercultural relations, 20(1), 19-45.*

- Gürses, C. (2009). Uyku Hastalıkları. <http://www.itfnoroloji.org/uyku/uyku.htm>
- Hıdıroğlu, H., Özkorumak, E., Tiryaki, A., & Ak, İ. (2012). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Ruhsal Bozuklukların Dağılımlı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1).
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir alışma. *Psikoloji dergisi*, 6(22), 118-122.
- Howell, M. J., Schenck, C. H., & Crow, S. J. (2009). A review of nighttime eating disorders. *Sleep medicine reviews*, 13(1), 23-34.
- Hughes, R., & Stone, P. (2004). The perils of shift work: evening shift, night shift, and rotating shifts: are they for you?. *AJN The American Journal of Nursing*, 104(9), 60-63.
- ICSD-2 – International Classification of Sleep Disorders, 2<sup>nd</sup> ed.: Diagnostic and Coding Manual. American Academy of Sleep Medicine, 2013.
- İspirgil, E. (2005). Nokturnal Bruksizmin Etyolojisi: Bölüm 2-Central Factors. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*, 39(3-4), 33-42.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Jama*, 284(18), 2348-2351.
- Kaplan, K. A., McGlinchey, E. L., Soehner, A., Gershon, A., Talbot, L. S., Eidelman, P., & Harvey, A. G. (2015). Hypersomnia subtypes, sleep and relapse in bipolar disorder. *Psychological medicine*, 45(8), 1751-1763.
- Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalın, F., & Erten, E. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-114.
- Karadağ, H., Alışır, B., Örsel, S., & Türkçapar, H. (2010). Kleine-Levin Sendromu: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 13, 92-96.
- Karadağ, M. (2007). Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Turkiye Klinikleri Archives of Lung*, 8(3), 88-91.

- Karakaş, S. A., Gönültaş, N., & Okanlı, A. (2017). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26.
- Karaman, D., Kara, K., Durukan, İ. Uyku Bozuklukları. s.82-83
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z. A., Özkan, M., & Örsel, O. (2006). Tütün kontrolü. *Toraks dergisi*, 7(1), 51-64.
- Kasapoğlu, A. (2004). *KSÜ. İlahiyat Fakültesi Dergisi* 4 s. 45-77
- Kaynak, D. K. (2007). Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu. *Archives of Neuropsychiatry*, 44, 95-100.
- Kaynak, H. (1998). Uyku. *Milliyet Yayınları, İstanbul*
- Kaynak, H., & Kaynak, D. (2001). Narkolepsi-Katapleksi Sendromu. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(2), 111-114.
- Kocataş, S., Güler, G., & Güler, N. (2004). 60 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESYON YAYGINLIĞI. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 7(1).
- Konuk, N., Kıran, S., Tamam, L., Karahmet, E., Aydın, H., & Atık, L. (2007). Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının bipolar bozukluk taramasında geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 18(2), 147-154.
- Köktürk, O. (1999). Uykunun izlenmesi (2): Polisomnografi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 47(4), 499-511.
- Köktürk, O. (2000). Obstrüktif uyku apne sendromu sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48, 273-289.
- Koroğlu, E. (2016). Klinik Psikopatoloji. *Ankara, Hekimler Yayın Evi*.
- Koroğlu, E. (2016). Klinik Psikopatoloji. *Hekimler yayın birliği* 111-115.



- Kuloğlu, M., & Ekinci, O. (2009, October). Psikiyatride Bruksizm. In *Yeni Symposium* (Vol. 47, No. 4).
- Lam, R. W., & Mok, H. (2008). Depression. 1. Baskı. *New York: Oxford University Press, 21-32*
- Mason, T. B., & Pack, A. I. (2007). Pediatric parasomnias. *Sleep, 30*(2), 141-151.
- Matteson, M. T., & Ivancevich, J. M. (1987). Individual stress management interventions: Evaluation of techniques. *Journal of Managerial Psychology, 2*(1), 24-30.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(5), 669-682.
- Mergen, H., Bernstein, I. H., Tavli, V., Ongel, K., Tavli, T., & Tan, S. (2011). Comparative validity and reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American college student samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21*(4), 289-301.
- Morrish, E., King, M. A., Smith, I. E., & Shneerson, J. M. (2004). Factors associated with a delay in the diagnosis of narcolepsy. *Sleep medicine, 5*(1), 37-41.
- Nevsimalova, S., Prihodova, I., Kemlink, D., Lin, L., & Mignot, E. (2007). REM behavior disorder (RBD) can be one of the first symptoms of childhood narcolepsy. *Sleep medicine, 8*(7), 784-786.
- Ohayon, M. M., Li, K. K., & Guilleminault, C. (2001). Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest Journal, 119*(1), 53-61.
- Ohayon, M., Claudet, M., Guilleminault, C. (1995). How a General Population Perceives Its Sleep and How This Relates to Complaint of Insomni. *Sleep, 20*(7), 15-23.
- Okawa, M., & Uchiyama, M. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: characteristics and entrainment pathology in delayed sleep phase and non-24 sleep-wake syndrome. *Sleep medicine reviews, 11*(6), 485-496.
- Oktan, B., Kısabay, A., & Yılmaz, H. (2015). Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports, 23*(4), 370-375.
- Oral, E. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği.*

- Özcan, T. A., Meral, H., & Özcan, H. (2013). Ordu üniversitesi öğrencileri arasında huzursuz bacak sendromu sıklığı, özellikleri ve farkındalığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 175-179.
- Özdel, O., & Uğurlu, T. T. (2016). Uyku Bozukluğu Genetiği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 9(1), 88-91.
- Özdemir, P. G., Aydın, A., Selvi, Y., & Psikiyatri, Y. Y. Ü. T. F. (2013). Farklı klinik semptomlarla ortaya çıkan narkolepsi olguları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4).
- Özer, S. K., Demir, B., Tuğal, Ö., & KABAKÇI, E. (2001). Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-94.
- Özgen, F. (2016). Depresyon ve Uyku. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 1.
- Özkaya, M. O., YAKIN, V., & Ekinci, T. (2008). Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumuna üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 163-179.
- Öztura, I. (2016). Parasomniler. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 15.
- Öztürk, O., Meral, H., Çetin, S., Hanoğlu, L., Atmaca, B., & Özer, F. (2004) Parkinson Hastalığında Anksiyete ve REM Davranış Bozukluğu. *Parkinson Hast. Hareket Boz. Dergisi.*, 7(2): 121-127.
- Özyurt, G., Öztürk, Y., Akay, A. (2017). Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenlemenin annelerinin duygu düzenlemesi, bağlanması ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi 2017; 18(4):369-378*
- Peköz, M. T., Gök, D. K., Bozdemir, H., & Aslan, K. (2017). Diagnostic Criteria of Parasomnias and Other Paroxysmal Events in Sleep. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*., 127.
- Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M. M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 4(3).

- Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M. M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 4(3).
- Plante, D. T., & Winkelman, J. W. (2006). Parasomnias. *Psychiatric Clinics*, 29(4), 969-987.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.
- Salepçi, B., Güngör, G.A., Parmaksız, E.T., Fidan, A., Kıral, N., Cömert, S.Ş., Doğan, C. (2016). Obstrüktif Uyku Apne Semptomları ile Uyku Laboratuvarına Başvuran Hastalarda Hastane Anksiyete Depresyon Skorlarının Semptomlar ve Polisomnografik Bulgular ile İlişkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3, 79-84.
- Saygılı, S., Akıncı, A. Ç., Arıkan, H., & Dereli, E. (2011). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges*, 1(1).
- Schenck, C. H., & Mahowald, M. W. (2000). Parasomnias: managing bizarre sleep-related behavior disorders. *Postgraduate medicine*, 107(3), 145-156.
- Selvi, F. F., Karakaş, S. A., Boysan, M., & Selvi, Y. (2015). Effects of shift work on attention deficit, hyperactivity, and impulsivity, and their relationship with chronotype. *Biological rhythm research*, 46(1), 53-61.
- Stephan, W. G., Stephan, C. W., & Gudykunst, W. B. (1999). Anxiety in intergroup relations: A comparison of anxiety/uncertainty management theory and integrated threat theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(4), 613-628.
- Sysoeva, Y. Y., & Verbitsky, E. V. (2013). Influence of the level of trait anxiety on sleep EEG of men and women. *Human Physiology*, 39(6), 655-662.
- Şahin, F. K., Köken, G., Coşar, E., Solak, Ö., Saylan, F., Fidan, F., & Ünlü, M. (2007). GEBELERDE HUZURSUZ BACAĞ SENDROMU SIKLIĞI. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society*, 4(4), 246-9.
- Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.

- Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R. P., & Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 13(2)
- Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R. P., & Argün, M. (2012). Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 93-102.
- Şentürk, S. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(3), 48-56.
- Taşçılar, N., Tezer, İ., Baklan, B., (2014). İdiyopatik Hipersomni. Hikmet Yılmaz & Deniz Tuncel (Ed.), *Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Rehberi.*( s. 53).
- Tribl, G. G., Wetter, T. C., & Schredl, M. (2013). Dreaming under antidepressants: A systematic review on evidence in depressive patients and healthy volunteers. *Sleep Medicine Reviews*, 17(2), 133-142.
- Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Tuncel, D., & Orhan, F. Ö. (2009). Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(3).
- Tuncel, D., & Orhan, F. Ö. (2009). Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(3).
- Tunçel, Ö.K., Vahip, S. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, s. 161-178.
- Tural, U. (2006). Uyku ve Bozuklukları. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem*, 5.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 5-15.
- Tükel, R., & Alkın, T. (2004). Anksiyete bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 1, 551-552.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 4, 12-16.

- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri, Ek, 4*, 12-16.
- Üstün, Y., & Çınar, Ş. (2009). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. *Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 20-24*.
- Vahip, S., Aydemir, Ö., Akkaya, C., Altınbaş, K. ve ark. (2011). Hipomani Soru Listesi-32-Yenilenmiş Sürümün Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *47. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya*.
- Van Reeth, O., Weibel, L., Spiegel, K., Leproult, R., Dugovic, C., & Maccari, S. (2000). Physiology of sleep (review)—interactions between stress and sleep: from basic research to clinical situations. *Sleep Medicine Reviews, 4(2)*, 201-219.
- Warrick, D. D. (1981). Managing the Stress of Organizational Development. *Training and Development Journal, 35(4)*, 36-41.
- Yavuz, S. M., & Aşirdizer, M. (2001). Boşanma Davasına Konu Olan Bir Narkolepsi Olgusu. *Turkish Journal of Clinical Forensic Medicine, 1(1)*, 43-8.
- Yetkin, S. (2014). Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Ruhsal Hastalıklar, 4.baskı, Yüksel, N. (Ed.), Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi, s. 446-9*
- Yetkin, S. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği, s.79-84*.
- Yetkin, S. (2016). Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği*.
- Yetkin, S., & Aydın, H. (2014). Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk. *Journal of Turkish Sleep Medicine, 1*, 1-8.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(6)*.
- Yılmaz, O., & Abalı, O. (2012). Karbamazepin ile tedavi edilen Kleine-Levin Sendromu: bir olgu sunumu. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi, 49(1)*.
- Yücege, M. B. (2016). Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromları. *Journal of Turkish Sleep Medicine, 3(1)*, 24.

## EKLER

### 1. Kişisel Bilgi Formu

#### KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız \_\_\_\_\_
2. Cinsiyetiniz  Kadın  Erkek
3. Medeni durumunuz  İlişkisi Var  İlişkisi Yok  Evli  Boşanmış
4. Eğitim seviyeniz nedir?
  - İlkokul mezun
  - Ortaokul mezun
  - Lise mezun
  - Üniversite
  - Yüksek lisans
  - Doktora
5. Mesleğiniz: \_\_\_\_\_
6. Aylık ortalama gelir düzeyiniz: \_\_\_\_\_
7. Madde/ Alkol Kullanımı (eğer varsa birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - Alkol kullanıyorum  
*Kaç yaşında başladınız belirtiniz \_\_\_\_\_*  
*Kaç senedir kullanıyorsunuz belirtiniz \_\_\_\_\_*
  - Alkol kullanmıyorum
  - Madde kullanıyorum  
*Kaç yaşında başladınız belirtiniz \_\_\_\_\_*  
*Kaç senedir kullanıyorsunuz belirtiniz \_\_\_\_\_*
  - Madde kullanmıyorum
  - Sigara kullanıyorum  
*Kaç yaşında başladınız belirtiniz \_\_\_\_\_*  
*Kaç senedir kullanıyorsunuz belirtiniz \_\_\_\_\_*
  - Sigara kullanmıyorum
8. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Varsa belirtiniz \_\_\_\_\_
9. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? Varsa belirtiniz \_\_\_\_\_
10. Tanı aldığımız uyku bozukluğunu belirtiniz \_\_\_\_\_

## 2. LOVİBOND DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI

Aşağıdaki maddeler hissettiğiniz ve yaşadığınız duygularla ilintilidir. Bu araştırmada son 1 haftada yaşadığınız durumlar ve hissettiğiniz duyguların neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Her bir maddenin duygu durumunuzu ne oranda yansıttığını karşılardaki 4 Aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇİR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1	OLDUKÇA ÖNEMSİZ ŞEYLER İÇİN ÜZÜLDÜĞÜMÜ FARKETTİM	0	1	2	3
2	AĞZIMDA KURULUK OLDUĞUNU FARKETTİM	0	1	2	3
3	HİÇ OLUMLU DUYGU YAŞAYAMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
4	SOLUK ALMADA ZORLUK ÇEKTİM ( <i>ÖRNEĞİN FİZİK EGZERSİZ YAPMADIĞIM HALDE AŞIRI HIZLI NEFES ALMA, NEFESSİZ KALMA GİBİ</i> )	0	1	2	3
5	HİÇBİR ŞEY YAPAMAZ OLDUM	0	1	2	3
6	OLAYLARA AŞIRI TEPKİ VERMEYE MEYİLLİYİM	0	1	2	3
7	BİR SARSAKLIK DUYGUSU VARDI ( <i>SANKİ BACAĞLARIM BENİ TAŞIYAMAYACAKMIŞ GİBİ</i> )	0	1	2	3
8	KENDİMİ GEVŞETİP SALIVERMEK ZOR GELDİ	0	1	2	3
9	KENDİMİ, BENİ ÇOK TEDİRGİN ETTİĞİ İÇİN SONA ERDİĞİNDE ÇOK RAHATLADIĞIM DURUMLARIN İÇİNDE BULDUM	0	1	2	3
10	HİÇBİR BEKLENTİMİN OLMADIĞI HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
11	KEYFİMİN PEK KOLAY KAÇIRILABİLDİĞİ HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
12	SİNİRSEL ENERJİMİ ÇOK FAZLA KULLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
13	KENDİMİ ÜZGÜN VE DEPRESSİF HİSSETTİM	0	1	2	3
14	HERHANGİ BİR ŞEKİLDE <i>GEÇİKTİRİLDİĞİMDE</i> ( <i>ASANSÖRDE, TRAFİK IŞIKLARINDA, BEKLETİLDİĞİMDE</i> ) SABIRSIZLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
15	BAYGINLIK HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
16	NEREDEYSE HERŞEYE KARŞI OLAN İLGİMİ KAYBETTİĞİMİ	0	1	2	3

	HİSSETTİM				
17	BİREY OLARAK DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
18	ALINGAN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
19	FİZİK EGZERSİZ VEYA AŞIRI SICAK HAVA OLMASA BİLE BELİRGİN BİÇİMDE TERLEDİĞİMİ GÖZLEDİM (ÖRNEĞİN ELLERİM TERLİYORDU)	0	1	2	3
20	GEÇERLİ BİR NEDEN OLMADIĞI HALDE KORKTUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
21	HAYATIN DEĞERSİZ OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
22	GEVŞEYİP RAHATLAMAKTA ZORLUK ÇEKTİM	0	1	2	3
23	YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKTİM	0	1	2	3
24	YAPTIĞIM İŞLERDEN ZEVLİ ALMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
25	FİZİK EGZERSİZ SÖZ KONUSU OLMADIĞI HALDE KALBİMİN HAREKETLERİNİ HİSSETTİM (KALP ATIŞLARIMIN HIZLANDIĞINI VEYA DÜZENSİZLEŞTİĞİNİ HİSSETTİM)	0	1	2	3
26	KENDİMİ PERİŞAN VE HÜZÜNLÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
27	KOLAY SİNİRLENDİRİLEBİLDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
28	PANİK HALİNE YAKIN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
29	BİR ŞEY CANIMI SIKTIĞINDA KOLAY SAKİNLEŞEMEDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
30	ÖNEMSİZ FAKAT ALIŞKIN OLMADIĞIM BİR İŞİN ALTINDAN KALKAMAYACAĞIM KORKUSUNA KAPILDIM	0	1	2	3
31	HİÇBİR ŞEY BENDE HEYECAN UYANDIRMIYORDU	0	1	2	3
32	BİRŞEY YAPARKEN İKİDE BİR RAHATSIZ EDİLMİYİ HOŞ GÖREMEDİĞİMİ FARKETTİM.	0	1	2	3
33	SİNİRLERİMİN GERGIN OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
34	OLDUKÇA DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
35	BENİ YAPTIĞIM İŞTEN ALIKOYAN ŞEYLERE DAYANAMIYORDUM	0	1	2	3
36	DEHŞETE DÜŞTÜĞÜMÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
37	GELECEKTE ÜMİT VEREN BİRŞEY GÖREMEDİM	0	1	2	3
38	HAYATIN ANLAMSIZ OLDUĞU HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3



39	KIŞKIRTILMAKTA OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
40	PANİKLEYİP KENDİMİ APTAL DURUMUNA DÜŞÜRECEĞİM DURUMLAR NEDENİYLE ENDİŞELENDİM.	0	1	2	3
41	VÜCUDUMDA (ÖRNEĞİN ELLERİMDE) TİTREMELER OLDU.	0	1	2	3
42	BİR İŞ YAPMAK İÇİN GEREKLİ OLAN İLK ADIMI ATMADA ZORLANDIM	0	1	2	3



### 3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

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

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

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

Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok	
a. <u>30 dakika içinde uykuya dalmadınız</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <u>Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <u>Tuvalete gittiniz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <u>Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. <u>Aşırı derecede üşüdünüz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. <u>Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. <u>Kötü rüyalar gördünüz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. <u>Ağrı duydunuz</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. <u>Diğer nedenler</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. <u>Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?					
<input type="checkbox"/> Çok İyi	<input type="checkbox"/> Oldukça İyi	<input type="checkbox"/> Oldukça kötü	<input type="checkbox"/> Çok Kötü		
7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?					
<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> 1'den az	<input type="checkbox"/> 1-2 kez	<input type="checkbox"/> 3'den çok		
8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkta uyanık kalmakta zorlandınız?					
<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> 1'den az	<input type="checkbox"/> 1-2 kez	<input type="checkbox"/> 3'den çok		
9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?					
<input type="checkbox"/> Hiç problem oluşturmadı	<input type="checkbox"/> Bir dereceye kadar problem oluşturdu				
<input type="checkbox"/> Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	<input type="checkbox"/> Çok büyük bir problem oluşturdu				
10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?					
<input type="checkbox"/> Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	<input type="checkbox"/> Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil				
<input type="checkbox"/> Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	<input type="checkbox"/> Partner aynı yatakta				
11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığını sorun.					
	Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a. <u>Gürültülü horlama</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Uykuda nefes alıp verme sırasında uzun aralıklar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <u>Diğer huzursuzluklarınız</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

ADI SOYADI: YILDIZ MERVE KUTLU

DOĞUM YERİ: ANKARA

DOĞUM TARİHİ: 13.08.1991

E-MAIL: mervekt1@gmail.com

### EĞİTİM DURUMU

2016-2018 İstanbul Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2010-2015 Ankara Atılım Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Programı (İngilizce)

*Meli*

## Uyku Kliniğine Başvurmuş ve Uyku Bozukluğu Tanısı Almış Bireylerde Uyku Kalitesi, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi

ORJİNALLİK RAPORU

% <b>13</b>	% <b>11</b>	% <b>8</b>	% <b>6</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.noropsikiyatriarsivi.com">www.noropsikiyatriarsivi.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://www.noroloji.org.tr">www.noroloji.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://tanjuyildon.tr.gg">tanjuyildon.tr.gg</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://egitimvebilim.ted.org.tr">egitimvebilim.ted.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://www.cappsy.org">www.cappsy.org</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://ichastaliklaridergisi.org">ichastaliklaridergisi.org</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>