



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

UYKU BOZUKLUĞU KLİNİĞİNE BAŞVURAN PARASOMNİA
TEŞHİSİ ALMIŞ BİREYLERİN PARASOMNİA ALGILARI VE
BU ALGININ DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES
DÜZEYİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Birgül ÖZGÜVENÇ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT

İstanbul, 2016



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

**UYKU BOZUKLUĞU KLİNİĞİNE BAŞVURAN
PARASOMNİA TEŞHİSİ ALMIŞ BİREYLERİN
PARASOMNİA ALGILARI VE BU ALGININ
DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYİNE
ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

Birgöl ÖZGÜVENÇ

İstanbul, 2016

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

11.03.2016

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **115201182** numaralı **Birgül ÖZGÜVENÇ**'in "*Istanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**UYKU BOZUKLUĞU KLİNİĞİNE BAŞVURAN PARASOMNİA TEŞHİSİ ALMIŞ BİREYLERİN PARASOMNİA ALGILARI VE BU ALGININ DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.03.2016 tarih ve 2016/05 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (75) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. İTİR TARI CÖMERT



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. PINAR KURT



ÜYE
DOÇ.DR. İBRAHİM DEMİR

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Uyku Bozukluğu Kliniğine Başvuran Parasomnia Teşhisi Almış Bireylerin Parasomnia Algıları ve Bu Algının Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldııkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Birgöl ÖZGÜVENÇ

ONAY

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden iletişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel Üniversitesi Yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin bir yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Birgöl ÖZGÜVENÇ

ÖZET

UYKU BOZUKLUĞU KLİNİĞİNE BAŞVURAN PARASOMNİA TEŞHİSİ ALMIŞ BİREYLERİN PARASOMNİA ALGILARI VE BU ALGININ DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Parasomnia, uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan “istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler” olarak tanımlanmıştır. Bu olaylar; uyku ilişkili anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonomik sinir sistemi fonksiyonları ile karakterize olur. Bu araştırmanın amacı, parasomnia teşhisi almış bireylerin hastalıklarını algılayış şekli ve ruminatif kişilik özellikleri doğrultusunda oluşan depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi incelenmiştir. Literatürde birçok psikiyatrik, nörolojik, tıbbi hastalık ve diğer uyku bozukluklarının parasomniaya neden olabileceği belirtilmiştir. Çalışmamız da ise ruminatif düşünce şekilleri doğrultusunda parasomnia kaynaklı depresyon, anksiyete ve stres oluşabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla uyku kliniğine başvuran parasomnia teşhisi almış 82 deneğe (30 kadın, 52 erkek) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS- 42) ve Ruminasyon Ölçeği (RRS)’nin parasomniaya uyarlanmış şekli ve araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Ölçeklerin Crombach Alfa katsayıları hesaplanarak güvenilir olduğu bulunmuştur. Parasomnia grubu uyku bozukluğu ile ruminatif düşünme, depresyon, stres ve anksiyete bozukluğu arasındaki korelasyon hesaplamaları ANOVA ve Bağımsız Örneklem T Testi kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen bulgular ışığında parasomnia teşhisi almış bireylerin ruminasyon puanları incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Parasomnia grubu uyku bozukluğu yaşayan bireylerin ruminatif düşünme şekilleriyle depresyon, stres ve anksiyete bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Ruminatif düşünme artıkça depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri de artmaktadır. Bulgularımız, parasomnia uyku bozukluklarının depresyon ve anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında etken olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Parasomnia, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Stres, Ruminasyon

ABSTRACT

THE PARASOMNIA PERCEPTION OF INDIVIDUALS WHO WERE DIAGNOSED “PARASOMNIA” APPLIED TO SLEEP DISORDER CLINIC AND THIS PERCEPTION’S EFFECT TO THE STRESS LEVEL AND ANXIETY AND DEPRESSION

Graduate Thesis, Psychology Department

Parasomnia, has been defined as physical events or experiences occur at the time of sleep or sleep transition and waking up. This events characterized by sleep related abnormal motions, behaviours, feelings, perceptions dreams and autonomic nervous system functions. The aim of this survey is examining the effect of stress level and anxiety, depression which occurs in the direction of the human personality traits and their illnesses conception of Individuals who were diagnosed “Parasomnia”. In literature it was stated that many psychiatric, neurologic, diseases and sleep disorder can cause parasomnia. It was considered as to our study that depression anxiety and stress arising from parasomnia may occur in the way of ruminative thinking. For this purpose 82 subjects who were diagnosed parasomnia, applied to sleep disorder clinic (30 woman, 52 man) was practised Depression Anxiety Stress Scale (DASS) and Ruminative Responses Scale (RRS) which is adapted parasomnia and self description form reformed by researcher. Scales are found reliable by calculating their Cronbach Alpha’s coefficients. Correlational calculations between the sleep disorder in parasomnias group and ruminative thinking, depression, stress and anxiety disorders was made by using ANOVA and Independent Samples T Test. In the considerations of the findings. It was observed that, women were taking higher scores than men when examining rumination points of people who were diagnosed parasomnia. A semantic relation was occurred between depression, stress, anxiety disorders and ruminative thinking way of individuals who have the sleep disorder in parasomnias group. The more ruminative thinking the more depression stress and anxiety. Our findings shows that parasomnia sleep disorder can cause the emergence of depression and anxiety disorder.

Key Words: Parasomnia, Depression, Anxiety Disorder, Stress, Rumination.

ÖNSÖZ

Yaşadığımız yüzyılda uyku, kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyarınlarla geri döndürülebilien bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemi olarak tanımlanmaktadır. Uyku doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için restore etmektedir. Uyku sağlıklı yaşamın en önemli unsurlarından biridir. Dolayısıyla amacı parasomnia teşhisi almış bireylerin ruminatif düşünme şekillerine göre depresyon, anksiyete, stres düzeylerinin incelenmesi olan araştırmamızda sağlığını tehdit eden uyku bozukluğunun etki ettiği psikiyatrik durumlar ve ilişkileri açıklanmıştır. Parasomnia uyku bozukluğunun tanı ve tedavi uygulamaları açısından literatüre katkı sağlayan bir çalışma olmuştur.

Bu çalışma da, yoğun akademik çalışmaları arasında zamanını ayırarak bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT'e ilgi ve desteğinden ötürü, uzmanlık eğitimim süresince akademik ortamda desteğini esirgemeyen ve tecrübelerinden her zaman istifade etmeye çalıştığım Arel Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Doç. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK'e, literatür taramalarım sırasında kaynak bulma ve edinme konusunda karşılıksız desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Hakan KAYNAK'a, veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Türkiye Hastanesi Uyku Bozuklukları Birimi doktorlarından Op. Dr. Ahmet YILDIRIM'a ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü doktorlarından Muhammet Tayyip KADAK'a, tezimin özellikle istatistik değerlendirmesinde yardımlarını gördüğüm Doç. Dr. İbrahim DEMİR'e ayrı ayrı teşekkürü bir borç bilirim.

Bilimin gelişimine değer vererek çalışmama katılmayı gönüllü kabul eden tüm hastalara minnet borçluyum. Eğitim ve öğrenim hayatım boyunca her türlü fedakarlığı göstererek beni her zaman destekledikleri için aileme sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

İstanbul, 2016

Birgül ÖZGÜVENÇ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
EKLER LİSTESİ.....	xii

I. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi.....	5
1.4. Sayıtlar.....	6
1.5. Sınırlıklar.....	6

II. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku ve Uyku Bozuklukları.....	7
2.1.1. Uykunun Tanımı.....	7
2.1.2. Uykunun Yapısı.....	8
2.1.3. Uykunun Evreleri.....	9
2.1.3.1. Sakin Uyanıklık.....	9

	Sayfa
2.1.3.2. NREM Dönemi Uyku.....	9
2.1.3.3. REM Dönemi Uyku.....	11
2.1.4. Uyku Bozuklukları ve Sınıflama.....	12
2.1.5. Parasomnialar.....	14
2.1.5.1. NREM Uykusunda Oluşan Uyku Bozuklukları.....	16
2.1.5.2. REM Uykusu ile İlişkili Parasomnialar.....	20
2.1.5.3. Diğer Parasomnialar.....	24
2.2. Depresyon Kavramı ve Uyku ile İlişkisi.....	28
2.2.1. Depresyonun Tanımı.....	28
2.2.2. Depresyonun Belirtileri.....	30
2.2.3. Depresyonun Nedenleri.....	31
2.2.4. Depresyonun Uyku ile İlişkisi.....	32
2.3. Anksiyete Kavramı ve Uyku ile İlişkisi.....	33
2.3.1. Anksiyete Tanımı.....	33
2.3.2. Anksiyete Bozukluğu Belirtileri.....	35
2.3.3. Anksiyete Bozukluğu Nedenleri.....	36
2.3.4. Anksiyete Bozukluğunun Uyku ile İlişkisi.....	37
2.4. Stres Kavramı ve Uyku ile İlişkisi.....	39
2.4.1. Stres Tanımı.....	39
2.4.2. Stresin Belirtileri.....	40
2.4.3. Stresin Nedenleri.....	41
2.4.4. Stresin Uyku ile İlişkisi.....	42
2.5. Ruminatif Tepki Stillerinin Kişi Yaşamına Etkisi.....	43

III. BÖLÜM

YÖNTEM

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Modeli.....	45
3.2. Çalışma Grubu.....	46
3.3. Veri Toplama Araçları.....	46
3.3.1. Yarı Yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formu.....	46
3.3.2. Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS).....	47
3.3.3. Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RRS).....	48
3.4. Verilerin Toplanması.....	49
3.5. Verilerin Çözümlemesi.....	49

IV.BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri.....	50
4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	51
4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri.....	53
4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Niteliklerine Ait Bulgular.....	54
4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Ruminasyon, Depresyon, Ansiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular.....	60
4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Psikiyatrik Tedavi Görmelerine Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular.....	61
4.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sigara Kullanımına Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular.....	62

4.8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Alkol Kullanımına Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular.....	63
4.9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Şikayet Sürelerine Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular.....	64
4.10. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluğu Teşhisi Almış Bireylerin Hastalık Algıları ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	65
4.11. Parasomnia Uyku Bozukluğu ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Bozukluğunun Ortaya Çıkmasının İncelenmesi.....	66

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Tartışma ve Yorum.....	71
------------------------------------	----

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç.....	81
6.2. Araştırmanın Literatüre Katkısı.....	83
6.3. Öneriler.....	84
6.3.1. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler.....	84
6.3.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	85
KAYNAKÇA	86
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	107

KISALTMALAR LİSTESİ

AASM	: American Academy of Sleep Medicine (Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi)
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
DASS	: Depression Anxiety Stress Scale (Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyogram
EOG	: Elektrookülogram
GH	: Growth Hormone
HBS	: Huzursuz Bacaklar Sendromu
ISCD	: İnternational Classification of Sleep Disorders
ISD	: İnternational Classification of Diseases
MÖ	: Milattan Önce
NREM	: Non Rapid Eye Movement
OSS	: Santral Sinir Sistemi
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PLMS	: Uykuda Periyodik Bacak Hareketleri
PSG	: Polisomnografi
RBD	: Rem Uykusunda Davranış Bozukluğu
REM	: Rapid Eye Movement
RRS	: Ruminatif Responses Scale (Ruminasyon Ölçeği)
SD	: Standart Sapma
SSS	: Santral Sinir Sistemi

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Uyku Evreleri Özellikleri.....	12
Tablo 2.2. Psikiyatride Uyku Bozukluklarının DSM V-TR'ye Göre Sınıflandırılması.....	13
Tablo 2.3. Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi (AASM) Kriterlerine Göre Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	13
Tablo 2.4. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluklarının ISCD-3'e Göre Sınıflandırılması.....	15
Tablo 2.5. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluklarının DSM V-TR'ye Göre Sınıflandırılması.....	16
Tablo 2.6. DSM V-TR'ye Göre Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	29
Tablo 2.7. DSM V-TR Göre Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları.....	34
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımı.....	50
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaş Betimleyici İstatistikleri.....	51
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Tanılarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Şikayet Sürelerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Psikiyatrik Tedavi Görüp Görmediklerine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Alışkanlık Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
Tablo 4.7. Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri, Cronbach Alfa Düzeyleri ve Değişkenlerle Ölçek Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonları.....	54
Tablo 4.8. Araştırmada Kullanılan Ruminasyon Ölçeğine (RRS) Verilen Cevapların İstatistikleri.....	56

Tablo 4.9. Araştırmada Kullanılan (DASS) Depresyon Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri.....	57
Tablo 4.10. Araştırmada Kullanılan (DASS) Anksiyete Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri.....	58
Tablo 4.11. Araştırmada Kullanılan (DASS) Stres Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri.....	59
Tablo 4.12. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.13. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Görme Durumlarına Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.14. Katılımcıların Sigara İçme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.16. Katılımcıların Şikayet Sürelerine Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.17. RSS Ölçeği ile DASS Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Durumları.....	65
Tablo 4.18. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Depresyon Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması.....	66
Tablo 4.19. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Anksiyete Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması.....	67
Tablo 4.20. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Stres Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması.....	67
Tablo 4.21. Parasomnia Uyku Bozukluğu ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Bozukluğunun Ortaya Çıkması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Uygunun Evreleri Grafiği.....	9
Şekil 2.2. Parasomniaların Değerlendirilmesi ve Tedavisi.....	27

EKLER LİSTESİ

	Sayfa
Ek-1.	Yarı Yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formu.....100
Ek-2.	Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS).....101
Ek-3.	Ruminasyon Ölçeği (RRS).....105
Ek-4.	Bilgilendirilmiş Onam Formu.....106

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Uyku yaşamın yaklaşık üçte birini kapsayan, farklı dönemlerden, biyolojik yapıyı her düzeyde etkileyen, çevre uyaranlarını algılamada azalma ile karakterize ve görece hızla ortadan kaldırılabilen bir durumdur. Rapid Eye Movement (REM) ve Non REM (NREM) olmak üzere iki ana bölüm dikkati çekmektedir. Bu dönemleri içine alacak şekilde bir tanım yapılırsa uykunun, uyanıklıkla uyku dönemleri arasındaki periyodik geçişler olduğu söylenebilir (Özgen ve Aydın, 2001). Uykunun işlevi tam olarak ortaya konamamış olsa da, yaşamı sürdürmek açısından vazgeçilmez olduğu belirgindir. Uykunun aktif ya da pasif olduğu yıllarca tartışılmış olup, elektroensefalografi'nin (EEG) keşfi ile aktif bir olay olduğu anlaşılmış ve uyku konusundaki çalışmalar hızlı bir ivme kazanmıştır (Benca, 2007: 280).

Yaşadığımız yüzyılda uyku, kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilene bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemi olarak tanımlanmaktadır. Sirkadiyen bir ritme uygun olarak düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan, ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi değişik uyaranlarla geri döndürülebilene bu bilinçsizlik hali, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için restore etmektedir (Karadağ, 2007). Uyku sağlıklı yaşamın en önemli unsurlarından biridir.

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir. II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda gelişen teknolojinin katkısıyla önemli adımlar atılmış ve yıllar içinde de çalışmalar "uyku tıbbı" başlığı altında toplanmaya başlanmıştır (Özgen, 2001).

AASM, yeni düzenlemeler içeren Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasının 3. versiyonunu (International Classification of Sleep Disorders. Version 3 – ICSD-3) 2014 yılında yayınlamıştır. Bu sınıflama 7 ana gruptan oluşmakta ve 59 uyku bozukluğunu kapsamaktadır (ICSD-3, 2014). Bir diğer sınıflama Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V-TR) Uyku-Uyanıklık Bozuklukları olarak ele alınmıştır (DSM-V-TR, 2013). Parasomnia grubu uyku bozuklukları bu sınıflamanın içinde önemli bir yere sahiptir.

Parasomnia, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya geçiş sırasında ortaya çıkan, primer olarak uyku ya da uyanıklık durumlarının ikisine de ait olmayan bozukluklardır. Bu bozukluklar, santral sinir sistemi (SSS) aktivasyonunun, otonomik sinir sistemi (OSS) ve iskelet kaslarına aktarılması sonucu, OSS, hareket sistemi ya da bilişsel süreçlerin etkinleşmesiyle karakterize olur (DSM IV-TR, 2001: 252; Deniz ve Orhan, 2009). Parasomnialar, Uluslararası Uyku Sınıflamasının üçüncü baskısında, uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan “istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler” olarak tanımlanmıştır. Bu olaylar; uyku ilişkili anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonomik sinir sistemi fonksiyonlarını içerir (ICSD-3, 2014; Bilici ve Karataş, 2013). Bu davranışlar ve nadir olarak uykuda ortaya çıkan cinsel davranışlar, ciddi yasal sorunlara neden olabilmektedir (Schenck ve ark, 2006; Mahowald ve Schenck, 2000). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V-TR) parasomnileri beş ayrı grupta incelerken, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (The International Classification of Sleep Disorders ICSD-3) çok daha fazla parasomnia tanımlamıştır.

Uyku bozuklukları tüm insan metabolizmasını etkilediği gibi psikiyatrik hastalıklar ile de birlikte görülmekte olup, tanı ölçütleri içerisinde de yer almaktadırlar. Depresyon, stres ve anksiyete bozuklukları toplumda en sık görülmekte olan psikiyatrik rahatsızlıklar olup görülme sıklıkları kronik hastalıklarla birlikte artış göstermektedir. Depresyon erkeklerde %5- 12, kadınlarda %10- 25 yaşam boyu yaygınlığa sahip olduğu bildirilmiştir. Anksiyete bozukluklarının yaşam

boyu prevalansı ise %19,2 olarak belirlenmiştir. Stres, her bireyin hayatı boyunca karşısına çıkabilecek bir duygu durumudur ve baş edememe durumunda rahatsızlık olarak tanımlanabilir. Stres, depresyon ve anksiyete bozukluğunun nedenleri arasında yer alan bir kavramdır. Depresyon ve anksiyete bozukluğu ayrı birer hastalık olarak görülmelerinin yanı sıra sıklıkla birlikte görülebilmektedirler. Uyku sorunları depresyon ve anksiyetenin belirtisi olması yanında, kronikleşen uyku bozukluğu da depresyona ve anksiyeteye sebep olabilir ve stres durumunu oluşturabilir. Literatürde konuyla ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiş, kesin bir fikir birliğine varılamamıştır (Memetali, 2010).

Yaşadığımız yüzyılda hastalıkların tedavisinin yaşamsal bulgulardan öte eksiksiz olarak değerlendirilmesinde, fiziksel parametrelerin yanı sıra, yaşam kalitesindeki düzelmeler üzerine etkilerinin de incelenmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Yaşam kalitesi, kişinin kendi sağlık durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimidir. Dolayısıyla kişinin rahatsızlığını algılayış şekli durumu üzerinde büyük bir etkiye sahip olacaktır. Son yıllarda oldukça ilgi gören Tepki Stilleri Kuramı bazı bireylerin neden psikolojik sorun geliştirmeye daha eğilimli olduğunu ruminatif kişilik özelliğiyle açıklamaktadır. Bu kurama göre, ruminatif eğilimleri olan bireylerin depresif duygu durumlarından şikâyet etme olasılıkları daha fazladır. Ruminasyon; kişinin ısrarla içinde bulunduğu duygu durumunu (özellikle depresif durumunu), bu duygu durumunun belirtilerini, olası sebeplerini veya sonuçlarını sürekli düşünmesi; ancak problemini çözmek için harekete geçmemesi olarak tanımlanmaktadır (Marrow ve Nolen-Hoeksema, 1990).

Bu yüzden parasomnia grubu uyku bozuklukları yaşayan bireylerin ruminatif düşünme şekillerinin depresyon, stres ve anksiyete bozukluğu üzerindeki etkisi dikkatle üzerinde çalışılması gereken bir konudur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bilişsel modele göre tüm psikiyatrik bozuklukların temelindeki ortak işleyiş, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşünceleridir. Kısacası insanların duygu ve davranışları olayları nasıl yorumladıklarına bağlı olarak değişmektedir. Buna göre kişiler sadece içinde buldukları durumdan veya geçmişlerinden etkilenmezler; insanlar için asıl önemli olan, durumlar hakkındaki düşünceleridir.

Ruminasyon ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların çoğu depresyonla ilgilidir. Bu çalışmalarda depresyon ve ruminasyonun ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Ruminasyonun kaygı belirtileriyle ilişkili bulunduğu çalışmalar da yapılmıştır (Gülüm ve Dağ, 2012). Depresyon, Anksiyete ve Stres Bozukluğu yaşayan bireylerde uyku bozukluklarının görüldüğü bilinmektedir. Fakat uyku bozukluğu sınıflamasında ayrı bir kategoriye oluşturan parasomnia grubu hastaların hastalıkları ile ilgili düşünme tarzları, hastalıklarını algılayış şekillerinin depresyon, anksiyete ve stres oluşumuna etkisini belirlemek araştırmamızın amacını oluşturmaktadır. Ayrıca, bu araştırmada parasomnia kaynaklı depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu oluşabileceği düşünülmüştür.

Bu genel amaç çerçevesinde alt amaçlar aşağıda belirtilmiştir:

- a) Prosomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile ruminatif düşünce şekilleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- b) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- c) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- d) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile stres seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

- e) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin psikiyatrik tedavi görmeleri ile ruminatif düşünce şekilleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- f) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin alışkanlıkları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- g) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin şikayet süreleri ile depresyon, anksiyete, stres seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- h) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
- i) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
- j) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile stres seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
- k) Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalıkları ile ilgili ruminatif düşünce şekilleri istatistiksel olarak ne düzeydedir?
- l) Parasomnia grubu uyku bozukluğu istatistiki olarak depresyon ortaya çıkartmakta mıdır?
- m) Parasomnia grubu uyku bozuklukları istatistiki olarak anksiyete bozukluğu ortaya çıkartmakta mıdır?
- n) Parasomnia grubu uyku bozuklukları istatistiki olarak stres bozukluğu ortaya çıkartmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi ve Gerekçesi

Depresif hastaların % 80-85'i uykusuzluktan, % 15-20'si de fazla uyumaktan yakınmaktadır (Özgen ve diğerleri, 2001).Uykusuzluktan yakınanlar, uykuya dalmakta güçlük çektiklerini, gece sık ve uzun uyanıklıkları olduğunu, sabah erken

uyandıklarını ifade etmektedirler (Reynolds ve Kupfer, 1987). Kaygı Bozukluklarında ise kaygıdan kaynaklı uykusuzluk görülebilmektedir. Stres Bozukluğunda ise uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan uyku olduğu belirtilmiştir (DSM V, 2013: 148).

Bu hastalıklara eşlik eden uyku bozuklukları genellikle insomnia grubu bozuklukları işaret etmektedir. Parasomnia grubu hastalıklar sınıfına dahil görünmemektedir.

Parasomnialar, Uluslararası Uyku Sınıflamasının üçüncü baskısında, uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan “istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler” olarak tanımlanmıştır. Otonomik sinir sistemi ile ilgili fonksiyonları içerir (ICSD-3, 2014). Bu yüzden depresyon, anksiyete ve stres parasomnia hastalığının sebebi olabileceği gibi sonucu da olabileceği düşünülmüştür.

Birçok psikiyatrik bozuklukta kişinin sorunları, düşünceleri, duyguları hakkında perseveratif olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı düşünce süreçleri belli şekillerde etkili olmaktadır (Gülüm ve Dağ, 2012).

Uyku bozukluğu sınıflamasında ayrı bir kategori oluşturulan parasomnia grubu hastaların hastalıkları ile ilgili düşünme tarzları, hastalıklarını algılayış şekillerinin depresyon, anksiyete ve stres oluşumuna etkisinin belirlenmesiyle; parasomnia teşhisi almış bireylerin tedavileri şekillendirilebilecek ayrıca ruminatif düşünce şekilleri aktivite ve terapilerle olumlu yönde değiştirilerek hastanın tedavisine katkıda bulunulabilecektir.

1.4. Sayıtlar

- Araştırmada ölçülen yapılar, kullanılan ölçme araçları ile ölçülebilecek yapılardır.
- Araştırmanın örneklemini oluşturacak hastalar, kendilerine uygulanan ölçekleri samimi ve doğru olarak yayınlamışlardır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

- Uyku kliniğine başvurmuş, parasonmia teşhisi almış hastalar ile,
- Araştırma konusu ölçeklerin faktörleriyle,
- Araştırmadan elde edilen bulgular, katılımcıların ölçeklere verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku ve Uyku Bozuklukları

2.1.1. Uyku Tanımı

Uyku, insan yaşamını sürdürebilmek için gerekli olan farklı bir bilinç halidir. Literatür ışığında pek çok bilim insanı uykuyu tanımlamaya çalışmıştır. Hipokrat' a göre uyku, kanın, dolayısıyla ısının vücudun derinliklerine doğru akışıyla oluşur. Aristo, uykunun besinlerin sindirilmesi sonucu başladığını düşünmüştür. Freud ise uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temellerini araştırmıştır (Kaynak, 1998: 35). Fakat uykunun anlaşılabilmesi, ancak uyku sırasında vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi ve incelenmesi ile çözümlenmiştir (Karadağ, 2008; Benca, 2007: 280). Uykuyla ilgili yayınlanmış ilk kitaplardan biri olan Robert MacNish'in 1834'te yayımladığı " The Philosophy of Sleep " uykuyu " ölüm ile uyanıklık arasında bir dönem " olarak tanımlamış; uzun süre bu görüşe inanılarak uykunun pasif bir süreç olduğu düşünülmüştür (Macnish, 1834).

Uyku hakkında J.Allan Hobson 1989'da "Sleep" adlı kitabın girişinde "son 60 yılda öğrendiklerimiz, 6000 yıldır öğrendiklerimizden fazladır" demiştir (Hobson, 1990). Böylelikle günümüzde uykunun, uyanıklığın askıya alınması şeklinde pasif bir olay olmadığı, aksine uykunun kesinleşmiş mekanizmalarla kontrol altında tutulan özel ve aktif bir dönem olduğu anlaşılmıştır (Kaynak, 2011: 3).

Uykunun amaçları, restoratif (yenileyici) ve evrimsel (uyumcul) olarak iki teori ile açıklanmaya çalışılmıştır. Restoratif teoride uykuda yenilenme ve onarım süreçleri olduğunu öne sürerler. Genel olarak NREM uykusunun bedeni, REM uykusunun zihni yenilediği kabul edilir. NREM boyunca growth hormon, testesteron ve prolaktin salgılarında artışlar olur. Restoratif teorinin zayıflıkları arasında uyku ihtiyacımızın gün içerisindeki performans ile doğru ilişkili olmaması gösterilmektedir. Evrimsel teoride ise uykunun zaman içerisinde edinilmiş canlı

kalmayı sağlayan uyumsal süreçler olduğunu, tehlikeli durum ya da türlerle karşılaşmayı önlediğini ileri sürerler. Bu teoriler henüz uykuyu açıklamakta yetersiz görünmektedir (Özgen, 2001).

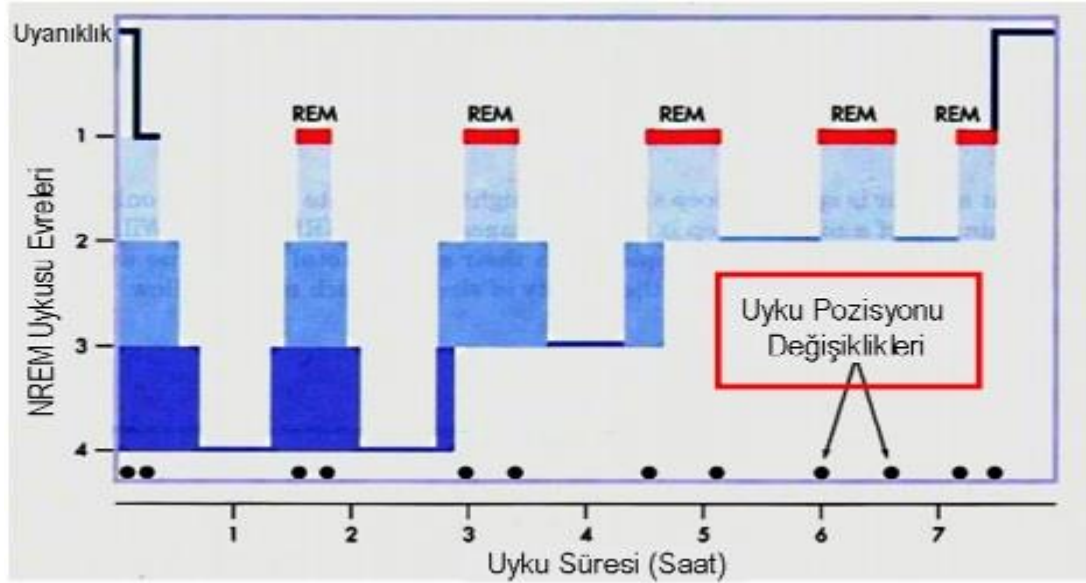
Yaşadığımız yüzyılda uyku, kişinin uygun duyuşsal ya da başka uyarılarla geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemi olarak tanımlanmaktadır. Sirkadiyen bir ritme uygun olarak düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan, ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi değişik uyarılarla geri döndürülebilir bu bilinçsizlik hali, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için restore etmektedir (Karadağ, 2007). Uyku sağlıklı yaşamın en önemli unsurlarından biridir.

2.1.2. Uykunun Yapısı

Uyku insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır (Aydın ve Özgen, 2001). Uyku süreciyle ilgili en iyi veriler uyku laboratuvarında yürütülen araştırmalardan elde edilir. Uyku laboratuvarında araştırmacı tarafından Elektroensefalogram (EEG) kaydı için skalp dokusuna ve elektromiyogram (EMG) kaydı için gerekli olan kas aktivitesinin ölçümü açısından da çene kasına elektrotlar yerleştirilerek denek elektrofizyolojik ölçümlere hazırlanır. Bunun yanı sıra, göz hareketlerinin izlendiği elektrookülogram (EOG) kaydı için gözlerin etrafına da elektrotlar yerleştirilir. Bunların dışında, kalp hızı ve solunum gibi otonomik değerlerin ölçümleri ile ciltte ortaya çıkan elektrik iletimi değişikliklerin değerlendirilmesi için farklı elektrotlar ve transdüserler (dönüştürücüler) de yerleştirilebilir (Carlson, 2011). Bu değerlendirmelerden elde edilen veriler doğrultusunda uyku; polisomnografide (PSG) hızlı göz hareketlerinin olmadığı “yavaş dalga uykusu” (NREM) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu “paradoksal uyku” (REM) olmak üzere başlıca iki evrede incelenir. Bu iki uyku evresi uykuda belirli süreler ile birbirlerini takip etmektedir. Kişiden kişiye ve yaşla değişmekle birlikte yaklaşık 90-120 dakika arasında NREM uyku evresi (%75) ve REM uyku evresi (%25) şeklindeki döngü, sağlıklı kişilerde uyku süresince tekrarlanır (AASM, 2007: 43; Köroğlu, 2009: 571; Carscadon ve Dement, 2011).

2.1.3. Uykunun Evreleri

Hızlı göz küresi hareketlerinin varlığı ve kas tonusu azalması keşfi uyku evrelerinin anlaşılabilmesine olanak sağladı. Dement ve Kleitman uykudaki değişik bilinç düzeylerini şu şekilde sınıflandırdılar (Kaynak, 1998: 20).



Kaynak : http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/u_tural/uyku.pdf (5 Mayıs 2015).

Şekil 2.1. Uykunun Evreleri Grafiği.

2.1.3.1. Sakin Uyanıklık

Gözler kapalı, sakin ve hareketsiz olarak yatıldığında, beynin orta ve arka bölgelerinden, 8-12 Hz frekansında “alfa dalgaları” olarak adlandırılan dalgalar kaydedilir. Bu sırada göz küresi hareketleri görülmez veya göz kırpması sonucunda ortaya çıkan aynı yönde dalgalar EOG kanallarında görülebilir. Kas tonusu uykunun diğer evrelerine göre yüksek düzeydedir (Kaynak, 1998: 20; Ziyalar, 1999).

2.1.3.2. NREM Dönemi Uyku

NREM uykusu, genellikle minimal veya fragmente mental aktivitesi ile birliktedir. NREM uykusunda beynin sol hemisferi aktif durumdadır (Aydın ve Sütçügil, 2001). Yani devinim gösterebilen bir bedende, henüz düzenleme yapabilen

beyin, görece inaktif bir durumdur (Dement ve Kleitman, 1957). Yavaş uyku olarak da adlandırılan NREM dönemi uyku kendi içinde iki ana bölüme ayrılabilir.

a. Yüzeysel Uyku: Uykunun 1. ve 2. evresini oluşturan kısımdır. Yüzeysel uyku, uyku-uyanıklık geçişi arasındaki dönemi oluşturmakta olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir. Yaklaşık olarak tüm uykunun yarısından biraz fazlasını oluşturmaktadır (Aydın ve Özgen, 2001).

1.Evre Uyku : Uykuya dalma olarak bilinen bu evrede EEG’de karışık frekansta, düşük voltajlı dalgalar saptanır. Aynı anda yavaş göz küresi hareketleri EOG kanallarında izlenmeye başlanır. Yavaş göz küresi hareketleri, uykuya daldıktan sonra gözlerin yavaş yavaş iki yöne doğru hareketidir. Uykuya dalmayla birlikte kas tonusu uyanıklığa göre bir miktar azalır. Uykunun bu ilk evresi, gece içinde zaman zaman tekrar ortaya çıkarak, tüm gece uykusunun, % 1 - % 4’ ünü oluşturur (Kaynak, 1998: 35).

2.Evre Uyku : Beyin dalgalarının kaydedildiği EEG kanallarında başlangıçta 1. evredekine benzer düşük voltajlı, daha sonra amplitüdü giderek artan 4–7 Hz frekansında , “teta dalgaları” olarak adlandırılan dalgalar kaydedilir. Özel bazı uyku elemanları temel faaliyet sürerken periyodik olarak ortaya çıkar. Bunlar uykunun derinleştiğini gösteren , kısa süreli, 13-14 Hz frekansında, iğ biçiminde bir faaliyet olan uyku iğleri ile uykunun yüzelleştiğini gösteren yüksek amplitüdü, üçlü, kompleks bir dalga olan K komplekslerdir. 1. evre de görülen yavaş göz küresi hareketleri bu evrede de devam eder. Kas gerginliği 1. evreye oranla biraz daha azalır. Tüm gece uykusunun %45- %50’sini 2. evre uykusu oluşturur (Kaynak ve Ardıç, 2011: 7; Pal ve Mallick, 2007).

b. Derin Uyku (Yavaş Dalga Uykusu): Uykunun 3. ve 4. evrelerini oluşturan kısımdır. Derin uyku sırasında insanın uyandırılabilmesi için daha güçlü uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemde Growth Hormone (GH) salgılanması artmaktadır. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta,

kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma dikkati çekmektedir (Carskadon ve Dement, 2011; Aydın ve Özgen, 2001).

3.Evre ve 4.Evre Uyku : Bu dönemde uyku iyice derinleşmiştir. Komalardaki hastalarda görülen dalgalara benzer şekilde 1-4 Hz frekansında “delta dalgaları” olarak adlandırılan, yüksek voltajlı yavaş dalgalar EEG’ye egemen olur. Delta dalgalarının belli bir uyku döneminin %20- %50’sini oluşturması durumunda 3. evreden, bu faaliyetin uyku döneminin %50’den fazlasını oluşturması durumunda ise 4.evreden bahsetmek mümkün olur (Kaynak, 1998: 35).Yavaş göz küresi hareketleri kural olmamakla birlikte bu evrelerde de görülebilir. Kas gerginliği önceki evrelere göre daha da azalmıştır. Gece uykuda geçen sürenin %20- %25’i 3. ve 4. uyku evrelerinden oluşur (Carskadon ve Dement, 2011).

2.1.3.3. REM Dönemi Uyku

REM uykusu birçok özelliğiyle diğer uyku evrelerinden ayrılır. REM uykusunda beynin sağ hemisferi aktif durumdadır (Aydın ve Sütçügil, 2001). Solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonus kaybı (atoni) olmaktadır.

Bu sırada REM başlamakta, fazik ve tonik değişimler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Rüyaların %80'nin REM sırasında görüldüğü bilinmektedir. Kalp atımında taşikardi, bradikardi dönemleri gözlenmekte, solunum sayısı ve derinliği değişmektedir. Beyin kan akımı çalışmaları, REM sırasında, kan akımının, oksijen kullanımının uyanıklığa benzer tarzda fazik artışlar gösterdiğine işaret etmektedir (Aydın ve Özgen, 2001). REM dönemine adını veren temel farklılık, EOG kanallarında kaydedilen, hızlı göz küresi hareketleridir. Hiçbir uyku evresinde rastlanmayan hızlı göz küresi hareketleri, tek tek veya gruplar halinde bu uyku evresinde ortaya çıkar. Yüzde, kol ve bacaklarda minik seyirmeler dışında REM’de kas gerginliği tamamen kaybolmuştur. REM dönemi gece uykusunun %20- %25’ini oluşturur (Kaynak ve Ardiç, 2011: 3; Kaynak, 1998: 35).

Tablo 2.1. Uyku Evreleri Özellikleri

Uyanıklık	Düşük voltajlı beta dalgaları, rasgele ve hızlıdır.
Başlangıç (Dalış)	Alfa dalgaları, rasgele ve hızlıdır.
Evre 1 (%5)	Hafif yavaşlama, alfa ve teta dalgaları.
Evre 2 (%45)	Yavaşlama, K kompleksi, 12-14 frekanslı uyku içcikleri
Evre 3 (%12)	Yüksek amplitüd, yavaş delta dalgaları
Evre 4 (%13)	En az %50 si delta dalgasıdır.
REM Uykusu (%25)	Testere dişi dalgaları, başlangıç uykuya benzer.

2.1.4. Uyku Bozuklukları ve Sınıflama

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir. II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda gelişen teknolojinin katkısıyla önemli adımlar atılmış ve yıllar içinde de çalışmalar “uyku tıbbi” başlığı altında toplanmaya başlanmıştır (Özgen, 2001: 41). Modern anlamda 1979 yılında Association of Sleep Disorders Centers tarafından yapılmış ve “Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders” adıyla yayınlanmıştır (T.K.B.B.V, 2010). Uyku tıbbındaki hızlı gelişme ve bilgi birikimi nedeniyle kısa sürede bu sınıflama güncelliğini kaybetmiştir (Özgen, 2001: 41). Son olarak AASM, yeni düzenlemeler içeren Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasının 3. versiyonunu (International Classification of Sleep Disorders. Version 3 – ICSD-3) 2014 yılında yayınlamıştır. Bu sınıflama 7 ana gruptan oluşmakta ve 59 uyku bozukluğunu kapsamaktadır (ICSD-3, 2014). Bir diğer sınıflama Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nda (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V-TR) Uyku-Uyanıklık Bozuklukları olarak ele alınmıştır (DSM-V-TR, 2013).

Tablo 2.2. Psikiyatri’de Uyku Bozukluklarının DSM V-TR’ye Göre Sınıflandırılması

Uyku – Uyanıklık Bozuklukları

1. Uykusuzluk Bozukluğu
2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu
3. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları
4. Parasomniler
5. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu
6. Tanımlanmış Diğer Bir Uykusuzluk Bozukluğu
7. Tanımlanmamış Uykusuzluk Bozukluğu
8. Tanımlanmış Diğer Bir Aşırı Uykululuk Bozukluğu
9. Tanımlanmamış Aşırı Uykululuk Bozukluğu
10. Tanımlanmamış Uyku- Uyanıklık Bozukluğu
11. Tanımlanmış Diğer Bir Uyku- Uyanıklık Bozukluğu

Tablo 2.3. Amerikan Uyku Bozuklukları Akademisi (AASM) Kriterlerine Göre Uyku Bozuklukları Sınıflaması.

1. İnsomniler
2. Uyku ile İlgili Solunum Bozuklukları
3. Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar
4. Sirkadyen Ritim Uyku - Uyanıklık Bozuklukları
5. Parasomniler
6. Uyku İle İlişkili Hareket Bozukluğu
7. Diğer Uyku Bozuklukları

2.1.5. Parasomniler

Bu sınıflamaların içerisinde parasomnia grubu uyku bozuklukları önemli bir yer edinir. Parasomnia, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya geçiş sırasında ortaya çıkan, primer olarak uyku ya da uyanıklık durumlarının ikisine de ait olmayan bozukluklardır. Bu bozukluklar, santral sinir sistemi (SSS) aktivasyonunun, otonomik sinir sistemi (OSS) ve iskelet kaslarına aktarılması sonucu, OSS, hareket sistemi ya da bilişsel süreçlerin etkinleşmesiyle karakterize olur (DSM-IV-TR, 2001: 250; Deniz ve Orhan, 2009).

Parasomnialar, Uluslararası Uyku Sınıflamasının üçüncü baskısında, uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan “istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler” olarak tanımlanmıştır. Bu olaylar; uyku ilişkili anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonomik sinir sistemi fonksiyonlarını içerir (ICSD-3, 2014; Bilici ve Karataş, 2013). Bu davranışlar ve nadir olarak uykuda ortaya çıkan cinsel davranışlar, ciddi yasal sorunlara neden olabilmektedir (Mahowald ve Schenck, 2000). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-V-TR) parasomnileri beş ayrı grupta incelerken, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3) çok daha fazla parasomnia tanımlamıştır.

Tablo 2.4. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluklarının ICSD-3'e Göre Sınıflandırılması.

1. Uyanma Bozuklukları (NREM uykusundan)

- 1.1. Arousal Bozukluklar,
- 1.2. Konfizyonel Arousallar,
- 1.3. Uykuda Yürüme,
- 1.4. Uyku Terörü,
- 1.3. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu,

2. REM Uykusu ile ilişkili Parasomnialar

- 2.1. Kâbus Bozukluğu,
- 2.2. REM Uykusu Davranış Bozukluğu,
- 2.3 Yineleyici Uyku Paralizisi,

3. Diğer Parasomnialar olarak adlandırılanlar

- 3.1. Uykuda Enürezis,
- 3.2. Patlayan Baş Sendromu,
- 3.3. Uyku ile İlişkili Halüsinasyonlar,
- 3.4. İlaç veya Madde Kullanımına Bağlı Parasomnia,
- 3.5. Tıbbi Durumlara Bağlı Parasomnia,
- 3.6. Spesifiye edilemeyen parasomniler olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 2.4'te de görüldüğü gibi ICSD-3'e göre parasomnialar uykunun evreleri göz önünde bulundurularak 3 ana başlık altında toplanmıştır. Uyanma bozuklukları, NREM uykusunda görülen durumları, REM uykusu ile ilgili parasomnialar, REM dönemi görülen durumları belirtmektedir.

Tablo 2.5. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluklarının DSM V-TR'ye Göre Sınıflandırılması.

1. Hızlı Göz Devinimleri Uykusu Dışında Uykudan Uyanma Bozuklukları

1.1. Uyurgezerlik.

1.2. Uykuda Korku Duyma

2. Karabasan Bozukluğu,

3. Hızlı Göz Devinimleri (REM) Uykusunda Davranış Bozukluğu,

4. Huzursuz Bacaklar Sendromu

5.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu olarak beş grupta sınıflandırılmıştır.

Bu iki sınıflandırma doğrultusunda değişik şekillerde ortaya çıkan parasomnia genel popülasyon da %1-11 olarak gözlemlenir (Tinuper ve diğerleri, 2012). Parasomniyalı hastaların duyu durumlarını algılamak ve parasomniyalının özelliklerini belirtmek araştırma açısından önem taşımaktadır. Her iki sınıflandırmada yer alan parasomnia gruplarını açıklamak yerinde olacaktır.

2.1.5.1. NREM Uyanma Bozuklukları

Uyanma bozukluklarının bazı ortak özellikleri vardır. Gecenin ilk 1/3 kısmında ve sıklıkla yavaş dalga uykusu sırasında, sıklıkla olmasa da 2.evre uykusu sırasında ortaya çıkarlar. Tipik olarak çocukluk çağında görülmeye başlar ve ergenlik sonrası kaybolurlar. Güçlü bir genetik geçiş söz konusudur. Uyku yoksunluğunda ya da uyku bölünmeleri ortaya çıkmalarında etken olabilir. Vakaların büyük bir kısmında stereotipik ya da saldırgan davranışlar görülmez ve olayla ilgili geriye dönük amneziler gözlemlenebilir (Fleetham ve Fleming, 2014; Mason ve Pack, 2007). Genel olarak bu bozukluklarda cinsiyet farkı gözlenmemiştir.

Arousal Bozukluklar: Arousal bozuklukların bazı ortak özellikleri vardır. Bunlar gecenin 1/3 kısmında ve sıklıkla, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkar. Tekrarlayan uykudan kısmi uyanıklık atakları olarak tanımlanır. Ataklar sırasında çevresindekilerin müdahalesine uygunsuz yanıt ya da yanıt vermeme söz konusudur. Atağın kısmen hatırlanması veya hatırlanmaması gözlemlenir. Bu klinik tablonun

başka bir uyku hastalığı, medikal-nörolojik bozukluk, madde ve ilaç kullanımıyla açıklanamaması gerekmektedir (ISCD-3, 2014; Ursavaş, 2014).

Olgularda saldırgan davranışlar görülmez; geriye dönük olayla ilgili amnezi vardır. Sıklıkla selimdir ve ortaya çıkmasında uyku yoksunluğu ya da uyku bölünmesi etken olabilir. Genellikle, gecede tek epizot olarak yaşanır. Ateşli hastalıklar, sistemik hastalıklar, santral sinir sistemine etki yapan ilaç ya da madde kullanımları, psikososyal stres faktörlerinin varlığı, uyku yoksunluğu, uyku devamlılığını bölen internal ya da eksternal faktörler ve uykuda solunum bozuklukları nedeniyle tetiklenebilir ya da şiddetlenebilir (Kaynak ve Ardic, 2011: 335).

Arosal bozukluklar, tipik olarak çocukluk çağında ortaya çıkar ve ergenlik sonrası kaybolur. Genetik bir yatkınlık olduğu desteklenmektedir. Olguların büyük bölümünde, birinci dereceden akrabalarda parasomnia grubu uyku rahatsızlığı gözlemlenir.

Arosal bozuklukların tedavisinde, öncelikle hasta yakınlarının kuşku ve kaygıları giderilir. Hastalık hakkında detaylı ve anlayabilecekleri terminolojide bilgi verilir ve sıklıkla selim bir durum olduğu anlatılır. Hastanın yakınlarına, olguların güvenliklerini nasıl sağlayabileceklerine dair öneri ve bilgilerde verilmelidir. Tedaviye yanıtı ve hastalığın seyrini gösterebilmesi açısından, olgulardan ya da ebeveynlerden, uyku günlüğü tutmaları istenir. Kafeinli içeceklerin kısıtlanması ya da tamamen kesilmesi önerilebilir. Ataklar sırasında olguların zor kullanılarak engellenmemesi ve uyandırılmaması tavsiye edilir. Bu yaklaşımlar, epizodu uzatabilir ve ya kötüleştirir. İlaç tedavisi atakların şiddetine ve sıklığına göre kullanılabilir (Mason ve Pack, 2007).

Konfizyonel Arousallar: Parasomnilerin en hafif şekli olan konfizyonel uyanmalar, gece uykusundan yada Gece uykusundan ya da kestirmelerinden, uyanma ve uyanıklık tepkileri sırasında ortaya çıkan, yineleyici mental konfüzyon ya da konfüzyonel davranışlardır (ICSD-3, 2014). Gecenin ilk üçte birlik bölümünde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkar (Fantini ve diğerleri, 2005).

Klinik olarak hareketlenme ve inleme ile başlar. Bağırma, ağlama ve dövme şeklinde ajite ve konfüze davranışlar görülür. Ataklar 5 ile 15 arası sürebilir. Bireyi tamamen uyandırmak mümkün değildir. Gözleri açık ya da kapalı olabilir. Fiziksel hasar nadiren görülür (Deniz ve Orhan, 2009; Mason ve Pack, 2007).

Genelde infantlarda ve yeni yürüme dönemindeki çocuklarda görülür. İleriki yaşlarda az görülmekle birlikte, 15-24 yaşta %4.2 oranı ile ikinci bir artış gösterir. Etyolojisinde genetik faktörler önemli rol oynar (Mason ve Pack, 2007).

Uykuda Yürüme: Yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan ani motor aktivite ile karakterizedir. Uykunun ilk saatlerinde, yaklaşık 10 dakika süreyle ortaya çıkar. Bu sırada hastanın uyandırılması güçtür ve tabloya amnezi eşlik etmektedir (Kales ve diğerleri, 1980; ICSD-3, 2014). Nöbet sırasında genellikle gözler açıktır ancak bakışlar donuktur. Kişi bu sırada etrafıyla iletişim kurmaz.

Yatağından kalkarak, anlamsız bir şekilde dolaşır ve sıklıkla yatağına geri döner. Nöbet sırasında kişinin sergilediği davranışlar kendisini veya çevresini tehlikeye sokabilir (Demir, 2002; Aksu ve diğerleri, 2008).

Uyurgezerlik, çocukluk çağında ve erişkinde ortaya çıkabilir. En sık 11-12 yaşlarında görülür. Çocuklarda yaklaşık %1-17, erişkinlerde ise %4 oranında görülür (Mason ve Pack, 2007). Cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark yoktur. Uyurgezerliğin etyolojisinde ailesel yatkınlık belirgindir. Aile üyelerinin % 80'inde uyurgezerlik ya da uyku terörü olduğu dikkati çekmektedir (Kales ve ark, 1980).

Erişkinlerde ve özellikle nöbetlerin sıkça görüldüğü durumlarda benzodiazepinler etkilidir (Demir, 2002; Aydın, 1998).

Uyku Terörü: Uyku terörü, uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, çılgılık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle karakterize bir bozukluktur. Epizodların çoğu uykunun ilk 90 dakikası içinde ortaya çıkar (Schenck ve diğerleri, 1998). Olaydan

sonra genellikle amnezi vardır. Düşsel imge anımsanmaz ya da çok az anımsanır (DSM V, 2013: 194; ICSD-2, 2005: 145; Adair ve Bauchner, 1993). Uyku terörü atağı genellikle bir çığlık ile başlar. Bu sırada kişi şaşkın ve korkulu bir duygu hali içindedir. Otonomik hiperaktivite belirtileri; taşikardi, midriyazis, hızlı soluk alıp verme, terleme genellikle tabloya eşlik eder. Atak genellikle dakikalar içinde kendiliğinden yatıştır. Hasta yatağına dönerek uykusuna devam eder. Atak sırasında kişinin sergilediği davranışlar kendisini veya çevresini tehlikeye sokabilir (Demir, 2002; Kales ve diğerleri, 1980).

Uyku terörü, çocukluk çağında daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Uyku terörünün yaygınlığı, çocuklarda %1-6 olup, en çok 4-8 yaşları arasında görülmektedir. Adolesan dönemde epizodların sıklığı azalır ve erişkinde prevalans %1'in altına iner. Rahatsızlık erişkinlerde ortaya çıktığında "incubus" olarak adlandırılmaktadır. Uyku terörünün etyolojisinde ailesel yatkınlığın olduğu düşünülmektedir. Uyku terörü tanısı alanların %96'sında aile bireylerinden bir ya da daha fazlasında uyku terörü öyküsü kaydedilmiştir (Kales ve diğerleri, 1980).

Tedavinin ilk bileşeni koruma önlemlerini içerir. Epizodlar adolesan çağda da sürerse psikoterapi düşünülmelidir. Adolesan dönemin sonlarındaki ve yetişkin hastalarda hipnotikler kullanılabilir (Özgen, 2011; Demir, 2002).

Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu: Uyku sırasında ortaya çıkan istem dışı tekrarlayıcı yeme ve içme atakları olarak tanımlanmaktadır. Tekrarlayıcı yeme ve içme atakları; yiyeceklerin garip formlarının, kombinasyonlarının, yenmeyen ya da toksik maddelerin tüketilmesi; uykunun bozulması ile ilişkili insomni ya da rahatsız bir uyku; gün boyu süren yorgunluk yada uyku hali; uyku ile ilişkili kaza; sabah anoreksisi; kilo alımı, diyabet, kolesterol gibi sağlık sorunlarının oluşması gibi durumlarla birlikte gözlemlendiği takdirde hastalık tanısı konulabilir (ICSD-3, 2005).

Uykuyla ilişkili yeme bozukluğunda olgu, uyuduktan 2-3 saat sonra gece uykudayken birden kalkıp mutfağa ya da yiyeceklerin bulunduğu yere gider; engellenemez otomatik olarak yer, içer. Hasta yaşadıklarını sabah hatırlayamaz. Eğer hastalar, atak sırasında rahatsız edilirse, kızgın veya ajite olabilirler. Kesin nedeni bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, hormonal bozukluklar, Atipi kişilik

özellikleri, psikiyatrik hastalıklar, uyku bozuklukları ve hipnotik özellikli ilaç kullanımlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sıklıkla primer uyku bozukluğu olarak uyurgezerlik görülür. Çoğu uyku ile ilişkili yeme bozukluğu olgusunda, çocukluktaki uyurgezerlik öyküsünün varlığının hastalık için zemin hazırlayan bir faktör olduğu düşünülmektedir (Korkmaz ve Aksu, 2014).

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu sıklığına dair epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Toplumda %1-3 sıklığında görülen bir rahatsızlıktır. Bununla birlikte, üniversite öğrenci grubunda yapılan bir çalışmada %4,6 sıklıkta bulunmuştur (Wilkelman ve diğerleri, 1999). Aslında hastalığın daha sık olduğu düşünülmektedir. Bildirilen vakaların %60-%80 kadarını kadınlar oluşturur. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 22-39 olarak belirlenmiştir (Wilkelman ve diğerleri, 2011). Etkin tedavisi mümkündür Tedavi kişiye özel olmalı ve tedavi planı hastanın özelliklerine göre yapılandırılmalıdır. Farmakolojik tedavide; topiramet, klonazepam, depominerjik ve opioit ilaçlar etkin olarak kullanılmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra psikoterapi ve diyet tedavisi de planlanmalıdır (ICSD-3, 2014; Eker, 2006).

2.1.5.2. REM Uykusu İle İlişkili Parasomnialar

Otonomik belirtiler, olayın hemen sonrasında uyanma eşiğinin düşük olduğu, yaşanan atağın detaylı hatırlanıp anlatılabildiği parasomnilerdir. Daha çok erişkinlerde ve genellikle REM uykusunun daha yoğun yaşandığı gecenin ikinci yarısında, sabaha karşı ortaya çıkar. Arousal bozukluklarının tam tersine burada olgu kolayca uyanır; rüyalarını detaylı olarak hatırlar ve anlatır. Bu bozuklukların tanısını koymadan önce, başka bir uyku bozukluğu, medikal ya da nörolojik hastalık, mental bozukluk, ilaç kullanımı yada madde kullanımı saf dışı bırakılmalıdır (Kaynak ve Ardıç, 2011: 339).

REM Uykusunda Davranış Bozukluğu: REM uykusu davranış bozukluğu, REM uykusunda olması gereken kas anatonisinin kaybı ve görülen rüyanın içeriği ile ilişkili olarak ortaya çıkan kompleks motor aktivite ile karakterize bir parasomnidir (ICSD-2, 2005: 148; Parlakoğlu ve Bilici, 2013; Oslon ve diğerleri, 2000). Epizodlar

genellikle REM özelliklerinin daha hakim olduğu uykunun son 1/3'lük dilimi içerisinde ortaya çıkar, kısa REM latansı olan kişilerde ise uykuya daldıktan kısa bir süre sonrada görülebilir. Bir gece de birbirinden farklı epizodlar yaşanabilir (Demir, 2002; Parlakoğlu ve Bilici, 2013). REM periyodlarının miktarı ve yapısı korunur; yani sayısı, yoğunluğu ve başlama latansı aynı kalır ancak görülen rüyaların içeriği ilkel veya vahşi olabilir. Uyanma sırasında hastalar saldırıya uğradıkları veya agresyonun hedefi oldukları rüyalar gördüklerinden söz ederler ki bu bildirimler RBD epizodu süresince gözlemlenen motor davranışsal patern ile tutarlılık içindedir (Parlakoğlu ve Bilici, 2013).

RBD' nin klinik görünümü tipik olarak, boğuşma gibi görünen, rüyayla ilişkili motor davranışsal belirtilerdir. Bu belirtiler baş, yüz, boyun, gövde, kollar ve bacaklar, eller ve ayaklar veya tüm bedende ortaya çıkan, basit, ilkel, amaçsız sarsılma türü hareketlerden mimik yapma, işaret etme, vurma ve tekmeleme gibi daha karmaşık hareketlere dek değişkenlik gösterebilir. Bu hareketlere bağırma, çığlık atma, ağlama, gülme ve daha az ya da daha çok yapılandırılmış ve anlaşılabilir uykuda konuşmada eşlik edebilir (Öztura, 2002; Boeve ve diğerleri, 2007). İlkel, şiddet içeren davranışlar sonucunda hasta kendisine ve partnerine zarar verebilir (Pıçak ve diğerleri, 2010; Schenck ve diğerleri, 1997).

Bu bozukluğun akut ve kronik olmak üzere, iki ayrı klinik formu vardır. Akut RBD, tipik olarak bazı ilaçlarla, zararlı madde kullanımı ya da bırakılması durumunda ortaya çıkabilir. Kronik formu ise nörodejeneratif hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (Parkinson hastalığı gibi) (Borneman ve diğerleri, 2006; Schenck ve Mahowald, 2002). Bu nedenle REM uykusu davranış bozukluğu belirtisi gösteren hastaların ayrıntılı nörolojik değerlendirmeleri yapılmalıdır (Demir, 2002).

Prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte genel popülasyonun %0,38'inde, yaşlı popülasyonun ise %0,5'inde bildirilmiştir. Toplumda uykuyla ilişkili şiddet %2,1 iken bunların %38'inde rüya canlandırılması yani olası RBD söz konusudur. Buna göre RBD prevalansı %0,8 düzeyindedir (Taşçılar ve Karadeniz, 2008). Her yaşta görülme olasılığı olsa da genellikle 50 yaş üzerinde ve erkeklerde görülür.

Hastaların %25'inde, REM uykusunda konuşma ve parsiyel ekstremite hareketleri gibi bir prodrom dönemi vardır. En az % 60'ı idyopatik olmakla birlikte, beyin sapını veya SSS 'nı yaygın tutan nörolojik hastalıklar ve bu arada narkolepsi, obstrüktif uyku-apne sendromu (OUAS) ve uykuda periyodik bacak hareketleri (PLMS) gibi uyku hastalıklarıyla birlikte de ortaya çıkabilir(Schenck ve diğerleri, 1986; Atay ve diğerleri, 1998).

RBD tedavisinde farmakolojik olarak ilk seçenek klonazepamdır. Yatmadan önce alınan 0,5-2 mg klonazepam olguların büyük çoğunluğunda etkilidir. İlaç REM'deki atoniyi düzeltmekten ziyade, fazik aktiviteyi baskılayarak davranışları kontrol eder. Klonazepamın dışında melatonin kullanımı da olumlu sonuç vermektedir (Deniz ve Orhan, 2009; Kaynak ve Ardiç, 2011: 339; Fantini ve diğerleri, 2003).

Yineleyici Uyku Paralizisi: Uykunun başlangıcında uykudan uyanma sırasında, gövde ve tüm ekstremiteleri ettirememeye karakterizedir. Ataklara genellikle yoğun bir anksiyete eşlik eder. Her atak saniyeler ile birkaç dakika arası sürer. Bu bozukluğun tanısı, başka bir uyku bozukluğu, medikal ya da nörolojik hastalık, ruhsal bozukluk, ilaç yada madde kullanımı olmadığında konulur (ICSD-2, 2005: 153; Aksu ve diğerleri, 2008).

Narkolepsinin klasik tetradından biridir. Sağlıklı bireylerde izole formu görülebilir. Bazı kişilerde kronik yorgunluk, stres, düzensiz program, vardiyalı çalışma, sırt üstü pozisyonda uyuma, kafein/ alkol kullanımı, uyku yoksunluğu gibi faktörler, hastalığa olan yatkınlığın artmasına neden olabilir. Ruhsal bozukluklar, panik bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonla ilişkili olabilir (Mason ve Pack, 2007).

Yineleyici uyku paralizisi, çoğunlukla çocukluk çağında ya da adolesan dönemde başlar. 15 yaş ve üzerinde %6,2, çocukluk çağında başlayan erişkinlerde %12,4, ergenlik döneminde %10,8, diğer çalışmalarda yaşam boyu prevalansı daha yüksek (%15-40) bulunmuştur. Yaşamın herhangi bir zamanında en az bir kez görülme olasılığı %40-50 arasındadır. Genetik yatkınlığın olduğunu söylemek mümkündür (Mason ve Pack, 2007; Chow, 2007; Szabadi, 2006).

Kabus Bozukluğu: DSM V sınıflandırmasına göre Karabasan Bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında bir dış uyaran olmaksızın uyanmaya yol açan korkutucu rüyalarla karakterize parasomni ataklarıdır. Kabus bozukluğunun temel özellikleri; tekrarlayıcı, yüksek düzeyde anksiyete ye yol açan saldırıya uğrama korkusu, izlenme, yaralanma ve ölümlle ilgili düşüncelerdir. Çocukluk dönemi kabuslarında, canavarlar gibi figürler ön plandadır. Sadece anksiyete değil aynı zamanda öfke, üzüntü, nefret ve diğer disforik duygular içerir ve rüyalar yoğun bir şekilde hatırlanır. Tam bir uyanıklık, hafif konfüzyon ya da oryantasyon bozukluğu görülür. Kişi uyandığında otomatik uyarılmaya bağlı olarak terleme, taşipne ve taşikardi görülebilir (Özgen, 2001). Bu bulgu dışında, ataktan sonra tekrar uykuya dönmede gecikme, alışılmış uyku periyodunun ikinci yarısında atakların ortaya çıkması bulgularından en az biri daha vardır(Deniz ve Orhan, 2009; ISCD-3, 2014; Aksu ve diğerleri, 2008).

En sık 3 ile 6 yaş arasında görülür. Geceleri ara sıra görülme oranı %30-90, daha sık görülme oranı ise %5-30'dur. Çocukluk çağında kadın/erkek oranı eşittir, ancak erişkin dönemde kadınlarda daha sık görülür. Erişkinlerde genetik etkilenme %37 oranındadır (Mason ve Pack, 2007).

Klinik olarak; psikiyatrik bozukluklar bu hastalarda daha sık gözlenir. Travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda da daha sık rastlanır. Çocukluk ve adolesans döneminde cinsel istismar ve kötüye kullanım mutlaka sorgulanmalıdır. Tedavide ilk olarak tedavi edilen çocukların ailelerine bu durumun normal olduğunu ve genellikle adolesans dönemde geçebileceği ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Kâbuslar çok sık olduğu ve günlük yaşamı etkileyecek hale geldiği takdirde REM üzerine etkili diyazepam ve antidepresif ilaçlar kullanılabilir (Kaynak ve Ardıç, 2011: 342).

2.1.5.3. Diğer Parasomnialar

Uykuda Enürezis: Enürezis, Uluslararası Çocuk Kontinans Derneği'ne (ICCS) göre, mesane kontrolünün kazanılmış olması gereken yaşta istemsiz olarak yineleyen bir biçimde uykuda yatağa veya giysilere idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Doğuştan ya da kazanılmış santral sinir sistemi defekti olmayan 5 yaşın üzerindeki çocuklarda istemsiz olarak gece uykuda altını ıslatma bir diğer tanımlamadır (Kefi ve Tekgül, 2006; Ertan ve Karaboğa, 2012). Enürezis uykunun spesifik bir dönemi ya da gecenin bir zamanıyla ilişkili bulunmamıştır (Özgen ve diğerleri, 2001). Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte birden fazla etiyolojik faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik faktörler, santral sinir sisteminin fonksiyonel matürasyonunda veya gelişiminde gecikme, anormal uyku şekilleri, psikopatoloji, çevresel stres, idrar yolu enfeksiyonu ve antidiüretik hormon sekresyonunun normal sirkadiyen ritmindeki anormallikler gibi pek çok neden sorumlu tutulmaktadır (Ünüvar ve diğerleri, 2005).

Tüm dünyada 50 milyonun üzerinde enürezisli çocuk olduğu tahmin edilmektedir. Yaşlara göre enürezis görülme yüzdeleri ise sırasıyla 5 yaşında %15-20, 10 yaşında %5, 10-17 yaş arası %2-3 ve 17 yaşın üzerinde %1'dir. Her yıl enüretiklerin %15'i kendiliğinden düzelir. Erkeklerde kız çocuklarına göre 1.5 kat daha fazla görülmektedir. Genetik geçişi yüksektir. Enürezisli çocukların %75'inin 1. derece akrabalarında da enürezis vardır. Babası enüretik çocuklarda, olmayanlara göre enürezis riski 7 kat fazladır.

Tedavisinde, davranışçı terapi olumlu sonuçlar vermektedir. Gece sıvı kısıtlaması ve kafeinden uzak durmak yararlıdır. Alternatif bir tedavi de, ıslanmaya duyarlı alarm sistemlerini kullanmaktır. Farmakolojik olarak, imipramin, desmopresin ve karbamezepin kullanılmaktadır (Kefi ve Tekgül, 2006; Özgen ve diğerleri, 2001).

Patlayan Baş Sendromu: Hasta, uyanıklıktan uykuya geçişte ya da gece uyanma sırasında, ani olarak ortaya çıkan yüksek sestene ya da patlama hissinden yakını. Bu his, ağrı yakınmasıyla ilişkili değildir. Hasta, olaydan sonra genellikle korku duygusuyla uyanır. Bazı olgularda şimşek çakma hissi ya da miyoklonik

sıçramalar eşlik edebilir (ICSD-2, 2005: 168). Ataklar zararsızdır; kısa süre devam eder. Çarpıntı ve akut anksiyete tabloya eşlik edebilir. Stresli durumlarda ataklar görülme olasılığı vardır.

Sıklıkla orta ve daha ileri yaşlarda ortaya çıkmasıyla birlikte, çocukluk çağında da ataklar başlayabilir. Tedavisinde, öncelikle hastaları bilgilendirip şüphelerini gidermek gerekir. Herhangi bir farmakolojik tedaviye ihtiyaç yoktur (Mason ve Pack, 2007).

Uykuyla İlgili Halüsinasyonlar: Uyku başlangıcından önce ya da uykudan uyanıldığında görülür. Halüsinasyonlar genellikle görseldir. Uyku başlangıcı ve uyku sonundaki rüyalardan ayırt etmek zor olabilir. Kompleks noktürnal görsel halüsinasyonlar, gece ani uyanmaları takip eden uyanıklıkta net bir şekilde ortaya çıkabilir (ICSD-2, 2005: 170). Halüsinasyonlar; dokunsal, işitsel ya da kinetik fenomenlerde içerebilir. Uyku paralizisi ataklarıyla da ilişkili olabilir (Mason ve Pack, 2007).

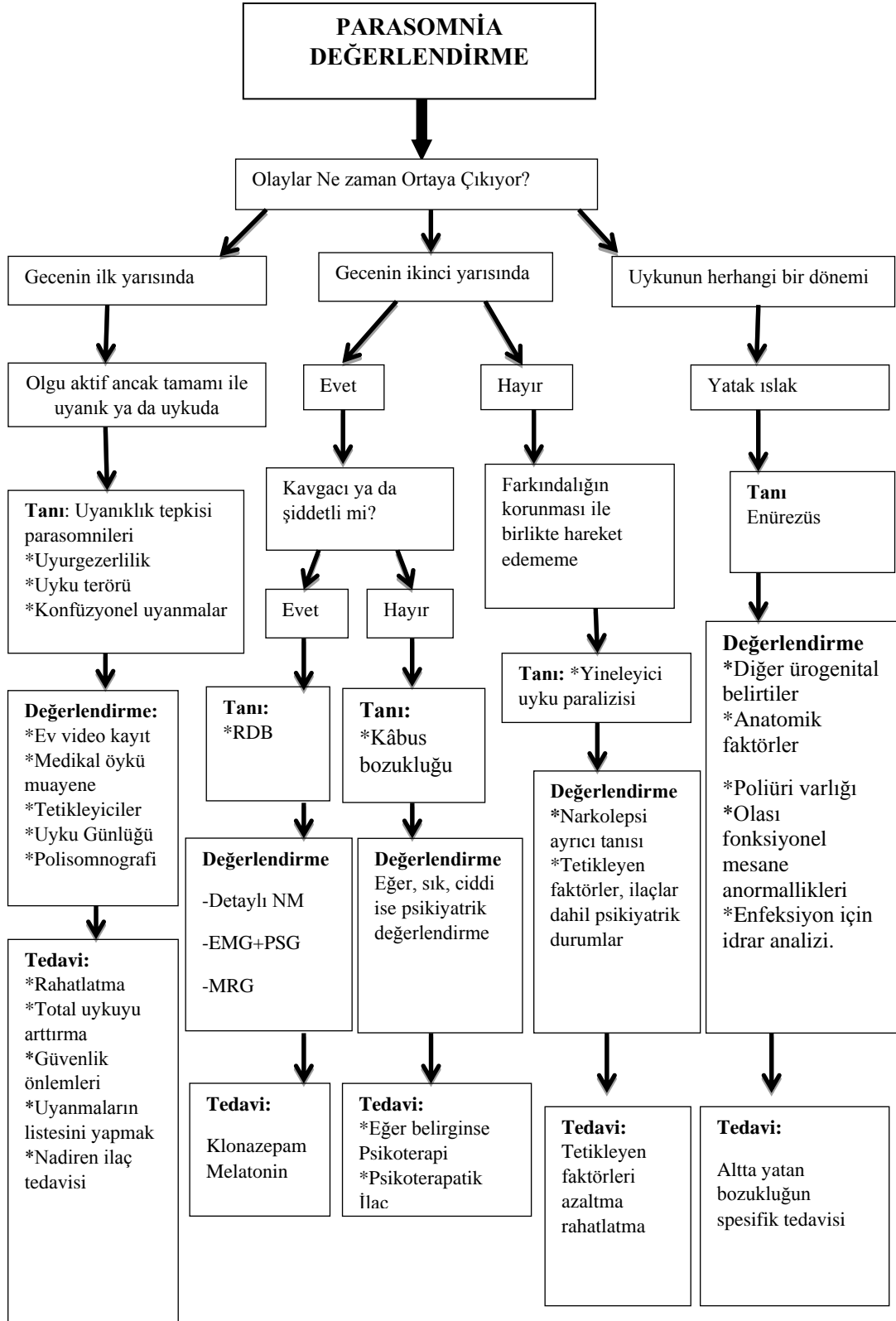
Huzursuz Bacaklar Sendromu: ISCD-3'de uykuda hareket bozukluğu sınıflaması içinde bulunan fakat DSM-V'e göre parasomnia grubunda yer alan huzursuz bacaklar sendromunu bu grup içinde ele almak yerinde olacaktır.

Huzursuz bacaklar sendromu özellikle gece uyurken veya dinlenirken bacaklarda olağandışı bir rahatsızlık hissi ile kendini gösteren bir klinik tablodur. Genellikle hastalar tarafından tam olarak ifade edilemeyen ancak uyluk, bacak ve ayaklarda, hatta bazı hastalarda kollarda ürperme, kaşınma, ezilme, yanma, karıncalanma olarak ifade edilebilen bir rahatsızlıktır. Ekstremiteler de hissedilen anormal duyum / dizestezi dayanılmaz derecede hareket etme ihtiyacı ve motor huzursuzluğa neden olur (Kaynak, 2007: 96; Perdeci ve ark, 2010).

Hareket ettirmeye zorlanma itkisi, dinlenmeye geçildiğinde ya da etkinlik gösterilmediği zaman başlar ve kötüleşir. Hareket ettirmeyle birlikte belirli bir ölçüde azalır ya da tümüyle ortadan kalkar. Gündüz olduğundan daha çok akşamları ya da geceleri kötüleşir (DSM-V-TR, 2013: 197).

Huzursuz bacak sendromu, popülasyonun %1-15 kadarın da görülebilmektedir ve genellikle semptomlar hafiftir. Kadınlar da iki kat fazladır ve özellikle yaşlılar da (>65 yaş) daha siktir. Semptomların her yaşta başlayabileceği ancak %43'ün de 20 yaşın altında başladığı bildirilmektedir. Ancak çoğunluk 50 yaşından sonra tanı almaktadır. Ailesel geçiş %25-50 oranında ve otozomal dominanttır (Berger ve diğerleri, 2004: 198) huzursuz bacaklar sendromu olan hastalarda uyku bozuklukları (%10-20) ve uykuda periyodik uzuv hareketleri oldukça sık (%80) görölmektedir (ISCD-3, 2014; Ertuğrul ve Hanoğlu, 2013).

Tedavi, hastalığın görölme sıklığına ve şiddetine göre farklılık gösterir. Huzursuz bacaklar sendromun da radikal tedavi yöntemleri uygulanabilir. Örneğin demir eksikliği anemisi olanlarda demir eksikliğinin ortadan kaldırılması, böbrek yetmezliği olanlarda böbrek transplantasyonunun yapılması semptomların ortadan kalkmasını sağlar. Radikal tedavilerin uygulanamadığı durumlarda ilaç tedavilerinin başında dopaminerjik ilaçlar gelir (Kaynak ve Ardıç, 2011: 351)



Kaynak: Mason ve Pack, 2007

Şekil 2.2. Parasomniaların Değerlendirilmesi ve Tedavisi

2.2. Depresyon Kavramı ve Uyku İle İlişkisi

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyonun en eski tanımları MÖ dördüncü yüzyılda yaşamış olan, “tıbbın babası” olarak bilinen, Hipokrat’a kadar dayanmaktadır. Hipokrat, mental hastalıkların, olağanüstü güçler nedeniyle değil, doğal nedenlerle oluştuğuna inanmaktaydı. Melankoliyi tanımlarken dalaktan fazla üretilen siyah safradan oluştuğunu ileri sürmüştür. “Melan” siyah, “koli” ise safra karşılığı olup melankoli böylece adlandırılmış oluyordu (Aydın, 2004: 3)

Depresyon terimi ilk olarak 17’ inci yüzyılda “Melankolinin Anatomisi” adlı kitabın yazarı Robert Burton tarafından kullanılmıştır. Bir din adamı olan Burton bugün kullandığımız depresyon kavramı ile melankoliyi eşanlamlı olarak kullanmış ve melankoli hastalığı olarak nitelendirdiği hastalığın sebeplerini bugün bile geçerliliğini önemli ölçüde koruyan şu etkenlerin rol oynadığını ileri sürmüştür: Çocukluk çağında maruz kalınan yoksunluklar ve engellemeler, ailevi yatkınlığı olan bireylerin bilinç altında yer ederler ve bunlar yetişkin yaşamdaki cinsel sorunlarla aktive olduklarında melankoliye neden olurlar.

“Depresyon” terimi bazen bir semptomu, bazen bir sendromu, bazen de bir hastalığı tanımlamak için kullanılmıştır. Ancak fizyolojik, duygusal bilişsel belirti kümelerine sahip geniş kapsamlı bir sendrom olduğu üzerinde bir fikir birliğine varıldığı söylenebilir (Memetali, 2010).

Depresyon, üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Depresyon, kişinin kendisini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını değiştiren tıbbi bir durumdur (Koroğlu, 2006: 11)

Günümüzde depresyonu tanımlamak için kullanılan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (İnternational Classification of Diseases) gibi uluslararası sınıflandırma sistemleri vardır. Bugün klinik pratiklerimizde en sık kullandığımız sınıflandırma sistemi olan DSM-V-TR ‘de depresyon bozuklukları ana başlığı altında farklı depresyon şekillerini tanımlamıştır (DSM-V, 2013: 91).

Tablo 2.6. DSM-V-TR’ye Göre Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.

1. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
2. Majör depresyon bozukluğu
3. Distimi
4. Aybaşı öncesi disfori bozukluğu
5. Maddenin/ ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
6. Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
7. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
8. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu.

Bu sınıflama göz önünde bulundurulduğunda en çok dikkati çeken ve depresyon dediğimizde ilk akla gelen majör depresyondur. Diğer alt gruplar daha az ilgi odağı olmaktadır.

Majör depresyon bozukluğu, genel toplumda sık görülen bir bozukluktur; erkeklerde %5- 12, kadınlarda %10- 25 yaşam boyu yaygınlığa sahip olduğu bildirilmiştir. Ülke ve kültürden bağımsız olarak kadınlarda 2 kat daha fazla görülmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların %50’sinde 20- 50 yaş arasında başlamaktadır (Ertan, 2008).

Bu çalışmada, DSM-V ‘te belirtilen majör depresyon bozukluğu tanı kriterleri göz önünde bulundurularak depresyon anlatılacaktır.

2.2.2. Depresyon Belirtileri

Depresyon hastalığının belirtileri aşağıda sıralanmaktadır:

- Mizaç, kader, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duygularıyla belirgin hale gelmektedir.
- İştah ve kilo değişikliği en sık yaşanan temel belirtilerdendir. Ağır iştahsızlık durumlarında anlaşılacak kadar kilo kaybı, haftada 5 kilodan fazla kayıp, doktora depresyonun derinliği ve şiddeti hakkında önemli bilgiler verir.
- Uyku bozuklukları genellikle üç türlü olabilir. Birincisi uykuya dalma güçlüğü biçimindedir. İkincisi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma, korkulu düşler ve kâbuslarla uyanma gibi belirtilerle uyku kalitesi ve sürecinde bozulmadır. Üçüncüsü ise, erken uyanmadır.
- Enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma biçiminde kendisini göstermektedir.
- Dikkat azalması ve düşüncelerini belli bir noktada yoğunlaştıramamadır. Daha önce zevk alarak yaptığı işlerde bile dikkatlerinin çabuk dağılması ve bu sebeple de üretken bir aktivite de bulunamamadır.
- İlgi ve zevk azalması, hemen her hastada bulunan en tipik, karakteristik bir depresyon belirtisidir. Daha önce ilgi duyduğu ve zevk alarak yaptığı işlere ve uğraşlara karşı belirgin bir isteksizlik ve ilgisizlik gözlenmektedir.
- Benlik saygısında düşme, kendini değersiz görme, kendini eleştirme, aşırı suçluluk duyguları ve itham etme gibi duyu ve düşünceler bireyin kendi değerinin düşmesinin belirtisidir.

- Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri; hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda, hastalar alışık olmadık bir biçimde sıklıkla ölüm düşüncesiyle meşgul olmaya başlamaktadır. Yaşamın anlamını kaybettiğine inanan ya da kendisini yaşamaya layık görmeyen depresif hasta o kadar ağır bir acı ve suçluluk duygusu içinde kıvraniyor olabilir ki “canına kıymak” kimi zaman ona tek çare gibi görünebilir. Bu durumlarda kişiyi hastaneye yatırmak uygun olabilir (Güleç, 1991; Güler, 2006; DSM-V, 2013: 93).

2.2.3. Depresyonun Nedenleri

Depresyon sık görülen bir rahatsızlık olarak tanımlanmıştır. Bu sıklık yaklaşık her dört kişiden biri olarak ifade edilebilir. Depresyon tedaviye cevap verir ve kişilerin çoğunluğu iyileşir. Hiçbir neden olmaksızın depresyon başlayabilir.

Depresyona sebep olan etkenleri şöyle özetleyebiliriz:

- **Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkma olasılığı artar. Otuz- kırk yaşları arasında görülme sıklığı çok yükselir.
- **Cinsiyet:** Genelde kadınlarda, erkeklere göre, iki kat daha fazla görülür. Ancak 55 yaşının üzerindekielerde bu oran tersine döner ve erkeklerde daha sık görülür.
- **Toplumsal Kesim:** Yoksulluk ve işsizlik durumlarında daha sık görülür.
- **Evlilik Durumu:** Boşanmışlarda ya da mutsuz bir evliliği olanlarda çok daha sık görülür. Eşleriyle yakın ve güvenli ilişkisi olmayan kadınların, önemli bir stres karşısında depresyon geçirme olasılıkları, böyle bir ilişkisi olan kadınlara oranla dört kat daha fazladır.
- **Stres:** Çoğu olguda (yaklaşık %80’inde) son zamanlarda geçirilmiş stres yaratan bir olay (bir yitim, bir başarısızlık...) bulunur. Kalıtsallık birinci derece akrabalarda ortaya çıkma olasılığı yaklaşık iki kat daha fazladır.

- **Aile Öyküsü:** Küçük yaşlarda ebeveynin yitimi görülme olasılığını artırır.
- **Bedensel Hastalık:** İleri yaşlarda, başlıca ortaya çıkaran etken bedensel bir hastalıktır. Yaşlılarda, bedensel hastalıklar, depresyonun ortaya çıkma olasılığını altı kez arttırmalar (Koroğlu, 2006: 26).

2.2.4. Depresyonun Uyku ile İlişkisi

Uyku bozuklukları uyku süresindeki değişiklikler ya da uyku sırasında normalde olmayan olayların yaşanması ile şekillenir. Psikoloji ile ilgilenen uzmanlar, psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi üzerinde durmuşlardır. Literatür incelendiğinde ve DSM V tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda uyku ile ilgili rahatsızlıklar depresyonun belirleyici unsurlarından biri olarak görülmektedir. Genellikle bu hastalıkların uyku bozukluğuna sebebiyet verdiği düşünülmektedir.

Uyku yapısındaki değişiklikler özellikle depresyon gibi duygudurum bozukluklarında biyolojik bir gösterge olarak kabul edilmekte ve patafizyolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Ruth ve Benca, 2007: 282).

Klinikte depresif hastaların %80- 85'i uykuya dalma da güçlük, parçalanmış uyku, rahatsız edici rüyalar, sabah erken uyanma, gece uyku miktarında azalma, sabah kendini dinlenmiş hissetmeme ve gün boyunca yorgun olma yakınmalarından en az birine sahipken, özellikle atipik depresyonu olan hastalar olmak üzere hastaların %15- 20'lik bir kısmı da gece ve gündüz aşırı uykululuktan, yorgunluktan şikâyetçidirler (Özgen ve diğerleri, 2001; Reynolds ve Kupfer, 1987).

Depresif hastalarla yapılan uyku çalışmalarında akut bir majör depresyon dönemi sırasında, sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı çalışmalarda bir seri anormallik tespit edilmiştir. Bunlardan ilki uyku devamlılığı sorunlarıdır. Depresyonu bulunan hastalar, uykunun sürekliliği ve uyku- uyanıklık dengesinde bozulmalar gösterirler. Depresif hastalarda uyku latansı (uykuya dalma süresi) uzamış, gece boyunca uyanık kalma süresi artmış, uyku süresi kısalmış ve uyku verimliliği azalmıştır. Ayrıca sabah erken uyanmanın karşılığı olan Evre 3'te (yavaş dalga uykusu) azalma ve

Evre 1 'de artış bildirilmiştir. Diğer bir konuda REM uykusu anormallikleridir. Depresyonda REM latansı (uyku başlangıcından REM uykusu başlangıcına kadar geçen süre) anlamlı şekilde azalmakta, REM uykusu boyunca hızlı göz hareketleri oranında artış (artmış REM yoğunluğu) gözlenmektedir. Bu sonuçlar, genel olarak depresif hastaların uyku örüntüsünde farklılık olduğunu, bu farkın REM ve delta uykusu gibi uykunun temel ögelerinde ortaya çıktığına dikkati çekmektedir (Benca ve diğerleri, 1992).

Önemli bir konuda uyku sorunlarının duygudurum bozukluklarını etkileyebilmesi hususudur. Bazı epidemiyolojik verilerde bu iddiayı desteklemektedirler. Yapılan bir çalışma da, başlangıçtaki görüşmede ve bir yıllık izlem süresince yapılan görüşmelerde uyku sorunu olduğunu bildiren kişilerin, uyku sorunu ikinci görüşmede düzelenlere kıyasla yeni bir majör depresyon geliştirmelerinin daha olası olduğu görülmüştür. Bir diğer araştırma da ise ilk görüşmedeki uyku rahatsızlığı öyküsünün artmış yeni bir majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve madde kötüye kullanım bozukluğu başlangıcı riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Memetali, 2010).

2.3. Anksiyete Kavramı ve Uyku ile İlişkisi

2.3.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete sözcüğü, Hint- Germen kökenli “angh” sözcüğünden türetilmiştir. ‘Sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa’ anlamına gelmektedir. Anksiyete, normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu, gereğini yapmak üzere harekete geçirmesi için hazırlayan bir biyolojik uyarıcıdır. Korku ve endişe duygusu olarak nitelendirilir. Freud, korkuyu gerçek bir tehdide, anksiyeteyi ise içsel bir tehlikeye karşı geliştirilen tepki olarak ayırmıştır. Anksiyete, tehdide karşı gelişen bir tepki olup geleceğe yöneliktir. Depresyon ise tam tersine, yitirilen şeyler nedeniyle geçmişe dönük bir tepki olarak gelişir (Özer, 2006; Morris, 2002: 539; Işık ve Taner, 2006: 12).

Anksiyete; günlük yaşamın normal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. İnsan hayatının devam ettirilebilmesi için gerekli bir duygudur ama bir aşamaya kadar sağlıklı olan ve olumsuz olaylarla baş edebilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra bireyin hayatını, faaliyetlerini, sosyal hayatını ve bireylerarası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Arkasından anksiyete, artık bireyde ruhsal problemler yaratan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Esel, 2003).

Anksiyete kapsamına giren klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı özellikleri olan, farklı birer hastalık olarak sınıflandırmalarda yer alması, ancak 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucunda DSM-III ile gerçekleştirilmiştir (DSM-III, 1980).

Son olarak anksiyete bozuklukları, DSM-V-TR'ye göre Tablo 2.6'daki şekilde sınıflandırılmaktadır.

Tablo 2.7. DSM-V-TR Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları

1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
3. Özgül Fobi
4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (sosyal fobi)
5. Panik bozukluğu
6. Agorofobi
7. Yaygın Kaygı Bozukluğu
8. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Anksiyete bozuklukları genel toplum içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansı %17,7 olarak bildirilmektedir. Bu oran kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2 düzeyindedir (Ertan, 2008).

Anksiyete bozuklukları, çocukluk dâhil her yaşta ortaya çıkabilirler. Bu grup bozukluklar alevlenme-sönme şeklinde dalgalanmalar göstermekle birlikte süregelen bozukluklardır ve tedavi edilmediklerinde belirgin işlevsel bozukluklara yol açabilirler. Semptomatik örtüşme örtüşme göstermesinin yanı sıra hem anksiyete bozuklukları birbiriyle, hem de depresyon ile yüksek komorbidite göstermektedirler (Alkın ve Onur, 2007). Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı % 9-40'dır. DSM ölçütleri ile bir anksiyete bozukluğu tanısı olanların %75'inde başka bir anksiyete bozukluğu saptanmaktadır (Saygın ve diğerleri, 2011).

2.3.2. Anksiyete Bozukluğu Belirtileri

Anksiyete sonucu beliren tepkiler genellikle benzerdir ama kullanılan sistemlerine göre farklı belirtiler ortaya çıkarak farklı klinik tablolar oluşmaktadır. Genel anlamda kaygının dört klinik özelliği bulunmaktadır:

- **Bilişsel Belirtiler:** Gerçeklik duygusunda değişme, derealizasyon, depersonalizasyon, kontrolünü yitirme hissi, çıldırma hissi, kötü bir haber alacağı beklentisi, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, fiziksel zarar göreceği endişesi.
- **Affektif Belirtiler:** Korku, huzursuzluk, endişe, tasa, sinirlilik, tahammülsüzlük, çaresizlik, alarm duygusu, panik.
- **Davranışsal Belirtiler:** Kaygı yaratan durumlardan kaçınma davranışı, dona kalma, çabuk irkilme, kolay yorulma.
- **Fizyolojik Belirtiler:** Kardiovasküler sistemde; çarpıntı veya kalp atım hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, göğüste ağrı veya rahatsızlık hissi gözlemlenir. Solunum sisteminde; nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi olabilir. Gastrointestinal sistemde, yutma güçlüğü, bunaltı, kusma, ishal, karın ağrısı. Genitoüriner sistemde, sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik. Cilt belirtileri olarak terleme, yüzde kızarma, sıcak veya soğuk

basması, titreme, yerinde duramama veya gevşeyememe, uyuşma ya da ürperme hissi.

- **Nörolojik Belirtiler:** Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, ulak çınlaması, uyku bozuklukları, motor huzursuzluk gözlenir (Tural, 2005).

2.3.3. Anksiyete Bozukluğu Nedenleri

Anksiyete bozukluğu DSM-V-TR'ye göre alt gruplara ayrıldığı ve farklı klinik tablolar gösterdiği için nedenleri de farklılık göstermektedir.

- **Panik Bozukluğu:** Panik bozukluk, tekrarlanması mümkün olan ve beklenmedik bir biçimde gelen patik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtiler ile karakterize olan bir anksiyete bozukluğudur. Aniden gelen ölüm korkusu, öleceği, aklını kaybedeceği, felç ya da kalp krizi geçireceği gibi düşüncelerle birlikte fiziksel belirtiler yaşanmaktadır (Tükel, 2002).
- **Sosyal Fobi:** Sosyal fobi, belirli toplumsal durumlarda küçük düşme korkusunun sebep olduğu, psikolojik, somatik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği, işlevsellikte önemli kayıplara sebep olan bir anksiyete bozukluğudur (Kocabaşoğlu, 2008).
- **Yaygın Anksiyete Bozukluğu:** Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içindedir. Genel olarak ekonomik durum, iş yükümlülükleri, sağlık sorunları, çocukların yaşayabileceği olaylar, ev işleri, onarımlar gibi günlük konularla ilgili olarak aşırı ve ölçüsüz bir endişe görülür. Yaygın anksiyete bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da zorlanmaya odaklanmamıştır. Belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği yoktur, Organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtilerine yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2011: 452).

- **Özgül Fobi:** Belirli nesnelere ya da durumlardan anormal derecede korku olarak tanımlanabilir. Korkuyu ortaya çıkaran bir nesne ya da durumun bir yönünden zarar görme düşüncesi (ör. düşeceği korkusu ile uçağa binememe ya da kaza yapacağı korkusuyla araç kullanamama, ısırır düşüncesiyle köpeklerden korkma) ya da korkuya neden olan nesneyle karşılaşınca kontrolünü kaybedeceğinden, paniğe kapılacağından, bayılacağından kaygı duyma tarzında kendisini gösterebilir (ör. Yüksek yerlere çıkınca baş dönmesi olabileceğinden, kapalı yerlerde kontrolünü kaybedeceğinden korkma). En sık karşılaşılan özgül fobiler örümcek, kelebek, kedi, köpek, hamam böceği, karanlık, fırtına, kapalı yer ve yükseklik fobileridir. Agorafobi ve sosyal fobilerden ayrımında korkunun özgül durumlar ve nesnelere karşısında belirmesine dikkat edilmelidir (Bal, 2010).

2.3.4. Anksiyete Bozukluğunun Uyku ile İlişkisi

Anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranı %8 olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalarında %96,8'inde uyku bozukluğu olduğu görülmektedir. Uykuya başlama ve devam ettirmede güçlük, anksiyete bozukluklarında en sık görülen uyku sorunudur (Sforza ve diğerleri, 2002).

Bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi yaşantıların uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olduğu, hatta uyumanın kaygı verici bir yaşantı olarak algılandığı söylenebilir. Böylece hastanın uykuya başlamada sorunları olmakta, uyku başlasa da kesintilerle sürmektedir. Uyku bozuklukları, anksiyete tanı ölçütleri içinde önemli bir yer almaktadır. Anksiyete uyku bozukluklarına yol açarken uyku bozuklukları da anksiyeteye neden olabilmektedir. Erişkin bireylerin üçte birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde uykusuzluk yaşadığı ve bunların da dörtte birinin kronikleştiği bildirilmektedir. Bu olgularda da uykusuzluğun etiolojisinde, anksiyetenin en sık nedenlerden biri olduğu gözükmektedir. Anksiyete ve uyku bozuklukları arasında oldukça kompleks bir etkileşim olduğu görülmesine rağmen, bu etkileşim henüz tam olarak açıklanamamış değildir(Kaynak ve Ardıç, 2011: 387).

Farklı anksiyete alt gruplarının uyku özellikleri de farklılık göstermektedir. Belirgin olarak farklılık gözlenen anksiyete bozukluğu türleri aşağıda belirtilmiştir:

Panik Bozukluğunda Uyku: Panik bozukluğu olan hastaların yarısından fazlasında uyku sorunu olduğu bilinmektedir. Hastaların %70'i uykuya başlama ve devam ettirmede güçlük çektiklerinden; uykudan soluk alamama hissiyle uyandıklarını, geceleri panik atakları olduğundan yakınmaktadırlar. Uyku latansında uzama, uyku etkinliğinde azalma ve uyanıklık sayısında artışa işaret etmektedir. Panik bozuklukta uykuda hareket artışı, yaygın olarak saptanan diğer bir bulgudur. Genel uyarılmışlığın uykudaki görüntüsü olarak uykuda hareketlerin arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle uyku derinleşememekte ve dinlendirici olamamaktadır.

REM uykusu değişkenleri genellikle normale yakın bulunmaktadır. Uykudaki solunum düzensizlikleri ve uykuda görülen panik ataklar ile uyanıklıktaki solunum düzensizlikleri arasındaki ilişki dikkate değer niteliktedir (Stein ve diğerleri, 1995).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Uyku: Yaygın Anksiyete Bozukluğu hastalarının %56-70'inde uyku bozukluğunun olduğu tanımlanmıştır. Hastaların yakınmaları daha çok uykuya dalma güçlüğü şeklindedir. Alınan bilgiler, hastaların o sırada kafalarında sorunlarına çözümler aradıkları yönündedir.

Polisomnografik incelemeler genel olarak uyku latansında uzamaya, uykunun devamlılığında bozulmaya, uykunun etkinliğinde azalmaya, uykunun yüzeysel uykuya kaydığına, delta uykusunda ve REM yoğunluğunda azalmaya işaret etmektedir (Arıkan, 1996).

Fobik Bozukluklarda Uyku: Fobik bozukluklarda uyku problemi nadirdir. Sınırlı sayıda çalışma yapılmış olmakla birlikte, uyku yapılarında kontrollere göre fark saptanmamıştır. Kötü uyku kalitesi, uyku latansında gecikme, gece huzursuz uyku gibi yakınmalar sıklıkla, sosyal fobinin yaygın tipinde görülmektedir.

Uyku terörü, uykuda yürüme gibi parasomni hastalarında yapılan bir çalışmada da, basit fobi veya diğer anksiyete bozukluğu komorbitesinin yüksek olduğu bulunmuştur (Chorney ve diğerleri, 2008)

2.4. Stres Kavramı ve Uyku ile İlişkisi

2.4.1. Stres Tanımı

Stres sözcüğünden ilk olarak fizik alanında bahsedilmesinden sonra, psikoloji de dahil olmak üzere, sözcük farklı alanlarda farklı anlamlarda kullanılmıştır. Stres kavramı Latince’ de “Estrica”, eski Fransızca’ da “Estrece” sözcüklerinden gelmektedir. Kavram 17. yüzyılda felaket, bela, sorun, dert, keder, üzüntü anlamlarıyla kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda ise kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarıyla nesnelere, kişiye, organa veya psikolojik yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Bununla ilintili olarak da stres obje ve kişinin bu türden güçlerin etkisiyle formunun bozulması, değiştirilmesi karşısında bir direnç anlamıyla kullanılmaya başlanmıştır (Baltaş ve Baltaş, 2008: 26).

Stres, Fransız Fizyolog Bernard tarafından 1950’lerde tıp alanında, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlanmıştır. Aynı yıllarda Selye, stresi önceleri “organizmaya zarar veren uyaran olarak” tanımlarken, daha sonraları “organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki” olarak değerlendirmiştir (Eryılmaz,2009).

Cüceloğlu stresi, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" şeklinde tanımlamıştır (Cüceloğlu, 1994: 321).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stres, durup dururken ya da kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da hayatını sürdürdüğü ortam ve çevrede meydana gelen değişimlerin insanı etkilemesi gerekir. Ortamdaki değişimlerden her birey etkilenir ancak, bazı bireyler bu değişimlerden daha çok veya daha yavaş etkilenmektedirler. Stresi, insanın yaşadığı ortamda meydana gelen bir değişimin veya insanın ortamı değiştirmesinin onun üzerinde etkiler bırakması ile ilgilidir. Etki altında kalan insanın kişilik özelliklerinin, bu etkilerin tesiri altında kalma derecesini etkilemesidir. Stresin oluşması için ortamdan

etkilenen bireyin vücudundaki özel biyo-kimyasal değişmelerin oluşmasıyla bireyin vücut sisteminin harekete geçmesi gereklidir (Güçlü, 1995).

Yapılan çeşitli stres tanımları incelendiğinde çoğunlukla stresin olumsuz ve zararlı bir anlamda ele alındığı görülmektedir. Oysa stres kişiyi zora soksa da, uyumunu tehlikeye soksa da, acı ve bunaltı verse de stresle başa çıkıldığında kişiyi ileriye, mutluluğa, başarıya götüren bir özelliğe de sahiptir. Örneğin; hamile olmak pek çok kadın için yorucu, endişe yaratıcı, hatta acı verici bir durumdur. Ancak bebeğini kucağına alabilen bir annenin mutluluğu tartışılmaz. Bu tür nedenlerle bazı araştırmacılar stresin aslında kötü bir şey olmadığını, bundan kaçınmanın mümkün olmadığını ve stresin motivasyon, büyüme, değişim ve gelişme için şart olduğunu belirtmişlerdir (Tuğrul, 2000).

2.4.2. Stresin Belirtileri:

Stresin kendisine has birtakım belirtileri vardır. Strese karşı olan algılamalarda ve reaksiyonlarda bireysel farklılıklar, fiziksel belirtilerin yoğunluk ve çeşitliliği ile sonuçlanır. Stresin belirtileriyle ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır (Buluş, 1999). Stresle ilgili belirtiler, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört grupta toplanabilir:

Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, kabızlık, ishal ve kolit, döküntü, kas ağrıları, hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon veya kalp krizi, aşırı terleme, iştahta değişiklik, yorgunluk veya enerji kaybı, kazalarda artış.

Duygusal Belirtiler: Kaygı veya endişe, depresyon veya çabuk ağlama, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, asabılık, gerginlik, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet veya kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık ve ya düşmanlık duygusal olarak tükendiğini hissetme.

Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyon, karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir fikir veya düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, iş kalitesinde düşüş, hatalarda artış, muhakemede zayıflama.

Sosyal Belirtiler: İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek veya çok kısa zaman kala iptal etmek, insanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, birçok kişiye birden küs olmak, konuşmamak (Güçlü, 1995).

2.4.3. Stresin Nedenleri

Stresin oluşması için öncelikle, organizmanın uyum sağlayıcı mekanizmalarını sarsan ve tehlikeye düşüren koşulların ve faktörlerin olması gerekir. Bu koşullara ve faktörlere “stresör” adı verilir. Stresörler, organizmanın dengesini bozar. Birey, bozulan denge karşısında, dengeyi sağlamak için fizyolojik, bilişsel ve davranışsal tepkiler üretir (Baltaş, 1984). Genel olarak bakıldığında, günlük yaşamda bireyler için stres oluşturan olaylara, “stresli yaşam olayları” denilmektedir. Eşin ölümü, işten atılma, emekli olma, önemli kişilerin kaybı, yeni bir okula başlama gibi olayları, stres verici yaşam olayları bağlamında değerlendirmek olasıdır. Bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemi, cinsiyeti, toplumsal çevresi, yaşadığı zaman dilimi gibi pek çok faktör, bireyin farklı stres verici yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalmasına neden olabilir (Eryılmaz, 2009).

Çok sayıda stres kaynağı bilinmektedir. Genel olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

- Fizik stresler: Soğuk, sıcak, elektrik, sarsı ve darbeler,
- Kimyasal stres vericiler: Madenlerin bir kısmı, gazlar, egzoz ve baca gazları, sanayide kullanılan kimyevi maddeler,
- Kişinin sosyal çevresinden gelen stresler,

- Kişinin iş çevresinden gelen stresler,
- Kişinin aile çevresinden gelen stresler,
- Kişinin alışkanlıklarından gelen stresler. Alkol, sigara, diğer madde alışkanlıkları,
- Kişinin kendi bünyesindeki bozukluklardan gelen stresler. Bedenin bütün hastalıkları,
- Kişinin kendi iç dünyasından ve psikolojisinden gelen stresler (Ziyalar, 1999: 380).

2.4.4. Stresin Uyku ile İlişkisi

Stresin tanımı ve nedenleri göz önünde bulundurularak birçok hastalığın nedeni olabileceği gibi, birçok hastalığın da sonucunda ortaya çıkabilir. Sebebi ne olursa olsun, insanın ruh sağlığındaki en küçük bir dalgalanma bile kendisini uyku düzenindeki bir bozuklukla ortaya koyar. Kişinin karşı karşıya bulunduğu hayat güçlüklerini ve ne kadar stres altında olduğunu araştıran bütün test ve ölçeklerde uyku ile ilgili sorular büyük önem taşır.

Uyku insan hayatının temel ve vazgeçilmez faaliyetlerinin başında gelmektedir. Genel sağlıktaki bir aksama ilk olarak kendini uykuda ortaya koyduğu gibi, uyku düzenindeki en küçük bir aksama da genel sağlık ve günlük hayat üzerinde kesin ve doğrudan etkilere yol açar.

Uyku genel uyarılmışlık halinin çok düşük olduğu ve parasempatik sistemin aktif olduğu durumlarda meydana gelir. Stres altında olan kişide ise genel uyarılmışlık hali oldukça yüksektir ve sempatik sinir sistemi aktif durumdadır. Dolayısıyla stres halinde olan kişide uyuma zorlaşır ve uyku bozuklukları yaşanır (Morgan, 2009: 196). Uyku parametreleri yaşanan uyku bozukluğu özelliklerini taşır.

2.5. Ruminatif Tepki Stillerinin Kişi Yaşamına Etkisi

1946'da Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını "Sağlık, sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" olarak genişletmiştir. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Yaşam kalitesi, kişinin kendi sağlık durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimidir (Şenol, 2006).

Algılayış biçimleri göz önüne alındığında, bilişsel modele göre tüm psikiyatrik bozuklukların temelindeki ortak işleyiş, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşünceleridir. Kısacası insanların duygu ve davranışları olayları nasıl yorumladıklarına bağlı olarak değişmektedir. Buna göre kişiler sadece içinde buldukları durumdan veya geçmişlerinden etkilenmezler; insanlar için asıl önemli olan, durumlar hakkındaki düşünceleridir (Gülüm ve Dağ, 2012). Bu düşünce temelinde geliştirilen ve son yıllarda oldukça ilgi gören Tepki Stilleri Kuramı 1987'de Nolen-Hoeksema tarafından, bazı bireylerin niye psikolojik sorun geliştirmeye daha eğilimli olduğunu ruminatif kişilik özellikleriyle açıklamaktadır.

Bu kurama göre, ruminatif eğilimleri olan bireylerin depresif duygu durumlarından şikâyet etme olasılıkları daha fazladır. Ruminasyon; kişinin ısrarla içinde bulunduğu duygu durumunu (özellikle depresif durumu), bu duygu durumunun belirtilerini, olası sebeplerini ve/veya sonuçlarını sürekli düşünmesi; ancak problemini çözmek için harekete geçmemesi olarak tanımlanmaktadır.

Ruminatif eğilimi olan kişiler, "Neden hep böyle düşünüyorum? , Neden hep bu benim başıma geliyor? , Şimdi ne olacak?" gibi düşüncelere kapılmaktadırlar (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991). Bu kişiler aslında kendilerini soyutlayıp sürekli kendi problemleri ve bu problemlerin yarattığı olumsuz duygu durumuna odaklanarak bir çıkış yolu bulmaya çalıştıklarını düşünmektedirler (Nolen-Hoeksema, 1991). Gerçekte bazı çözüm yolları da üretebilmekte ancak bu

ürettikleri çözüm yollarını uygulamaya koymamaktadırlar (Lyubomirsky ve diğerleri, 1999). Dolayısıyla bu kişiler daha ümitsiz ve karamsardırlar. İçinde buldukları depresif duruma ruminasyonla yanıt veren kişiler depresif duygu durumlarını kötüleştirerek kısır bir döngü yaşamaktadırlar (Nolen- Hoeksema, 1991). Alan yazınında, ruminasyonun depresyonla olduğu kadar kaygı durumu ile de güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür (Nolen-Hoeksema, 2000). Ruminasyon yapıp, geçmişe ait olayları sürekli düşünerek öfke düzeyini arttıran insanlarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kaygı düzeyinin arttığı göze çarpmaktadır.

Bu kuram çerçevesinde ruminatif tepki stillerini ölçmek amaçlı RRS (Ruminatif Responses Scale) ölçeği geliştirilmiştir. Söz konusu ölçek psikopatolojilerden ve psikopatoloji belirtilerinden bağımsız olarak tekrarlı düşünmeyi ölçmektedir ve bu nedenle sadece klinik psikolojide değil, psikoloji ve ilişkili diğer bilim alanlarının tümünde ilgili araştırmalarda kullanılabilir ve bireylerin tepki tarzlarına ilişkin önemli bilgiler sağlayabilecektir (Gülüm ve Dağ, 2012).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde, çalışma kapsamında gerçekleştirilmiş olan araştırmanın hangi yöntemle yapıldığı, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin hangi istatistiksel yöntemlerle gerçekleştirildiğine ilişkin açıklamalara yer verilmiştir. Veri toplama aracındaki sorular yani araştırmanın değişkenleri ve evren, örnekleme gibi bilgilerin tanımlanması ile araştırmanın kapsamı belirlenmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, uyku bozukluğu kliniğine başvuran Parasomnia teşhisi almış bireylerin parasomnia algıları ve bu algının depresyon, anksiyete ve stres düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeliyle desenlenmiştir.

Araştırmada, parasomnia teşhisi almış bireylerin hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve rüminatif düşünce şekillerine sahip olup olmadıkları araştırılarak, rüminatif düşünme şekillerinin depresyon, anksiyete bozukluğu ve stres arasındaki ilişkiyi araştırmayı planladık. Bu bilgiler ışığında parasomnia grubu uyku bozukluğunun depresyon, anksiyete bozukluğu ve stres üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışma sonunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda konu hakkında literatüre yeni bilgiler sunarak katkıda bulunmayı hedefledik.

Tarama modelleri geçmişte ya da halen varolan bir durumu, varolduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır. Tarama modelinin bir türü olan ilişkisel tarama modellerinde ise; iki ya da daha çok sayıda değişken arasında birlikte değişim varlığı ve bu değişimin derecesi belirlenmeye çalışılır. İlişkisel tarama iki türlü yapılır. Bunlar; korelasyon türü ilişki karşılaştırmaları ile elde edilen ilişkilerdir. Bu modellerden biri olan “karşılıklı ilişkisel tarama”, gerçek bir neden-sonuç ilişkisi vermeyen ancak o yönde bazı ipuçları vererek bir değişkendeki durumun bilinmesi halinde diğerinin kestirilebilmesinde yararlı sonuçlar sağlayan bir araştırma düzenidir (Karasar, 1999: 76).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerinin Uyku Bozuklukları Birimine parasomnia şikayetlerinden en az biriyle (RBD, kabus bozukluğu, gece terörü...) başvuran ve tetkik neticesinde uzman tarafından parasomnia tanısı konan hastalardan oluşmaktadır.

Bu kapsamda, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı özel Türkiye Hastanesi Uyku Bozuklukları Birimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uyku Bozuklukları Birimi ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Birimine parasomnia şikayetlerinden en az biriyle başvuran ve tetkik neticesinde uzman tarafından tanısı konan 15-60 yaş arasında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 82 (30 kadın ve 52 erkek) hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları:

Bu çalışmada Ruminatif Tepkiler Ölçeği (Ruminative Responses Scale), Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS; Depression Anxiety Stress Scale) kullanılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formu da deneklere verilmiştir.

3.3.1. Yarı Yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formu

Hastanelerin uyku birimine başvuran ve parasomnia teşhisi almış hastaların kişisel özelliklerinin belirlenebilmesi için araştırmacı tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda hastaların cinsiyeti, yaşı, geliş sebebi, şikâyetin süresi, psikiyatrik tedavi görüp görmediği ve alışkanlıkları ile ilgili bilgi toplamak için sorular yer almaktadır. Formun bir örneği EK-1'de verilmiştir.

3.3.2. Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Depresyon, anksiyete ve stresi tek ölçekte ölmeyi amaçlamışlardır Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şeklinin psikometrik özellikleri Bilgel ve Bayram (2010) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının yapısal geçerliliğinin değerlendirilmesinde birbirleriyle ilişkili depresyon, anksiyete ve stres faktörleri elde edilmiş ve ölçeğin güvenilirliği yüksek bulunmuştur. Yapısal geçerlilik bakımından da uyumlu olduğu gözlenmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenilirliği $r=.99$, iki yarı güvenilirlik puanları $r=.96$ ve madde-test korelasyonları ise $.51$ ile $.75$ arasında hesaplanmıştır (Bilgel ve Bayram, 2010). Bizim yaptığımız araştırma da ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları depresyonda $.89$, anksiyete bozukluğunda $.73$ ve stres bozukluğunda $.82$ bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Akın & Çetin (2007) tarafından yapılmıştır.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS)'da 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Ölçek, uygulandığı andan itibaren geçtiğimiz haftada dahil olmak üzere mevcut olan depresyon, anksiyete, stres semptomlarını ölçmek için oluşturulan bir dökümandır (Lovibond ve Lovibond, 1995b).

Ölçek 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Kabul edilebilir sınırlar içinde 0-9 puan aralığı normal depresyon, 0-7 puan aralığı normal anksiyete ve 0-14 puan aralığı normal stres için bir göstergedir. Bu aralığın üstündeki skorlar problemin ılımandan aşırıya gittiği işaret eder. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları, her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir (Bilgel ve Bayram, 2010). Ölçeğin bir örneği puantaj tablosuyla birlikte Ek-2'de verilmiştir.

3.3.3. Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RRS)

Son yıllarda oldukça ilgi gören Tepki Stilleri Kuramı bazı bireylerin neden psikolojik sorun geliştirmeye daha eğilimli olduğunu ruminatif kişilik özelliğiyle açıklamaktadır (Nolen-Hoeksema, 1987). Ruminasyon, bireyin problemini çözmek için harekete geçmeksizin, içinde bulunduğu duygu durumunu ve olası sebep ve sonuçları tekrar tekrar düşünmesi olarak tanımlanmaktadır (Nolen-Heoksema, 1991). Bu kişiler aslında kendilerini soyutlamakta, sürekli kendi problemleri ve bu problemlerin yarattığı olumsuz duygu durumuna odaklanmakta ve böylece bir çıkış yolu bulmaya çalıştıklarını düşünmektedirler (Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991).

Gerçekte bazı çözüm yolları da üretebilmekte ancak bu ürettikleri çözüm yollarını uygulamaya koyamamaktadırlar. Bu nedenle ruminatif eğilime sahip bireyler olayların olumsuz yönüne daha çok odaklanmakta ve olumsuz yaşantının sonuçlarını daha uzun süre hissetmektedirler. Nolen-Hoeksema ve Morrow (1991) tarafından ruminatif eğilimleri ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek 10 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur (Nolen- Hoeksema ve Morrow, 1991). Bizim yaptığımız araştırma da, ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .86 bulunmuştur.

Daha sonraki yıllarda Treynor,Gonzales ve Nolen- Hoeksema (2003) ruminasyon ölçeği ile elde edilen puanların, depresyon ölçeklerinden elde edilen puanlarla ilişkili çıkmasının nedeninin ruminasyon ölçeğinde depresyon belirtilerine benzer soru maddelerinin olmasından kaynaklanabileceği düşüncesiyle, ölçek maddelerinin faktör yapılarını test etmiştir. Bu araştırmacılar depresyon belirtilerine benzer olduğunu ileri sürdükleri soru maddelerini hem dışarıda tutarak hem de dâhil ederek analizlerini tekrarlamışlardır. Bu analizler sonucunda ölçeğin aslına sadık kalınarak da kullanılabilmesi sonucuna varılmıştır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi Erdur tarafından ve psikometrik çalışması ise Erdur ve Bugay (2010) tarafından yapılmıştır. Araştırmamız da ölçeğin uyku bozukluğu hastalığına karşı ruminatif düşünceleri ölçmeye çalışıldığı için uyarılma yapılmıştır. Ölçeğin bir örneği Ek-3'te verilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma, Nisan 2014 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanelerin uyku birimi ve psikiyatri biriminde gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin büyük bir kısmı bizzat araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak, bir kısmı uyku biriminde sorumlu uzman doktorlar tarafından yaptırılmıştır. Ölçekler çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kişilere uygulanmıştır. Tıbbi durumlara doğru olarak cevap veremeyecek hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin analizi ve yorumlanmasında SPSS 19.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Araştırma da hastalara uygulanan RRS ve DASS ölçek puanları ve demografik bilgi formu özellikleri SPSS paket programına girilmiş daha sonra elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmeleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak yansıtıldı. Grupların karşılaştırması için örnek birim sayısı 30'dan büyük olduğunda grupların sayısı iki olduğunda *Bağımsız Örneklem t Testi*, grup sayısı üç ve daha fazla olduğu durumlarda ortalamaların karşılaştırması için *Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*, çoklu karşılaştırmalar için *Tukey HSD* testleri ile yapıldı. Birim sayısı 30'dan küçük olduğunda veya verilerimiz normal dağılmadığında parametrik olmayan testler kullanıldı. Grupların sayısı iki olduğunda *Mann Whitney U Testi*, grup sayısı üç ve daha fazla olduğu durumlarda ortalamaların karşılaştırması için *Kruskal Wallis H testi* uygulandı. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için Cronbach's Alpha katsayısı kullanıldı. Ölçekler arasında ilişki olup olmadığını incelemek için pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Oranların birbirinden farklı olup olmadığını incelemek için binomial test kullanıldı. Yanılma düzeyi (alfa değeri) %95 olarak alındı. Dolayısıyla olasılık (p) değerinin 0.05 ve daha küçük olduğu durumlar istatistiki olarak anlamlı bulundu. Bulgular araştırmanın amaçlarına uygun olarak çizelgeler halinde sunulmuştur.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın alt amaçlarında belirtilen sorulara yanıt aramak amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir. İstatistiksel çözümlere geçmeden önce, demografik değişkenlere ait betimleyici istatistiklere yer verilecektir. Bu bağlamda, araştırma grubunu oluşturan parasomnia teşhisi almış hastaların özelliklerini betimleyici frekans ve yüzde dağılımları çıkarılmıştır. Daha sonraki bölümde ise araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilecektir.

4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Erkek	52	63,4
Kadın	30	36,6
Total	82	100,0

Araştırmamıza katılan bireylerin, cinsiyet dağılımlarına ait frekans ve yüzdeler bilgileri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Buna göre, çalışmamıza 52’si (%63,4) erkek, 30’u (%36,6) ise kadın olmak üzere 82 parasomnia tanılı hasta alınmıştır. Görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun erkek olduğu belirlenmiştir. Bundan dolayı örneklem içerisinde cinsiyete göre erkeklerin temsil gücü daha çoktur.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşlarının Betimleyici İstatistikleri

N	Mean	Std. Deviation	Min	Max
82	41,0122	10,50514	16	60

Araştırmaya katılan kişilerin, yaş değişkenine ait betimleyici istatistikleri Tablo 4.2’ de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların yaşları 15-60 yaş aralığında değişmektedir. Yaş ortalamaları 41.0, Standart Sapma (SD) 10.5 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubu geniş yaş aralığına sahip olduğundan dolayı yaşla ilgili bir betimleme yapamayız.

4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalık Tanılarına Göre Dağılımı

Hastalıklar	Frekans	Yüzde
Uykuda Yürüme	12	14,6
Gece Terörü	12	14,6
REM uykusu davranış bozukluğu (RBD)	19	23,2
Kabus Bozukluğu	10	12,2
Tekrarlayan Uyku Paralizisi	7	8,5
Konfizyonel Uyanmalar	9	11,0
Uyku ile ilişkili Yeme Bozukluğu (HBS)	2	2,4
Huzursuz Bacaklar Sendromu	11	13,4
Toplam	82	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık tanılarına göre dağılımlarına ait frekans ve yüzdelik bilgileri Tablo 4.3’te yer almaktadır. Buna göre bireylerin 12’si (%14,6) Uykuda Yürüme, 12’si (%14,6) Gece Terörü, 19’u (%23,2) REM Uykusu

Davranış Bozukluğu, 10'u (%12,2) Kâbus Bozukluğu, 7'si (%8,5) Tekrarlayan Uyku Paralizi, 9'u (%11,0) Konfizyonel Uyanmalar, 2'si (%2,4) Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu, 11'i (%13,4) Huzursuz Bacaklar Sendromu, parasomnia grubu hastalık tanısı almışlardır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Şikayet Sürelerine Göre Dağılımı

Şikayet Süresi	Frekans	Yüzde
12 ay ve daha az	44	53,7
13 ay - 24 ay	15	18,3
25 ay ve daha fazla	23	28,0
Total	82	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin şikayet sürelerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.4'te yer almaktadır. Buna göre bireylerin 44'ü (%53,7) 12 ay ya da daha az süredir, 15'i (%18,3) 13 ay ve 24 ay arası, 23'ü (%28,0) 25 ay ve daha fazla süredir tanı konulan parasomnia grubu hastalıklarıyla ilgili problem yaşamaktadırlar. Bulgularımıza göre, hastaların yarısından fazlası hastalıkları ile ilgili ilk 1 yıl içinde kliniğe başvurumaktadırlar.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Psikiyatrik Tedavi Görüp Görmediklerine Göre Dağılımı

Psikiyatrik Tedavi	Frekans	Yüzde
Evet	19	23,2
Hayır	63	76,8
Total	82	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin, psikiyatrik tedavi görüp görmediklerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzdeler Tablo 4.5'te yer almaktadır. Buna göre, parasomnia grubu hastalık teşhisi almış bireylerin 19'u (%23,2) psikiyatrik tedavi görmekte, 63'ü (%76,8) psikiyatrik tedavi görmemektedir.

4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Araştırmamıza katılan bireylerin sigara, alkol ve diğerleri (uyuşturucu vb.) alışkanlıklarıyla ilgili betimleyici istatistiklere yer verilecektir.

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan Bireylerin Alışkanlık Durumlarına Göre Dağılımları

Alışkanlıklar		Frekans	Yüzde
Sigara	Evet	41	50,0
	Hayır	41	50,0
	Total	82	100,0
Alkol	Evet	36	43,9
	Hayır	46	56,1
	Total	82	100,0
Diğer	Evet	2	2,4
	Hayır	80	97,6
	Total	82	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin alışkanlık durumlarına göre dağılımlarına ait frekans ve yüzdeler Tablo 4.6'da yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan bireylerin 41'i (%50) sigara kullanmakta, 41'i (%50) sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanımı örneklem grubu içinde yarı yarıya olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin 36'sı (%43,9) alkol kullanmakta, 46'sı (%56,1) ise alkol kullanmamaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin 2'si

(%2,4) diğ er (uyuşt urucu vb.) maddeleri kullanmakta, 80'i (%97,6) diğ er maddeleri kullanmamaktadır.

4.4. Araştı rmada Kullanılan Ölç eklerin Niteliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.7. Ölç eklerin Betimsel İstatistikleri, Cronbach Alfa Düzeyleri ve Değ işkenlerle Ölç ek Toplam Arasındaki Korelasyonları

	N	Mean	Std. Deviation	Cronbach's Alpha	Korelasyon Düşük	Korelasyon Yüksek
RRS	10	21,76	6,13	,864	,455	,738
Depresyon	14	12,48	7,19	,897	,425	,761
Anksiyete	14	12,10	5,61	,735	,361	,651
Stres	14	16,73	6,32	,826	,405	,758

Araştı rmaya katılan bireylerin uygulanan ölç ek sorularına verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılığ ı ifade eden güvenilirlik, soru formunun ölç mek istediğ i özelliğ i ne derece doç ru ölç tüğ ünü gösterir (Büyüköztürk, 1995: 171). Araştı rmada kullanılan soru formunda Ruminasyon Ölç eđ i (RRS), Depresyon Anksiyete Stres Skala (DASS 42) kullanılmıştır. Bu araştırma için güvenilirlik oranları incelenmiş ve yukarıdaki Tablo 4.7.'deki sonuçlar elde edilmiştir.

Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Özdamar, 2004).

Ruminasyon Ölçeği (RRS) 10 maddelik sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,864'dür. Bu yüksek bir katsayıdır. Bu ölçeğin kendi sorularıyla korelasyonu ise 0,45'nin üzerindedir. Bu durum, ölçeğin güvenilir ve iç tutarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bundan sonraki hipotez testlerinde analizler, bu 10 sorunun toplam puanı kullanılarak gerçekleştirilecektir.

Depresyon Anksiyete Stres Skala (DASS) 3 alt boyutu olan bir ölçektir. Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Stres Ölçeğinden oluşmaktadır. Her alt boyutu 14 sorudan oluşmaktadır. Toplam 42 maddelik sorudan oluşmaktadır.

“Depresyon Ölçeği” DASS ölçeğinin bir alt boyutu olup 14 maddelik sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,897'dir. Bu yüksek bir katsayıdır. Bu ölçeğin kendi sorularıyla korelasyonu ise 0,425'in üzerindedir. Bu durum, ölçeğin güvenilir ve iç tutarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bundan sonraki hipotez testlerinde analizler, bu 14 sorunun toplam puanı kullanılarak gerçekleştirilecektir.

“Anksiyete Ölçeği” DASS ölçeğinin bir alt boyutu olup 14 maddelik sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,735'dür. Bu yüksek bir katsayıdır. Bu ölçeğin kendi sorularıyla korelasyonu ise 0,361'in üzerindedir. Bu durum, ölçeğin güvenilir ve iç tutarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bundan sonraki hipotez testlerinde analizler, bu 14 sorunun toplam puanı kullanılarak gerçekleştirilecektir.

“Stres Ölçeği” DASS ölçeğinin bir alt boyutu olup 14 maddelik sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,826'dır. Bu yüksek bir katsayıdır. Bu ölçeğin kendi sorularıyla korelasyonu ise 0,405'nin üzerindedir. Bu durum, ölçeğin güvenilir ve iç tutarlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bundan sonraki hipotez testlerinde analizler, bu 14 sorunun toplam puanı kullanılarak gerçekleştirilecektir.

Tablo 4.8. Araştırmada Kullanılan Ruminasyon Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri

	,00		1,00		2,00		3,00		4,00	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
RRS_1	0	0,0	26	31,7	37	45,1	14	17,1	5	6,1
RRS_2	1	1,2	16	19,5	34	41,5	24	29,3	7	8,5
RRS_3	0	0,0	23	28,0	39	47,6	15	18,3	5	6,1
RRS_4	2	2,4	16	19,5	36	43,9	23	28,0	5	6,1
RRS_5	0	0,0	24	29,3	33	40,2	22	26,8	3	3,7
RRS_6	1	1,2	10	12,2	23	28,0	33	40,2	15	18,3
RRS_7	0	0,0	26	31,7	35	42,7	10	12,2	11	13,4
RRS_8	2	2,4	18	22,0	24	29,3	29	35,4	9	11,0
RRS_9	0	0,0	18	22,0	31	37,8	28	34,1	5	6,1
RRS_10	0	0,0	27	32,9	29	35,4	20	24,4	6	7,3

Araştırmada kullanılan Ruminasyon Ölçeğine parasomnia tanısı almış katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.8’de yer almaktadır. Buna göre, 1. soruya 37 kişi 2,00 (bazen) yanıtını vererek en yüksek frekansa sahiptir. Aynı zamanda 2., 3., 4., 5., 7., 9. ve 10. sorularda 2,00 (bazen) cevabını tercih eden katılımcıların frekans değerleri diğer cevapların frekanslarından yüksektir. 6. ve 8. sorularda ise 3,00 (çoğunlukla) cevabı en yüksek frekanslara sahiptir. Anlaşıyor ki katılımcıların “Uyku sorunlarıyla ilgili keşke daha iyi olsaydı” ve “Neden uyku düzenimi kontrol edemiyorum” düşüncelerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.9. Araştırmada Kullanılan (DASS) Depresyon Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri

	,00		1,00		2,00		3,00	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
DAS_SKALA_3	27	32,9%	47	57,3%	8	9,8%	0	0,0%
DAS_SKALA_5	21	25,6%	28	34,1%	29	35,4%	4	4,9%
DAS_SKALA_10	26	31,7%	33	40,2%	17	20,7%	6	7,3%
DAS_SKALA_13	14	17,1%	42	51,2%	23	28,0%	3	3,7%
DAS_SKALA_16	29	35,4%	34	41,5%	17	20,7%	2	2,4%
DAS_SKALA_17	36	43,9%	30	36,6%	15	18,3%	1	1,2%
DAS_SKALA_21	31	37,8%	36	43,9%	11	13,4%	4	4,9%
DAS_SKALA_24	17	20,7%	45	54,9%	20	24,4%	0	0,0%
DAS_SKALA_26	31	37,8%	43	52,4%	6	7,3%	2	2,4%
DAS_SKALA_31	31	37,8%	34	41,5%	15	18,3%	2	2,4%
DAS_SKALA_34	37	45,1%	33	40,2%	10	12,2%	2	2,4%
DAS_SKALA_37	35	42,7%	34	41,5%	9	11,0%	4	4,9%
DAS_SKALA_38	41	50,0%	29	35,4%	10	12,2%	2	2,4%
DAS_SKALA_42	25	30,5%	37	45,1%	18	22,0%	2	2,4%

Araştırmada kullanılan (DASS) Depresyon Alt Ölçeğinde bulunan 14 soruya parasomnia tanısı almış katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.9’da yer almaktadır. Buna göre, sorulara 3,00 (her zaman) yanıtını veren katılımcıların frekans değerleri diğerlerine göre daha düşük çıkmıştır. Genel olarak normal dağılım olduğu söylenebilir.

Tablo 4.10. Araştırmada Kullanılan (DASS) Anksiyete Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri

	,00		1,00		2,00		3,00	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
DAS_SKALA_2	34	41,5%	27	32,9%	18	22,0%	3	3,7%
DAS_SKALA_4	27	32,9%	29	35,4%	21	25,6%	5	6,1%
DAS_SKALA_7	26	31,7%	36	43,9%	12	14,6%	8	9,8%
DAS_SKALA_9	19	23,2%	42	51,2%	16	19,5%	5	6,1%
DAS_SKALA_15	48	58,5%	20	24,4%	13	15,9%	1	1,2%
DAS_SKALA_19	32	39,0%	27	32,9%	19	23,2%	4	4,9%
DAS_SKALA_20	27	32,9%	40	48,8%	10	12,2%	5	6,1%
DAS_SKALA_23	51	62,2%	24	29,3%	7	8,5%	0	0,0%
DAS_SKALA_25	27	32,9%	31	37,8%	17	20,7%	7	8,5%
DAS_SKALA_28	23	28,0%	40	48,8%	16	19,5%	3	3,7%
DAS_SKALA_30	35	42,7%	35	42,7%	11	13,4%	1	1,2%
DAS_SKALA_36	36	43,9%	21	25,6%	22	26,8%	3	3,7%
DAS_SKALA_40	50	61,0%	16	19,5%	14	17,1%	2	2,4%
DAS_SKALA_41	29	35,4%	38	46,3%	12	14,6%	3	3,7%

Araştırmada kullanılan (DASS) Anksiyete Alt Ölçeğinde bulunan 14 soruya parasomnia tanısı almış katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.10'da yer almaktadır. Buna göre, sorulara 3,00 (her zaman) yanıtını veren katılımcıların frekans değerleri diğerlerine göre daha düşük çıkmıştır. Genel olarak normal dağılım olduğu söylenebilir.

Tablo 4.11. Araştırmada Kullanılan (DASS) Stres Alt Ölçeğine Verilen Cevapların İstatistikleri

	,00		1,00		2,00		3,00	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
DAS_SKALA_1	17	20,7%	42	51,2%	22	26,8%	1	1,2%
DAS_SKALA_6	12	14,6%	33	40,2%	25	30,5%	12	14,6%
DAS_SKALA_8	20	24,4%	38	46,3%	21	25,6%	3	3,7%
DAS_SKALA_11	22	26,8%	31	37,8%	23	28,0%	6	7,3%
DAS_SKALA_12	18	22,0%	36	43,9%	21	25,6%	7	8,5%
DAS_SKALA_14	7	8,5%	37	45,1%	31	37,8%	7	8,5%
DAS_SKALA_18	21	25,6%	42	51,2%	18	22,0%	1	1,2%
DAS_SKALA_22	16	19,5%	41	50,0%	22	26,8%	3	3,7%
DAS_SKALA_27	9	11,0%	32	39,0%	33	40,2%	8	9,8%
DAS_SKALA_29	14	17,1%	38	46,3%	24	29,3%	6	7,3%
DAS_SKALA_32	15	18,3%	40	48,8%	22	26,8%	5	6,1%
DAS_SKALA_33	9	11,0%	41	50,0%	27	32,9%	5	6,1%
DAS_SKALA_35	15	18,3%	39	47,6%	20	24,4%	8	9,8%
DAS_SKALA_39	46	56,1%	26	31,7%	8	9,8%	2	2,4%

Araştırmada kullanılan (DASS) Stres Alt Ölçeğinde bulunan 14 soruya parasomnia tanısı almış katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.11’de yer almaktadır. Buna göre, sorulara 3,00 (her zaman) yanıtını veren katılımcıların frekans değerleri diğerlerine göre daha düşük olduğu çıkmıştır. Genel olarak normal dağıldığı söylenebilir.

4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin, Cinsiyetlerine Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Deviation	Sd	t	P
RRS	Erkek	52	20,42	5,90	80	-2,691	,009
	Kadın	30	24,07	5,92			
Depresyon	Erkek	52	11,23	7,23	80	-2,108	,038
	Kadın	30	14,63	6,68			
Anksiyete	Erkek	52	12,08	5,80	80	-0,044	,965
	Kadın	30	12,13	5,37			
Stres	Erkek	52	16,33	5,87	80	-,761	,449
	Kadın	30	17,43	7,09			

Araştırmaya katılan bireylerin, cinsiyetine göre ruminasyon, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ait bulgular için ölçeklerin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.12’de yer almaktadır. Cinsiyete göre RRS ölçeğinin toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{80}=-2,691$; $p<0,05$). Buna göre kadınların RRS toplam puanı ($24,07\pm 5,92$) erkeklerin RRS toplam puanından ($20,42\pm 5,90$) yaklaşık 3,5 puan yüksektir. Dolayısıyla örneklem grubu içinde yer alan kadınların hastalıklarıyla ilgili daha fazla olumsuz düşünceye sahip oldukları ve bu yönde hastalıklarını ve psikolojik durumlarını yönlendirdiklerini söyleyebiliriz. Cinsiyete göre Depresyon ölçeğinin toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{80}=-2,1081$; $p<0,05$). Buna göre kadınların Depresyon

toplam puanı (14,63±6,68) erkeklerin Depresyon toplam puanından (11,23±7,23) yaklaşık 3,4 puan yüksektir. Kadınların ruminatif düşünce şekilleriyle aynı doğrultuda depresyon durumunu yaşamaları erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre DASS ölçeğinin Anksiyete ve Stress alt boyutlarının toplam puanları bağımsız örneklem t testine göre incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Test sonuçları sırasıyla ($t_{80}=-,044$; $p>0,05$) ve ($t_{80}=-,761$; $p>0,05$) 'dir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin anksiyete ve stres durumları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin, Psikiyatrik Tedavi Görmelerine Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Katılımcıların Psikiyatrik Tedavi Görme Durumlarına Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Deviation	Z	P
RRS	Evet	19	24,32	7,13	2,121	,037
	Hayır	63	20,98	5,63		
Depresyon	Evet	19	15,26	6,81	1,962	,053
	Hayır	63	11,63	7,14		
Anksiyete	Evet	19	12,37	6,19	,239	,812
	Hayır	63	12,02	5,48		
Stres	Evet	19	18,63	6,91	1,506	,136
	Hayır	63	16,16	6,08		

Araştırmaya katılan bireylerin, psikiyatrik tedavi görmelerine göre ruminasyon, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ait bulgular için ölçeklerin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.13'te yer almaktadır.

Psikiyatrik tedavi görüp görmeme durumuna göre RSS ölçeğinin toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testinin alternatifi parametrik olmayan Mann Whitney U testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z=2,121$; $p<0,05$). Buna göre tedavi görenlerin RSS toplam puanı ($24,32\pm 7,13$) tedavi görmeyenlerin RSS toplam puanından ($20,98\pm 5,63$) yaklaşık 3,3 puan yüksektir. Örneklem grubunda psikiyatrik tedavi gören hastaların farkındalık düzeyleri görmeyen hastalara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Farkındalık durumunun ruminatif düşünce şeklini etkilediği düşünülebilir.

Psikiyatrik tedavi görüp görmeme durumuna göre DASS ölçeğinin Depresyon, Anksiyete ve Stress alt boyutlarının toplam puanları parametrik olmayan Mann Whitney U testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Test sonuçları sırasıyla ($z=1,962$; $p>0,05$), ($z=,239$; $p>0,05$), ve ($z=1,506$; $p>0,05$) 'dir. Buna göre, araştırmaya katılan parasomnia hastalarının psikiyatrik tedavi görüp ya da görmemesi depresyon, anksiyete, stres durumlarını etkilememektedir.

4.7. Araştırmaya Katılan Bireylerin, Sigara Kullanımına Göre Ruminasyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Katılımcıların Sigara İçme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Deviation	Sd	t	P
RRS	Evet	41	20,61	6,19	80	-1,714	,090
	Hayır	41	22,90	5,92			
Depresyon	Evet	41	11,51	7,74	80	-1,217	,227
	Hayır	41	13,44	6,54			
Anksiyete	Evet	41	11,90	5,51	80	-,313	,755
	Hayır	41	12,29	5,78			
Stres	Evet	41	16,34	6,57	80	-,557	,579
	Hayır	41	17,12	6,12			

Araştırmaya katılan bireylerin, sigara kullanımına göre ruminasyon, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ait bulgular için ölçeklerin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.14'te yer almaktadır. Sigara içip içmeme durumuna göre RRS, DASS ölçeğinin Depresyon, Anksiyete ve Stress alt boyutlarının toplam puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Test sonuçları sırasıyla ($t_{80}=-1,217$; $p>0,05$), ($t_{80}=-,313$; $p>0,05$), ($t_{80}=-,557$; $p>0,05$) ve ($t_{80}=-,802$; $p>0,05$) 'dir. Buna göre, parasomnia tanısı almış bireylerin sigara kullanımının ruminasyon düşünme, depresyon, anksiyete ve stres durumları üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

4.8. Araştırmaya Katılan Bireylerin, Alkol Kullanımına Göre Ruminsyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Deviation	Sd	T	P
RRS	Evet	36	20,42	6,86	80	-1,774	,080
	Hayır	46	22,80	5,34			
Depresyon	Evet	36	12,50	7,07	80	,027	,979
	Hayır	46	12,46	7,35			
Anksiyete	Evet	36	12,17	6,50	80	,098	,922
	Hayır	46	12,04	4,89			
Stress	Evet	36	16,50	6,96	80	-,292	,771
	Hayır	46	16,91	5,85			

Araştırmaya katılan bireylerin, alkol kullanımına göre ruminasyon, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ait bulgular için ölçeklerin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.15'te yer almaktadır. Alkol kullanıp kullanmama durumuna göre RRS, DASS ölçeğinin Depresyon, Anksiyete ve Stress alt boyutlarının toplam puanları Bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Test sonuçları sırasıyla ($t_{80}=-1,714$; $p>0,05$), ($t_{80}=-,027$; $p>0,05$), ($t_{80}=-,098$; $p>0,05$) ve ($t_{80}=-,292$; $p>0,05$) 'dir. Buna göre, parasomnia tanısı almış bireylerin alkol kullanımının ruminasyon düşünme, depresyon, anksiyete ve stres durumları üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

4.9. Araştırmaya Katılan Bireylerin, Alkol Kullanımına Göre Ruminsyon, Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.16. Katılımcıların Şikayet Sürelerine Göre Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Mean	Std. Deviation	sd	Kikare	P
RRS	12 ay ve daha az	44	21,98	5,57	2	4,312	,116
	13 ay - 24 ay	15	19,00	4,44			
	25 ay ve daha fazla	23	23,13	7,61			
	Total	82	21,76	6,13			
Depresyon	12 ay ve daha az	44	13,93	6,94	2	3,658	,161
	13 ay - 24 ay	15	10,80	5,73			
	25 ay ve daha fazla	23	10,78	8,12			
	Total	82	12,48	7,19			
Anksiyete	12 ay ve daha az	44	11,91	5,09	2	,084	,959
	13 ay - 24 ay	15	12,53	5,82			
	25 ay ve daha fazla	23	12,17	6,61			
	Total	82	12,10	5,61			
Stres	12 ay ve daha az	44	16,57	5,61	2	,270	,874
	13 ay - 24 ay	15	16,07	7,47			
	25 ay ve daha fazla	23	17,48	7,02			
	Total	82	16,73	6,32			

Araştırmaya katılan bireylerin, şikayet sürelerine göre ruminasyon, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ait bulgular için ölçeklerin toplam puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen değerler Tablo 4.16'da yer almaktadır. Hastalığın şikayet süresi durumuna göre RRS, DASS ölçeğinin Depresyon, Anksiyete ve Stres

alt boyutlarının toplam puanları ANOVA analizi yerine alternatif parametrik olmayan Kruskal Wallis H testi ile incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Test sonuçları sırasıyla ($\chi^2=4,312$; $p>0,05$), ($\chi^2=,3,658$; $p>0,05$), ($\chi^2=,084$; $p>0,05$) ve ($\chi^2=,207$; $p>0,05$) 'dir. Buna göre, parasomnia tanısı almış bireylerin şikayet süreleri ruminasyon düşünme şeklini etkilememekte, depresyon, anksiyete ve stres durumlarını değiştirmemektedir.

4.10. Parasomnia Teşhisi Almış Bireylerin Hastalık Alguları ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Seviyeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.17. RSS Ölçeği ile DASS Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Durumları

	RRS	Depresyon	Anksiyete	Stres
RRS	1	,394**	,285**	,387**
Depresyon	,394**	1	,497**	,503**
Anksiyete	,285**	,497**	1	,412**
Stres	,387**	,503**	,412**	1

Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkları ile ilgili ruminatif düşünme şekillerinin depresyon, anksiyete ve stres durumları ile ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 4.17'de yer almaktadır. Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık alguları ile Depresyon, anksiyete ve Stres seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Korelasyon katsayıları yukarıda verilen tabloda görülmektedir. Aralarındaki ilişki pozitif olup anlamlılık seviyesi ($p<0,001$) dir. Buna göre, örneklem grubumuz içinde yer alan parasomnia teşhisi almış bireylerin hastalıkları ile ilgili tekrarlayıcı ve olumsuz düşünme şekilleri bireylerin depresyon, anksiyete ve stres seviyelerini etkilemektedir. Ruminatif

düşünme değerleri arttıkça depresyon, anksiyete ve stres bozukluğunun arttığı, ruminatif düşünme değerleri azaldıkça depresyon, anksiyete ve stres bozukluğunun azaldığı söylenebilir.

4.11. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluğu ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Bozukluğunun Ortaya Çıkmasının İncelenmesi

Tablo 4.18. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Depresyon Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması

	Frekans	Yüzde
Normal	29	35,4
Hafif	17	20,7
Orta	26	31,7
İleri	8	9,8
Çok ileri	2	2,4
Total	82	100

Araştırmaya katılan bireylerin, DASS Ölçeğinin Depresyon alt ölçeğine verdiği cevaplar doğrultusunda ölçeğin puantaj tablosu göz önünde bulundurularak, depresyon seviyeleri 5 ayrı grupta incelenmiştir. Elde edilen bulguların yüzde ve frekans değerleri Tablo 4.18'de yer almaktadır. Buna Göre, Parasomnia teşhisi almış bireylerin 29'u (%35,4) normal, 17'si (%20,7) hafif, 26'sı (%31,7) orta, 8'i (%9,8) İleri, 2'si (%2,4) çok ileri olmak üzere depresyon seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Anksiyete Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması

	Frekans	Yüzde
Normal	17	20,7
Hafif	10	12,2
Orta	29	35,4
İleri	16	19,5
Çok ileri	10	12,2
Total	82	100

Araştırmaya katılan bireylerin, DASS Ölçeğinin Anksiyete alt ölçeğine verdiği cevaplar doğrultusunda ölçeğin puantaj tablosu göz önünde bulundurularak, anksiyete seviyeleri 5 ayrı grupta incelenmiştir. Elde edilen bulguların yüzde ve frekans değerleri Tablo 4.19’da yer almaktadır. Buna Göre, Parasomnia teşhisi almış bireylerin 17’si (%20,7) normal, 10’u (%12,2) hafif, 29’u (%35,4) orta, 16’sı (%19,5) İleri, 10’u (%12,2) çok ileri olmak üzere anksiyete seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.20. Araştırmaya Katılan Bireylerin, (DASS) Stres Alt Ölçek Sonuçlarına Göre Sınıflandırılması

	Frekans	Yüzde
Normal	33	40,2
Hafif	22	26,8
Orta	18	22,0
İleri	8	9,8
Çok ileri	1	1,2
Total	82	100

Araştırmaya katılan bireylerin, DASS Ölçeğinin Stres alt ölçeğine verdiği cevaplar doğrultusunda ölçeğin puantaj tablosu göz önünde bulundurularak, stres seviyeleri 5 ayrı grupta incelenmiştir. Elde edilen bulguların yüzde ve frekans değerleri Tablo 4.20’de yer almaktadır. Buna Göre, Parasomnia teşhisi almış bireylerin 33’ü (%40,2) normal, 22’si (%26,8) hafif, 18’i (%22,0) orta, 8’i (%9,8) İleri, 1’i (%1,2) çok ileri olmak üzere stres seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.21. Parasomnia Grubu Uyku Bozukluğu ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Bozukluğunun Ortaya Çıkması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

			N	gözlenen olasılık.	Test olasılığı.	P
Depresyon	Group 1	Yok	14	,35	,50	,011
	Group 2	Var	68	,65		
	Total		82	1,00		
Anksiyete	Group 1	yok	14	,21	,50	,000
	Group 2	var	68	,79		
	Total		82	1,00		
Stres	Group 1	yok	52	,40	,50	,097
	Group 2	var	30	,60		
	Total		82	1,00		

Araştırmamıza katılan parasomnia uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin ölçeklere verdikleri cevaplar doğrultusunda parasomnia hastalığının depresyon, anksiyete ve stres bozukluğunu ortaya çıkarması ile ilgili bulgular Tablo 4.21’de yer almaktadır. Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin RRS, Depresyon, Anksiyete ve Stres puanlarının toplamları yukarıda verilen tablolarda görülmektedir. Bu puanlar ölçek yapısına göre 5 gruba ayrılmaktadır. Bu gruplardan hareketle Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık durumlarına göre teorik olarak %50’sinin RRS, depresyon, anksiyete ve Stres puanlarının normal %50’nin de yüksek çıkması beklenmektedir. Bu sebeple yukarıdaki tabloda normal olanlar depresyon yok, Anksiyete yok ve Stres yok diye

yeniden gruplandırılmış. Diğer gruplar ise Depresyon var, Anksiyete var ve Stres var diye gruplandırılmıştır. Buna göre araştırmada %50 normal, %50 hastalıklı olması beklenen gruplar istatistiksel olarak bu şekilde mi olup olmadıkları parametrik olmayan testlerden Binomial test ile incelenmiştir.

Buna göre, Depresyon var oranı %65, Depresyon yok oranı %35 olup, bu oran teorik olan beklenen oran %50 ile karşılaştırılmıştır. Test sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Yani Parasomnia grubu uyku bozukluğu ile depresyonun ortaya çıkma oranı (%65) %50'den yüksektir.

Anksiyete var oranı %79, Anksiyete yok oranı %21 olup, bu oran teorik olan beklenen oran %50 ile karşılaştırılmıştır. Test sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$). Yani Parasomnia grubu uyku bozukluğu ile anksiyete ortaya çıkma oranı (%79) %50'den yüksektir.

Stres var oranı %60, Stres yok oranı %40 olup, bu oran teorik olan beklenen oran %50 ile karşılaştırılmıştır. Test sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak, parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerle yapmış olduğumuz çalışmamızda parasomnia uyku bozukluğunun depresyon ve anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasını tetiklediğini, stres bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olmadığını bulgular ışığında söyleyebiliriz.

V.BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Tartışma ve Yorum

Bu bölümde elde edilen bulgular ile ilgili alan yazın ışığında araştırmacı tarafından yorumlanarak tartışılacaktır.

Uyku bozuklukları yetişkinler arasında yaygındır; hayat kalitesini bozar ve komorbiditeler ile ilişkilidir. Parasomnialar, uyku ile ilişkili istenilmeyen olaylar ve yaşantılar olup, çocuklarda sıklıkla görülür ve yaş ile birlikte kaybolur. İleri yaşlarda görülen parasomnilerde; psikiyatrik bozukluklar, cinsel istismar ve kötüye kullanım ve özellikle erişkinlerde nörodejeneratif hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bu grup hastalıkların tanınması, hastanın, ailesinin ve yatak eşinin yaşam kalitesi için çok önemlidir. Ayrıca bazı tehlikeli olaylara neden olan ya da şiddet içeren davranışların ve uyku ile ilişkili cinsel davranışların hukuksal sorunlara yol açabileceği de akılda tutulmalıdır (Taştan ve diğerleri, 2013; Tuncel ve Orhan, 2009).

Tuniper ve arkadaşları (2012) yaptığı araştırmada, değişik şekillerde ortaya çıkan parasomnia grubu uyku hastalıklarının genel popülasyon da %1-11 olarak ortaya çıktığını bulmuşlardır.

Tez çalışmamızda uyku kliniğine başvuran ve parasomnia uyku bozukluğu grubu içinde yer alan hastalıklardan en az birinin teşhisini almış 82 hasta dahil edilmiştir. Hasta grubunun çoğunluğu erkek (% 63,4) hastalardan oluşmaktadır. Yaş ortalaması 41 olarak hesaplanmıştır. Parasomnia grubu uyku bozukluğu içerisinde değişik formlarda bir çok hastalık yer almaktadır ve bu gruba dahil olan hastalıkların cinsiyete ve yaşa göre özellikleri genel popülasyonda farklılık gösterir. Bu yüzden parasomnia grubu uyku bozukluklarını ayrı ayrı ele almak gerekir.

Kaynak ve Ardıç (2011) arosal bozuklukların, tipik olarak çocukluk çağında ortaya çıkar ve ergenlik sonrası kaybolduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla

çalışmamızda uyku kliniğine başvuran hastalar arasında Aurosal Bozukluk tanısı almış hasta bulunmamaktadır.

Mason ve Pack (2007) uykuda yürüme hastalığının çocuklarda yaklaşık %1-17, erişkinlerde ise %4 oranında görüldüğünü ve cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığını ifade etmişlerdir. Çalışmamıza katılan 12 hasta uykuda yürüme şikayetleri doğrultusunda tanı almışlardır.

Wilkelman ve arkadaşları (1999) uyku ile ilişkili yeme bozukluğu hastalığı ile ilgili çalışmada bir grup üniversite öğrenci grubunda %4,6 sıklıkta uyku ile ilişkili yeme bozukluğu bulmuşlardır. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu sıklığına dair epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Toplumda %1-3 sıklığında görülen bir rahatsızlıktır. Aslında hastalığın daha sık olduğu düşünülmektedir. Bildirilen vakaların %60-%80 kadarını kadınlar oluşturur. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 22-39 olarak belirlenmiştir (Wilkelman ve diğerleri, 2011). Bizim araştırmamıza dahil olan 2 kadın katılımcımız uyku ile ilişkili yeme bozukluğu tanısı almıştır.

Taşçılar ve Karadeniz (2008) REM Uykusunda Davranış Bozukluğu ile ilgili yaptıkları araştırmada, genel popülasyonun %0,38'inde, yaşlı popülasyonun ise %0,5'inde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Toplumda uykuya ilişkili şiddet %2,1 iken bunların %38'inde rüya canlandırılması yani olası RBD söz konusu olduğunu ve buna göre RBD prevalansı %0,8 düzeyinde olduğunu ifade etmişlerdir. Her yaşta görülme olasılığı olsa da genellikle 50 yaş üzerinde ve erkeklerde görüldüğünü saptamışlardır. Bizim araştırmamızda ise 19 hasta RBD tanısı almıştır ve örneklem grubu içerisinde en yüksek frekansa sahiptir.

Yinelenen uyku Paralizi ise yaşamın herhangi bir zamanında en az bir kez görülme olasılığı %40-50 arasındadır (Mason ve Pack, 2007). Araştırmamızda 7 katılımcı Yinelenen Uyku Paralizi teşhisi almıştır.

Kabus Bozukluğu, geceleri ara sıra görülme oranı %30-90, daha sık görülme oranı ise %5-30'dur. Ancak erişkin dönemde kadınlarda daha sık görülür (Mason ve Pack, 2007). Araştırmamıza katılan 10 katılımcı Kabus Bozukluğu teşhisi almıştır.

Berger ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada Huzursuz Bacak Sendromu, popülasyonun %1-15 kadarın da görülebilmektedir ve genellikle semptomlar hafiftir. Kadınlar da iki kat fazladır ve özellikle yaşlılar da (>65 yaş) daha siktir. Semptomların her yaşta başlayabileceği ancak %43'ün de 20 yaşın altında başladığı bildirilmektedir. Ancak çoğunluk 50 yaşından sonra tanı almaktadır. Bizim araştırmamızda ise 11 katılımcı HBS tanısı almıştır.

Görüldüğü üzere örneklem grubumuz, almış olduğu klinik tanı sonucunda, parasomnia grubu uyku bozukluğu sınıfında yer alan birçok hastalığı temsil etmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bir diğer bulguya göre ise, DASS Ölçeği alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır (iç tutarlılığa sahiptir) ve yapılan analizler göstermiştir ki ölçeğin güvenilirlik katsayısı kabul edilebilir seviyededir. Bu bulgular göstermektedir ki, DASS parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireyler ile çalışırken kullanılabilir niteliklere sahiptir ve bu çalışmada elde edilen bulgular neticesinde varılacak yargıların da güvenilirliğini olumlu yönde etkileyecektir. Aynı şekilde Ruminasyon Ölçeğinin uyku bozukluğuna uyarlanmış şekli için kabul edilebilir güvenilirlik değerleri elde edilmiştir. Benzer şekilde, DASS ölçeği gibi Ruminasyon ölçeği de parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerle yapılan çalışmalarda güvenilir sonuçlar elde etmek için kullanılabilir.

Erdur-Baker ve arkadaşları (2009) ruminatif kişilik özellikleri ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi cinsiyete bağlı olarak incelemişlerdir. Araştırmanın örneklemini 311'i kadın, 244'ü erkek olmak üzere toplam 555 öğrenci oluşturmaktadır. Yapılan araştırmada kadınların erkeklerden daha yüksek ruminatif düşünme puanları olarak ruminatif düşünce şekline daha yatkın olduklarını bulmuşlardır.

Nolen Hoeksema ve arkadaşları (2008) yaptığı ruminatif düşünme ve bilişsel stiller üzerine yaptığı araştırmada kişilerin olumsuz düşünme şekillerinin psikolojik durumlarını etkilediğini ifade eder ve ruminatif düşünce stillerinin kadınlarda daha yüksek değerler aldığı görülmüştür.

Araştırmamızda parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerde cinsiyete bağlı ruminatif puanların değişebildiği bulunmuştur. Elde edilen bulgular literatürde yapılmış çalışmalarla uyum göstermektedir. Buna göre kadınların RRS toplam puanı (24,07±5,92) erkeklerin RRS toplam puanından (20,42±5,90) yaklaşık 3,5 puan yüksektir. Araştırmamız sonucunda parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış kadınların, ruminatif düşünme şeklinin erkeklerden yüksek olduğu söylenebilir.

Bilgel ve Bayram'ın (2010) DASS Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halinin psikometrik özelliklerini belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmaya 1102 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmada kadınların depresyona daha yatkın oldukları ifade edilmiştir.

Bizim araştırmamızda kadınların örneklem grubu içinde temsil gücü zayıf olmasına rağmen, kadınların Depresyon toplam puanı (14,63±6,68) erkeklerin Depresyon toplam puanından (11,23±7,23) yaklaşık 3,4 puan yüksektir. Buna göre parasomnia teşhisi almış bireylerin cinsiyet farklılıklarına göre depresyon durumları farklılaşmaktadır ve depresyon seviyesinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuçlar literatürde verilen bilgilerle örtüşmektedir.

Anksiyete bozuklukları genel toplum içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansı %17,7 olarak bildirilmektedir. Bu oran kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2 düzeyindedir (Ertan, 2008).

Bal'ın (2010) anksiyete bozukluğunun cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelediği araştırmasına 210 anksiyete tanısı almış 141 kadın 60 erkek hasta katılmıştır. Kadınların erkeklere göre daha yüksek oranlara sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yaptığımız araştırmaya katılan parasomnia grubu teşhisi almış bireylerin anksiyete durumları incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Elde edilen bulgular ışığında parasomnia grubu uyku bozukluğu almış bireylerin anksiyete düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Alan yazınında belirtildiği gibi kadınların anksiyete düzeyleri yüksek çıkmamıştır.

Stres, birçok hastalığın nedeni olabileceği gibi, birçok hastalığın da sonucunda ortaya çıkabilir. Sebebi ne olursa olsun, insanın ruh sağlığındaki en küçük bir dalgalanma bile kendisini uyku düzenindeki bir bozuklukla ortaya koyar. Kişinin karşı karşıya bulunduğu hayat güçlüklerini ve ne kadar stres altında olduğunu araştıran bütün test ve ölçeklerde uyku ile ilgili sorular büyük önem taşır. Araştırmamızda elde edilen bulgular ışığında parasomnia teşhisi almış bireylerin cinsiyet farklılıkları stres durumunu etkilememektedir. Kadınlar ve erkekler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Araştırmamıza katılan parasomnia teşhisi almış hastaların şikayet süreleri incelendiğinde ilk bir yıl içinde kliniğe başvuran hasta sayısı 44 (%53,7) olarak hesaplanmıştır. Buna göre, parasomnia grubu uyku bozukluğu yaşayan bireyler, hastalık semptomları görülmeye başladıktan bir yıl içinde ancak kliniğe başvurmuşlardır. Diğer taraftan şikayet sürelerine göre ölçek toplam puanları incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında parasomnia uyku bozukluğu teşhisi almış bireyleri şikayet süreleri ruminatif düşünme şekillerini, depresyon düzeylerini, anksiyete düzeylerini ve stres düzeylerini istatistiki olarak anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Literatürde konuyla ilgili yeterli çalışma yapılmamıştır.

Araştırmamız da, parasomnia teşhis almış hastaların ayrıca psikiyatrik tedavi görüp görmediklerini sorguladık. 19 kişinin psikiyatri bölümünde tedavi aldıklarını, diğer 63 kişinin ise psikiyatriye başvurmadıklarını öğrendik. Psikiyatrik tedavi gören ve görmeyenlerin ruminatif düşünme, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçek toplam puanları göz önünde bulundurarak hesapladık. Elde edilen bulgular, parasomnia teşhisi almış hastaların psikiyatrik tedavi görenlerin RRS toplam puanı ($24,32 \pm 7,13$) psikiyatrik tedavi görmeyenlerin RRS toplam puanından ($20,98 \pm 5,63$) yaklaşık 3,3 puan yüksektir. Buna göre, parasomnia teşhisi almış hastaların psikiyatrik tedavi görmesi ruminatif düşünme seviyesini olumsuz yönde etkilemektedir. Psikiyatrik Tedavi gören kişilerin hastalık algılarının yüksek olduğunu ve hastalıklarıyla ilgili farkındalığın psikiyatrik tedavinin sonucu olarak arttığını söylemek mümkündür. Farkındalığın artmasıyla ruminatif düşünme şekillerinin olası bir sonuç olarak artması araştırma sonucunda bulunmuştur.

Aynı şekilde, parasomnia teşhisi almış bireylerin psikiyatrik tedavi görme durumlarına göre depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ölçek toplam puanları karşılaştırılarak hesaplanmıştır. Bulgular sonucunda parasomnia hastalarının psikiyatrik tedavi görüp görmemeleri depresyon düzeylerini etkilememekte, anksiyete düzeylerini etkilememekte ve stres düzeylerini etkilemektedir. Sonuç olarak psikiyatrik tedavi gören parasomnia grubu uyku hastalıkları teşhisi almış bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri görmeyenlere göre farklılık göstermemektedir.

Çalışmamıza katılan parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin alışkanlık durumları incelendiğinde örneklem grubumuzun yarısının sigara kullandığı yani 41 kişinin sigara içtiği, 36 kişinin alkol kullandığı ve 2 kişinin ise diğer grupta bulunan uyuşturucu ve diğer kimyasal maddeler kullandığı belirlenmiştir. Bu alışkanlıkların kişilerin ruminatif düşünme, depresyon, anksiyete ve stres seviyelerini ne şekilde etkilediği ölçek toplam puanları karşılaştırarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında, parasomnia tanısı konmuş bireylerin sigara kullanımının, alkol kullanımının ve diğer (uyuşturucu vb.) kullanımların ruminatif düşünme üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Aynı şekilde sigara kullanımının, alkol kullanımının ve diğer (uyuşturucu vb.) kullanımların parasomnia teşhisi almış kişilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Ruminasyon ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların çoğu depresyonla ilgilidir. Bu çalışmalarda depresyon ve ruminasyonun ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Ruminasyonun kaygı belirtileriyle ilişkili bulunduğu çalışmalar da yapılmıştır.

Nolen-Hoeksema'nın (2000) Michigan Üniversitesinde yaptığı araştırmasında ruminatif düşüncenin depresyon bozuklukluğu ve anksiyete ilişkisini ortaya koymuştur. Araştırmaya 1123 kişi dahil edilmiş ve bu kişiler etnik sınıf gözletilmeksizin yaş sınıflamasına göre üç gruba ayrılmışlardır. 25-35 yaş arası 210'u kadın 390 kişi, 45-55 yaş arası 245'i kadın 470 kişi, 65-75 yaş arası 144 kadın

262 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara çift zamanlı Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeklerden alınan puanlarla ruminasyon puanları karşılaştırılarak, ruminatif düşünme ile anksiyete ve depresyon bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yani ruminatif düşünce arttıkça depresyon ve anksiyete artar.

Aynı şekilde, Gülüm ve Dağ (2012) Hacettepe Üniversitesi'nde 266 lisans eğitimi gören üniversite öğrencileri ile yaptıkları Ruminasyon Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik, güvenirlik konulu çalışmalarında birçok psikiyatrik bozuklukta kişinin sorunları, düşünceleri, duyguları hakkında perseveratif olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı düşünce süreçleri belli şekillerde etkili olduğunu ve tekrarlayıcı düşünceleri ortak bir temelde incelemek, söz konusu bozuklukları birlikte değerlendirmek ve karşılaştırmak açısından oldukça önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları yani ruminatif düşünme şekilleri ile depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı araştırmamızda incelenmiştir. Elde edilen bulgular, parasomnia teşhis almış kişilerdeki ruminasyon seviyesi ile depresyon seviyesi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, bireylerin hastalıkları ile ilgili yineleyici ve olumsuz ruminatif düşünme şekilleri arttıkça depresyonunda arttığı söylenebilir.

Bir diğer değişkenimiz olan anksiyete bozukluğu ile ruminatif düşünce arasında da pozitif bir ilişki olduğu çalışmamız sonucunda söylenebilir. Dolayısıyla parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin ruminatif düşünme şekilleri arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir.

Aynı şekilde, parasomnia teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile stres düzeyleri karşılaştırılmış ve aralarında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgular, parasomnia uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algılarının yani ruminatif düşünme tarzlarının stres düzeyini etkilediğini ortaya

koymaktadır. Ruminatif düşünme artıkça stres düzeyi de artmaktadır. Bu konu ile ilgili literatür de bulunan çalışmaların sonuçlarıyla araştırma elde ettiğimiz sonuçlar aynı yöndedir.

DSM-V-TR (2013) tanı kriterleri düşünüldüğünde uyku bozukluğu depresyonun ve bazı ansiyete bozukluklarının semptomu olarak karşımıza çıkmaktadır. Stres bozukluğunun uyku kalitesini bozduğu düşünülmektedir. Uyku yapısındaki değişiklikler özellikle depresyon gibi duygudurum bozukluklarında biyolojik bir gösterge olarak kabul edilmekte ve patafizyolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

Rieman ve arkadaşlarının (2001) ortaya koyduğu şekilde depresyon ve insomnia semptomları arasındaki ilişki tek yönlü olmamaktadır. Yani, sadece insomnia depresyonunun tipik bir semptomu değil aynı zamanda insomnia depresyon için bağımsız bir risk olduğunu ifade etmişlerdir. Depresyondaki hastaların büyük bir çoğunluğu uyku kalitesi bozulmalarından, uykuya dalma güçlüğünden, sık gece uyanmalarından ve sabah erken uyanmalarından yakınmaktadırlar (Çalıyurt ve Güdücü, 2004).

Rieman ve arkadaşları (1994) 108 sağlıklı bireyleri kontrol grubu olarak, 178 DSM-III tanı kriterlerine göre depresyon tanısı almış bireyleri depresyon ve uyku konulu araştırmalarında örneklem grubu olarak seçmişlerdir. Örneklem grubuna dahil olan tüm kişilere kan testi, EEG, fiziksel muayene uygulamışlardır. Hasta bireylerin Hamilton Ölçeği skorları değerlendirilmiştir. Her iki gruba da kolinerjik REM indüksiyon testi yapılarak kontrol grubu ile hasta grubun sonuçları karşılaştırılmıştır. Depresyon hastalarında sağlıklı bireylere göre REM uykusunda bozulmalar tespit edilmiştir.

Bir diğer çalışmada, Bjorvatn ve arkadaşları (2010) Norveç'te %51'i kadın rasgele seçilen 18 yaş üstü 1000 yetişkinde genel popülasyonda parasomnia uyku bozukluğunun prevalansını araştırmışlardır. Araştırmada depresif ruh haline sahip kişilerde konfizyonel arousal, gece terörü, kabus bozukluğu, uyku ile ilişkili yaralanma gibi parasomnia grubu uyku bozukluğu bulunmuştur.

Literatürde parasomnia uyku bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yetersizdir. Genellikle uyku bozukluğu depresyonun komarbitesi olarak ele alınmış ve insomnia grubu uyku bozuklukları ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Yaptığımız araştırmada parasomnia grubu uyku bozukluğunun depresyonun ortaya çıkmasında etkili olup olmadığını sorguladık. Buna göre, parasomnia uyku bozukluğu depresyonun ortaya çıkmasında etkili ve tetikleyici bir unsur olabilir.

Alan yazınında parasomnia uyku bozukluğu ile anksiyete arasındaki ilişki parasomnia grubunun büyük bir kısmının çocukluk döneminde başlamasından dolayı genel olarak çocukluk dönemi ve adolesan dönem incelenerek açıklanmıştır.

Alfona ve arkadaşları (2010) 7-14 yaş arası 52 anksiyete bozukluğu klinik tanısı konmuş çocuklarla yapılan çalışmada uyku bozuklukları ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiştir. Gençlerin %54'ü uyku sorunu bildirmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklarda ve Latin gençlerinde yüksek seviyede uyku bozukluğu gözlenmiştir ve uyku bozukluğu anksiyeteli çocuklarda değerlendirmede prosedürün bir parçası olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Ağargün ve arkadaşları (1995) 188 lise öğrencisinde uyku problemleri ve anksiyete düzeyleriyle ilişkisini incelemişlerdir. Araştırmada Uyku şikayetleri formu ve sürekli kaygı envanteri kullanmışlardır. Sonuç olarak bireyler arasında yüksek bir insomni yüzdesi bulunmuş ve insomnisi olan bireylerin anksiyete skorlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Laberge ve arkadaşları (2000) parasomnia uyku bozukluğunda yüksek anksiyete skorlarını raporlaştıran ilk büyük çalışmayı yapmışlardır. Çalışmaya 664 ve 689 kız 11-13 yaşlarında çocuklar dahil edilmiş ve çocuklar 11 yaşında, 12 yaşında ve 13 yaşında periyodik olarak her yıl anksiyete seviyeleri, parasomnia gelişimleri değerlendirmeye alınmıştır. En sık uykuda konuşma, burksizm ve huzursuz bacak sendromu gözlenmiş olup yüksek anksiyete skorları bulunan çocukların gece terörü, uykuda konuşma, sallanan vücut, huzursuz bacak sendromu ve burksizm gibi parasomnia grubu uyku bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir.

Alan yazınında, parasomnia ve anksiyete ile ilişkili yayım oldukça kısıtlıdır. Türkiye’de yetişkinlerde parasomnia ve anksiyete ilişkisiyle ilgili araştırma bulunmamaktadır. Genellikle uyku bozukluğu anksiyete bozukluğunun komarbitesi olarak değerlendirilmiştir. Yaptığımız araştırmada parasomnia grubu uyku bozukluğunun anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olup olmadığını sorguladık. Buna göre, parasomnia uyku bozukluğu anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili ve tetikleyici bir unsur olabilir.

Stres bozukluğunu hastalık olarak düşündüğümüzde parasomnia grubu uyku bozukluğu ilişkisini araştıran çalışmalar genellikle Travma sonrası stres bozukluğunda görülen parasomniler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Stresi kavram olarak tanımladığımızda hastalıkların nedeni ve ya sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mellman ve arkadaşlarının (1995) 25 post travmatik stres bozukluğu olan savaşa katılmış olgusunda, kontrol grubuna göre, hastalarda uykunun etkinliğinde azalma, uyku başlangıcında uyanık geçen zamanın arttığı, ayrıca çok sık küçük uyanıklıklar, uykuda hareketlerinin çok sık olduğu görülmüştür. Post travmatik stres bozukluğu olan hastalar da sıklıkla uyku ile ilişkili şiddet davranışları, uyku terörü, uyku paralizisi olduğu saptanmış ve özellikle de RDB üzerine odaklanılmıştır.

Ohayan ve arkadaşları (1999) parasomnia grubu uyku bozukluklarını toplumda görülme sıklığını ve ruhsal bozukluklarla ilişkisini inceledikleri araştırmada Birleşik Krallık’ta yaşayan 4972 kişi yer almıştır. Araştırmada arousal parasomnilerin, özellikle gece terörü ve konfizyonel uyanmaların sık sık ruhsal bozukluklarla birlikte görüldüğünü gözlemlemişlerdir. Tıbbi rahatsızlıklar ve vardiyalı çalışma durumunun konfizyonel uyanmalara, stres seviyesini yükselten durumların uykuda yürüme hastalığını tetikleyebileceğini ifade etmişlerdir.

Son olarak, yapmış olduğumuz araştırmada parasomnia grubu uyku bozukluğunun stres bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olup olmadığını araştırdık. Buna göre, parasomnia uyku bozukluğu stres bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili ve tetikleyici bir unsur olmayabilir.

VI. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Uyku bozukluğu sınıflamasında ayrı bir kategoriye oluşturan parasomnia grubu hastaların hastalıkları ile ilgili düşünme tarzları, hastalıklarını algılayış şekillerinin depresyon, anksiyete ve stres oluşumuna etkisini belirlemek araştırmamızın amacını oluşturmaktadır. Ayrıca, bu araştırmada parasomnia kaynaklı depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu oluşabileceği düşünülmüştür. Bu kapsamda gerçekleştirilen analiz sonuçları IV. Bölümde özetlenmiştir. Bu bölümde ise verilen analiz sonuçları içerisinde araştırmacı tarafından anlamlı bulunan sonuçlar özetlenecektir.

6.1. Sonuç

- DASS Ölçeği alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır (iç tutarlılığa sahiptir) ve yapılan analizler göstermiştir ki ölçeğin güvenirlik katsayısı kabul edilebilir seviyededir. Bu bulgular göstermektedir ki, DASS Parasomnia grubu uyku bozukluğu yaşayan bireylerle çalışırken kullanılabilir niteliklere sahiptir.
- RSS'in uyku bozukluğuna uyarlanmış şekli için kabul edilebilir güvenirlik değerleri elde edilmiştir. Bu bulgular göstermiştir ki, Parasomnia grubu uyku bozukluğu yaşayan bireylerle yapılan çalışmalarda güvenilir sonuçlar elde etmek için kullanılabilir.
- Prosomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile ruminatif düşünce şekilleri arasında anlamlı bir farklılık vardır. Kadınların ruminatif düşünme skorları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.
- Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin cinsiyet özellikleri ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır. Parasomnia teşhisi almış kadınların depresyon seviyeleri erkeklerin depresyon seviyelerinden yüksek çıkmıştır.

- Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin psikiyatrik tedavi görmeleri ile ruminatif düşünce şekilleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır. Psikiyatrik tedavi gören bireylerin ruminatif düşünme puanlarının psikiyatrik tedavi görmeyenlere göre daha yüksek çıktığı bulunmuştur.
- Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin hastalık algıları yani ruminatif düşünme durumları arttıkça depresyon seviyesinin de arttığı gözlenmiştir.
- Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin hastalık algıları yani ruminatif düşünme durumları arttıkça anksiyete seviyesinin de arttığı şeklinde yorumlanabilir.
- Parasomnia grubu uyku bozukluğu teşhisi almış bireylerin hastalık algıları ile stres seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bireylerin hastalık algıları yani ruminatif düşünme durumları arttıkça stres seviyesinin de arttığı bulunmuştur.
- Parasomnia grubu uyku bozukluğu istatistiki olarak depresyon ortaya çıkartabilir. Buna göre, parasomnia uyku bozukluğu depresyon bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili ve tetikleyici bir unsur olabilir.
- Parasomnia grubu uyku bozuklukları istatistiki olarak anksiyete bozukluğu ortaya çıkartabilir. Buna göre, parasomnia uyku bozukluğu anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili ve tetikleyici bir unsur olabilir.

6.2. Araştırmanın Literatüre Katkısı

Uyku, yaşamımızın üçte birini kapsamına ve hayati bir işlevselliği olmasına rağmen, hala birçok bilinmeziyle araştırma konusu olmaya devam edecektir. Uyku ile ilgili yapılabilecek herhangi bir çalışma literatüre büyük katkı sağlayacaktır.

Uyku problemleri sıklıkla semptom ya da komorbite bozukluk olarak tanımlanır. Depresyon, anksiyete alt grupları için semptom niteliğindedir. Genellikle uykusuzluk (İnsomnia) hastalığı ile ilişkilendirilir. Fakat Parasomnia otonom sinir sistemiyle ilgili uyku bozukluğu grubunu oluşturur. Dolayısıyla kişilerin hayatlarını istemsiz bir şekilde olumsuz yönde etkiler. Yani parasomnia uyku bozukluğu elde edilen bulgular ışığında psikiyatrik hastalıkların nedeni olabilir. Bu nedenle psikoloji, nöroloji ve uyku uzmanlarından oluşan bir ekiple çalışmalara başlanması uygun olacaktır.

Parasomnia kendi içinde alt gruplara ayrılan bir hastalıktır ve her alt grubun kendine özgü spesifik özellikleri vardır. Bu yüzden yapılan çalışmalar alt grupların tanımlamalarına ve özelliklerine yönelik yapılmıştır. Araştırmamızda alt grupları bir arada değerlendirerek literatüre parasomnia ile ilgili genel tanımlamalar kazandırabildiğimizi düşünüyoruz.

Parasomnia ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi çeşitli yönleriyle inceleme gerektirmektedir. Parasomnia alt tipleri ile psikiyatrik bozuklukların özellikle toplumda prevalansı en yüksek olan depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilgili çalışmaları yapmak literatüre katkı sağlayacaktır. Parasomnia alt tipleri ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişkinin incelenmesi ilginç sonuçlar verebilir. Bu nedenle konuya ilgi duyanların alt tipler konusun da çalışma yapabileceklerini önerebiliriz. Çalışmamızda Parasomnia grubu uyku bozukluğunun depresyon, anksiyete ve stres üzerindeki etkilerini inceledik. Parasomnia uyku bozukluklarının tedavilerinin yapılandırılmasında önemli, parasomnia grubu hastalıkların değerlendirilmesi için öncül bilgilerdir. Konuya ilişkin çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Ruminasyon ölçeğini uyku bozukluğuna uyarlayarak alan için yeni bir ölçme aracı geliştirmeye çalıştık. Ayrıca literatür taramalarında ruminatif düşünme biçimleri ile uykuya ilişkin herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda ruminatif düşüncenin parasomnia grubu uyku bozukluğunda hastalığın seyrini değiştirdiği söylenebilir. Bu bulgular ışıkında hastalığı tedavi sürecinde psikoloji ve uyku uzmanlarının birlikte eşgüdümlü çalışmalarıyla çözüme daha hızlı ulaşılabileceğini düşünüyöruz.

6.3. Öneriler

6.3.1. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur.

- Uyku uzmanları genellikle nöroloji, göğüs hastalıkları ve kulak burun boğaz alanında çalışan tıp doktorlarından oluşmaktadır. Fakat araştırmamızın da sonucundan da anlaşılacağı üzere uyku bozuklukları psikolojiyle iç içedir ve psikoloji alanında çalışan kişilerin uyku ile ilgili çalışmalara katkı sağlamaları önemlidir.
- Psikoterapi vaka formülasyonları oluşturulurken uyku ile ilgili veriler önemle değerlendirilmelidir. Gereкли görüldüğü takdirde danışan uyku kliniğine yönlendirilmelidir.
- Psikoloji alanında çalışan uzmanlara uyku tıbbı ile ilgili genel bilgilendirmeler yapılmalı, ders ve eğitimler düzenlenmelidir.

6.3.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Daha kapsamlı örüntülerin ortaya çıkarılabilmesini sağlayan boyutlu istatistiklerin kullanılabilmesi için bu çalışmada ulaşılabilen hastalardan daha fazlasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bundan sonra bu konu ile ilgili çalışacak araştırmacıların örneklem grubunu genişletmesi ve hastalıkların temsil gücünü yükseltmesi önerilmektedir.
- Hali hazırda yapılan çalışmada ele alınan konunun daha derinlemesine anlaşılabilmesi için elde edilen veriler çeşitlenerek karma desenler tercih edilmesi önerilmektedir.
- Elde edilen sonuçların diğer uyku bozuklukları için geçerli olup olmadığının belirlenmesi için farklı gruplar içerisinde alan karşılaştırma çalışmaları gerçekleştirilebilir.
- Uyku bozuklukları elde edilen verilerin sınanması için kontrol gruplarıyla çalışılmalı ve verilerin karşılaştırmalı olarak incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Ağargün, A.Y., Kara, H., Bilgin, H., Kınırcı, F. (1995). ÖSS'ye Girecek Olan Lise öğrencilerinde Uyku Problemleri ve Kaygı Düzeyleriyle İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 8.3, 35-39.

Adair, RH. ve H. Bauchner. (1993). Sleep Problems in Childhood. *Current Problems in Pediatrics*. 23.4: 147-170. <http://www.sciencedirect.com/science/article> (16 Mart 2014).

Akın, A., Çetin, B. (2007). The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The Study of Validity and Reliability. *Educational Sciences: Theory & Practise*. 7.1, 260-268.

Aksu, M., Sevim, S., Fırat, H., Uçar, Z.Z. (2008). *Uyku Hastalıkları Çalışma Klavuzu..* İstanbul: Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını Nobel Tıp Kitabevleri.

Alfono, A., Pina, A.A., Zerr, A.A., Villalta, I.K. (2010). Pre-sleep Arousal and Sleep Problems of Anxiety- Disordered Youth. *An International Journal Child Psychiatry&Human Development*. 41.2, 156-167.

Alkın, T., Onur, E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Köroğlu, E. ve C. Güleç (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 296-303.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1980). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Üçüncü Baskı (DSM-III-TR). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*. Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği.

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*. Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Arlington VA: Amerikan Psikiyatri Birliği.
- Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM). (2007). *Uyku ve İlişkili Olayların Skorlama Kitabı, Kurallar, Terminoloji ve Teknik Özellikler*. S. Sevim (çeviri Ed.). İstanbul: Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını Nobel Tıp Kitabevleri.
- Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi. (2005). *Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması El Kitabı*. İkinci Baskı (ICSD-2). Westchester IL: American Uyku Tıbbı Akademisi.
- Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi. (2014). *Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması*. Üçüncü Baskı (ICSD-3). Westchester IL: American Uyku Tıbbı Akademisi.
- Arıkan, M.K. (1996). Anksiyete Bozukluklarında Elektrofizyolojik Bulgular. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 6: 1-10. www.psikofarmakoloji.org/pdf/6_1_1.pdf. (7 Mart 2014).
- Atay, T., Kayrak-Ertaş, N. ve Arpacı, B. (1998). Bir Olgu Nedeniyle REM Davranış Bozukluğu. *Düşünen Adam Dergisi*. 11.4, 56-60.
- Aydın, H. (1998). Uyku Bozukluklarında İlaç Tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 8.3: 124-128. www.psikofarmakoloji.org/pdf/8_3_3.pdf (3 Haziran 2014).
- Aydın, H. ve L. Sütçügil. (2001). Uykuda Bilişsel İşlevler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2.2, 75-83.
- Aydın, H. ve F. Özgen. (2001). Uyku, Yapısı ve İşlevi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2.2, 79-88.
- Aydın, H. , Özgen, F. ve Ceyhun, E. (2001). Affektif Bozukluklarda Uyku Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2.2, 126-130.

- Aydın, H. (2004). Depresyon Nedir. A. Bozkurt (Ed.). *Mayo Clinic Depresyon* içinde. Ankara: Güneş Kitapevi, 3-16.
- Ayvaşık, H.B. ve M. Sayıl (Ed.). (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bal, U. (2010). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Baltaş, Z. (1984). Kavram olarak Stres. *Pedagoji Dergisi*. 2, 15-27.
- Baltaş, Z., Baltas, A. (2008). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 24.Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Benca, R.M. (2007). Uykunun Temel Bilimi. H. Aydın (Ed.). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde. İstanbul: Güneş Kitabevi, 280-295.
- Benca, R.M. , Obermeyer, W.H. , Thisted, R.A. ve Gillin, J.C. (1992). Sleep and Psychiatric Disorders; A Meta Analysis. *Arc Gen Psychiatry*. 49.8: 651-668. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (21 Şubat 2014).
- Berger, K. , Luedemann, J. , Trenkwalker, C. , John, U. ve Kessler, C. (2004). Sex and The Risk of Restless Syndrome in The General Population. *Arc Intern Med*. 164.2: 196-202. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=216556> (14 Ocak 2014).
- Bilgel, N. ve N. Bayram. (2010). Turkish Version of The Depression Anxiety Stress Scala (DASS-42) Psychometric Properties. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 47, 118-126.
- Bilici, M. ve K.S. Karataş. (2013). Parasomnia ve Dissosyatif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 6.3, 25.

- Bjorvatn, B., Gronli, J., Pallesen, S. (2010). Prevalance of Different Parasomnias in the General Population. *Sleep Medicine*. 7.11, 1010-1016.
- Borneman, M.A. , Mahowald, M.W. ve Schenck, C.H. (2006). Parasomnias. Clinical Features and Forensic Implications. *Chest*. 130: 605-610. <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1084638> (21 Şubat 2014).
- Boeve, B.F., Silber, M.H., Saper, C.B., Ferman, T.J., Dickson, D.W., Porisi, J.E., Benarroch, E.E., Ahlskog, J.E., Smith, G.E., Caselli, R.C., Tippman-Peikert, M., Olson, E.J., Lin, S.C., Young, T., Wszolek, Z., Schenck, C.H., Mahowald, M.W., Castillo, P.R., Del Tredici, K., Braak, H. (2007). Pathophysiology of REM Sleep Behaviour Disorder and Relevance to Neurodegenerative Disease. *Brain*. 130, 2770-2788.
- Buluş, M. (1999). Öğretmenlerde Stres: Belirtileri, Nedenleri ve Başa Çıkma Teknikleri. *PAÜ. Eğitim Fakültesi Dergisi*. 5, 66-69.
- Büyüköztürk, Ş. (1995). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. 5.Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Carlson, N.R. (2011). *Fizyolojik Psikoloji (Davranışın Nörolojik Temelleri)*. M. Şahin (çeviri Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal Baskı Tarihi 2006).
- Carskadon, M.A. ve W.C. Dement. (2011). Monitoring and Staging Homan Sleep. M.H. Kryger, T. Roth ve W.C. Dement (Eds.). *Priciples and Practice of Sleep Medicine* içinde. St Louis: Elsevier Saunders, 16-26.
- Chow, P.Y. (2007). Overview of Childhood Parasomnias. *HK Journal of Paediatrics (new series)*. 12, 47-52. <http://hkjpaed.org/details.asp?id=601&show=1234> (20 Haziran 2014).
- Chorney, D.B., Detweiler, M.F., Morris, T.L., Kuhn, B.R. (2008). The İnterplay of Sleep Disturbance, Anxiety and Depression in Children. *Journal of Pediatric Psychology*. 33.4: 339-348. <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/4/339.fullpdf> (7 Mart 2014).

- Cüceloğlu, D. (1994). *İnsan ve Davranışı, psikolojinin Temel Kavramları*. 28.Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çalıkurt, O., Güdücü, F. (2004). Uyku Yoksunluğu Tedavisi Uygulamaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 7, 120-126.
- Dement, W. ve N. Kleitman. (1957). The Relation of Eye Movements During Sleep to Dream Activity: An Objective Method for The Study of Dreaming. *Journal of Experimental Psychology*. 53, 339-346.
- Demir, B. (2002). Uyku Bozuklukları. *Türkiye Tıp Dergisi*. 9.3, 117-127.
- Deniz, T. ve F.Ö. Orhan. (2009). Parasomnialar: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. *Current Approaches in Psychiatry*. 1.3: 280-296. <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=2024> (18 Şubat 2014).
- Eker, E. (2006). Edirne İl Merkezide Erişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Etki Eden Faktörler. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Erdur-Baker, Ö. ve A. Bugay. (2010). The Turkish Version of The Ruminative Response Scale: Reliability, Validity and Its Relation to Psychological Symptoms Scale. *Procedia- Social and Behavioral Science*. 5, 2178-2181.
- Erdur-Baker, Ö., Özgülük, S.B., Turan, N., Demirci-Danışık, N. (2009). Ergenlerde Görülen Psikolojik Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Ruminasyon ve Öfke İfade Tarzları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 4.32, 43-53.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 62, 25-30.
- Ertan, P. ve B. Karaboğa. (2012). Monosemptomatik Noktürnal Enürezis. *Dicle Tıp Dergisi*. 39.1, 145-152.

- Ertuğrul, E.Ö. ve L. Hanoğlu. (2013). Uykuda Hareket Bozuklukları ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 6.3, 53-59.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma. *Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 6.2, 20-37.
- Esel, E. (2003). Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 13.2, 78-87.
- Fantini, M.L., Gagnon, J.F., Filipini, D., Montplaisir, J. (2003). The Effects of Pramipexole in REM Sleep Behaviour Disorder. *Neurology*. 61: 1418- 1420. www.neurology.org/content/61/10/1418.full.pdf (2 Haziran 2013).
- Fantini, M.L., Ferini-Strambi, L., Montplaisir, J. (2005). İdiopathic REM Sleep Behavior Disorder: Toward a Better nosologic definition. *Neurology*. 64: 780-786. https://www.researchgate.net/profile/Maria_Livia_Fantini2/publication/7981632_Idiopathic_REM_sleep_behavior_disorder_Toward_a_better_nosologic_definition/links (20 Haziran 2014).
- Fleetham, J.A ve J.A.E. Fleming. (2014). Parasomnias. *Canadian Medical Association Journals (CMAJ)*. 186.8, 273-280. <http://www.cmaj.ca/content/186/8/E273.full.pdf+html> (3 Haziran 2014).
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*. 21.1, 91-109.
- Güler, D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Güleç, C. (1991). *Depresyon: Çağdaş Tedavi Yaklaşımları*. 1.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Gülüm, İ.V., Dağ, İ. (2012). Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 13, 216-223.

- Hobson, J.A. (1990). Sleep and Dreaming. *The Journal of Neuroscience*. 10.2, 371-382.
- Işık, E., Taner, Y (Ed.). (2006). *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Kitabevi.
- Kales, J.D. , Kales, A. , Soldatos, C.R. , Caldwell, A.B. ,Charney, D.S. ve Martin, E.D. (1980). Night Terrors, Clinical Characteristics and Personality Patterns. *Arch Gen Psychiatry*. 37, 1413-1417. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx> (31 Mart 2014).
- Kales, A. ,Soldatos C.R. ,Bixler, E.O. ,Ladda, R.D. ,Weber, G. ,Charney, D.S. ve Schweitzer, P.K. (1980). Hereditary Faktors in Sleepwalking and Night Terrors. *The British Journal of Psychiatry*. 137, 111-118.
- Karadağ, M. (2008). Dünyada ve Türkiye’de Uyku Çalışmaları, Tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi Özel Sayısı*. 1, 1-4.
- Karadağ, M. (2007). Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Akciğer Arşivi Dergisi*. 8, 88-91.
- Karadağ, H., Özgen, F., Ceyhun, E. (2001). Parasomnialar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2, 122-125.
- Karasar, N. (2004). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 13.Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karataş, S. ve R. Eski (Ed.). (2009). *Psikolojiye Giriş*. Ankara: Eğitim Kitabevi Yayınları.
- Kaynak, H. ve S. Ardıç (Ed.). (2011). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*. Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaynak, H. (1998). *Uyku, Uyuyamamak mı Uyanamamak mı*. 1.Baskı. İstanbul: AD Kitapçılık.

Kaynak, D.K. (2007). İnsomnia Yakınması Altında Yatan Uyku Bozuklukları; Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 44: 95-100. <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/tr/makale/2586/384> (_19 Şubat 2014).

Kefi, A. ve S. Tekgül. (2006). Noktürnal Enürezis. *Türk Üroloji Dergisi*. 32.1, 99-102.

Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 62, 175-184.

Korkmaz, S., Aksu, M. (2014). Uykuda Yemek Yeme Alışkanlığı Sonucu Kilo Alma Yakınması ile Başvuran Uyku ile İlişkili Yemek Yeme Bozukluğu. *Türk Uyku Tıbbı Dergisi*. 2, 60-61.

Köroğlu, E. (2009). *Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Klavuzları*. 1.Baskı. Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği Basım Yayın.

Köroğlu, E. (2012). *Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?*. 4.Baskı. Ankara: Güneş Kitabevleri.

Laberge, L., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Montplaisir, J. (2000). Development of Parasomnias From Childhood to Early Adolescence. *Pediatrics Medicine*. 106.1, 67-74.

Lovibond, P.F., Lovibond S.H. (1995A). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33.3, 335-343.

Lovibond, P.F. ve Lovibond S.H. (1995B). *Manual for the Depression Anxiety Stres*. 2.Edition. Sydney, N.S.W. : Psychology Foundation of Australia.

- Lyubomirsky, S., Tucker, K.L., Caldwell, N.D., Berg, K. (1999). Why Ruminators are Poor Problem Solvers. Clues From the Phenomenology of Dysphoric Rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77.5, 1041-1060.
- Macnish, R. (1834). *Philosophy of Sleep*. 1.Baskı. Newyork: D. Appleton & Co.
- Mahowald, M.W. ve C.H. Schenck. (2000). Parasomnias: Sleepwalking and The Law. *Sleep Medicine Reviews*. 4.4, 321-339.
- Marrow, J., Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of Responses to Depression on the Remediation of Depressive Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58.3, 519-527.
- Mason, T.B. ve A.L. Pack. (2007). Pediatric Parasomnias. *Sleep*. 30.2, 141-151. [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/ USER /9 Pediatric Parasomnias.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/9/Pediatric_Parasomnias.pdf) (7 Mart 2014).
- Mellman, T.A., Kluick-Bell, R., Ashlock, L.E., Nolan, B. (1995). Sleep Events Among Veterans With Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152.1, 110-115.
- Memetali, S. (2010). Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Komorbitesi ile Bunların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/ Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence the Theory. *Psychological Bulletin*. 101.2: 259-282. <http://psycnet.apa.org/index.cfm> (7 Mart 2014).

- Nolen-Hoeksema, S. Ve J. Marrow. (1991). A Prospective Study of Depression and Post Traumatic Stress Symptoms Following a Natural Disaster: The Lama Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 6.3, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 100.4, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S. (2008) Rethinking Rumunative. *Perspectives on Psychological Science*. 3.45, 400-422.
- Ohayon, M.M., Guilleminoult, C., Priest, R.G. (1999). Night Terrors, Sleepwalking and Confusional Arousals in The General Population: Their Frequency and Relationship to Other Sleep and Mental Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 60.4, 268-276.
- Oslon, E.J., Boeve, B.F., Silber, M.H. (2000). Rapid Eye Movement Sleep Behaviour Disorder: Demographic, Clinical and Laboratory Findings in 93 Cases. *Brain*. 123, 331-339.
- Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. 5. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitapevi.
- Özer, Ş. (2006). Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. *TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi*. 4, 3-4.
- Özgen, F. (2001). Parasomnialar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 2, 117-122.
- Özgen, F. (2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 5, 41-48.
- Öztura, İ. (2002). REM Uyku Davranış Bozukluğu ve Demans. *Demans Dergisi*. 2, 111-114.

- Öztürk, M.O. , Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pal, D. ve B.N. Mallick. (2007). Nevral Mechanism of Rapid Eye Movement Sleep Generation With Reference to REM-OFF Neurons in Locus Coeruleus. *Indian J Med Res*. 125: 721-739. <http://repository.ias.ac.in/63688/1/11> (21 Şubat 2014).
- Parlakoğlu, B.A. ve M. Bilici. (2013). REM Uykusuyla İlişkili Uyku Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 6.3, 8-18.
- Perdeci, Z. , Özgen, F. ve Özmenler, K.N. (2010). Huzursuz Bacak Sendromlu Bir Aile: Vak'a Sunumu. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 48.4, 243-247. <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/tr/makale> (26 Şubat 2014).
- 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 (TJFMPC)*. 3, 12-22.
- Reynold, C.F. ve D.J. Kupfer. (1987). Sleep Research in Affective İllness. *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*. 10.3, 199-215. <http://psycnet.apa.org/psycinfo> (21 Şubat 2014).
- Rieman, D., Hohagen, F., Bahro, M., Berger, M. (1994). Sleep in Depression: The Influence of Age, Gender, Diagnostic Subtype on Baseline Sleep and The Cholinergic REM İnduction Test with RS86. *Eur Arc Psychiatry Clinical Neuroscience*. 243.5, 279-290.
- Saygın, M., Yaşar, S., Çetinkaya, G., Kayan, M., Özgüner, M.F., Korucu, C.Ç. (2011). Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2.3, 139-144.
- Schenck, C.H. ,Bundlie, S.R. ,Patterson, A.L. ve Mahowald M.W. (1986). Chronic Behavioral Disorders of Human REM Sleep: A New Category of Parasomnia. *Sleep*. 9.2, 293-308.

- Schenck, C.H., Boyd, J.I. ve Mahowald M.W. (1997). A Parasomnia Overlap Disorder Involving Sleepwalking, Sleep Terrors and REM Sleep Behaviour Disorder in 33 Polysomnographically Confirmed Cases. *Sleep*. 20.11, 972-981.
- Schenck, C.H., Pareja, J.A., Patterson, A.L. ve Mahowald, M.W. (1998). Analysis of Polysomnographic Events Surrounding 252 Slow-Wave Sleep Arousals in Thirty-Eight Adults with Injurious Sleep Walking and Sleep Terrors. *Journal of Clinical Neurophysiology*. 15.2, 159-166.
- Schenck, C.H. ve M.W. Mahowald. (2005). Rapid Eye Movement Sleep Parasomnias. *Neurologic Clinics*. 23.4, 1107-1126.
- Schenck, C.H. ve M.W. Mahowald. (2002). REM Sleep Behaviour Disorder: Clinical, Developmental and Neuroscience Perspectives 16 Years After Its Formal Identification in Sleep. *Sleep*. 25.2, 120- 138.
- Sforza, E., Hilaire, Z.S., Pelissolo, A., Rochat, T., Ibonez, V. (2002). Personality, Anxiety and Mood Traits in Patients with Sleep-Related breathing Disorder: Effect of Reduced Day Time Alertness. *Sleep Medicine*. 3, 139-145.
- Songu, M., Yılmaz, H., Yüçetürk, A.V., Günhan, K., İnce, A., Boyturan, O. (2008). Effect of CPAP Therapy on Catathrenia and OSA: A Case Report and Review of The Literature. *Sleep Breath*. 12.4, 401-405.
- Stein, M.B., Millar, T.W., Larsen, D.K., Kryger, M.H. (1995). Irregular Breathing During Sleep in Patients with Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 152.8, 1168-1173.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.475.3373&rep=rep1&type=pdf> (2 Şubat 2014).
- Szabadi, E. (2006). Drugs for Sleep Disorders: Mechanisms and Therapeutic Prospects. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 61.6, 761-766.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2123.2006.02680.x/full> (8 Mayıs 2014).

- Şenol, A. (2006). Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 5.5, 382-389.
- Taşçılar, N. ve D. Karadeniz. (2008). REM Uykusu Davranış Bozukluğu. *Türk Nöroloji Dergisi*. 14.2, 81-91.
- Taştan, K., Işık, M., Yakışan, R.Ş., Avşar, U.Z., Set, T. (2013). Uyku Bozukluklarının Yönetiminde Tamamlayıcı- Alternatif Metotlar ve Bilişsel Davranışsal Terapiler. *Euraslan Journal of Family Medicine*. 2.3, 101-106.
- Treynor, W., Gonzelez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27.3, 247-259.
- Tuğrul, C.D. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 4.1, 12-17.
- Tuniper, P., Bisulli, F. ve Provini, F. (2012). The Parasomnias: Mechanisms and Treatment. *Epilepsia*. 53, 12-19. <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/J.1528> (5 Nisan 2014).
- Tural, Ü. (2005). Uyku ve Bozuklukları. *KOÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları*. 1-11. http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/u_tural/anksiyete.pdf (2 Şubat 2014).
- Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 3, 5-13.
- Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Vakfı (T.K.B.B.V). (2010). Horlama ve Obstrüktif Uyku Apnesi. *Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi*. 6, 13-14.
- Ursavaş, A. (2014). Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ISCD-3), Uykuda Solunum Bozukluklarında Neler Değişti?. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2.2, 139-151.

Ünüvar, T., Sönmez, F., İnan, G. (2005). Birincil ve İkincil Uykuda Altına Islatan Çocuklarda Tanı, Sağaltım ve İzlem Farklılıkları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 6.1, 9-13.

Ziyalar, A. (1999). Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji. 2.Baskı. İstanbul: Yüce Yayım.

Winkelman, J.W., Herzog, D.B., Fava, M. (1999). The Prevelence of Sleep-Related Eating Disorder in Psychiatric and Non-Psychiatric populations. *Psychological Medicine*. 29.6, 1461-1466.

Winkelman, J.W., Johnson, E.A., Richards, L.M. (2011). Sleep Related Eating Disorder. *Handbook of Clinical Neurology*. 98, 577-585.

EKLER

Ek-1. Yarı Yapılandırılmış Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket No:

Adı Soyadı.....:

Cinsiyeti.....:

Yaşı.....:

Geliş Şikayeti.....:

Şikayetin Süresi.....:

Psikiyatrik tedavi görüp görmediği..:

Alışkanlıkları :

Sigara:

Alkol:

Diğerleri:

Ek-2. Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS)

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI

LOVİBOND&LOVİBOND1995

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 BACAKLARIM 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 GECİKTİRİLDİĞİMDE (ASANSÖRDE, TRAFİK IŞIKLARINDA, BEKLETİLDİĞİMDE) SABIRSIZLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
15	BAYGINLIK HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
16	NEREDEYSE HERŞEYE KARŞI OLAN İLGİMİ KAYBETTİĞİMİ HİSSETTİM	0	1	2	3
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 ZEVK 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 GERGİN 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	KIŞKIRILMAKTA OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
40	PANİKLEYİP KENDİMİ APTAL DURUMUNA DÜŞÜRECEĞİM DURUMLAR NEDENİYLE ENDİŞELEDİM.	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

PUANTAJ TABLOSU

	DEPRESYON	ANKSİYETE	STRES
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+

Ek-3. Ruminasyon Ölçeği (RRS)

RRS

İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler. Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, son iki hafta içinde, belirtilenleri ne kadar sıklıkta yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekte ne yaptığınızı belirtin.

1 = Hiçbir Zaman, 2 = Bazen, 3 = Çoğunlukla, 4 = Her Zaman

1. ___ ”Yaşadığımız uyku hastalığını hak etmek için ne yaptım” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
2. ___ Son zamanlarda yaşadığın uyku sorunlarını düşünüp “Kendimi niye böyle hissediyorum” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
3. ___ Hastalığına “Neden hep bu şekilde bir tepki gösteriyorum?” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
4. ___ Bir köşeye çekilip uyku hastalığıyla ilgili “neden bu şekilde hissediyorum” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
5. ___ Ne kadar sık, uyku rahatsızlığıyla ilgili düşüncelerini yazıp, çözümlenmeye ve anlamaya çalışıyorsun?
6. ___ Son zamanlarda yaşadığın uyku sorunuyla ilgili “keşke daha iyi olsaydı ” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
7. ___ “Niye benim uyku hastalığım var da, diğer insanların yok” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
8. ___ ”Neden uyku düzenimi kontrol edemiyorum” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
9. ___ Kişilik özelliklerini analiz edip, “Kendimi niye böyle hasta hissediyorum” diye ne kadar sık düşünüyorsun?
10. ___ Ne kadar sık, tek başına bir yere gidip hastalığıyla ilgili duygularını anlamaya çalışıyorsun?

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bir klinik çalışmaya katılmak için davet edilmiş bulunmaktasınız. Aşağıdaki bilgileri okuduktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız. Formu imzalamanız çalışmanın kapsamı hakkında bilgilendirildiğinizi ve kararı serbestçe verdiğinizi belirtmektedir. Formda anlamadığınız ifadeler varsa çalışmada yer alan uzmanlara sorarak bilgi edininiz.

Çalışmanın adı “Uyku Bozukluğu Kliniğine Başvuran Parasomnia teşhisi Almış Bireylerin Parasomnia Algıları ve Bu Algının Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi” dir. Bu çalışmanın amacı, uyku kliniğine başvuran parasomnia tanısı konan hastalarda depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu birlikteliğinin belirlenmesi bununla ilişkili faktörlerin ortaya konulması ve düşünme şekillerinin hastalığı etkileme düzeyini ortaya çıkararak mücadele konusunda izlenebilecek yollar hakkında bilgi edinmektir.

Bu araştırmada size psikiyatrik ölçekler uygulanacaktır. Çalışmamız sizin için herhangi bir risk içermemektedir. Bu araştırmanın tedaviniz için öngörülen ek bir yararı yoktur, ancak bu araştırma sonuçları sorunların ve rahatsızlıkların saptanmasına ve tedavilerine yardımcı olabilir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki testler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşlarından hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz; bu durum zararınıza yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile bilgileriniz verilmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorulara araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan daveti hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının,

Araştırmaları Yapan Araştırmacının:

Adı- Soyadı:

Adı- Soyadı:

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI SOYADI : Birgül ÖZGÜVENÇ
DOĞUM YERİ VE TARİHİ : TURGUTLU / 1982
MEDENİ HALİ : Bekar
E-MAİL : biroz2005@gmail.com
ADRES (İŞ) : Teşvikiye Mah. Valikonağı Cad. Prof. Dr. Orhan
Ersek Sok. No:1 Kat:4 Nişantaşı/İSTANBUL
TELEFON (İŞ) : 0 212 544 1868 / 0 505 825 96 77

EĞİTİM DURUMU

2013 – 2016 İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü
2014 – İstanbul Üniversitesi Uzaktan Eğitim Fakültesi Sosyoloji Bölümü
2012 – 2014 Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Halkla İlişkiler Tanıtım
ve Reklamcılık
2000 – 2004 Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi ve Okul
Öncesi Öğretmenliği Bölümü
1996 – 2000 Savaştepe Anadolu Öğretmen Lisesi

YABANCI DİL

İngilizce

İŞ TECRÜBESİ

2013 - Rönesans Danışmanlık Terapi ve Eğitim Merkezi (KURUCU)
2013 - Harbiye Ortaokulu (MEB PDR)
2011 – 2013 Esnaf Kantinciler Anadolu Lisesi (MEB Yönetici)
2008 – 2011 Serdar Aksun İlköğretim Okulu (MEB)
2007 – 2008 Palmiye Rehabilitasyon ve Özel Eğitim Kurumları (Özel Eğitim)
2005 – 2007 Şırnak Mehmetçik İlköğretim Okulu (MEB)