

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GEBZE TATLIKUYU MAHALLESİ'NDE
UYKULULUK VE UYKUSUZLUĞUN SAĞLIK
ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

GÜLŞEN KARAMAN
170131015

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İSMET KIRPINAR

İSTANBUL 2019

**T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBZE TATLIKUYU MAHALLESİ'NDE
UYKULULUK VE UYKUSUZLUĞUN SAĞLIK
ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

**GÜLŞEN KARAMAN
170131015**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İSMET KIRPINAR**

İSTANBUL 2019

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı 170131015 numaralı öğrencisi Gülşen Karaman'ın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “**Gebze Tatlıkuyu Mahallesi’nde Uykululuk ve Uykusuzluğun Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından **19.06.2019** tarihinde oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

(Jüri Başkanı-Danışman)

Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. Sefa SAYGILI

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU

(Jüri Üyesi)

Haliç Üniversitesi

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gülşen KARAMAN

TEŐEKKÜR

Hem ders hem de tez dönemimde bana öğrettiği bilgiler ve yaptığı yardımlarından dolayı değerli danıőmanım Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İsmet KIRPINAR'a,

Okula baőladıđımız ilk günden itibaren yardımlarını esirgemeyen, her sıkıntımıza are üreten sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR'a,

Geliőimimde önemli rol oynayan sevgili babaannem Hanife KARAMAN'a,

Hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen, bugünlere gelmemde en büyük rolleri üstlenen sevgili annem Meryem KARAMAN ve saygıdeğer babam Cevat KARAMAN'a,

Hayatıma renk katan canım kardeőlerim İsmail KARAMAN ve őevval KARAMAN'a,

Yüksek Lisans dönemimde Fatih Sultan Mehmet Vakıf niversitesi'nde tanıőtıđım, ömür boyu sürecek arkadaőlıklarını benimle paylaőan, yardımlarını asla esirgemeyen Nefise LADIKLI, Zeynep TÜRKKAN, Hdanur AKKUZU ve Erdi BAHADIR'a,

Sevgili dostum, çalışma arkadaőım, meslektaőım, dert ortağım ve sayamadığım daha birçok güzel sıfatın sahibi Fatıma Nurefőan YUMUŐAK'a,

Son olarak tezimin oluőmasında en ufak bir yardımı bile dokunan herkese teőekkürü borç bilirim.

GEBZE TATLIKUYU MAHALLESİ'NDE UYKULULUK VE UYKUSUZLUĞUN SAĞLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Uykululuk, bireylerde meydana gelen uyuma isteği ve uykuya dalmaya karşı koyamama olarak tanımlanmaktadır. Uykusuzluk, uykuya dalmada ve sürdürmede meydana gelen bozulmaya verilen isimdir. Sağlık anksiyetesi ise bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili endişe duyup aşırı uğraş halinde olmalarıdır. Uykululuk ve uykusuzluğun yüksek olması bireylerde görülen sağlık anksiyetesi riskini artırmaktadır. Bu çalışmada, Tatlıkuyu Mahallesi'nde uykululuk ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla içerisinde sosyodemografik bilgi formu, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin bulunduğu anket formları uygulanmıştır. Çalışmaya Tatlıkuyu Mahallesi'nde yaşayan 115 kadın ve 120 erkek olmak üzere toplam 235 kişi katılmıştır. Analizler sonucunda kadın ve erkeklerin uykusuzluk puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Üzüntü verici veya stresli bir olay yaşama ve genel sağlık durumu uykululuk, uykusuzluk ve sağlık anksiyetesine etki eden değişkenlerdir. Korelasyon analizi bulgularına göre uykusuzluk ile sağlık anksiyetesi ve uykululuk ile sağlık anksiyetesi arasında düşük şiddette anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Regresyon analizi bulgularında, uykululuğun bedensel belirtilere duyarlık alt boyutunu anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Bulunan sonuçlar uykululuk ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: uykululuk, uykusuzluk, sağlık anksiyetesi

INVESTIGATING THE EFFECTS OF SLEEPINESS AND INSOMNIA ON HEALTH ANXIETY IN GEBZE TATLIKUYU NEIGHBORHOOD

ABSTRACT

Sleepiness is a concept that desire to sleep and inability to resist against fall asleep. Insomnia is defined as the deterioration of falling asleep and maintaining sleep. Lastly, health anxiety is termed as engaging with health excessively and being anxious about own health. High sleepiness and insomnia increase the risk of health anxiety in individuals. The aim of this study is investigating the effects of sleepiness and insomnia on health anxiety in Tatlıkuyu neighborhood. Sociodemographic Information Form, Epworth Sleepiness Scale, Insomnia Severity Index and Health Anxiety Inventory were administered. A total of 235 people including 115 female and 120 male who live in Tatlıkuyu neighborhood were participated in the study. A significant difference was found between woman and man for insomnia. A sad or stressful event and general health status are variable that affect sleepiness, insomnia and health anxiety. According to the correlation analysis findings, there is a low significant relationship between sleepiness and health anxiety, and insomnia and health anxiety. Regression analysis findings revealed that insomnia significantly predicted sensitivity to somatic symptoms. Results clearly revealed that sleepiness and insomnia affect the health anxiety.

Key Words: sleepiness, insomnia, health anxiety

ÖNSÖZ

Çalışmamızın amacı Tatlıkuyu Mahallesi'nde yaşayan bireylerde görülen uyku bozukluğu ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda yapılan literatür taramalarında uyku bozukluğu ile sağlık anksiyetesi ve uykusuzluk ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilere bakılmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, araştırılan konular ve sonuçları açısından çalışmamızın alanyazına farklı bilgiler getireceği ve katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sınırlılığının ise örneklem olarak Tatlıkuyu Mahallesi'nin seçilmesidir. Seçilen mahalle Türkiye'nin temsili niteliğinde olmasına rağmen sınırlılık olarak atfedilmesinin nedeni kısıtlı bir bölgeye hitap etmesidir. Çalışmanın daha homojen olması açısından Tatlıkuyu Mahallesi'nde bulunan her sokak veya caddeden bireylerin seçilmesi gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sonraki çalışmalar için bu durumun göz önüne alınmasının literatür için önem taşıdığı görülmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda sosyodemografik olarak Türkiye ortalamasının altında ve üstünde kalan bölgelerin de çalışmaya dahil edilmesinin alanyazına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---------------------------------------------------|-----------|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| ÖNSÖZ | vi |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| KISALTMALAR | xi |
| GİRİŞ | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 3 |
| 1. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 1.1. UYKU | 3 |
| 1.1.1. Uykunun Evreleri..... | 3 |
| 1.1.2. Uykunun İşlevleri..... | 5 |
| 1.2. UYKU KALİTESİ | 6 |
| 1.2.1. Sirkadiyen Ritm ve Homeostatik Denge | 7 |
| 1.2.2. Uykuyu Etkileyen Etmenler | 8 |
| 1.3. UYKULULUK..... | 11 |
| 1.4. NARKOLEPSİ | 13 |
| 1.5. İDİOPATİK HİPERSOMNİ | 16 |
| 1.6. UYKU SOLUNUM BOZUKLUĞU | 17 |
| 1.6.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu | 20 |
| 1.6.2. Santral Uyku Apne Sendromu | 22 |
| 1.7. UYKUSUZLUK (İNSOMNİA) | 24 |
| 1.7.1. Tanım | 24 |
| 1.7.2. Tanı..... | 24 |
| 1.7.3. Epidemiyoloji..... | 26 |
| 1.7.4. Uykusuzluk İle İlişkili Etkenler | 26 |
| 1.8. SAĞLIK ANKSİYETESİ | 28 |

| | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|
| 1.8.1. | Tanım | 28 |
| 1.8.2. | Tanı..... | 29 |
| 1.8.3. | Epidemiyoloji..... | 29 |
| 1.8.4. | Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Modeli..... | 30 |
| 1.8.5. | Siberkondria | 31 |
| 1.8.6. | Diğer Hastalıklarla İlişkisi | 32 |
| 1.9. | AMAÇ | 35 |
| İKİNCİ BÖLÜM..... | | 36 |
| 2. | YÖNTEM | 36 |
| 2.1. | KATILIMCILAR | 36 |
| 2.2. | VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... | 36 |
| 2.2.1. | Sosyodemografik Bilgi Formu | 36 |
| 2.2.2. | Epworth Uykululuk Ölçeği | 36 |
| 2.2.3. | Uykusuzluk Şiddeti İndeksi..... | 36 |
| 2.2.4. | Sağlık Anksiyetesi Ölçeği..... | 37 |
| 2.3. | UYGULAMA..... | 37 |
| 2.4. | VERİLERİN ANALİZİ..... | 37 |
| 2.5. | BULGULAR | 38 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | | 71 |
| 3. | TARTIŞMA..... | 71 |
| SONUÇ ve ÖNERİLER..... | | 80 |
| KAYNAKÇA | | 81 |
| EKLER..... | | 107 |
| EK 1 - Sosyodemografik Bilgi Formu | | 107 |
| EK 2 - Epworth Uykululuk Ölçeği | | 109 |
| EK 3 - Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | | 110 |
| EK 4 - Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | | 111 |

TABLÖLAR LİSTESİ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1. Demografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı | 38 |
| Tablo 2. Araştırma Açık Uçlu Soruları, Ölçek ve Alt Boyutlar için Betimleyici İstatistiksel Tablo | 41 |
| Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlar İçin Güvenirlik ve Geçerlik Katsayıları | 42 |
| Tablo 4. Cinsiyet İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 43 |
| Tablo 5. Yaş İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 44 |
| Tablo 6. Medeni Durum İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 45 |
| Tablo 7. Kilo İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 46 |
| Tablo 8. Çalışma Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 47 |
| Tablo 9. Eğitim Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 49 |
| Tablo 10. Vardiyalı alışma İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 51 |
| Tablo 11. Günlük alışma Saati İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 52 |
| Tablo 12. Günlük Uyku Saati İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 53 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 13. Maddi Durum İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 54 |
| Tablo 14. Sigara veya Alkol Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 56 |
| Tablo 15. Çay veya Kahve Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 58 |
| Tablo 16. Günlük Çay veya Kahve Tüketim Miktarı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 60 |
| Tablo 17. Düzenli İlaç Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 61 |
| Tablo 18. Düzenli Egzersiz İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 62 |
| Tablo 19. Üzüntü Verici veya Stresli Olay Yaşama Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi..... | 63 |
| Tablo 20. Geçirilen Hastalık veya Ameliyat Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi..... | 64 |
| Tablo 21. Hastaneye Gitme Sıklığı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi | 65 |
| Tablo 22. Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Puanları Arası İlişkilerin İncelenmesi | 67 |
| Tablo 23. Açık Uçlu Demografik Sorular ile Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi | 68 |
| Tablo 24. Sağlık Anksiyetesinin Yordayıcılarının Analizi | 70 |

KISALTMALAR

| | |
|--------------|-----------------------------------------|
| ANOVA | : Analysis of Variance, Varyans Analizi |
| n | : Kişi sayısı |
| \bar{x} | : Ortalama |
| ss | : Standart sapma |
| t | : Bağımsız Örnek t Testi istatistiği |
| F | : Varyans Analizi test istatistiği |
| sd | : Serbestlik derecesi |
| p | : Anlamlılık düzeyi |
| NREM | : Non-Rapid Eye Movement |
| REM | : Rapid Eye Movement |
| SCN | : Suprachiasmatic Nucleus |

GİRİŞ

Birçok insana göre uykululuğun anlamı, uyanık kalmanın zıttı olarak tanımlanan uykuya dalmadaki hız, kolaylık ve ihtimal yani “uyku eğilimi” olarak tanımlanmaktadır (Johns, 2008). Uykululuğun yaygınlığı artmakla birlikte çalışma saatinde yükselme, iş stresi, ailevi sorumluluklar ve aktivite ve eğlencelere erişimin kolay olması ile kötüleşmektedir (Tsai, 2010). Başka bir çalışmaya göre, ergenlerin %54-74’ü daha fazla uyku isterken sadece %3’ü yeterli uykuyu aldıklarını belirtmektedirler (Strauch ve Meier, 1988). Uykululuğun sıklığı kişiden kişiye değişmekle birlikte gün içinde birden fazla kere tekrar etmektedir. Uyku periyotları ise en fazla sabah en az ise öğleden sonra gerçekleşmektedir (Zhang ve Han, 2017).

Uykusuzluk, dünyada yaygın bir uyku hastalığı olmakla birlikte genel popülasyonu da en çok etkileyen hastalıkların arasındadır (Ohayon, 2002). Uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede zorluk, sabah erken uyanma ve sabahları yenilenmiş hissedememe ile karakterizedir (Kirsch, 2013). Uykuyu başlatmada ve sürdürmede güçlük, sabah erken uyanmalar ve yenileyici olmayan uyku ile karakterize olan uykusuzluk, sosyal alanlarda da bozulmalara da sebep olmaktadır (Leger, Stal, Guilleminault, Raffray, Dib ve Paillard, 2001). Yaşam kalitesinin düşmesi, kazalara sebep olurken psikiyatrik ve somatik bozulmalar ve iş performansında da sorunlara yol açmaktadır (Leger ve Bayon, 2010).

Sağlık anksiyetesi, kişilerin ciddi bir hastalığı olduğu inancı veya bedensel duyularına dayanarak ciddi bir hastalığın olabileceği ihtimaline inanma olarak tanımlanmaktadır (Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks ve Hadjistavropoulos, 2012). Siberkondria ise internette sağlık bilgisi arayışının sonucunda ortaya çıkan anksiyete nedeniyle güvence arama davranışının artmasına sebep olan bir döngü olarak tanımlanmaktadır. Teorik olarak, bireyler aslında iyi olan fakat kendilerine göre anksiyete yaratan semptomlardan sıyrılıp rahatlamak için internette sağlık bilgisi arayışında olduklarından dolayı sağlık anksiyetesi ile siberkondria birbiri ile ilişkilidir (Mathes, Norr, Allan, Albanese ve Schmidt, 2018).

Çalışmamızın hipotezleri şu şekildedir;

H1: Uykululuğun, sağlık anksiyetesi üzerinde etkisi bulunmaktadır.

H2: Uykusuzluğun, sağlık anksiyetesi üzerinde etkisi bulunmaktadır.

H3: Uykululuğun, uykusuzluk üzerinde etkisi bulunmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

1.1.UYKU

Uyku, tüm canlılar için biyolojik bir ihtiyaçtır (Coveney, 2014). Carlson (2014)'e göre uyku bir davranıştır. Yaşam kalitesi, sağlık ve iyi oluş için önemli olan uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlara sahiptir ve basit, kaçınılmaz aktivitelerden biridir (Tsai, 2010). Uyku; sakinlik, postüral rahatlama ve çevreye karşı azaltılmış farkındalık ile karakterize olan düzenli olarak tekrarlanan nörodavranışsal bir durumdur (Carskadon ve Dement, 2011). Uykunun gerçek tanımı ise organizmanın çevreyle etkileşiminin tersine çevrildiği, kısmen ve periyodik olarak kaybolduğu ve çeşitli dışsal uyaranlarla iptal edildiği durumdur (Eryavuz, 2007).

1.1.1. Uykunun Evreleri

Merkezi sinir sisteminin katılımıyla gerçekleşen uykuda, biyolojik ve psikolojik değişiklikler gözlenir (Bican, Kotan, Bora, Akkaya, Çarkungöz ve Kırılı, 2010). Uyku NREM (Non-Rapid Eye Movement) ve REM (Rapid Eye Movement) uykusu arasında değişir (Buysse, Soehner, Abbott, Kapur, Mahowald, Parker, Redline, Schenck ve Zee, 2015). NREM uykusu; 1, 2, 3 ve 4. evre olarak ayrılmaktadır ve 3. ve 4. evreler yavaş dalga uykusu olarak adlandırılmaktadır (Rama, Cho ve Kushida, 2005).

Kişi yattıktan hemen sonra uykuya dalar ve teta aktivitelerinin bulunduğu 1.evre uykuya geçer. Bu aşamada neokorteksteki nöronların ateşlenmesinin daha senkronize olduğu görülmektedir ve uyku ile uyanıklık arasındaki geçiş belirgindir. Burada kişinin göz kapakları incelenirse yavaşça açılıp kapandığı ve gözlerinin

aşağı-yukarı yuvarlandığı görülebilmektedir. Yaklaşık 10 dakika sonra kişi, 2.evre uykuya geçer (Carlson, 2014).

Bu aşamadaki EEG genellikle düzensizdir ve 1.evreye göre daha ani yükselmeler ve alçalmalar görülmektedir (Şenel, 2005). 2.evre uyku teta aktiviteleri, uyku içcikleri ve K kompleksleri içermektedir. Uyku içcikleri bir dakika içinde 2-5 defa arasında 1-4.aşamalar içerisinde gerçekleşir (Carlson, 2014). K kompleksleri hafızanın sağlamlaştırılmasında önemli bir rol oynamakla birlikte, uyku içciklerinin sayılarının artması zeka puanlarının artmasıyla da doğru orantılıdır (Fogel ve Smith, 2011). Kişi 3.evre uykuya girdikten 15 dakika sonra yüksek yoğunluktaki delta aktiviteleri ortaya çıkar. 3 ve 4.evrelerin birbirinden ayrımı kesin olmamakla birlikte 3.evre %20-50 delta aktivitesi içerirken 4.evre uyku %50'den fazla delta aktivitesi içermektedir (Carlson, 2014). Yavaş dalga aktivitesi 3 ve 4.evrelerde yoğun olarak yaşandığından dolayı bu iki evre genel olarak yavaş dalga uykusu olarak adlandırılmaktadır (Rama, Cho ve Kushida, 2005). Birçok otoriteye göre 4.evredeki uyku en derin uyku olarak görülmektedir. Kişi sadece yüksek ses ile uyandırılabilir ve uyandırıldığında halsiz ve şaşkın olur (Carlson, 2014).

Uykunun 1.evresinde beyin dalgalarının yavaşladığı, buna bazı fizyolojik değişimlerin eşlik ettiği görülmüştür. Kişiler tam bu evrede uyandırılırsa rüya görmediklerini belirtirler. Bu evreden sonra beyin dalgalarında büyük bir hızlanma olmaktadır. Kaslarda tam bir gevşeme ve rahatlama gözlenmektedir. Bu evre REM uykusu olarak adlandırılmaktadır. 1.evredeki uykunun aksine rüyalar bu evrede görülmektedir (Şenel, 2005). REM uykusu sırasında kişi seslere tepki vermez fakat kişi, kendi ismi ile seslenme gibi anlamlı uyarılar aracılığı ile uyandırılabilir. Ayrıca, REM uykusundan uyandırıldığında kişi alarm ve dikkat durumunda olur (Carlson, 2014).

Gecenin geri kalan kısmında ise kişi, NREM ve REM uykusu arasında geçişler yaşar. Her bir döngü yaklaşık olarak 90 dakika sürer ve bu sürenin 20-30 dakika arası REM uykusundan oluşmaktadır. Sonuç olarak 8 saatlik uykunun 4-5 saati REM uykusundan oluşmaktadır (Carlson, 2014).

1.1.2. Uykunun İşlevleri

İnsanlar, yaşamlarının yaklaşık olarak 1/3'ünü uyuyarak geçirmektedirler (During ve Kawai, 2017). Yapılan bir yayına göre yetişkinler 7-9, ergenler 8-10, yaşları 6-13 arasında yer alan çocuklar için ise 9-11 saat günlük uyku önerilmektedir (Hirshkowitz, Whiton ve Albert, 2015).

Uykunun işlevleri henüz tam olarak bilinmemesine rağmen işlevsellik için uykuya ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir (Kornum, 2017). Uyku sadece fizyolojik denge ve yenilenme için değil çeşitli metabolik, psikolojik, bilişsel ve bağışıklık işlevleri için de gerekli görülmektedir (During ve Kawai, 2017). Hem insanlar hem de laboratuvar hayvanları üzerinde yapılan deneyler uykunun dinlenmeden daha büyük bir işlevi olduğunu göstermektedir: uzun süreli belleğin güçlendirilmesi (Marshall ve Born, 2007). İki çeşit uzun süreli bellek bulunmaktadır: açık bellek ve örtülü bellek. Açık bellek; kişilerin yaşadıkları anılar ile ilgili konuşabildiği bellektir. Örtük bellek; deneyim ve pratikle kazanılabilen, ezberleme gerektirmeyen, araba kullanmak ve bir kişinin yüzünü hatırlamak gibi aktiviteleri içeren bellek türüdür. Araştırmalara göre, REM uykusu örtük bellek anılarının güçlendirilmesine olanak sağlarken yavaş dalga uykusu ise açık bellek anılarının güçlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Carlson, 2014).

Leptin, adipositler tarafından gıda alımına karşı salgılanılan tokluğu yansıtan bir hormonken; greinin iştah uyarıcı bir hormondur (Simon, Gronfier, Schlienger ve Brandenberger, 1998). Uykunun kısıtlanması leptin hormonunun düşmesine greinin hormonunun yükselmesine sebep olmakla birlikte her ikisi de enerji yönünden zengin, karbonhidrat içerikli gıda alımında artışa neden olmaktadır (Mullington, Chan ve Van Dongen, 2003).

Uyku esnasında gerçekleşen duyguların, yüz ifadesinin karmaşık motor programları geliştirdiği yönünde hipotez öne çıkmaktadır ve böylece duygusal ve sosyal gülümsemenin gelişmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Dondi, Messinger ve Colle, 2007).

1.2.UYKU KALİTESİ

Araştırmacılar, klinisyenler ve halk tarafından kullanılan “uyku kalitesi” teriminin tanımı üzerinde fikir birliği sağlanamamaktadır (Ohayon, Wickwire, Hirshkowitz, Albert, Avidan, Daly ve Vitiello, 2017). Uyku kalitesi, uyanıldığında dinlenmiş hissetme ve uykudan memnun kalmanın dahil olduğu subjektif indekslere dayanan bir durumdur (Pilcher, Ginter ve Sadowsky, 1997).

Uyku kalitesi objektif ve subjektif olarak ölçülebilen, uykunun süresi ve uyku problemlerinin varlığından oluşan uyku indekslerinden meydana gelmektedir (Krystal ve Edinger, 2008). Objektif uyku kalitesi; uyanma, uyku evrelerinin süresi ve yüzdesi, REM uykusundaki gecikme, apnelerin sayısı ve uykunun periyodik hareketleri olarak kategorize edilmektedir (Krystal ve Edinger, 2008). Ölçümlerdeki hassasiyetlerine rağmen objektif indeksler, göreceli önemlerinden dolayı küresel uyku indekslerine çevrilemezler (Rosipal, Lewandowski ve Dorffner, 2013). Subjektif uyku kalitesi, kişi tarafından hatırlanan uyku deneyiminin değerlendirilmesidir ve bu durum küresel bir uyku durumuna özetlenebilir (Krystal ve Edinger, 2008).

Tanımlara göre, uykuyu bölen her şey uyku kalitesini de etkilemektedir (Ellenbogen, 2016). İyi uyku kalitesi daha iyi sağlık durumu, gün içinde ortaya çıkan uykululuğun azalması, daha iyi hissetme durumu ve psikolojik işlevselliğin artması gibi olumlu sonuçlarla ilişkilendirilebilir (Hyypa ve Kronholm, 1989). Kötü uyku kalitesi ise kronik uykusuzluğun tanımlayıcı kriteri olarak belirtilmektedir (Edinger, Bonnet ve Bootzin, 2004). İyi bir gece uykusu olumlu duygular ve iyi olma ile kötü bir gece uykusu ise yüksek asabiyet ve olumsuz duygular ile ilişkilendirilmektedir (Baglioni, Spiegelhalder, Lombardo ve Riemann, 2010). Araştırma sonuçlarına göre uyku kalitesi uykuya dalmada rahatlık (Kecklund, Akerstedt ve Axelsson, 2003), uykuyu sürdürme (Kecklund ve Akerstedt, 1997; Bastien, Fortier, Rioux, LeBlanc, Daley ve Morin, 2003; Webb, Bonnet ve White, 1976), toplam uyku süresi (Bastien, Fortier, Rioux, LeBlanc, Daley ve Morin, 2003) ve erken uyanma (Kecklund ve Akerstedt, 1997; Webb, Bonnet ve White, 1976) gibi subjektif kriterler ile ilişkilendirilmektedir.

Uyku kalitesini düşüren iki ana problem vardır. Birincisi; uyku apnesi, kol ve bacak hareketleri, epilepsi, ağrı, idrar kesesi hastalıkları gibi kişinin kendisinde içsel olan herhangi bir şeydir. İkincisi; fazla ses, rahatsız edici oda ısısı, ışıklar veya evcil hayvan ve yatak arkadaşından gelen sesler gibi kişinin çevresinden kaynaklanan uyku kalitesini düşüren problemlerdir (Ellenbogen, 2016). Sonuç olarak, uyku kalitesi terimi uyku tıbbında kullanılmakta fakat yeterli bir tanımı bulunmamaktadır (Krystal ve Edinger, 2008).

1.2.1. Sirkadiyen Ritm ve Homeostatik Denge

Uykuya olan eğilim ve tecrübe edilen uyku çeşitleri, sirkadiyen ve homeostatik etkenlere bağlıdır (Morin ve Espie, 2003). Vücut, sirkadiyen ritmi hipotalamusta bulunan suprachiasmatic nucleus (SCN) aracılığı ile sürdürmektedir (Tsai, 2010). Uyku ihtiyacı ve uykululuk, kişi uyanık kaldığı müddetçe uzar ve uyku ihtiyacının, kişinin ne kadar dinlendiğinden bağımsız olarak gece ve karanlık olduğunda en yüksek olduğu bilinmektedir (Kornum, 2017). Bu örüntü, sirkadiyen uyku süreci (süreç C) ve homeostatik uyku sürecinin (süreç S) koordineli etkisi olarak açıklanmaktadır (Borbély, 2009). Homeostasis belli bir eşığe yükseldikten ve geçtikten sonra uyku tetiklenmekte, belli bir eşığın altına düştüğünde ise uyanıklık gerçekleşmektedir. Sirkadiyen süreç, bu eşik seviyelerinin günlük salınım modülasyonunu temsil etmektedir (Goel, Basner ve Dinges, 2015). Sirkadiyen sistemin, uykudan daha çok uyanıklığı desteklediği öne sürülmektedir (Edgar, Dement ve Fuller, 1993). Sirkadiyen ve homeostatik süreçler, gece olduğunda uykuyu gündüz ise uyanıklığı en üst seviyeye çıkarmak için etkileşim halindedirler. Gün boyunca uyku ihtiyacı, uyanıklığa homeostatik bir cevap olarak büyümektedir. Ancak artan uyku baskısı sirkadiyen saat tarafından üretilen gittikçe artan güçlü bir uyanıklık sinyali ile karşılaşmaktadır ve bu durum kişiyi uyanık tutmaktadır. Sirkadiyen saat tarafından kontrol edilen artan uyanıklık, vücut ısısının en yüksek olduğu saatlerde maksimumdur. Sirkadiyen uyanıklık dürtüsü düşmeye başladığında ve uyku ihtiyacı arttığında kişi uykuya dalmaktadır (Kornum, 2017).

Yaşlanma ile birlikte meydana gelen değişimler, aniden ortaya çıkmamakla birlikte kademeli bir süreçtir ve hem sirkadiyen hem de homeostatik süreçlerde değişimler oluşturmaktadır (Ayalon ve Ancoli-Israel, 2005). Araştırma sonuçlarına göre sirkadiyen ritm yaşlanma ile birlikte daha da dirençsiz hale gelmekle birlikte sirkadiyen zamanlamada ilerleme, sirkadiyen büyüklüğünde azalma ve faz kaymasına uyum sağlama yeteneğinde düşüş olarak belirtilmektedir (Li, Vitiello ve Gooneratne, 2018). Yaşlanma, sirkadiyen ritmin azalması ile ilişkilendirilmektedir. Yaş; uyku zamanı, süresi ve sağlığını etkilemekle birlikte yaşlılıkta, toplam uyku azalmakta ve daha çok bölünmektedir (Mattis ve Sehgal, 2016).

İç kaynaklı bozulmalar veya vardiyalı çalışma gibi dış kaynaklı faktörler yoluyla normal zamanlamada meydana gelen aksamalar ruhsal ve fiziksel sağlık için zararlı olmaktadır (Buysse, Soehner, Abbott, Kapur, Mahowald, Parker, Redline, Schenck ve Zee, 2016). İnsanlar günlük aktivite ritimlerini aniden değiştirdiğinde, SCN tarafından kontrol edilen iç sirkadiyen ritimleri dış çevrede bulunanlarla uyumsuzlaşır. Örneğin, normal bir gün vardiyasında çalışan bir kişi gece vardiyasında çalışmaya başlarsa veya kişi birkaç zaman dilimi boyunca doğu veya batıya doğru giderse; SCN, beynin geri kalan kısmını uyararak vardiyada veya günün ortasında uyku zamanı olduğunu bildirmektedir. İç ritim ve dış ortam arasındaki bu uyumsuzluk uyku bozuklukları ve ruh hali değişiklikleri ile sonuçlanır ve insanların uyanık saatlerde işleyişini engeller (Carlson, 2014).

Tüm sirkadiyen saatler birkaç temel özelliği paylaşırlar; her gün çevreden gelen uyaranlarla yüklenirler, kendi kendilerine devam ederler ve çevreden gelen uyaranlar olmasa bile titreşim üretirler, sıcaklığı dengelerler ve fizyolojik aralıktaki sıcaklık değişimleri iç kaynaklı periyotlarını değiştirmez (Kornum, 2017).

1.2.2. Uykuyu Etkileyen Etmenler

Neredeyse her insan, kendini gün içinde uykulu hissetmekte veya uykusunu tamamen kaybetmektedir. Bu durumlar, bazen düzensiz bazen de durumsal olmaktadır (Rosa, 2005). Yaş, uyku süresi ve kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan biridir (Carskadon ve Dement, 2000).

Yeni doğan bebekler 16-18 saat arası uykuya ihtiyaç duymaktadırlar. Erken çocukluktan geç ergenliğe kadar, uyku-uyanıklık döngüsü yaklaşık 9.5 saatlik uyku ve tek bir nokturnal bölüm halinde ilerler. Daha sonra, toplam uyku süresi yavaş yavaş 7-8,5 saat arasına düşmektedir. Uyku mimarisindeki değişiklikler, yaşam süresi boyunca meydana gelen olgunlaşma süreci ile çok yavaş bir şekilde gerçekleşir (Morin ve Espie, 2003). Yaşlanma; uykuyu sürdürme yeteneğinin azalması, gece uyku süresinin azalması ve yavaş dalga uykusunda azalma ile ilişkilidir (Vitiello, 2006). Yavaş dalga uykusu ergenlikten sonra azalmakla birlikte yaş etkeninin işlevinden dolayı ilerleyen yaşlarda da azalmaya devam etmektedir. Doğumdan hemen sonra %50'den fazla olan yavaş dalga uykusu, ergenlik ve orta yaş döneminde %20-25'e düşmektedir (Rama, Cho ve Kushida, 2005). Uyku kalitesi, yaşlanma ile azalmakla birlikte derin uykuda görülen belirgin düşüşe 1. ve 2. evrede geçirilen uyku artışı eşlik etmektedir. Yaşlı bireyler, daha sık ve daha uzun süren uyanıklıktan muzdarip olmakla birlikte bu durum, toplumda ortaya çıkan uyku şikayetlerinin yaşlılarda daha sık rastlanmasının da açıklamasıdır (Morin ve Espie, 2003).

Kafein içeren ürünler tüketmek kötü uykuya sebep olmaktadır (Treur, Gibson, Taylor, Rogers ve Munafò, 2018). Akşam tüketilen kafein, yatmadan önce kandaki kafein konsantrasyonunu artırdığı için uyku zorluğuna neden olmaktadır (Clark ve Landolt, 2017)

Sigara ve diğer tütün ürünlerinde bulunan nikotin, uyarıcı etkiye sahip bir uyuşturucu olmakla birlikte uyku açısından değerlendirildiğinde kafein ile benzer etkiler ortaya çıkarmaktadır (Morin ve Espie, 2003). Yüksek derecede nikotin bağımlılığı ve sigara içmenin yoğunluğu, kısa uyku süresi ile ilişkilidir. Nikotin uyarıcı bir etkiye sahip olduğu için sigara içmek uyku düzensizliği ile ilişkilendirilmektedir (Cohrs ve ark., 2012).

Aralığın her iki ucundaki aşırı sıcaklıklar uykuyu etkilemektedir. 24° C den daha yüksek olan oda sıcaklığı huzursuz vücut hareketleri, daha sık gece uyanmaları ve daha az rüya görülen uykuya sebep olmaktadır. 12° C den daha düşük olan oda sıcaklığı ise uykuya geçmede güçlüğü ve daha huzursuz uykuya sebep olmaktadır (Morin ve Espie, 2003).

Egzersiz ve uyku kalitesi arasındaki ilişki kanıtlanmıştır ve egzersiz eğitiminin uykuyu geliştirdiği bulunmuştur (Youngstedt, 2005). Sağlıklı ve yetişkin erkekler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, 13 hafta boyunca yapılan yüksek dozda günlük aerobik egzersizi uyku süresini artırmaktadır fakat uykunun etkililiğini düşürmektedir (Kjeldsen ve ark., 2012). Fiziksel aktivitenin, ergenler için daha uzun süreli uyku ve daha iyi uyku kalitesi ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Fiziksel aktivite ile haftada 3,5 saatten daha fazla ilgilenen ergenlerin uyku etkililiğinin ve yavaş dalga uykusunun arttığı, REM uykusunun ise azaldığı belirtilmektedir (Brand, Gerber, Beck, Hatzinger, Puhse ve Holsboer-Trachsler, 2010). Gece uykusunu geliştirmek için fiziksel aktivite yapmanın en iyi zamanı öğleden sonra ya da akşamın erken saatleridir. Yürüyüş, yüzme, bisiklet, paten, dans, squash, badminton ve aerobik uykuyu geliştirmeye yardımcı olan aktivitelerdir (Morin ve Espie, 2003).

Uyku, tıbbi hastalıklara karşı hassastır. Çeşitli reçeteli ve reçetesiz ilaçlar uyku düzenini değiştirebilir. Tıbbi durumlar için reçete edilen bazı ilaçlar uykusuzluğa ve bazıları da uykuya neden olabilir (Morin ve Espie, 2003).

Uyku, stres ve duygusal üzüntüye karşı hassastır. Boşanma veya sevilen birinin ölümü gibi büyük yaşam olayları ve kişilerarası ilişkiler, işyerindeki baskı gibi küçük ama stres verici yaşam olayları, uykuya dalmadan önce ve gece uyanmalarında uyarılmayı artırarak uykuyu etkilemektedir (Morin, Rodrigue ve Ivers, 2003). Çocuğun ruh halinin normal ruh halinden daha kötü olduğu zamanlarda, o geceki uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Kouros ve El-Sheikh, 2014).

Bebek ağlaması, araba kornası ve saat alarmı gibi beklenmedik ve ani sesler eğer yeterince yüksek ise kişiyi uyku evreleri esnasında veya derin uykusundan uyandırmaktadır. Fakat bir süre sonra, insanlar seslere alışmaktadırlar. Örneğin; tren rayları etrafında yaşayan insanlar, geçen trenlerin seslerine alışıp adapte olmaktadır. Ayrıca, insanların saat tik takları gibi devamlı olan seslere alışmaya eğilimleri olmaktadır (Morin ve Espie, 2003).

Açlık, uykusuzluğa neden olmaktadır bu yüzden yatmadan önce yapılan hafif atıştırma uykuya geçmede yardımcı olmaktadır. Fakat, kişi karnı tamamen doymuş

bir şekilde yatağa geçerse bu durum uykusuzluğa yol açmaktadır. Öte yandan, kilo vermek için yapılan diyetlerin uyku üzerinde etkisi bulunmaktadır. Özellikle, kilo kaybının çok hızlı olması uykunun bozulmasına yol açmaktadır (Morin ve Espie, 2003).

1.3.UYKULULUK

Uyku bozuklukları merkezlerinde en sık karşılaşılan şikayetlerden biri uykululuktur (Lavie, 1981). Uykululuk, uyku bastırması veya uykuya dalmada artan eğilim anlamına gelmekle birlikte düşük uyarılma eşiği ile ilgilidir (Curcio, Casagrande ve Bertini, 2001). Ayrıca, uykuya dalmadaki eğilim olarakta tanımlanmaktadır (Shahid, Shen ve Shapiro, 2010).

Subjektif uykululuk ve objektif uykululuk farklı ölçme yöntemleri kullandıkları için birbirlerinden ayrılmaktadırlar (Johns, 2010). Objektif uykululuk testleri sessiz, dikkat dağıtmayan ve rahatlatıcı bir ortamda uygulanmaktadır (Horne ve Burley, 2010). Objektif uyku ölçümünün altın standardı polisomnografi olarak görülmektedir (Meltzer, Mindell ve Levandovski, 2007). Maliyeti ve zorluğu nedeniyle, çocuk ve ergen popülasyonları ile kullanımı büyük ölçüde klinik araştırmalar veya deney protokolleri için ayrılmıştır. Objektif uykunun, daha kolay ve uygun olan göstergesi aktigrafidir (Tremaine, Dorrian ve Blunden, 2010).

Objektif ölçümün yanısıra subjektif ölçüm de uyku yoksunluğunun sonuçlarını anlamak için önemli bir faktördür. Oruçtaki açlık ve susuzluk gibi, bireylere uzayan uyanıklık dönemlerinin etkilerini öznel olarak tespit etme yeteneği sağlanmıştır (Mairesse, Valck, Quanten, Neu, Cortoos, Pattyn, Theuns, Cluydts ve Hofmans, 2014). Bu nedenle subjektif uyku hali, vücudumuzdan gelen ve olası hasarı önlemek için uygun önlemleri almamızı gerektiren bir uyarı sinyalidir (Ode-Dusseau, Bradley ve Pilcher, 2010). “Basit tepkime süresi” gibi subjektif uykululuk ölçekleri çabuk tamamlanırlar (Lim ve Dinges, 2008). Kişinin kendi kendine yaptığı uyku raporu özneldir bu yüzden objektif ölçümden daha az ikna edicidir. Subjektif ölçümlerin beklentilerden, zihniyetten ve kasıtlı manipülasyonlardan etkilendiği varsayılmaktadır (Åkerstedt, Anund, Axelsson ve Kecklund, 2014).

Aşırı uykululuk, kişinin uyanık ve alarm durumunda olması beklenen durumlarda ortaya çıkan uyku halidir (Arand, Bonnet, Hurwitz, Mitler, Rosa ve Sangal, 2005). Aşırı uykululuk; uzun bir ana uyku dönemi veya kısa uyuklamaların bulunduğu aşırı uyku miktarı ve uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan aşırı uyku atakları olarak tanımlanan bozulmaya uğramış uyanıklığın eşlik ettiği bir durumdur (Ohayon, 2008). Gündüz aşırı uykululuğu, klinikte çok sık rastlanmakla birlikte genel nüfusun %12'sini etkilemektedir (Roth ve Roehrs, 1996). Hafif derecede aşırı uykulu bireyler, uzun süren dersler gibi hareketsiz kalınan durumlarda uykuya dalma eğilimindedirler. Orta derecede uykululuğu olan bireyler, biriyle konuşmak veya araba kullanmak gibi daha aktif olunan durumlarda uykuya dalma eğilimindedirler. Şiddetli derecede uykululuğu bulunan bireyler ise duş almak, yemek yemek ve ayakta durmak gibi durumlarda bile uykuya dalmaktadırlar (Wise, 2005).

Uyku ile ilgili yayınlanan kaynaklarda, uykululuk ve yorgunluğun kesin ayrımı yapılmaktadır (Mullins, Cortina, Drake ve Dalal, 2014). Yorgunluk, fiziksel ve bilişsel bozulmayla ilişkili olan enerji eksikliği ve tükenmişlik hissinin ortaya çıkardığı bir durumdur (Shen, Barbera ve Shapiro, 2006). Yorgunluk, görevde geçirilen zaman ve bilişsel yükten kaynaklanmakla birlikte bağışıklık sistemi ve duygusal durumdan da etkilenmektedir. Bu yüzden kişi, bilişsel olarak çok yükleyici olan bir işte geçirdiği zamandan dolayı yorgunluk hissedebilir fakat bu durum uykululuktan tamamen farklıdır.

Ayrıca kişi, el işçiliği yapılan durumlarda olduğu gibi kas yorgunluğu hissedebilir bu yüzden yorgunluk fiziksel de olabilir (Mullins, Cortina, Drake ve Dalal, 2014). Yorgunluk ve uykululuk performans düşüklüğüne neden olsa da etkilerinin tersine çevrilebileceği mekanizmalar farklıdır: yorgunluk mesai dışında çalışmama gibi durumlarla dinlenme ile tersine çevrilebilirken, uykululuk sadece uyku ile tersine çevrilebilmektedir. Bu yüzden, yorgunluk ve uykululuk kavramsal olarak, köken olarak ve azaltılma yöntemi olarak birbirlerinden ayrılmaktadırlar (Balkin ve Wesensten, 2011).

1.4.NARKOLEPSİ

Narkolepsi genellikle gün boyu süren kronik uykululuğun arkasına gizlenen, periyodik olarak baskın uyku ataklarından oluşan orta ve şiddetli günlük uykululuk ile ilişkilidir (Wise, 2005). Genel popülasyonun %0,2-0,18'inde görülmektedir. Semptomlar genellikle ergenlik dönemi ve 20'li yaşlarda görülmekle birlikte, başlangıç ve tanı süreçleri arasında 10 yıllık periyot görülmektedir. Narkolepsi olan yetişkinlerin %50'si semptomlarının ergenlik döneminde başladığını belirtilmektedir (Ravichand ve Radtke, 2013). İstenmeyen uyku atakları günde birkaç kez tekrarlanırken sadece monoton, hareketsiz zamanlar veya yemekten sonra değil aynı zamanda kişi bir aktiviteye dahil olduğu zamanlarda da ortaya çıkabilmektedir (Cao ve Guilleminault, 2017). Narkolepsi hastası bireylerin aşırı uykululuk hissini ardından uyumasına izin verilirse, kişi kendini birkaç saatliğine yenilenmiş hisseder (Wise, 2005). İdiopatik hipersomnide görülen uzun süreli fakat yenileyici olmayan uykular ve narkolepside görülen kısa süreli ve yenileyici uykular birbirine zıt bu özelliklerden dolayı birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Hipersomniler ve idiyopatik hipersomninin aksine narkolepside 24 saatlik zaman diliminde, toplam uyku süresinde artış olmamaktadır (Ravichand ve Radtke, 2013).

Narkolepsinin klinik tanısı "klasik dördlü" olarak adlandırılan gün içindeki uykululuk, katapleksi, uyku felci ve hipnagojik halüsinasyonlara dayandırılmaktadır (Morrison ve Riha, 2012). Gündüz aşırı uykululuğu tüm narkolepsi hastalarında görülmekte fakat narkolepsi hastalarının 1/3'ünde dört semptomun tamamına rastlanmaktadır. Ayrıca, narkolepside görülen semptomlar uyku yoksunluğu şikayeti görülen tüm hastalarda ortaya çıkmaktadır fakat katapleksi sadece narkolepsiye özgü olan bir semptomdur (Cao ve Guilleminault, 2017). Narkolepsi hastalarının %70'inde katapleksi, %30'unda hipnagojik halüsinasyonlar ve %25'inde uyku felci görülmektedir (Overeem, Mignot, van Dijk ve Lammers, 2001).

Uykululuk uygun olmayan zaman ve durumda gerçekleştiğinde patolojik olmaktadır. Örneğin, gündüz aşırı uykululuk durumu narkolepsinin en önemlisi özelliğidir (Shahid, Shen ve Shapiro, 2010). Tipik bir narkolepsi hastası 10-20 dakika arasında uyumaktadır ve kendini yenilenmiş hissetmektedir fakat birkaç saat

sonra tekrar uykululuk hali ile karşılaşmaktadır (Ravichand ve Radtke, 2013). Narkolepsi hastası bireyler en az 3 aylık süreçte birçok günde gündüz aşırı uykululuğu olduğu belirtmekle birlikte monoton ve sıkıcı durumlarda buldukları zaman düzensiz bir şekilde uyumaktadırlar (Morrison ve Riha, 2012).

Narkolepside görülen gündüz aşırı uykululuğu sadece televizyon izlemek, kitap okumak, toplantıya katılmak ya da yüksek sıcaklığı bulunan ortamlarda bulunmak gibi monoton ve sıkıcı durumlarda değil de güçlü ve kimi zaman bunaltıcı bir uyku arzusuna yol açan başlangıçtaki uyku halinin bir arka planı olarak yemek yeme, yürüme, konuşma, bisiklet sürme ve araç kullanma gibi durumlarda da ortaya çıkmaktadır. (Zhang ve Han, 2017). Diğer aşırı uykululuk hastalıklarıyla karşılaştırıldığında, narkolepside uykululuk daha az süreyle bulunmakta fakat daha baskın olmaktadır ve bu durum “uyku atağı” olarak tanımlanmaktadır (Ravichand ve Radtke, 2013).

Gündüz aşırı uykululuğunda, uyku ataklarına ek olarak bazı hastalarda enerji eksikliği, kronik yorgunluk, düşük uyarılma ile birlikte ortaya çıkan zayıf konsantrasyon ve iş/okul ortamında ortaya çıkan yanlış yapmaya meyilli performans kalitesi görülmektedir. Hekimler, uyku ataklarının narkolepsiye özgü olduğu ve uyku atağından yoksun olan gündüz aşırı uykululuğunun narkolepsiden kaynaklanamayacağı yönünde yanlış bir düşünceye sahiptirler (Zhang ve Han, 2017).

Narkolepsi hastası bireylerin yaklaşık olarak 2/3’ü katapleksiye sahiptir (Kornum, 2017). Gülme, kızma ve şaşırma gibi güçlü duyguların açığa çıkmasıyla oluşan, kas elastikiyetinde ani ve geri dönüşebilir azalma veya yok olma durumudur (Cao ve Guilleminault, 2017). Diğer tetikleyici duygular utanç, cinsel uyarılma ve irkilmedir (Ravichand ve Radtke, 2013). Belirli kasları veya tüm istemli kasları içerebilmektedir. Tipik olarak çene sarkar, kafa arkaya doğru düşer, kollar yana doğru sarkar ve dizler burkulur (Cao ve Guilleminault, 2017).

Kas elastikiyetinde çift yönlü bir kayıp vardır. Katapleksi genellikle saniyeler veya dakikalar içerisinde bitmektedir fakat sıklığı gün ve ay olarak değişim göstermektedir. Olay anının başında kişi uyanıktır fakat durum uzun sürerse kişi uyuyakalabilmektedir. Birey etrafında olanların farkındadır ve detayları

hatırlayabilmektedir bu yüzden katapleksi, epilepsi nöbetleri ve diğer durumlardan ayrılmaktadır. Katapleksi şiddetli olduğu zaman düşme ve yaralanma gerçekleşeceği için narkolepsinin en etkisiz bırakan özelliğidir (Ravichand ve Radtke, 2013). Narkolepsiyi, Tip-1 (katapleksili narkolepsi) ve Tip-2 (katapleksisiz narkolepsi) olarak iki gruba ayırmak önemlidir. Tanı kriterleri açısından Tip-1 farklılık göstermektedir. Fakat, Tip-2 “evrimleşen bir tanı” olarak kalmaya devam etmektedir ve araştırmacılar arasında narkolepsi ve idiopatik hipersomni spektrumunun bir parçası ya da ayrı bir fenomen olup olmadığı konusundaki tartışmalar sürmektedir. Tip-1 hastası bireylerde, gündüz aşırı uykululuğu olmalıdır ve (1) katapleksi ve pozitif Çoklu Uyku Latans Testi sonucu (2) beyin omurilik sıvısı hipokretin-1 eksiliğinden en az bir tanesini içermelidir. Hipokretin-1 eksiliği, beyin omurilik sıvısı hipokretin-1 seviyesinin normalinden 1/3 daha az olması olarak tanımlanmaktadır (Cao ve Guilleminault, 2017).

Düşük beyin omurilik sıvısı hipokretin-1 seviyesi Tip-1 için ayırıcı bir tanı içermektedir (Goldbart, Peppard, Finn, Ruoff, Barnet, Young ve Mignot, 2014). Tip-2, gündüz aşırı uykululuğu ve pozitif Çoklu Uyku Latans Testi sonucu gerektirmektedir. Beyin omurilik sıvısı hipokretin-1 seviyesi neredeyse normaldir ve katapleksi bulunmamaktadır. Tip-2, klinik teşhis veya dışlama teşhisidir (Cao ve Guilleminault, 2017).

Uyku felci korkutucu bir deneyim olmasının yanısıra uykuya dalarken veya uykudan uyanırken gerçekleşmektedir. Hastalar kendilerini felçli, ayaklarını oynatamaz, konuşamaz halde bulmakla birlikte derin nefes almaktadırlar (Cao ve Guilleminault, 2017). Bu durum bazen saniyeler veya dakikalar içinde kendiliğinden biterken bazen de yatak partnerinin dokunmasıyla sonlanabilmektedir (Ravichand ve Radtke, 2013). Kişi, durumun tamamen farkındadır ve daha sonraları olayı tamamen hatırlayabilmektedir (Cao ve Guilleminault, 2017). Başlangıçta bu olaylar oldukça rahatsız edici olabilmektedir fakat zamanla halüsinasyon içeriği olmadığı sürece daha az sıkıntı verici olmaktadır (Ravichand ve Radtke, 2013). Hipnagogik halüsinasyonlar, uykuya geçiş sırasında veya uyanırken gerçekleşen görsel veya işitsel deneyimlerdir (Wise, 2005). Bunlar birey için tehdit edici, gerçekten ayırt edilmesi zor ve karakter bakımından oldukça gerçek olan durumlardır. Halüsinasyon

olarak evde yangın çıktığını ve evin dışına kaçtığını gören hasta, bu halüsinasyon konseptine uygun davranmaktadır (Ravichand ve Radtke, 2013).

1.5. İDİOPATİK HİPERSOMNİ

İdiopatik hipersomni gündüz aşırı uykululuğuna eşlik eden uzun ve dinlendirici olmayan uyuklamalar, uzayan ve bölünmeyen gece uykusu, uyanmada güçlük ve uyandıktan sonra süren uyku tembelliği ile karakterize edilmektedir (Dauvilliers ve Bassetti, 2017). Ayrıca, her 100,000 kişiden 4'ünü etkileyen oldukça ender rastlanan, hipersomninin açıklanamayan bir türüdür. Başlangıç yaşı 10-30 arasındadır. Bu durum birkaç haftada gelişmektedir daha sonra stabilize hale gelmektedir ve son olarak vakaların %25'inde tamamen ortadan kalkmaktadır (Merdad, Akil ve Wali, 2017).

Hastalar, gece uykusu ve gündüz uyuklamalarından uyanmada bariz ve uzatılmış bir zorluk çekmektedirler. Bu semptom, daha yaygın ve fizyolojik bir durum olan sağlıklı bireylerde bile görülebilen uyku tembelliğinden ayırt edilmesi için “uyku sarhoşluğu” olarak adlandırılmaktadır (Trotti, 2017). Klinik olarak, idiyopatik hipersomni hastaları gündüz aşırı uykululuğu, dinlendirici olmayan kısa uykular, bölünmeyen gece uykuları ve uyku sarhoşluğu ile karşımıza çıkmaktadır (Masri, Gonzales ve Kushida, 2012).

İdiopatik hipersomninin tanısı uykululuğun birden fazla hastalıkta olması, günümüzde geçerli bir tanı kriterinin olmaması ve diğer semptomların başka hastalıklarda da görülmesi nedeniyle zor olmaktadır (Trotti, 2017). Hipersomnolans, idiyopatik hipersomninin anahtar belirtisidir ve Tip-1 narkolepsiden daha az dirençsiz olarak kabul edilmektedir (Billiard ve Sonka, 2016). İdiopatik hipersomni hastalarında katapleksi bulunmamakla birlikte gece uyku bölünmesinin az olduğu yüksek uyku kalitesine ve uzun fakat dinlendirici olmayan uykulara sahiptirler. Tip-1 narkolepside ise katapleksi bulunmakla birlikte, gece uykularında bölünmeler ve kısa fakat dinlendirici olan uykular bulunmaktadır (Trotti, 2017).

İdiopatik hipersomni ve Tip-2 narkolepsinin ayırt edilmesi oldukça zordur. Her iki hastalıkta da katapleksi bulunmamaktadır. “Narkolepsi dörtlüsünün” diğer

elemanları olan uyku felci ve halüsinasyonlar yaygın olarak Tip-2 narkolepside görülmekle birlikte idiopatik hipersomni hastalarının yaklaşık 1/4'ünde de görülmektedir. Bu durum idiopatik hipersomni tanı kriteri olarak uyku felci ve halüsinasyonların belirlenmesini engellemiştir (Vernet ve Arnulf, 2009).

77 hastayla yapılan klinik çalışmada idiopatik hipersomniyi narkolepsiden ayıran en önemli özellik kısa uyku süresinin 60 dakikadan fazla olmasıdır ve bu %87 ile idiopatik hipersomniye özgüdür (Anderson, Pilsworth, Sharples, Smith ve Shneerson, 2007). Hastaların öznel görüşlerine göre bilişsel bozukluklara idiopatik hipersomnide sıklıkla rastlanmaktadır. Hastaların %79'u hafıza problemleri, %55'i ise dikkat problemleri olduğunu belirtmişlerdir (Trotti, 2017).

Ayrıca, hastaların %58'i zihninin boşaldığı hissini ve %61'i de sürekli yaptığı aktivitelerde yanlışlar yaptığını bildirmektedirler. Bunlara ek olarak hastalar tarafından akşamları daha çok tetikte olmak, bir saatten fazla süren aktivitelerde odaklanma güçlüğü, dikkat ile ilgili şikayetler, hafıza problemleri, zihinsel yorgunluk ve uykululuğa direnmede yardımcı olan hiperaktivite bildirilmiştir (Vernet, Leu-Semenescu, Buzare ve Arnulf, 2010).

1.6.UYKU SOLUNUM BOZUKLUĞU

Uyku solunum bozuklukları, uyku esnasında ortaya çıkan solunumla ilgili rahatsızlıkları kapsayan bir terimdir (Pataka, Frangulyan, Mackay, Douglas ve Riha, 2011). Uyku solunum bozukluğu; gündüz aşırı uykululuğuyla ilişkili olabilecek normal olmayan hava akışı, oksijen desatürasyonu veya hiperkarbi olarak ortaya çıkabilmektedir (He ve Kapur, 2017). Uyku esnasında hava akışının kısmi (hipoapne) veya tamamen (apne) kesilmesiyle oluşmaktadır (Neikrug ve Ancoli-Israel, 2013). Apne, hava akışının en az 10 saniye boyunca tamamen kesildiği durum olarak tanımlanmaktadır. Hipoapne ise uyku esnasında nefes almanın %50 oranında azalması durumudur (De Backer, 2013). Solunumda ortaya çıkan bu kesilmeler uyanma ile sonuçlanmakla birlikte bilinçli olarak farkedilememektedir fakat sürekli tekrarlandığında uyku bölünmelerine sebep olmaktadır. Solunum olayları, apne-hipoapne indeksini hesaplamak için bir saatte meydana gelen uyku miktarının

ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. İndeks değeri 5-20 arasında ise hafif, 20-30 aralığındaysa orta ve 30'dan büyükse şiddetli olarak değerlendirilmektedir (Neikrug ve Ancoli-Israel, 2013).

Uyku solunum bozukları ileri yaştaki yetişkinler arasında yaygın olmakla birlikte hastaların %62'sinde apne-hipoapne indeksi puanı 10'un üzerinde, %44'ünde 20'nin üzerinde ve %24'ünde 40'ın üzerindedir (Neikrug ve Ancoli-Israel, 2013). Uyku solunum bozukluğunun karakteristik semptomları horlama ve gündüz aşırı uykululuğudur (Neikrug ve Ancoli-Israel, 2013). Yapılan çalışmalarda, uyku solunum bozukluğunda görülen horlama ve gündüz aşırı uykululuğunun yaygınlığının en fazla ileri yaştaki bireylerde olduğu bulunmuştur (Chowdhuri, Patel ve Badr, 2018).

Bir meta analiz çalışmasında horlamanın yaygınlığı %7 olarak bulunmuştur ve erkeklerde, obez gençlerde, Afrikalı Amerikan çocuklarda daha fazla görülmektedir (Lumeng ve Chervin, 2008). Uyku solunum bozukluklarının yaşam kalitesi ve genel sağlık üzerinde negatif etkileri bulunmaktadır (Jensen, 2018).

Yaşlılıkta görülen uykuda solunum bozukluğu dikkat, yürütücü işlevler ve hafıza da dahil olmak üzere bilişi negatif yönde etkilemektedir (Zimmerman ve Aloia, 2012). Sağlıklı yetişkinler ile uyku solunum bozukluğu olan bireyleri karşılaştıran bir çalışmada, bozukluğu olan bireylerin daha uykulu olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, daha düşük bilişsel işlevlere sahip oldukları ve hipertansiyon, kalp damar hastalığı ve gece idrara kalkma gibi rahatsızlıklara sahip olma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Neikrug ve Ancoli-Israel, 2013).

Uygulayıcılar, uyku solunum bozukluklarının yetişkinlerde ve çocuklarda farklı ilerlediğinin farkında olmalıdırlar. Çocuklar çok nadir olarak gündüz aşırı uykululuğu şikayeti ile karşı karşıya kalırlar. Bunun yerine daha çok dışavurulmuş olan hiperaktivite, dikkatsizlik ve duygusal değişkenlik karşımıza çıkmaktadır (Jensen, 2018). Daha belirgin bir şekilde; hiperaktiviteden dikkatsizliğe, isyankarıktan agresifliğe kadar tüm dışsallaştırılmış davranışlar uykuda solunum bozukluğu ile ilgili olabilmektedir (Beebe, 2006). Yüksek sesli horlamaya sahip olan çocukların 1/3'ü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun semptomlarını

göstermektedir. Bu yüzden davranış ve uykuda solunum bozukluğu arasındaki ilişki çok güçlüdür (Gruber, Xi, Frenette, Robert, Vannasinh ve Carrier, 2009).

Gece vakitlerinde uykudayken en sık rastlanan semptomlar horlama ve sesli şekilde nefes alıp vermedir. Gündüz uyanık olunan zamanlarda solunum normaldir fakat gece uyurken solunumda ağız açık nefes alıp verme ve havayı burundan geçirmede problem yaşamaktadırlar. Gece uykusunda görülen diğer semptomlar ise terleme, huzursuzluk, idrar tutamama, sık gerçekleşen uyanmalar, apneler ve solunumda artan zorlanmalardır (Hines ve Halbower, 2013).

Uyku solunum bozukluğu olan çocuklar zeka testlerinde hafıza, dil ve görsel algılama gibi alanlarda spesifik bilişsel fonksiyonlar en düşük düzeyde olmasına rağmen daha zayıf performans sergilemektedirler (Beebe, 2006). Bununla birlikte, uyku solunum bozukluğunun bilişsel etkisi, daha açık bir şekilde kanıtlanabilir nörodavranışsal değişikliklerle birleştirildiğinde okul performansı üzerinde önemli bir etkisi olabilir (Jensen, 2018).

İdrar tutamama çocuklar arasında çok yaygın olmakla birlikte bu durum uzun bir süre devam ettiğinde çocukların özgüvenlerinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır (Graham ve Levy, 2009). Uyku solunum bozukluğu ile idrar tutamama arasındaki ilişki birçok araştırmada incelenmiştir ve uyku solunum bozukluğuna sahip olan çocukların neredeyse %50'sinde idrar tutamama problemi olduğu belirlenmiştir (Baugh ve ark., 2011). İdrar tutamayan çocukların yaklaşık olarak %10-15'inin sebebinin uyku solunum bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Jeyakumar, Rahman, Armbrecht ve Mitchell, 2012).

Uyku solunum bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesi etkilenmektedir. Uyku solunum bozukluğu ile ilişkili olan hipersomnolansta asabiyet, depresyon ve günlük aktivitelerde ortaya çıkan ilginin dağılması gibi sorunlar sadece çocuğu değil, çocuğun yaşamındaki aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerini de etkilemektedir (Hines ve Halbower, 2013).

Uyku solunum bozukluğu ile birlikte ortaya çıkabilecek diğer semptomlar sabahları görülen baş ağrıları ve parasomnilerdir (Hines ve Halbower, 2013). Uyku solunum bozukluğunun bazı semptomları yaş ile birlikte değişmektedir fakat horlama

ve duraklama gibi diğer semptomlar ergenlik ve yetişkinlik döneminde daha stabil olarak kalmaktadırlar (Sinha ve Guilleminault, 2010).

1.6.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

Obstrüktif uyku apne sendromu tekrarlayan oksijen desatürasyonu, gece uyarılmaları ve bölünmüş uyku ile birlikte uyku sırasında yinelenen üst solunum yolunun çökmesi ile karakterize edilmektedir (Mohammadiéh, Sutherland ve Cistulli, 2017). Obstrüktif (tıkayıcı) olaylar, nefes alıp vermek için harcanan efor esnasında ortaya çıkan solunum yolunun çökmesi ile ifade edilmektedir (Dempsey, Veasey, Morgan ve O'Donnell, 2010). Obstrüktif uyku apne sendromu ilk defa bir doktor tarafından değil 1837 yılında Charles Dickens tarafından tanımlanmıştır. Pickwick Kulübü'nün Posthumous makalelerinde, Dickens tipik bir uyku apne sendromu vakası olan Joe karakterini tanımlamaktadır. Hastalık daha sonra Pickwickian Sendromu olarak tanımlanmasına rağmen 20.yüzyıla kadar obstrüktif uyku apne sendromu klinik bir hastalık olarak tanımlanmamıştır (Messiha, Gurney ve Haers, 2017).

Obstrüktif uyku apne sendromu, uyku solunum bozukları içinde en sık rastlanan tiptir ve gündüz aşırı uykululuğu ile ilgili en çok ilgili olanıdır (He ve Kapur, 2017). Obstrüktif uyku apne sendromu genellikle oksijen satürasyonundaki düşüş ve yorgunluğun artışı ile ilişkilendirilen, 20-40 saniye süren ve bireyin yatak arkadaşının horlamaya şahit olduğu ve bireyin de farkına varmasını sağladığı durumdur (Messiha, Gurney ve Haers, 2017). Yatak arkadaşları genellikle bireylerin apnesine şahit olmakla birlikte horlamalar ve huzursuz uykular gibi semptomlar olduğunu da bildirmektedirler. Bireylerin temel şikayetleri gündüz uykululuğu olmasına rağmen yüksek sesli horlama nedeniyle uykusu bölünen yatak arkadaşlarının ısrarı da kliniklere başvurma sebebi olabilmektedir (Stierer, 2015). Hastalar horlama, yenileyici olmayan uykular, boğucu uyarılmalar, düşük uyku kalitesi, düşük nörobilişsel fonksiyonlar ve hatta sürüş esnasında ortaya çıkan mikro uykular sebebiyle oluşan kazalar gibi klasik semptomlar tanımlanmaktadır (Mohammadiéh, Sutherland ve Cistulli, 2017).

Uyku solunum bozukluğu, çocukların %10-12'sinde görülürken obstrüktif uyku apnesi ise çocukların %1-3'ünde görülmektedir (Roland, Rosenfeld ve Brooks,

2011). Bu yüzden obstrüktif uyku apnesi olan çocukların hepsinde uyku solunum bozukluğu vardır. Fakat uyku solunum bozukluğu olan her çocuk obstrüktif uyku apnesine de sahiptir demek yanlış olmaktadır (Jensen, 2018). Daha geniş çaplı yapılan bir araştırma sonucuna göre obstrüktif uyku apne sendromunun yaygınlığı erkeklerde %13, kadınlarda %6 olarak bulunmuştur (Heinzer ve ark., 2015). Kadınlarla kıyaslandığında erkeklerin obstrüktif uyku apnesi sendromu olma riskinin 2-3 kat artma sebeplerinin kronik hastalıklar, sağlık davranışları, çevre ve iş hayatı olduğu düşünülmektedir (Young, Peppard ve Gottlieb, 2002).

Progesterone solunum sistemine, testosteron ise faringeal yağ gelişime yardımcı olur (Ryan ve Bradley, 2005). Testosteron yükselişi, östrojen ve progesterone düşüşüne bağlı olarak obstrüktif uyku apne sendromu riski menopozdan sonra kadınlarda ve erkeklerde neredeyse eşit olmaktadır (Bixler, Vgontzas, Lin, Have, Rein, Vela-Bueno ve Kales, 2001). Araştırmalar, her 5 yetişkinden 1'inde en azından hafif ve her 15 yetişkinin de mutlaka 1'inde orta şiddette obstrüktif uyku apnesi olduğunu göstermektedir (Young, Peppard ve Gottlieb, 2002). Obstrüktif uyku apne sendromu vakalarının %75-80'inin teşhis edilmediği ve risk altındaki bireylerin tedavi edilmediği endişesi bulunmaktadır (Young, Skatrud ve Peppard, 2004).

13 çalışmanın meta analizine göre obstrüktif uyku apne sendromunun yaşlı yetişkinlerin nöropsikolojik performansı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Cross, Lampit, Pye, Grunstein, Marshall ve Naismith, 2017). İşlem hızı ve bildirimsel belleğin özellikle etkilendiği bulunmuştur (Lin ve Suurna, 2018). Obstrüktif uyku apnesinin yaşlı bireylerde depresyonla ilişkili olduğu ve bu yüzden hayat kalitesinin de etkilendiği bulunmuştur (Farajzadeh, Hosseini, Mohtashami, Chaibakhsh, Tafreshi ve Gheshlagh, 2016).

Oranlara bakıldığında orta yaşlılarda, yaşlılara göre belirgin bir artış vardır. Obstrüktif uyku apne sendromunda yaş ile ilgili olan artışın çoğu 65 yaşından önce görülmektedir (Young, Peppard ve Gottlieb, 2002). Bu 2-3 kat olan artış 65 yaşından sonra stabil hale gelmektedir (Young, Skatrud ve Peppard, 2004).

Etnik kökene bakıldığında Afrikalı Amerikanlar beyazlara göre daha çok risk altındadır (Pranathiageswaran, Badr, Severson ve Rowley, 2013). Sadece Afrikalı Amerikan erkekler beyaz erkeklere göre daha büyük risk altında olmasına rağmen kadınlar arasında herhangi bir fark bulunamamıştır (Young, Peppard ve Gottlieb, 2002).

Birçok araştırma sonucuna göre obezite, obstrüktif uyku apne sendromunun en büyük risk faktörüdür (Young, Peppard ve Gottlieb, 2002). Obez olan bireylerin %40'ında obstrüktif uyku apne sendromu bulunmakla birlikte obstrüktif uyku apne sendromu olan bireylerin %70'i de obezdir (Gutierrez ve Brady, 2013).

1.6.2. Santral Uyku Apne Sendromu

Santral uyku apnesi, solunum ritmi oluşumundaki kısa bir duraklamadan dolayı hava akımının olmaması ve solunum çabası olarak tanımlanmaktadır (Dempsey, Veasey, Morgan ve O'Donnell, 2010). Santral uyku apnesi, hava akımında durma veya belirgin derecede azalma ile karakterize olan en az 10 saniye süren uyku ile ilgili bir solunum rahatsızlığıdır (Martins ve Eckert, 2014).

Dempsey ve Veasey (2010)'a göre, santral uyku apnesi solunum çabası olmadan hava akımının kesilmesidir ve bu durum nörolojik hastalıklar, beyin sapı hasarı, kalp yetmezliği ile ilişkilidir. Solunum çabasının sürdüğü, ancak üst solunum yolu daralması veya çökmesi nedeniyle hava akımının sınırlı olduğu obstrüktif apnelerin aksine santral apneler, yetersiz veya hiç olmayan solunum dürtüsü ve solunum kası çıkışı ile ilgilidir (Martins ve Eckert, 2014).

Uyku solunum bozukluğunun görülme sıklığı yüksek olan toplum temelli bir çalışmanın sonucuna göre santral uyku apnesinin yüzdesi tüm solunum bozukluğu yüzdesinin sadece küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca, santral uyku apnesinin görülme sıklığı obstrüktif uyku apnesinden çok daha azdır (Heinzer, Vat, Marquez-Vidal, Marti-Soler, Andries, Tobback, Mooser, Preisig, Malhotra, Waeber, Vollenweider, Tafti ve Haba-Rubio, 2015).

Spesifik santral uyku apne sendromu hastalıkları, kalp yetmezliği hastaları ve kronik opioid terapisi alan hastalar gibi bazı spesifik alt popülasyon gruplarında

yüksektir (Eckert, Jordan, Merchia ve Malhotra, 2007). Yapılan son araştırmalar santral uyku apnesinin görölme oranının %0,9-3,5 olduğunu belirtmektedir (Donovan ve Kapur, 2016). Yaşlı yetişkinler ile orta yaşlı yetişkinler kıyaslandığında santral uyku apnesinin yaygınlığı yaşlı yetişkinlerde daha yüksektir (Bixler, Vgontzas, Ten Have, Tyson ve Kales, 1998). Santral uyku apnesi geliştirmede yaşa bağlı olarak ortaya çıkan artışın mekanizması çok faktörlü olmakla birlikte uyku durumundaki dengesizlik ve apneye eşlik eden metabolik, kalp hastalıklarının artışı en önemli etkenlerdir. Ayrıca, yaşlı bireylerde ortaya çıkan santral uyku apnesinin gelişiminde yaşlanmanın artan bir yatkinlik etkeni olduğu da ortaya konmuştur (Rowley ve Badr, 2017).

Santral uyku apnesinin en önemli sebebi kalp yetmezliğidir (Cao, Guillemainault ve Lin, 2013). Kalp yetmezliği olan hastaların 1/3'ünü etkileyen santral uyku apnesi, sığ veya yoksun solunum periyotlarını izleyen hızlı ve derin solunumlarla karakterizedir (Javaheri ve Dempsey, 2013). Bu eşzamanlı hastalıklar hala tam olarak tanımlanamamakla birlikte santral uyku apnesi, özellikle kalp yetmezliği olan hastaların %70'inde görölmektedir. Bu yüzdellik dilimin büyük bir kısmını da erkekler oluşturmaktadır (Oldenburg, 2012).

Sonuç olarak, santral uyku apnesi kalp yetmezliğine bağlıdır. Kalp yetmezliği santral uyku apnesine sebep olabilir. Santral uyku apnesi de kalp yetmezliğini kötüleştirebilir bu durum artan ölüm oranıyla sonuçlanabilir (Brenner, Angermann, Jany, Ertl ve Störk, 2008).

Santral uyku apnesinin altında yatan anormallik beyinsapı solunum merkezlerinde bulunan solunumun düzenlenmesindedir (Cowie, 2017). Santral apne, döngüsel solunum modelinde yer alan karbondioksitin beyin tarafından düzgün tanımlanamayıp, değişimlere cevap vermemesi olarak ortaya çıkmaktadır (Costanzo, Hayat, Ponikowski, Augostini, Stellbrink, Mianulli ve Abraham, 2015). Uyku esnasında kısmi karbondioksit basıncında meydana gelen az bir miktar artış kemosensitivitenin de artışına sebep olur dolayısıyla uygunsuz bir hiperventilasyon ortaya çıkar. Kısmi karbondioksit basıncının apne eşiğinin altında kalmasıyla yani soluk alıp vermedeki nöral dürtünün etkili bir solunum için çok düşük olması

sebebiyle apne veya hipoapne meydana gelmektedir. Daha sonra kısmi karbondioksit basıncı yükselmektedir ve bu döngü tekrarlanmaktadır (Cowie, 2017).

1.7.UYKUSUZLUK (İNSOMNİA)

1.7.1. Tanım

Uykusuzluk, genel popülasyonda en yaygın olan uyku şikayetlerinden biridir (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire ve Merette, 2006). İnsomnia; haftada birkaç kez meydana gelen, tekrarlanan ve kronik uyku memnuniyetsizliği (uyumak için yeterli fırsat olmasına rağmen uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük çekme) ile ortaya çıkan sıkıntıya ve günlük bozukluklara (odaklanma, dikkat ve hafızada güçlük çekme, ruh halinde dengesizlik, uyuklama) neden olan bir hastalıktır (De Zambotti, Goldstone, Colrain ve Baker, 2018). Günlük bozukluklar dikkat, konsantrasyon ve hafızada görülen problemler, yorgunluk, keyifsizlik, enerji düşüşü, işyerinde veya araba kullanırken ortaya çıkan kazalar ve hatalar, uyku yoksunluğundan kaynaklanan baş ağrıları ve sindirim sistemi bozuklukları, gündüz uykululuğu ve ruh halinde meydana gelen dengesizlikler gibi geniş spektrumlu semptomları içermektedir (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey ve Sateia, 2008). İnsomnia ise kötü ruh hali, sağlık merkezlerini sık kullanma, düşük yaşam kalitesi ve ortaya çıkması muhtemel olan kalp ve damar rahatsızlığı ile ilişkilidir (Khan ve Aouad, 2017).

Uyku başlangıcı ya da ilk insomnia, uyku periyodunun başlangıcında meydana gelen uykuya dalmada güçlük ile karakterizedir. Uykuyu sürdürme ya da orta insomnia, geceleri ortaya çıkan birden çok ve uzatılmış uyanıklıkları içermektedir. Geç insomnia ya da sabah erken uyanma ise sabah erken uyanma ve uykuya geri dönmede güçlük çekmektir (Lineberger, Carney, Edinger ve Means, 2006).

1.7.2. Tanı

DSM-V'te Uykusuzluk bozukluğu ismiyle geçen bozukluğun tanı kriterleri şunlardır;

A. Başlıca yakınma, aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliğiyle ilgili bir doyumsuzluk yakınmasıdır:

1. Uykuyu başlatmakta (uykuya dalmakta) güçlük. (Çocuklarda bakım verenin yardımı olmadan uykuyu başlatmakta güçlük olarak kendini gösterebilir.)

2. Uykuyu sürdürmekte güçlük, sık uyanmalarla ya da uyanmalardan son yeniden uyumakta sorun yaşıyor olmakla belirlidir. (Çocuklarda, bakım verenin yardımı olmadan yeniden uyumakta güçlük çekiyor olmakla kendini gösterebilir.)

3. Sabah erken uyanma, uyandıktan sonra yeniden uyuyamama.

B. Uyku bozukluğu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili, okulla ilgili işlevsellik alanlarında, davranışsal olarak ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Uyku bozukluğu, haftada en az 3 gece ortaya çıkar.

D. Uyku bozukluğu, en az 3 ay vardır.

E. Uyku bozukluğu, uyku uyumak için elverişli bir ortam olmasına karşın ortaya çıkmaktadır.

F. Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu (örn. narkolepsi, solunumla ilişkili bir uyku bozukluğu, yirmi dört saatlik düzenle ilgili bir uyku -uyanıklık bozukluğu, bir parasomni) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku-uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

G. Uykusuzluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

H. Eşzamanlı bulunan ruhsal hastalıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk yakınmasını yeterince açıklamaz (American Psychiatric Association, 2013).

1.7.3. Epidemiyoloji

Yapılan araştırmaya göre, 2003-2012 yılları arasında insomnia tanısı artmıştır (Maust, Blow, Wiechers, Kales ve Marcus, 2017).Uyku bozukluklarının yaygınlığı son zamanlarda artmakla birlikte, günümüzde %37,2-69,4 arasında değişmektedir (Grandner, Jackson, Pak ve Gehrman, 2012). Ayrıca, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin uyku ile ilişkili bozukluklardaki tanısında 1999-2010 yılları arasında %0,5'ten %1.3'e doğru bir artış görülmektedir (Ford, Wheaton, Cunningham, Giles, Chapman ve Croft, 2017). Genel popülasyonun 1/3' insomnia semptomlarını ve %9-15'i günlük bozuklukları deneyimlemekteyken, sadece %6'sı insomnia hastalığının resmi kriterlerini karşılamaktadır (Ohayon, 2002).

Yapılan başka bir araştırmaya göre, genel popülasyonun 1/3' insomnia semptomlarını deneyimlemekte fakat %10-15'i insomnia kriterlerini karşılamaktadır (Zhou, Gardiner ve Bertisch, 2017). DSM-5'in tanı kriterlerine göre ergenlik çağındaki bireylerin (16-18 yaş arası) insomnia tanısı %18,5 iken özele inildiğinde kızlarda %23,6 ve erkeklerde %12,5'tir (Hysing, Pallesen, Stormark, Lundervold ve Sivertsen, 2013). İnsomnia semptomlarının en çok görüldüğü grup %30,6 ile 11-12 yaşlarındaki kızlardır (Calhoun, Fernandez-Mendoza, Vgontzas, Liao ve Bixler, 2014).

Dünyanın birçok yerinde yetişkin popülasyonunun %10-25'ini etkileyen, çok yaygın olan bir uyku bozukluğudur (Ohayon, 2002). Yaş skalasının sonunda yani 65 yaş ve üzerindeki bireylerde ise grlme oranı %29,2'dir (Kim, Kim, Kim, Chang, Lee, Cho ve Bae, 2013).

1.7.4. Uykusuzluk İle İlişkili Etkenler

13-64 yaşları arasındaki 1508 Amerikalı ile yapılan çalışmada, ergenlerin (13-18 yaş arası) yatmadan önce elektronik aletleri kullanma yüzdesi (cep telefonu %72, bilgisayar %60, elektronik müzik aleti %64, oyun konsolu %23) yüksek çıkmıştır. Tüm örneklemde medya kullanımı uykuya dalmada güçlük ile ilişkili olmakla birlikte aktif ve pasif aletler ayrımı yapıldığında sadece interaktif aletlerin (telefon, bilgisayar) kullanımı uykuya dalmada güçlük ile ilişkilendirilmiştir (Gradisar, Wolfson, Harvey, Hale, Rosenberg ve Czeisler, 2011).

95.680 Japon ergenle yapılan bir çalışmada ışıklar kapandıktan sonra telefonla yapılan aramaların (deneklerin %8,3'ü) ve mesajlaşmaların (deneklerin %17,6'sı) kötü uyku, uykululuk ve insomnianın semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Munezawa ve ark., 2011). Uykudan önce teknoloji ile ilgilenme ve uyarılma yüksekliği ergenler, genç yetişkinler, orta yaşlılar ve daha yaşlılar olarak sıralanmaktadır (Gradisar, Wolfson, Harvey, Hale, Rosenberg ve Czeisler, 2011).

15.686 Amerikalı ergenle yapılan başka bir çalışmada kahve ve soda gibi yüksek kafein içeren ürünler tüketen ergenlerle düşük kafein içeren ürünler tüketen ergenler arasında yapılan kıyaslamada, yüksek kafein tüketen ergenlerin uykuya dalmada 1,9 kat daha çok zorlandıkları ve sabah yorgun olmalarının ise 1,8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Orbeta, Overpeck, Ramcharran, Kogan ve Ledsky, 2006).

Kişinin, dinlenmek ve aktivitede bulunmak için seçtiği bireysel olarak farklılıklar gösteren duruma kronotip denir (Adan, Archer, Hidalgo, Di Milia, Natale ve Randler, 2012). Yapılan çalışmalar kronotiplerin vücut sıcaklığı, cortisol ve melatonin salınımı gibi fizyolojik değişkenlerde farklılık göstermesinin yanısıra alarm durumunda olma, mutluluk ve görev performansı gibi psikolojik değişkenlerde de farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir (Kandeger, Egilmez, Sayin ve Selvi, 2018).

Diğer kişilerden erken uyananlara 'sabahçı', geç uyananlara ise 'akşamcı' denilmektedir (Horne ve Ostberg, 1976). Sabahçı tipler günlük aktivitelerine erken başlamalarına rağmen akşamcı tipler geç saatte yapılan aktivitelerde daha etkili olmaktadır. Bunun yanısıra, akşamcı tipler sabahçı tiplere oranla insomniadan daha çok etkilenmektedirler (Escobar, Salgado, Rodriguez, Vázquez, Angeles-Castellanos ve Buijs, 2011). Akşam aktivitelerine daha yatkın olan ve geç yatan akşam kronotipi sağlıkla ilgili riskli davranışlar sergileme, davranışsal ve duygusal problemler, kötü yaşam kalitesi ve yüksek derecede intihar riski ile ilişkilidir (Alvaro, Roberts ve Harris, 2014). Sabahçı tipler ise daha çok uyku düzensizliği ve insomnia ile ilişkilendirilmektedir (De Souza ve Hidalgo, 2014).

Uykusuzluk, hastalardan ve yatak arkadaşından alınan detaylı klinik özgeçmişi ile teşhis edilebilmektedir (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey ve Sateia, 2008). Spesifik insomnia alt tipini belirlemek için uykusuzluk geçmişi,

insomnia semptomları, uyku-uyanıklık rutinleri, uykuyla ilişkili diğer semptomlar, gündüz işlevselliği ve sonuçları, daha önceki tedaviler mutlaka sorulmalıdır (Mai ve Buysse, 2008). Yaşlı yetişkin bireylere ise horlama ve ayak rahatsızlığı olup olmadığı sorulmalıdır (McCall, 2004). Klinisyenler eşzamanlı madde kullanımı, medikal veya psikiyatrik bir durumun uykuyu etkileyip etkilemediğini araştırmalıdır (Mai ve Buysse, 2008).

1.8.SAĞLIK ANKSİYETESİ

1.8.1. Tanım

Sağlık anksiyetesi, kişinin sağlığıyla ilgili aşırı endişe duyması veya ilgilenmesi ve vücudundaki değişimleri ciddi bir hastalığın habercisi olarak yorumlamasıdır (Reiser, McMillan, Wright ve Asmundson, 2014). Bu endişeler, ortadan kaybolmaya karşı çok dirençli olmanın yanısıra kişinin kontroller sonucu sağlıklı olduğunun kanıtlanmasına rağmen sürmektedir (Lucock ve Morley, 1996).

Jones, Hadjistavropoulos ve Gullickson (2015)'e göre sağlık anksiyetesi, vücutta görülen semptomların ciddi bir hastalığın işareti olarak yorumlanmasının sonucunda ortaya çıkan hastalık korkusudur. Sağlık anksiyetesinin yoğunluğu kişiden kişiye göre değiştiği için son zamanlardaki modeller bu durumu hafiften şiddetliye doğru bir süreklilik çizgisi üzerinde tanımlamaktadırlar (Salkovskis ve Warwick, 1986). Sağlık anksiyetesinin hafif hali klinik müdahalenin gerekli olduğu durumlarda hayat kurtarıcı olabilmekte fakat endişenin eşlik ettiği durumlarda kişisel acılara, bozulmuş sosyal hayata ve sağlık merkezlerinin aşırı kullanımına sebebiyet vermektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Temel bilişsel düşünce, vücuttaki değişimlerin kötü bir hastalıktan dolayı olduğuna kişinin kendini ikna etmesidir. Kendini güçsüz görme veya hastalığa yatkın görme gibi diğer işlevsel olmayan inanışlar kendini ikna etmeye eşlik edebilmektedir. Bununla birlikte endişe meydana gelirse kişi kendini uyumsuz olan başetme davranışlarına yönlendirmektedir (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010). Ayrıca, kişinin bir hastalığı olduğuna dair düşüncelerinin meydana gelmesinde bazı spesifik belirti ve semptomlar (boğaz ağrısı), hastalıklar (kanser),

organlar (kalp) ve belirsiz şekilde tanımlanan somatik fenomenler (ağrıyan damarlar) rol oynamaktadır. Sonuç olarak kişi, istenmeyen bedensel duyularını olası hastalıklara atfederek (Baş ağrımın sebebi beynimde tümör olmasıdır) bu hastalıkların altta yatan nedenleriyle aşırı uğraş halinde olmaktadır (Olatunji, Etzel, Tomarken, Ciesielski ve Deacon, 2011).

1.8.2. Tanı

DSM-V'te hastalık kaygısı bozukluğu ismiyle geçen bozukluğun tanı kriterleri şunlardır;

A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2013).

1.8.3. Epidemiyoloji

Ömür boyu yaygınlık oranının %6 olduğu düşünülmektedir. Yetişkin popülasyonunda ise %1-3 arasında olduğu düşünülmekle birlikte bu durumun yüksek sağlık kontrolleri maliyetine sebebiyet verdiği belirtilmektedir. İyileşme oranının ise

%50'nin altında kaldığı görülmektedir (Sunderland, Newby ve Andrews, 2013). Birinci basamak tedavi ortamlarında ise yaygınlığının %5 civarında olduğu belirlenmektedir (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman ve Compton, 1998).

Yapılan çalışmalarda kültür farkının sağlık anksiyetesine sebebiyet verdiği bulunamamıştır (Wilhelmsen, 2017). Eğitim seviyesi ve sosyoekonomik faktörler ilişkili olmaksızın kadın ve erkeklerin arasında eşit derecede yaygın olduğu bulunmuştur (Martin ve Jakobi, 2006).

1.8.4. Sağlık Anksiyetesinin Bilişsel Modeli

Bilişsel davranışçı modele göre sağlık anksiyetesinin tetikleyicisi kişinin sağlığıyla ilgili tehdit hissetmesidir. Bu tetikleme sağlıklı ilgili bir gazete okumak gibi dışsal veya fiziksel duyular gibi içsel bir mekanizma olabilmektedir (Hedman ve Axelsson, 2017).

Bütün anksiyete formlarında olduğu üzere belirli tetikleyicilere korku ile tepki vermeye hazır olma durumu koşullu şartlandırma yoluyla yapılmaktadır (Sehlmeyer, Schöning, Zwitserlood, Pflleiderer, Kircher, Arolt ve Konrad, 2009). Örneğin, kişi sürekli devam eden baş ağrılarına sahiptir ve bunun sebebinin kanser olduğunu bulmuştur. Daha sonra kanserle mücadele etme korkusu kendisini önceleyen baş ağrısı duyumuyla eşleşmektedir. Hatta, kişi tamamen tedavi olsa bile hayatında buna benzer ipuçları olduğunda sağlık anksiyetesini tetikleyecektir (Hedman ve Axelsson, 2017). Bu deneyimler, hastalık işaretlerine karşı aşırı duyarlılık veya uyumsuz bilgi işleme stratejileri (semptomun şiddetini gözünde büyütme) gibi hastalık bilgisine karşı olan dikkati de etkilemektedir (Gerolimos ve Edelstein, 2012).

Spesifik olarak sağlık anksiyetesinin önemi açısından 4 tane işlevsel olmayan inanç açıklanmıştır. Bunlar a) sağlık problemi yaşama ihtimalinin algılanışı, b) sağlık problemi yaşamamanın korkunçluğu, c) sağlık problemi yaşandığında bununla başedememe, d) sağlık problemini tedavi edecek tıbbi ekipmanların yetersizliğidir (Salkovskis ve Warwick, 2001).

1.8.5. Siberkondria

Siberkondria fiziksel sağlık ile özdeşleşmesine rağmen sağlık anksiyetesiyle olan ilişkisi de keşfedilmiştir (Mathes, Norr, Allan, Albanese ve Schmidt, 2018). Abartılmış sağlık anksiyetesi, sağlıkla ilgili bilgilerin aşırı ve sık olarak internette araştırılması siberkondria olarak adlandırılmaktadır. Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ve siberkondria arasındaki fark davranışların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgilidir (Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondria çevrimiçi sağlık bilgisi arayışının yanında sıkıntı ve anksiyetenin sebebiyet verdiği aşırı araştırmayı da kapsamaktadır. Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı kendi başına uyumsuz değildir fakat siberkondria online olarak çok fazla zaman geçirme ve araştırma yaptıktan sonra anksiyetenin yükselmesi ile sonuçlanmaktadır (McMullan, Berle, Arnáez ve Starcevic, 2018).

Teorik olarak siberkondria, kişilerin kaygı uyandırıcı semptomlarının aslında iyi huylu olduklarını onaylamak için internet aracılığıyla yoğun sağlık bilgisi taraması ile uğraşmalarıdır ve bu durum sağlık anksiyetesi ile ilişkilidir (Mathes, Norr, Allan, Albanese ve Schmidt, 2018).

Yapılan önceki çalışmalar, sağlık anksiyetesiyle sahip olan bireylerin internette araştırma yaptıktan sonra endişelerinin ve sıkıntılarının daha da arttığını göstermektedir (Singh ve Brown, 2014). Daha da spesifik olarak ifade etmek gerekirse sağlık anksiyeteli bireyler internette buldukları sağlıkla ilgili bilgiler nedeniyle daha korkmuş ve anksiyeteli hissetmektedirler. Sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler düşük sağlık anksiyeteli kişilere göre internete daha sık yönelmekte ve daha çok zaman harcamaktadırlar (Muse, McManus, Leung, Meghreblian ve Williams, 2012). Benzer şekilde yapılan başka bir araştırmaya göre sağlık anksiyetesi ve çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı sıklığı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Singh ve Brown, 2014).

Artan internet araştırmalarının yanısıra sağlık anksiyeteli bireyler internet ortamlarındaki forumlarda sağlıkla ilgili soruları çok sık sormaktadırlar (Baumgartner ve Hartmann, 2011). Hipokondriyazisi düşük ve yüksek olan üniversite öğrencileri kıyaslandığında, yüksek olanların algıladıkları belirsiz

bedensel duyularının kötü bir hastalıkları olduğuna dair yorumlamalarının olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hitchcock ve Mathews, 1992).

Sağlık anksiyetesinin oluşmasına sebep olarak iki mekanizma gösterilmektedir. Birincisi, sağlık anksiyeteli bireyler rahatlatıcı bilgiler bulmak için internette araştırma yaptıklarında buldukları bilgilerin çokluğu ve karmaşıklığı ile şaşkına dönmektedirler (Baumgartner ve Hartmann, 2011). Bireylerin kendi semptom ve hastalıklarını ilgilendiren olumsuz bilgilerle karşılaştıklarında sağlık anksiyesiyle dolmaktadırlar (White ve Horvitz, 2009). Aslında, sıklıkla yapılan araştırmalar kişilerin bedensel semptomlarına ve duyularına odaklanmalarını artırdığı için sağlık anksiyetesini de kuvvetlendirmektedir (Rachman, 2012). İkincisi ise internette araştırılan sağlık bilgisinin sağlık anksiyetesine olan etkisinin araştırılmasında dış uyaranlara karşı olan seçici algılamadır (Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos ve Owens, 2004).

Sağlık anksiyeteli bireylerin hasta olmakla ilgili endişelerini destekleyen bilgilere karşı daha çok seçici algılamaları bulunmaktadır. Hasta olma inançlarına karşı çıkan bilgileri ise görmezden gelmektedirler. Bu durum ise hastalıkla ilgili seçici algılama olarak adlandırılmaktadır (Hadjistavropoulos, Craig ve Hadjistavropoulos, 1998).

1.8.6. Diğer Hastalıklarla İlişkisi

Sağlık anksiyetesi yüksek olan kişilerin panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olduğu bulunmuştur (Deacon ve Abramowitz, 2008).

DSM-5'te sağlık anksiyetesi kişinin, kötü bir hastalığının olduğuna veya olacağına dair korkuları ve davranışsal semptomlarını (kaçınma veya sık sık yapılan kontroller) içermektedir. Somatik semptom bozukluğu ise günlük işlevselliği bozan bir veya birden fazla acı verici ve pasifleştirici somatik semptomları içermektedir. Bunun yanında semptomlarla ilgili orantısız ve kalıcı düşünceler, yüksek anksiyete, semptomlarına aşırı zaman ve enerji harcama gibi davranışlar sergilemektedirler (Newby, Hobbs, Mahoney, Wong ve Andrews, 2017).

Üzüntü verici düşünceler sağlık anksiyetesinin ana belirtilerinden olmasına rağmen obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireyler sağlıklılarıyla ilgili olarak başkalarına zarar vermek (vücut kontrolü) gibi müdahaleci düşüncelere sahiptirler (Torresan, Ramos-Cerqueira, Shavitt, do Rosário, de Mathis, Miguel ve Torres, 2013). Tekrarlayan düşünceleri engelleyememe ve anksiyete düşürücü davranışları ortaya çıkaramama gibi davranışlardan dolayı obsesif-kompulsif bozukluk ve hipokondriyazis birbirine benzemektedir (Greeyen, van Balkom, van Rood, van Oppen ve Spinhoven, 2006). Obsesif-kompulsif bozukluğa benzer şekilde hipokondriyazis müdahaleci, üzüntü verici düşünceler ve tekrarlayan davranışlar içermektedir. Ayrıca, sağlıkla ilgili zihin meşguliyeti ve bunun sık ve yoğun tekrarlanması diğer benzerliktir (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010).

Hipokondriyazis ve anksiyete bozuklukları arasında yüksek seviye anksiyete, artmış tetikte olma durumu, güvenlik ve kaçınma davranışları gibi benzerlikler görülmektedir. Araştırmalara göre, hipokondriyazis hastaları anksiyete bozuklukları hastalarına göre bedensel semptomlarını daha çok yıkıcı hastalıkları olduğuna yormaktadırlar (Weck, Bleichhardt, Witthöft ve Hiller, 2011). Ayrıca, anksiyete bozukluğu olan bireyler sağlıklı deneklere göre bedensel semptomlarının kötü bir hastalığa işaret olduğunun olasılığını çok yüksek görmeye yatkın oldukları için hipokondriyazisli hastalar ve sağlıklı deneklerin ortasında yer almaktadırlar (Weck, Neng, Richtberg ve Stangier, 2012a). Bu sonuçlar, hastalıkla ilgili inançların hipokondriyazis hastalarında daha sık görüldüğünü belirtmekle birlikte anksiyete bozukluğu olan bireylerle kıyaslandığında bu düşüncelerin hipokondriyazise özgün olduğunu belirtmek açısından önemlidir (Weck, Neng, Richtberg ve Stangier, 2012b).

Sağlık anksiyetesi diğer anksiyete bozukluklarıyla yaklaşık olarak %28'lik eşanlı hastalık olmaları sebebiyle birbirleriyle bağlantılıdır (Scarella, Laferton, Ahern, Fallon ve Barsky, 2016). Yaygın anksiyete bozukluğunun tanısı sağlığı ilgilendiren aşırı endişe içeriyor olabilir (Gropalis, Bleichhardt, Witthöft ve Hiller, 2012). Yapılan bir araştırmaya göre, yaygın anksiyete bozukluğunda görülen sağlıkla

ilgili endişeler zorla giren hipokondriyak korkudan yoksundurlar (Starcevic, Fallon, Unlenhuth ve Pathak, 1994).

Ayrıca, sağlık anksiyetesi yüksek seviyede anksiyete ve bedensel semptomlarla uğraşma içerdiğinden etiyolojik olarak panik bozukluğu ile ilişkilidir (Wells, 1997). Hem hipokondriyazis hem de panik bozuklukta ortaya çıkan bedensel duyumlara ve değişimlere karşı hassas olma semptomu bu iki hastalığı karşılaştırmaya neden olmaktadır. Hipokondriyazise benzer şekilde panik bozukluk hastaları da iyi huylu ve vücudu uyaran bedensel semptomlara karşı tetiktedirler. (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010). Örneğin, panik bozukluğu olan hastalar atakları esnasında ortaya çıkan birçok somatik semptom belirtmekle birlikte bu semptomları organik kökenli bir hastalığa atfetmektedirler (Hiller, Leibbrand, Rief ve Fichter, 2005).

Hipokondriyazis ve panik bozukluk arasındaki temel fark semptomların hipokondriyaziste sürekli ve kalıcı olmasıdır (Gropalis, Bleichhardt, Witthöft ve Hiller, 2012). Hipokondriyazis hastaları sağlıklı bireylere göre anne-babanın madde veya alkol bağımlılığı gibi çocukluk çağı sıkıntılarını daha sık belirtmektedirler fakat iki grup arasında ebeveyn ayrılığı veya boşanması, çocukluk çağı fiziksel istismarı ve cinsel istismarı arasında fark bulunamamıştır (Noyes, Stuart, Langbehn, Happel, Longley ve Yagla, 2002).

Fakat yapılan başka bir çalışmaya göre iki grup içinde hipokondriyazis hastalarının çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara uğradıklarını daha çok belirttikleri bulunmuştur (Barsky, Wool, Barnett ve Cleary, 1994). Lisans öğrencileriyle yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı ve sağlık anksiyetesinde görülen iki temel bileşen (hastalık endişesi ve hastalığı olduğuna inanma) arasındaki ilişki incelendiğinde hem istismarlar hem de sağlık anksiyetesi arasında bir ilişki bulunmuştur (Salmon ve Calderbank, 1996). Başka bir teoriye göre çocukluk çağında yaşanan sıkıntılar, bakım arama davranışını geliştirmekle birlikte sağlık anksiyetesi yüksek olan kişiler tarafından uyumsuz sağlık davranışı sergilemeye sebep olmaktadır (Stuart ve Noyes, 1999).

1.9.AMAÇ

Çalışmanın amacı, uykululuk ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla kurulan hipotezler:

Uykululuğun, sağlık anksiyetesi üzerinde etkisi olduğu,

Uykusuzluğun, sağlık anksiyetesi üzerinde etkisi olduğu,

Uykululuğun, uykusuzluk üzerinde etkisi olduğudur.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1.KATILIMCILAR

Araştırmanın evrenini Tatlıkuyu Mahallesi'nde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem için seçilen Tatlıkuyu Mahallesi Kocaeli'nin Gebze ilçesinde yer almaktadır. Mahallenin nüfusu yaklaşık olarak 16.000'dir. Tatlıkuyu Mahallesi'nin örneklem olarak seçilmesinin sebebi ise Türkiye'yi temsil ettiğinin düşünülmesidir. Yapılan çalışmaya Tatlıkuyu Mahallesi'nde yaşayan 115 kadın ve 120 erkek olmak üzere toplam 235 kişi katılmıştır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formu, araştırmacı tarafından oluşturulan ve içerisinde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, maddi durum, uyku süresi, kafein tüketimi ve genel sağlık durumunun yer aldığı formdur. Kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu Ek 1'de verilmiştir.

2.2.2. Epworth Uykululuk Ölçeği

Johns (1991) tarafından geliştirilen ölçek kişilerin uykululuk seviyelerini ölçmektedir. Ölçek 4'lü likert tipinde (0=hiçbir zaman uyuklamam, 3=büyük olasılıkla uyuklarım) 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması İzci ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,82 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçek geneli iç tutarlılık katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Epworth Uykululuk Ölçeği Ek 2'de verilmiştir.

2.2.3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Boysan ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipinde ve 7 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 0

ve en yüksek puan 28'dir. İki faktörlü yapı gösteren ölçekte uyku kalitesi ve günlük işlevsellik alt boyutları bulunmaktadır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçek geneli iç tutarlılık katsayısı 0,78 olarak bulunurken uyku kalitesi alt boyutu için 0,73 ve günlük işlevsellik alt boyutu için 0,67 bulunmuştur. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Ek 3'te verilmiştir.

2.2.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ölçek kişilerin sağlık anksiyetesini seviyelerini ölçmektedir. Ölçek 18 maddeden oluşmakla birlikte 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. İki faktörlü yapıdan oluşan ölçekte bedensel belirtilere duyarlılık ve bedensel belirtilere kaygı alt boyutları bulunmaktadır. Uyarlama çalışmasında ölçek geneli iç tutarlılık katsayısı 0,91 bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,82 bulunurken bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutunun 0,81 ve bedensel belirtilere kaygı alt boyutunun 0,65 bulunmuştur. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Ek 4'te verilmiştir.

2.3. UYGULAMA

Katılımcılara içerisinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Epworth Uykululuk Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin de bulunduğu anket formu dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına uygun olarak yürütülmüştür. Bir kişinin anketi tamamlama süresi ortalama 10 dakika sürmüştür.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Toplam 250 kişiye erişilmiştir. Katılımcılardan 7 kişi toplam puanlarının ± 3 z puanı üzerinde olması nedeniyle ve 8 kişi aşırı değerler göstermeleri nedeniyle veri setinden çıkarılmıştır. Çıkarılan 15 katılımcı ardından verilerin analiz edilmesine 235

kişi ile devam edilmiştir. Verilerin analizinden önce veri setinin normallik incelemeleri yapılmıştır.

Normalliğin incelenmesinde ölçekler için alınan toplam puanlarda mod-medyan ve ortalama arası farkın çok olmadığı, puanları z dönüşümlerinin ± 3 z puanını aşmadığı, normal ihtimal grafiğinde değerlerin doğru üzerinde toplandığı, trendsiz normallik grafiğinde değerlerin bir fonksiyon oluşturmadığı, kutu grafiğinde ortancanın merkeze yakın bulunması, eğiklik ve basıklık değerlerinin standart hataya bölünmesi ile elde edilen değerin ± 3 civarında olması ve çeyrekler arası aralığın standart sapmaya bölünmesi ile elde edilen değerin 1-3 aralığında olduğu görülmüştür. İlgili analiz ve veriler sonucunda veri setinin normal ve normale yakın dağılım gösterdiği belirlenmiş ve parametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir. Bu noktada örneklem grubu ve ölçek puanları için betimleyici istatistiksel tablolar, güvenilirlik ve geçerlik katsayılarının hesaplanmasında madde analizi, iki kategorili değerkenler için puan ortalamaları arası farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategorili değerkenler için puan ortalamaları arası farkın incelenmesinde tek yönlü varyans analizi (Analysis of Variance, ANOVA) ve yordayıcı değerkenlerin tespit edilmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

2.5.BULGULAR

Bu bölümde elde edilen bulgular 0,05 anlamlılık düzeyine göre tablolaştırılmış ve yorumlanmıştır.

Tablo 1. Demografik Değerkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

| Değerken | Kategori | N | % |
|--------------|-------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kadın | 115 | 48,9 |
| | Erkek | 120 | 51,1 |
| Yaş | 30 yaş altı | 97 | 41,3 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 58,7 |
| Medeni durum | Evli | 135 | 57,4 |
| | Bekar | 100 | 42,6 |

| Değişken | Kategori | N | % |
|-------------------------|--------------------|----------|----------|
| Kilo | 70 kilo altı | 112 | 47,7 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 52,3 |
| Çalışma durumu | Çalışmıyor | 83 | 35,3 |
| | Kamu | 77 | 32,8 |
| | Özel sektör | 75 | 31,9 |
| Eğitim durumu | Lise ve altı | 99 | 42,1 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 57,9 |
| Vardiyalı çalışma | Evet | 21 | 8,9 |
| | Hayır | 214 | 91,1 |
| Çalışma süresi | Çalışmıyor | 83 | 35,3 |
| | 2-8 saat | 115 | 48,9 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 15,7 |
| Uyku süresi | 7 saat altı | 120 | 51,1 |
| | 8 saat üstü | 115 | 48,9 |
| Gelir durumu | İyi | 49 | 20,9 |
| | Orta | 153 | 65,1 |
| | Kötü | 33 | 14,0 |
| Sigara ve alkol tüketim | Sigara | 60 | 25,5 |
| | Alkol | 24 | 10,2 |
| | Hiçbiri | 151 | 64,3 |
| Çay ve kahve tüketim | Çay | 173 | 73,6 |
| | Kahve | 54 | 23,0 |
| | Hiçbiri | 8 | 3,4 |
| Çay ve kahve miktarı | 5 bardak altı | 148 | 63,0 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 37,0 |
| Düzenli ilaç kullanımı | Evet | 41 | 17,4 |
| | Hayır | 194 | 82,6 |
| Düzenli egzersiz | Evet | 49 | 20,9 |
| | Hayır | 186 | 79,1 |

| Değişken | Kategori | N | % |
|---------------------------------------------|--------------|------------|--------------|
| Son zamanlarda üzüntü verici olay yaşama | Evet | 90 | 38,3 |
| | Hayır | 145 | 61,7 |
| Geçirilmiş önemli rahatsızlık veya ameliyat | Evet | 51 | 21,7 |
| | Hayır | 184 | 78,3 |
| Hastaneye gitme sıklığı | Sıklıkla | 17 | 7,2 |
| | Bazen | 84 | 35,7 |
| | Nadiren | 120 | 51,1 |
| | Hiçbir zaman | 14 | 6,0 |
| Toplam | | 235 | 100,0 |

Yapılan çalışmaya 115'i kadın (%48,9) ve 120'si erkek (%51,1) olmak üzere toplam 235 kişi katılmıştır. 30 yaş ve altı 97 kişi (%41,3) kişi varken 31 yaş ve üstü 138 kişi (%58,7) kişi vardır. Evli katılımcı sayısı 135 kişi (%57,4) iken bekar olan 100 kişi (%42,6) vardır. 70 kilo ve altı olan 112 kişi (%47,7) bulunurken 71 kilo ve üstü 123 kişi (%52,3) bulunmaktadır. Lise altı eğitim seviyesinde 99 kişi (%42,1) varken üniversite ve üstü eğitim seviyesinde 136 kişi (%57,9) vardır. Katılımcıların 83'ü (%35,3) çalışmazken 77'si (%32,8) kamu sektöründe ve 75'i (%31,9) özel sektörde çalışmaktadır.

21 kişi (%8,9) vardiyalı bir işte çalışırken 214 kişi (%91,1) vardiyalı bir işte çalışmamaktadır. Mesleğinde günlük 2-8 saat çalışanların sayısı 115 (%48,9) iken 9 saat ve üzeri çalışan 37 kişi (%15,7) vardır. Katılımcılardan 120'si günde 7 saat ve altı süre uyurken 115 kişi (%48,9) 8 saat ve üstü sürede uyumaktadır. 49 kişi (%20,9) maddi durumunu iyi, 153 kişi (%65,1) orta ve 33 kişi (%14,0) kötü olarak belirtmiştir. Sigara kullanan 60 kişi (%25,5), alkol kullanan 24 kişi (%10,2) ve ikisini kullanmayan 151 kişi (%64,3) bulunmaktadır.

Gün içerisinde çay tüketen 173 kişi (%73,6), kahve tüketen 54 kişi (%23,0) ve ikisini içmeyen 8 kişi (%3,4) vardır. Tüketim için günde beş bardak ve altı tüketen 148 kişi (%63,0) varken 6 bardak ve üstü tüketen 87 kişi (%37,0) vardır. Düzenli ilaç kullanan 41 kişi (%17,4) ve kullanmayan 194 kişi (%82,6) vardır. Düzenli egzersiz

yapan 49 kişi (%20,9) ve yapmayan 186 kişi (%79,1) bulunmaktadır. Katılımcılardan 90'ı (%38,3) son zamanlarda üzüntü verici bir olay yaşarken 145'i (%61,7) yaşamamıştır. 51 kişi (%21,7) geçmişte bir rahatsızlık veya ameliyat geçirirken 184 kişi (%78,3) geçirmemiştir. Hastaneye sıklıkla giden 17 kişi (%7,2), bazen giden 84 kişi (%35,7), nadiren giden 120 kişi (%51,1) ve hiç gitmeyen 14 kişi (%6,0) bulunmaktadır.

Tablo 2. Araştırma Açık Uçlu Soruları, Ölçek ve Alt Boyutlar için Betimleyici İstatistiksel Tablo

| Değişkenler | min | Max | \bar{x} | Ss |
|--------------------------------------------|-----|-----|-----------|-------|
| Yaş | 16 | 62 | 35,36 | 11,68 |
| Kilo | 44 | 117 | 73,44 | 13,53 |
| Günlük çalışma saati | 0 | 15 | 6,05 | 3,89 |
| Günlük uyku saati | 5 | 10 | 7,32 | 1,13 |
| Günlük çay veya kahve tüketimi | 0 | 32 | 6,23 | 4,97 |
| Genel sağlık durumun | 1 | 10 | 7,34 | 1,60 |
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 2 | 32 | 14,32 | 6,66 |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 0 | 27 | 10,89 | 5,44 |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 0 | 10 | 3,43 | 2,23 |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0 | 15 | 5,47 | 3,55 |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 0 | 19 | 7,09 | 4,37 |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 0 | 13 | 4,44 | 2,99 |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 0 | 9 | 2,66 | 2,07 |

Yapılan çalışmada açık uçlu demografik sorular, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyutları için en küçük-büyük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlar İçin Güvenirlik ve Geçerlik Katsayıları

| Ölçek/Alt boyut | Cronbach Alfa | Guttman İki Yarı |
|--------------------------------------------|---------------|------------------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 0,82 | 0,75 |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 0,81 | 0,76 |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 0,65 | 0,67 |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,69 | 0,64 |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 0,78 | 0,61 |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 0,73 | 0,73 |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 0,67 | 0,51 |

Yapılan madde analizleri sonucunda elde edilen Cronbach Alfa geçerlilik ve Guttman iki yarı test güvenirlilik katsayıları Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyutlarının bu çalışma için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

Tablo 4. Cinsiyet İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Cinsiyet | n | \bar{x} | ss | T | sd | P |
|--------------------------------------------|----------|-----|-----------|------|--------|---------|---------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Kadın | 115 | 14,97 | 6,21 | 1,479 | 233 | 0,140 |
| | Erkek | 120 | 13,69 | 7,03 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Kadın | 115 | 11,67 | 5,05 | 2,168 | 233 | 0,031* |
| | Erkek | 120 | 10,14 | 5,71 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Kadın | 115 | 3,30 | 2,07 | -0,845 | 230,643 | 0,399 |
| | Erkek | 120 | 3,55 | 2,39 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Kadın | 115 | 5,30 | 3,59 | -0,747 | 233 | 0,456 |
| | Erkek | 120 | 5,64 | 3,51 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Kadın | 115 | 7,81 | 4,55 | 2,481 | 233 | 0,014* |
| | Erkek | 120 | 6,41 | 4,10 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Kadın | 115 | 4,79 | 3,25 | 1,771 | 221,278 | 0,078 |
| | Erkek | 120 | 4,10 | 2,69 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Kadın | 115 | 3,02 | 2,16 | 2,655 | 233 | 0,008** |
| | Erkek | 120 | 2,31 | 1,93 | | | |

*p<0,05; **p<0,01

Kadın ve erkeklerin araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda kadın ve erkeklerin bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($t(233)=2,168$; $p<0,05$), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($t(233)=2,481$; $p<0,05$) ve günlük işlevsellik alt boyutu ($t(233)=2,655$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, kadınların farklılık bulunan toplam puanlar için ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Yaş İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Yaş | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|-------------|-----|-----------|------|--------|---------|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 30 yaş altı | 97 | 14,26 | 5,60 | -0,124 | 231,362 | 0,902 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 14,36 | 7,33 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 30 yaş altı | 97 | 10,71 | 4,89 | -0,420 | 233 | 0,675 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 11,01 | 5,81 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 30 yaş altı | 97 | 3,55 | 2,16 | 0,670 | 233 | 0,503 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 3,35 | 2,29 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 30 yaş altı | 97 | 5,60 | 3,64 | 0,454 | 233 | 0,650 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 5,38 | 3,49 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 30 yaş altı | 97 | 7,30 | 4,62 | 0,603 | 233 | 0,547 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 6,95 | 4,20 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 30 yaş altı | 97 | 4,41 | 3,05 | -0,111 | 233 | 0,912 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 4,46 | 2,96 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 30 yaş altı | 97 | 2,89 | 2,17 | 1,438 | 233 | 0,152 |
| | 31 yaş üstü | 138 | 2,49 | 1,99 | | | |

Yaş için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda yaş kategorilerine göre katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6. Medeni Durum İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Medeni durum | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|--------------|-----|-----------|------|--------|---------|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evli | 135 | 14,38 | 7,17 | 0,161 | 230,060 | 0,872 |
| | Bekar | 100 | 14,24 | 5,94 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evli | 135 | 11,00 | 5,59 | 0,362 | 233 | 0,718 |
| | Bekar | 100 | 10,74 | 5,26 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evli | 135 | 3,38 | 2,34 | -0,414 | 233 | 0,679 |
| | Bekar | 100 | 3,50 | 2,09 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evli | 135 | 5,37 | 3,52 | -0,511 | 233 | 0,610 |
| | Bekar | 100 | 5,61 | 3,60 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evli | 135 | 6,87 | 4,23 | -0,924 | 233 | 0,356 |
| | Bekar | 100 | 7,40 | 4,56 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evli | 135 | 4,25 | 2,76 | -1,082 | 191,114 | 0,281 |
| | Bekar | 100 | 4,69 | 3,28 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evli | 135 | 2,61 | 2,07 | -0,347 | 233 | 0,728 |
| | Bekar | 100 | 2,71 | 2,08 | | | |

Medeni durum için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda evli ve bekar katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 7. Kilo İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Kilo | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|--------------|-----|-----------|------|--------|---------|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 70 kilo altı | 112 | 14,34 | 5,84 | 0,045 | 228,820 | 0,961 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 14,30 | 7,35 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 70 kilo altı | 112 | 11,08 | 4,76 | 0,518 | 228,738 | 0,605 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 10,72 | 6,01 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 70 kilo altı | 112 | 3,26 | 2,09 | -1,120 | 233 | 0,264 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 3,59 | 2,36 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 70 kilo altı | 112 | 5,46 | 3,70 | -0,033 | 233 | 0,974 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 5,48 | 3,41 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 70 kilo altı | 112 | 7,36 | 4,37 | 0,881 | 233 | 0,379 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 6,85 | 4,38 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 70 kilo altı | 112 | 4,54 | 3,04 | 0,519 | 233 | 0,604 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 4,34 | 2,96 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 70 kilo altı | 112 | 2,81 | 2,04 | 1,110 | 233 | 0,268 |
| | 71 kilo üstü | 123 | 2,51 | 2,10 | | | |

Kilo için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda 70 kilo altı ve 71 kilo üstü olan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 8. Çalışma Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Çalışma | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|--------------------------------------------|-------------|----|-----------|------|-------|----------|---------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Çalışmıyor | 83 | 15,72 | 6,12 | 6,374 | 2 232 | 0,002** |
| | Kamu | 77 | 12,19 | 6,36 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 14,95 | 7,06 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Çalışmıyor | 83 | 11,94 | 5,06 | 4,942 | 2 232 | 0,008** |
| | Kamu | 77 | 9,36 | 5,12 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 11,29 | 5,87 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Çalışmıyor | 83 | 3,78 | 2,21 | 4,297 | 2 232 | 0,015* |
| | Kamu | 77 | 2,83 | 2,00 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 3,65 | 2,39 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Çalışmıyor | 83 | 6,01 | 3,78 | 1,722 | 2 232 | 0,181 |
| | Kamu | 77 | 4,99 | 3,57 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 5,37 | 3,21 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Çalışmıyor | 83 | 7,86 | 4,47 | 3,670 | 2 232 | 0,027* |
| | Kamu | 77 | 7,31 | 3,92 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 6,03 | 4,55 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Çalışmıyor | 83 | 4,84 | 3,05 | 1,920 | 2 232 | 0,149 |
| | Kamu | 77 | 4,51 | 2,86 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 3,92 | 3,02 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Çalışmıyor | 83 | 3,01 | 2,13 | 4,169 | 2 232 | 0,017* |
| | Kamu | 77 | 2,81 | 1,89 | | | |
| | Özel sektör | 75 | 2,11 | 2,11 | | | |

* p<0,05; ** p<0,01

Çalışma durumu için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda çalışma durumu kategorileri arası Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($F_{(2,232)}= 6,374$; $p<0,01$), bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($F_{(2,232)}= 4,942$; $p<0,01$), bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu ($F_{(2,232)}= 4,297$; $p<0,05$), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($F_{(2,232)}= 3,670$; $p<0,05$) ve günlük işlevsellik alt boyutu ($F_{(2,232)}= 4,169$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve altboyutları için kamu çalışanı kategorisinden ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyutu için ise özel sektör çalışanı kategorisinden kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, çalışmayan katılımcıların puan ortalamalarının en yüksektir.

Tablo 9. Eğitim Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Eğitim durumu | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|--------------------|-----|-----------|------|--------|---------|--------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Lise ve altı | 99 | 13,88 | 7,39 | -0,838 | 185,526 | 0,403 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 14,64 | 6,08 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Lise ve altı | 99 | 10,43 | 6,11 | -1,057 | 181,932 | 0,292 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 11,22 | 4,89 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Lise ve altı | 99 | 3,44 | 2,40 | 0,086 | 233 | 0,932 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 3,42 | 2,11 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Lise ve altı | 99 | 4,98 | 3,58 | -1,826 | 233 | 0,069 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 5,83 | 3,49 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Lise ve altı | 99 | 6,55 | 4,43 | -1,646 | 233 | 0,101 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 7,49 | 4,30 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Lise ve altı | 99 | 4,21 | 3,11 | -0,988 | 233 | 0,324 |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 4,60 | 2,91 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Lise ve altı | 99 | 2,33 | 1,92 | -2,046 | 233 | 0,042* |
| | Üniversite ve üstü | 136 | 2,89 | 2,15 | | | |

*p<0,05

Eğitim durumu için araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda lise ve altı ve niversite ve üstü eğitim durumu için günlük işlevsellik alt boyutu ($t_{(233)} = -2,046$; $p < 0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, lise ve altı eğitim seviyesindeki katılımcıların puan ortalamasının düşük olduğu grlmştir.

Tablo 10. Vardiyalı Çalışma İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Vardiyalı çalışma | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|-------------------|-----|-----------|------|--------|--------|--------------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evet | 21 | 12,48 | 6,28 | -1,331 | 233 | 0,184 |
| | Hayır | 214 | 14,50 | 6,68 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evet | 21 | 9,29 | 5,22 | -1,418 | 233 | 0,157 |
| | Hayır | 214 | 11,05 | 5,45 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evet | 21 | 3,19 | 2,02 | -0,514 | 233 | 0,608 |
| | Hayır | 214 | 3,45 | 2,26 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evet | 21 | 5,38 | 2,27 | -0,181 | 31,267 | 0,858 |
| | Hayır | 214 | 5,48 | 3,65 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evet | 21 | 5,62 | 2,75 | -2,405 | 31,591 | 0,022* |
| | Hayır | 214 | 7,24 | 4,48 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evet | 21 | 4,14 | 2,69 | -0,473 | 233 | 0,636 |
| | Hayır | 214 | 4,47 | 3,03 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evet | 21 | 1,48 | 1,21 | -4,308 | 33,389 | 0,000* ** |
| | Hayır | 214 | 2,77 | 2,10 | | | |

*p<0,05; ***p<0,001

Vardiyalı çalışma için araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda vardiyalı çalışan ve çalışmayan katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($t_{(31,5191)} = -2,405$; $p < 0,05$) ve günlük işlevsellik alt boyutu ($t_{(33,389)} = -4,308$; $p < 0,001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, vardiyalı çalışan katılımcıların puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 11. Günlük Çalışma Saati İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Günlük çalışma | n | \bar{x} | ss | T | sd | P |
|--------------------------------------------|----------------|-----|-----------|------|--------|-----|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 2-8 saat | 115 | 13,18 | 7,05 | -1,483 | 150 | 0,140 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 15,08 | 5,80 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 2-8 saat | 115 | 10,06 | 5,60 | -1,286 | 150 | 0,200 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 11,41 | 5,30 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 2-8 saat | 115 | 3,12 | 2,20 | -1,323 | 150 | 0,188 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 3,68 | 2,27 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 2-8 saat | 115 | 5,03 | 3,23 | -1,263 | 150 | 0,209 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 5,84 | 3,76 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 2-8 saat | 115 | 6,71 | 4,32 | 0,113 | 150 | 0,910 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 6,62 | 4,17 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 2-8 saat | 115 | 4,25 | 2,99 | 0,113 | 150 | 0,910 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 4,19 | 2,77 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 2-8 saat | 115 | 13,18 | 7,05 | 0,074 | 150 | 0,941 |
| | 9 saat üzeri | 37 | 15,08 | 5,80 | | | |

Günlük çalışma saati için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda çalışma saatlerine göre katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 12. Günlük Uyku Saati İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Günlük uyku | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|-------------|-----|-----------|------|-------|---------|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 7 saat altı | 120 | 14,66 | 6,63 | 0,797 | 233 | 0,426 |
| | 8 saat üstü | 115 | 13,97 | 6,70 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 7 saat altı | 120 | 11,08 | 5,22 | 0,533 | 233 | 0,594 |
| | 8 saat üstü | 115 | 10,70 | 5,68 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 7 saat altı | 120 | 3,58 | 2,25 | 1,077 | 233 | 0,283 |
| | 8 saat üstü | 115 | 3,27 | 2,22 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 7 saat altı | 120 | 5,55 | 3,61 | 0,342 | 233 | 0,732 |
| | 8 saat üstü | 115 | 5,39 | 3,50 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 7 saat altı | 120 | 7,48 | 4,41 | 1,399 | 233 | 0,163 |
| | 8 saat üstü | 115 | 6,69 | 4,31 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 7 saat altı | 120 | 4,80 | 3,24 | 1,911 | 228,136 | 0,057 |
| | 8 saat üstü | 115 | 4,06 | 2,68 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 7 saat altı | 120 | 2,68 | 1,91 | 0,211 | 233 | 0,833 |
| | 8 saat üstü | 115 | 2,63 | 2,23 | | | |

Günlük uyku saati için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda uyku saatlerine göre katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 13. Maddi Durum İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Maddi durum | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|--------------------------------------------|-------------|-----|-----------|------|-------|----------|--------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | İyi | 49 | 13,06 | 6,03 | 2,508 | 2 232 | 0,084 |
| | Orta | 153 | 15,03 | 7,11 | | | |
| | Kötü | 33 | 12,91 | 4,75 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | İyi | 49 | 10,20 | 4,46 | 3,204 | 2 232 | 0,042* |
| | Orta | 153 | 11,50 | 5,87 | | | |
| | Kötü | 33 | 9,09 | 4,14 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | İyi | 49 | 2,86 | 2,14 | 2,286 | 2 232 | 0,104 |
| | Orta | 153 | 3,53 | 2,25 | | | |
| | Kötü | 33 | 3,82 | 2,20 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | İyi | 49 | 4,88 | 3,38 | 0,996 | 2 232 | 0,371 |
| | Orta | 153 | 5,57 | 3,48 | | | |
| | Kötü | 33 | 5,91 | 4,08 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | İyi | 49 | 5,90 | 3,94 | 2,893 | 2 232 | 0,057 |
| | Orta | 153 | 7,25 | 4,11 | | | |
| | Kötü | 33 | 8,12 | 5,74 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | İyi | 49 | 3,51 | 2,71 | 3,935 | 2 232 | 0,021* |
| | Orta | 153 | 4,55 | 2,84 | | | |
| | Kötü | 33 | 5,30 | 3,76 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | İyi | 49 | 2,39 | 2,00 | 0,554 | 2 232 | 0,576 |
| | Orta | 153 | 2,71 | 2,01 | | | |
| | Kötü | 33 | 2,82 | 2,48 | | | |

*p<0,05

Maddi durum için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda maddi durumu kategorileri arası bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($F_{(2,232)}= 3,204; p<0,05$) ve uyku kalitesi alt boyutu ($F_{(2,232)}= 3,935; p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın maddi durumu kötü olan katılımcılardan kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, maddi durumu orta olanların bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu puan ortalaması en yüksekken maddi durumu kötü olanların uyku kalitesi alt boyutu puan ortalaması en yüksektir.

Tablo 14. Sigara veya Alkol Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Kullanım | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|--------------------------------------------|----------|-----|-----------|------|-------|----------|--------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Sigara | 60 | 13,77 | 6,95 | 0,332 | 2 232 | 0,718 |
| | Alkol | 24 | 14,08 | 6,55 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 14,58 | 6,59 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Sigara | 60 | 10,33 | 5,76 | 1,254 | 2 232 | 0,287 |
| | Alkol | 24 | 9,75 | 5,32 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 11,29 | 5,32 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Sigara | 60 | 3,43 | 2,24 | 2,307 | 2 232 | 0,102 |
| | Alkol | 24 | 4,33 | 2,58 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 3,28 | 2,15 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Sigara | 60 | 5,03 | 3,63 | 0,615 | 2 232 | 0,541 |
| | Alkol | 24 | 5,63 | 3,93 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 5,62 | 3,46 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Sigara | 60 | 7,12 | 4,56 | 3,779 | 2 232 | 0,024* |
| | Alkol | 24 | 4,83 | 3,75 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 7,44 | 4,31 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Sigara | 60 | 4,67 | 3,16 | 4,163 | 2 232 | 0,017* |
| | Alkol | 24 | 2,79 | 2,36 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 4,61 | 2,95 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Sigara | 60 | 2,45 | 1,94 | 1,926 | 2 232 | 0,148 |
| | Alkol | 24 | 2,04 | 2,05 | | | |
| | Hiçbiri | 151 | 2,83 | 2,11 | | | |

*p<0,05

Sigara ve alkol kullanımı için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda sigara veya alkol kullanma ve kullanmama arası Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($F_{(2,232)}= 3,779$; $p<0,05$) ve uyku kalitesi alt boyutu ($F_{(2,232)}= 4,163$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın alkol kullanan katılımcılardan kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, alkol kullanan katılımcıların puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 15. Çay veya Kahve Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Kullanım | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|--------------------------------------------|----------|-----|-----------|------|-------|----------|--------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Çay | 173 | 14,20 | 6,67 | 0,843 | 2 232 | 0,432 |
| | Kahve | 54 | 15,06 | 6,49 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 12,00 | 7,65 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Çay | 173 | 10,69 | 5,35 | 0,834 | 2 232 | 0,436 |
| | Kahve | 54 | 11,69 | 5,65 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 9,88 | 6,10 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Çay | 173 | 3,51 | 2,30 | 1,498 | 2 232 | 0,226 |
| | Kahve | 54 | 3,37 | 1,97 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 2,13 | 2,23 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Çay | 173 | 5,84 | 3,59 | 4,629 | 2 232 | 0,011* |
| | Kahve | 54 | 4,67 | 3,33 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 2,88 | 1,89 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Çay | 173 | 7,11 | 4,29 | 0,026 | 2 232 | 0,975 |
| | Kahve | 54 | 7,09 | 4,59 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 6,75 | 5,26 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Çay | 173 | 4,50 | 3,00 | 0,152 | 2 232 | 0,859 |
| | Kahve | 54 | 4,24 | 3,00 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 4,50 | 3,16 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Çay | 173 | 2,61 | 1,96 | 0,430 | 2 232 | 0,651 |
| | Kahve | 54 | 2,85 | 2,39 | | | |
| | Hiçbiri | 8 | 2,25 | 2,25 | | | |

* p<0,05

Çay ve kahve kullanımı için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda çay veya kahve kullanma ve kullanmama için Epworth Uykululuk Ölçeği ($F_{(2,232)}= 4,629$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın çay kullanan katılımcılardan kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, çay kullanan katılımcıların puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 16. Günlük Çay veya Kahve Tüketim Miktarı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Tüketim | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|---------------|-----|-----------|------|-------|-----|---------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 5 bardak altı | 148 | 15,20 | 6,47 | 2,688 | 233 | 0,008** |
| | 6 bardak üstü | 87 | 12,82 | 6,75 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 5 bardak altı | 148 | 11,72 | 5,29 | 3,120 | 233 | 0,002** |
| | 6 bardak üstü | 87 | 9,47 | 5,43 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 5 bardak altı | 148 | 3,48 | 2,16 | 0,446 | 233 | 0,656 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 3,34 | 2,37 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 5 bardak altı | 148 | 5,58 | 3,60 | 0,612 | 233 | 0,541 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 5,29 | 3,47 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 5 bardak altı | 148 | 7,45 | 4,48 | 1,648 | 233 | 0,101 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 6,48 | 4,15 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 5 bardak altı | 148 | 4,62 | 3,05 | 1,226 | 233 | 0,221 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 4,13 | 2,88 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | 5 bardak altı | 148 | 2,83 | 2,11 | 1,703 | 233 | 0,090 |
| | 6 bardak üstü | 87 | 2,36 | 1,98 | | | |

**p<0,01

Günlük çay veya kahve tüketim miktarı için araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda beş bardak altı ve altı bardak üstü tüketimi için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($t_{(233)}= 2,688$; $p<0,01$) ve bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($t_{(233)}= 3,120$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, günlük çay veya kahve tüketimi altı bardak üstü olanların puan ortalamasının düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Düzenli İlaç Kullanımı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | İlaç kullanımı | n | \bar{x} | ss | T | sd | p |
|--------------------------------------------|----------------|-----|-----------|------|--------|-----|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evet | 41 | 15,54 | 7,41 | 1,290 | 233 | 0,198 |
| | Hayır | 194 | 14,06 | 6,48 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evet | 41 | 12,17 | 5,70 | 1,666 | 233 | 0,097 |
| | Hayır | 194 | 10,62 | 5,36 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evet | 41 | 3,37 | 2,45 | -0,201 | 233 | 0,841 |
| | Hayır | 194 | 3,44 | 2,19 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evet | 41 | 5,17 | 3,13 | -0,599 | 233 | 0,550 |
| | Hayır | 194 | 5,54 | 3,63 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evet | 41 | 8,05 | 4,65 | 1,544 | 233 | 0,124 |
| | Hayır | 194 | 6,89 | 4,30 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evet | 41 | 5,00 | 3,51 | 1,325 | 233 | 0,187 |
| | Hayır | 194 | 4,32 | 2,87 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evet | 41 | 3,05 | 2,34 | 1,340 | 233 | 0,181 |
| | Hayır | 194 | 2,57 | 2,01 | | | |

Düzenli ilaç kullanımı için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda düzenli ilaç kullanımına göre katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 18. Düzenli Egzersiz İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Egzersiz | n | \bar{x} | ss | t | sd | P |
|--------------------------------------------|----------|-----|-----------|------|--------|-----|-------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evet | 49 | 13,08 | 6,83 | -1,466 | 233 | 0,144 |
| | Hayır | 186 | 14,65 | 6,60 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evet | 49 | 10,10 | 5,44 | -1,139 | 233 | 0,256 |
| | Hayır | 186 | 11,10 | 5,44 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evet | 49 | 2,98 | 2,27 | -1,591 | 233 | 0,113 |
| | Hayır | 186 | 3,55 | 2,22 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evet | 49 | 5,98 | 3,36 | 1,126 | 233 | 0,261 |
| | Hayır | 186 | 5,34 | 3,59 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evet | 49 | 6,24 | 3,81 | -1,532 | 233 | 0,127 |
| | Hayır | 186 | 7,32 | 4,49 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evet | 49 | 3,90 | 2,92 | -1,424 | 233 | 0,156 |
| | Hayır | 186 | 4,58 | 3,00 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evet | 49 | 2,35 | 1,87 | -1,172 | 233 | 0,243 |
| | Hayır | 186 | 2,74 | 2,12 | | | |

Düzenli egzersiz için katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda düzenli egzersiz yapma ve yapmama durumlarına göre katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 19. Üzüntü Verici veya Stresli Olay Yaşama Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Üzüntü stresli olay | n | \bar{x} | ss | t | sd | p |
|--------------------------------------------|---------------------|-----|-----------|------|-------|-----|----------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evet | 90 | 15,69 | 5,91 | 2,512 | 233 | 0,013* |
| | Hayır | 145 | 13,47 | 6,97 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evet | 90 | 11,93 | 4,92 | 2,339 | 233 | 0,020* |
| | Hayır | 145 | 10,24 | 5,66 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evet | 90 | 3,76 | 1,98 | 1,769 | 233 | 0,078 |
| | Hayır | 145 | 3,23 | 2,36 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evet | 90 | 6,33 | 3,59 | 2,981 | 233 | 0,003** |
| | Hayır | 145 | 4,94 | 3,43 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evet | 90 | 8,43 | 4,42 | 3,805 | 233 | 0,000*** |
| | Hayır | 145 | 6,26 | 4,14 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evet | 90 | 5,16 | 3,12 | 2,941 | 233 | 0,004** |
| | Hayır | 145 | 3,99 | 2,83 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evet | 90 | 3,28 | 2,25 | 3,726 | 233 | 0,000*** |
| | Hayır | 145 | 2,27 | 1,86 | | | |

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Son zamanlarda üzüntü veya stres verici olay yaşama durumu için araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda son zamanlarda üzüntü veya stres verici olay yaşayan ve yaşamayanların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($t_{(233)}= 2,512$; $p<0,05$), bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($t_{(233)}= 2,339$; $p<0,05$), Epworth Uykululuk Ölçeği ($t_{(233)}= 2,981$; $p<0,01$), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($t_{(233)}= 3,805$; $p<0,001$), Uyku kalitesi alt boyutu ($t_{(233)}= 2,941$; $p<0,01$) ve Günlük işlevsellik alt boyutu ($t_{(233)}= 3,726$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, son zamanlarda üzüntü veya stres verici olay yaşayan katılımcıların puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 20. Geçirilen Hastalık veya Ameliyat Durumu İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Hastalık ameliyat | n | \bar{x} | ss | T | sd | p |
|--------------------------------------------|-------------------|-----|-----------|------|--------|-----|--------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Evet | 51 | 15,43 | 7,18 | 1,350 | 233 | 0,178 |
| | Hayır | 184 | 14,01 | 6,50 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Evet | 51 | 12,12 | 5,46 | 1,8,31 | 233 | 0,068 |
| | Hayır | 184 | 10,55 | 5,40 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Evet | 51 | 3,31 | 2,39 | -0,419 | 233 | 0,676 |
| | Hayır | 184 | 3,46 | 2,20 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Evet | 51 | 5,84 | 3,13 | 0,843 | 233 | 0,400 |
| | Hayır | 184 | 5,37 | 3,65 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Evet | 51 | 8,20 | 4,14 | 2,049 | 233 | 0,042* |
| | Hayır | 184 | 6,79 | 4,40 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Evet | 51 | 5,12 | 3,02 | 1,841 | 233 | 0,067 |
| | Hayır | 184 | 4,25 | 2,96 | | | |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Evet | 51 | 3,08 | 2,23 | 1,654 | 233 | 0,100 |
| | Hayır | 184 | 2,54 | 2,02 | | | |

*p<0,05

Geçirilen bir rahatsızlık veya ameliyat durumu için araştırma ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda önemli bir rahatsızlık veya ameliyat geçiren ve geçirmeyen katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ($t_{(233)}= 2,049$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo incelendiğinde, önemli bir rahatsızlık veya ameliyat geçiren katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 21. Hastaneye Gitme Sıklığı İçin Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelemesi

| Ölçek/Alt boyut | Hastane gitme | n | \bar{x} | ss | F | sd | p |
|--------------------------------------------|---------------|-----|-----------|------|--------|----------|----------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | Sıklıkla | 17 | 19,06 | 6,91 | 8,826 | 3 231 | 0,000*** |
| | Bazen | 84 | 16,11 | 6,28 | | | |
| | Nadiren | 120 | 12,47 | 6,23 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 13,71 | 7,11 | | | |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | Sıklıkla | 17 | 15,53 | 5,43 | 12,186 | 3 231 | 0,000*** |
| | Bazen | 84 | 12,54 | 5,10 | | | |
| | Nadiren | 120 | 9,24 | 4,87 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 9,50 | 6,37 | | | |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | Sıklıkla | 17 | 3,53 | 2,40 | 1,036 | 3 231 | 0,377 |
| | Bazen | 84 | 3,57 | 2,25 | | | |
| | Nadiren | 120 | 3,23 | 2,14 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 4,21 | 2,75 | | | |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | Sıklıkla | 17 | 5,18 | 3,97 | 1,018 | 3 231 | 0,385 |
| | Bazen | 84 | 5,85 | 3,27 | | | |
| | Nadiren | 120 | 5,41 | 3,66 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 4,14 | 3,61 | | | |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | Sıklıkla | 17 | 7,71 | 4,58 | 1,089 | 3 231 | 0,355 |
| | Bazen | 84 | 7,52 | 4,45 | | | |
| | Nadiren | 120 | 6,89 | 4,19 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 5,50 | 5,13 | | | |
| Uyku kalitesi alt boyutu | Sıklıkla | 17 | 4,88 | 3,79 | 0,526 | 3 231 | 0,665 |
| | Bazen | 84 | 4,63 | 2,94 | | | |
| | Nadiren | 120 | 4,32 | 2,92 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 3,79 | 3,07 | | | |

| Ölçek/Alt boyut | Hastane gitme | n | \bar{x} | ss | F | sd | P |
|-------------------------------|---------------|-----|-----------|------|-------|----------|-------|
| Günlük işlevsellik alt boyutu | Sıklıkla | 17 | 2,82 | 2,01 | 1,435 | 3 231 | 0,233 |
| | Bazen | 84 | 2,89 | 2,29 | | | |
| | Nadiren | 120 | 2,58 | 1,87 | | | |
| | Hiçbir zaman | 14 | 1,71 | 2,33 | | | |

*** p<0,001

Hastaneye gitme sıklığı için katılımcıların ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda hastaneye gitme sıklığı kategorileri için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ($F_{(3,231)}= 8,826$; $p<0,001$) ve bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ($F_{(3,231)}= 12,186$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın hastaneye sıklıkla giden katılımcılardan kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, hastaneye sıklıkla giden katılımcıların puan ortalamalarının en yüksekken nadiren giden katılımcıların puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 22. Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Puanları Arası İlişkilerin İncelenmesi

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------------------------|---------|---------|------|---------|---------|---------|
| 1. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 1 | | | | | |
| 2. Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 0,95*** | | | | | |
| 3. Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | 0,66*** | 0,40*** | | | | |
| 4. Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,19** | 0,22** | 0,04 | | | |
| 5. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 0,27*** | 0,31*** | 0,06 | 0,28*** | | |
| 6. Uyku kalitesi alt boyutu | 0,24*** | 0,28*** | 0,03 | 0,20** | 0,91*** | |
| 7. Günlük işlevsellik alt boyutu | 0,24*** | 0,25*** | 0,09 | 0,30*** | 0,80*** | 0,47*** |

** p<0,01; *** p<0,001

Araştırma ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ve Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puanı arasında $r=0,24$ ile $r=0,31$ 'lik korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre sağlık anksiyetesi ve bedensel belirtilere duyarlılık puanı arttıkça uykusuzluk şiddeti ve alt boyut puanları da artacak veya sağlık anksiyetesi ve bedensel belirtilere duyarlılık puanı azaldıkça uykusuzluk şiddeti ve alt boyut puanları da azalacaktır. Diğer yandan bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu toplam puanı ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puanı arasında anlamlı bir korelasyon katsayısı hesaplanmamıştır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ve Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu ile Epworth Uykululuk Ölçeği toplam puanı arasında $r=0,19$ ve $r=0,22$ 'lik korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre sağlık anksiyetesi ve bedensel belirtilere duyarlılık puanı arttıkça uykululuk puanı da artacak veya sağlık anksiyetesi ve bedensel belirtilere duyarlılık puanı azaldıkça uykululuk puanı da azalacaktır.

Epworth Uykululuk Ölçeği toplam puanı ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve alt boyut toplam puanı arasında $r=0,20$ ile $r=0,30$ 'luk korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre uykululuk puanı arttıkça uykusuzluk şiddeti ve alt boyut puanları da artacak veya uykululuk puanı azaldıkça uykusuzluk şiddeti ve alt boyut puanları da azalacaktır.

Tablo 23. Açık Uçlu Demografik Sorular ile Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları Arası İlişkilerin İncelenmesi

| | Yaş | Kilo | Günlük çalışma saati | Günlük uyku saati | Çay veya kahve tüketim miktarı | Genel sağlık durumu |
|--------------------------------------------|-------|-------|----------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------|
| Sağlık Anksiyetesi Ölçeği | 0,00 | 0,06 | -0,10 | 0,00 | -0,18** | -0,23*** |
| Bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu | 0,03 | 0,04 | -0,09 | -0,01 | -0,21** | -0,28*** |
| Bedensel hastalıklara kaygı alt boyutu | -0,07 | 0,10 | -0,10 | 0,02 | -0,02 | -0,01 |
| Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,04 | 0,02 | -0,01 | -0,02 | -0,06 | -0,17** |
| Uykusuzluk Şiddeti İndeksi | 0,00 | -0,07 | -0,01 | -0,20** | -0,15* | -0,27*** |
| Uyku kalitesi alt boyutu | 0,04 | -0,02 | 0,02 | -0,24*** | -0,10 | -0,28*** |
| Günlük işlevsellik alt boyutu | -0,05 | -0,11 | -0,05 | -0,07 | -0,16* | -0,17** |

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Günlük uyku saati ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puanı arasında $r = -0,20$ ve uyku kalitesi alt boyutu arasında $r = -0,24$ 'lük korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre günlük uyku saati azaldıkça uykusuzluk ve uyku kalitesi toplam puanları artacak veya günlük uyku saati arttıkça uykusuzluk ve uyku kalitesi toplam puanları azalacaktır.

Çay veya kahve tüketim miktarı ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında $r = -0,18$, bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu arasında $r = -0,21$, Uykusuzluk İndeksi Ölçeği toplam puanı arasında $r = -0,15$ ve günlük işlevsellik alt boyutu arasında $r = -0,16$ 'lık korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre çay veya kahve tüketim miktarı arttıkça sağlık anksiyetesi, bedensel belirtilere duyarlılık, uykusuzluk ve günlük işlevsellik puanları azalacak veya çay veya kahve tüketim miktarı azaldıkça sağlık anksiyetesi, bedensel belirtilere duyarlılık, uykusuzluk ve günlük işlevsellik puanları artacaktır.

Kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmesi ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında $r = -0,23$, bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu arasında $r = -0,28$, Epworth Uykululuk Ölçeği arasında $r = -0,17$, Uykusuzluk İndeksi Ölçeği toplam puanı arasında $r = -0,27$ uyku kalitesi alt boyutu arasında $r = -0,28$ ve günlük işlevsellik alt boyutu arasında $r = -0,17$ 'lik korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bu sonuca göre genel sağlık durumu değerlendirme puanı arttıkça sağlık anksiyetesi, bedensel belirtilere duyarlılık, uykululuk, uykusuzluk, uyku kalitesi ve günlük işlevsellik puanları azalacak veya genel sağlık durumu değerlendirme puanı azaldıkça sağlık anksiyetesi, bedensel belirtilere duyarlılık, uykululuk, uykusuzluk, uyku kalitesi ve günlük işlevsellik puanları artacaktır.

Tablo 24. Sağlık Anksiyetesinin Yordayıcılarının Analizi

| Bağımlı değişken | Bağımsız değişken | B(b) | sh | Beta (β) | t | F | R ² |
|---------------------------------|------------------------------------|--------|-------|------------------|----------|-----------|----------------|
| Bedensel belirtilere duyarlılık | <i>Sabit (α)</i> | 15,050 | 1,995 | | 7,544*** | 12,488*** | 0,18 |
| | Genel sağlık değerlendirmesi | -0,729 | 0,214 | -0,214 | -3,405** | | |
| | Çay veya kahve tüketim miktarı | -0,215 | 0,066 | -0,197 | -3,262** | | |
| | Uyku kalitesi alt boyutu | 0,307 | 0,115 | 0,169 | 2,664** | | |
| | Epworth Uykululuk Ölçeği | 0,213 | 0,094 | 0,139 | 2,252* | | |

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Sağlık Anksiyesi Ölçeği alt boyutlarının yordayıcılarını bulmak için araştırma açık uçlu sorularının, Epworth Uykululuk Ölçeğinin ve Uykusuzluk İndeksi Ölçeği alt boyutlarının yer aldığı çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde ‘stepwise’ yöntemi tercih edilmiş ve sadece anlamlı olan parametreler modele dahil edilmiştir.

Kurulan ilk modelde bedensel belirtilere duyarlılık puanının yordayıcıları sınanmıştır. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,230)}=12,488$; $p<0,001$). Modele dahil edilen genel sağlık değerlendirmesi, çay veya kahve tüketim miktarı, uyku kalitesi alt boyutu ve Epworth Uykululuk Ölçeği, bedensel belirtilere duyarlılık puanını yordama gücü istatistiksel olarak anlamlı parametrelerdir. 4 değişken bedensel belirtilere duyarlılık puanının %18’lik kısmını açıklamaktadır. Parametrelerin yorumlanmasında, genel sağlığın değerlendirilmesi puanındaki 1 birimlik artış bedensel belirtilere duyarlılık puanını 0,729 birim düşürürken çay veya kahve tüketim miktarı puanındaki 1 birimlik artış belirtilere duyarlılık puanını 0,215 birim düşürmektedir. Diğer yandan uyku kalitesi alt boyutu puanındaki 1 birimlik artış belirtilere duyarlılık puanını 0,307 birim artırırken aynı durum Epworth Uykululuk Ölçeği puanı için 0,213 birim olarak elde edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

Bu çalışmada, uykululuk, uykusuzluğun ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Diğer taraftan kişilerin uykululuk, uykusuzluğun ve sağlık anksiyetesi düzeylerine etki edebileceği düşünülen demografik değişkenler incelenmiştir. Bu bölümde elde edilen veriler alanyazın çalışmaları ile açıklanmaya ve desteklenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın ilk hipotezinde, katılımcıların uykululuk puanlarındaki artışın sağlık anksiyetesi puanlarında da artışa sebep olacağı varsayılmıştır. İkinci hipotezde ise, katılımcıların uykusuzluk puanlarındaki artışın sağlık anksiyetesi puanlarına da yansıyor, artışa neden olacağı varsayılmıştır. Çalışmada, uykululuk ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi ile ilişkisinin incelenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda, uykululuk ve sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu durumda uykululuk puanındaki artışın sağlık anksiyetesi puanında da artışa neden olacağı bulunmuştur. Bu sonuca göre, araştırmanın başında kurulan ilk hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlere göre, uykusuzluk ve sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Analizlerin sonucuna göre, çalışmamızın ikinci hipotezi olan uykusuzluk puanlarının artışının sağlık anksiyetesi puanlarında da artışa sebep olacağı hipotezi de doğrulanmıştır. Yaş, cinsiyet, medikal ve psikiyatrik hastalıklar kontrol altına alınmasına rağmen uykusuzluk, sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa sebep olmaktadır (Roth ve Roehrs, 2003). Hastanelerin veya sağlık kuruluşlarının bu şekilde sık kullanımı bireylerde sağlık anksiyetesi olabileceğini göstermektedir. Uykusuzluk kalp krizi, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarını kapsayan tıbbi ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkili bir durumdur (Kim ve ark., 2012). Bireylerde görülen bu rahatsızlıklar, kötü bir hastalığın habercisi olarak yorumlanarak sürekli düşünmeye sebebiyet veriyor olabilmektedir. Bireylerin düşüncelerini kapsayan sağlıkla ilgili endişeler de sonuç olarak uykusuzluğa neden oluyor denilebilmektedir.

Uykululuk ve uykusuzlukta yapılan korelasyon analizine göre, uykululuk puanı arttıkça uykusuzluk puanı da artacaktır veya uykululuk puanı azaldıkça uykusuzluk puanı da azalacaktır. Uyku yoksunluğu ve uyku bölünmesi ile ilgili yapılan çalışmalar, uykululuk ve psikomotor işlevsellikte artış olduğunu göstermektedir (Roth ve Roehrs, 2003). Obstrüktif uyku apnesi ve depresyonu olan bireylerde uykululuk ve uykusuzluk birlikte görülmektedir (Caples, Cami ve Somers, 2005). Literatürde görülen çalışma sonuçları uykululuk ve uykusuzluk puanlarının birlikte arttığını veya azaldığını göstermektedir. Çalışmamızın sonucu ile eşdeğer nitelikte alanyazın çalışmaları bulunmaktadır.

Çalışmamıza göre kadın ve erkeklerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu toplam puan ortalamalarında farklılık bulunmuştur. Kadınlarda bedensel belirtilere duyarlılık ortalamasının daha yüksek olmasının sebebinin kadınların daha hassas olması olarak düşünülmektedir. Hipokondriyazis hastalarının bedensel duyuları, kötü hastalığa yorma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Weck, Neng, Schwind ve Höfling, 2015). Yaygınlık oranları baz alındığında sağlık anksiyetesi (hipokondriyazis) hastalarının çoğu kadındır (olde Harman, Borghuis, Lucassen, van de Laar, Speckens ve van Weel, 2009).

Sağlık anksiyetesinde görülen bedensel belirtilere duyarlılığın kadınlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Literatür araştırmaları kapsamında bakıldığında araştırma sonucumuzla örtüşen bilgilere ulaşılmıştır. Epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre, hipokondriyazisin görülme oranında cinsiyet farklılığı oluşturacak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (APA, 2000). Bu araştırmanın sonucu, yürüttüğümüz çalışmanın sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında, literatür araştırmalarında iki farklı sonuç karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre kadınların uykusuzluk şiddetlerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun sebebinin gelişimsel ve günlük hayatta karşılaşılan farklılıklar ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kadınlar erkeklere kıyasla uykusuzluktan daha sık şikayet etmektedirler (Foley, Monjan, Brown, Simonsick, Wallace ve Blazer, 1995). Uykusuzluğun, erkeklerde %36 görülme oranı varken kadınlarda bu oran %56 olarak karşımıza çıkmaktadır (Walsleben, 2003).

Uykusuzluğun kadınlarda ortaya çıkmasının olasılığı erkeklere göre daha yüksektir (Strine ve Chapman, 2005). Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre birçok değişken kontrol altına altına alındığı halde kadınların uykusuzluk geliştirmesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Maggi ve ark., 1998). Kadınlarda ergenlik, hamilelik ve menopoz gibi hormonal ve fiziksel değişimlerin olduğu zamanlarda uyku etkilenmekle birlikte kadın-erkek ayrımının yapılmasına sebep olan durum ortaya çıkmaktadır (Mallampalli ve Carter, 2014). Sonuç olarak kadın ve erkekler aynı sosyal ortamlarda yaşamalarına rağmen kadınların uykusuzluk seviyeleri erkeklerden daha yüksektir. Bunun sebebinin kadınların farklı sorumluluklarının olması, ev ve iş arasında denge kurmaya çalışmaları olduğu düşünülmektedir. Yapılan literatür araştırmaları ve araştırmamızın sonucu karşılaştırıldığında aynı bulguların elde edildiği görülmektedir.

Çalışma durumu açısından bakıldığında Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Araştırmamızın sonucuna göre, ortalamalar arasındaki farklılık kamu çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Hipokondriyazis, Koreliler için çalışma durumu ve diğer sosyal etkenlere bakılmaksızın yaygındır fakat Amerikalılar için sadece yaş ve eğitim durumu değil işsizlik ile birlikte hipokondriyaziste artmaktadır (Chang ve ark., 2016). Literatürde görülen bu çalışmanın sonucu araştırma sonucumuzla çelişmektedir. Bu durumun sebebinin örneklemin Türkiye olarak seçilmesi olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırma sonucuna göre, tam zamanlı çalışan ve 6 ay boyunca takip edilen katılımcıların sağlık anksiyetesi düzeylerinin değişiminin çalışma durumları ile ilgili olmadığı bulunmuştur (Hedman, Lindefors, Andersson, Lekander, Rück ve Ljótsson, 2013).

Çalışmamızda, çalışma durumu kategorilerinin toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Günlük ve haftalık bazda, çalışma durumundan dolayı toplumun birçok kesiminde uykusuzluk ortaya çıkmaktadır (Rosa, 2005). Buna ek olarak çalışanlarda uykusuzluk daha sık görülmektedir (Strine ve Chapman, 2005).

Çalışma programı ve diğer iş yükümlülükleri, sağlıklı yetişkinlerde uykusuzluğa sebep olan ana etkenlerdendir. Hatta bazı gençler arasında okula gitmek ve yarı zamanlı işlerde çalışmakta uykusuzluğa yol açmaktadır (Rosa, 2005). Çalışan kişilerde uykusuzluk toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmakla birlikte bunun sebebinin kısıtlı dinlenme zamanının ve hem evde hem de işte yüklenen sorumluluklar olduğu düşünülmektedir.

Günlük işlevsellik, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ölçeğinin alt boyutu olarak karımıza çıkmaktadır. Uykusuzluktan kaynaklı olarak, bireylerde günlük hayatlarını devam ettirirken ortaya bazı bozulmalar çıkmaktadır. Uyku esnasında davranışsal, fizyolojik ve nörobilişsel aşamalar meydana gelmekle birlikte uyku yoksunluğunda bu aşamalar önemli ölçüde zarar görmeye çok yatkındırlar (Curcio, Ferrara ve Degennaro, 2006).

Çalışmamızın sonucunda lise seviyesi ve altında eğitime sahip olan bireylerin günlük işlevsellik toplam puan ortalamaları düşük çıkmaktadır. Yapılan literatür araştırmalarında ise eğitim seviyesi ile ilgili bulgulara rastlanamamıştır. Literatür bilgisi, özellikle gençler üzerine odaklanmaktadır. Yetişkinlerle ilgili rastlanılan araştırmalar ise eğitim durumu ile ilgili değildir. Bu yüzden hafıza ve öğrenme ile ilgili verilen bilgiler gençler açısından incelenmektedir. Meydana gelen bozulmalar özellikle öğrenme ve hafızayı etkilemektedir. Hem REM hem de NREM uyku, öğrenme ve hafızada önemli roller oynamaktadırlar. Özellikle yavaş dalga uykusunun en derin aşaması, olaylarla ilgili anılar ve zamansal-mekansal bağlamı kapsayan episodik belleğin sağlanması için yapıtaşdır (Ribeiro ve Stickgold, 2014). Bu bozulmalar ilkokuldan üniversiteye kadar tüm aşamalarda görülebilmektedir. Bu yüzden dersler veya laboratuvar çalışmaları gibi diğer uygulamalı aktiviteleri öğrenme belirli derecede düşmektedir (Curcio, Ferrara ve Degennaro, 2006).

Sirkadiyen ritm ve homeostatik denge sayesinde sağlanan uyku-uyanıklık döngüsü, vardiyalı çalışan bireylerde bozukluk göstermektedir. Vardiyalı çalışma düzeni uyku problemlerini tetikleyebilmektedir. Bunun yanında daha önceden de var olan uykusuzluk semptomlarını ağırlaştırmaktadır (Cheng ve Drake, 2016). Yapılan bir araştırmaya göre, vardiyalı çalışan hemşirelerin %9,5'i hiçbir uyku problemi

yaşamamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların %26,5'i orta seviye, %70'i ise yüksek seviyede uyku problemi yaşamaktadırlar (Bjornvatn, Dale, Hogstad-Erikstein, Fiske, Pallesen ve Waage, 2012). Gece çalışması veya vardiyalı çalışmayı gerektiren iş programları, sabah erken uyanma, mesaiye kalma, düzensiz çalışma ve çağrı üzerine çalışma gibi durumlar yetersiz uykuya ve uykusuzluğa sebep olmaktadır (Rosa, 2001). Vardiyalı çalışan bireylerin uykusuzluk toplam puan ortalamaları yüksektir. Alanyazında yapılan çalışmalar ile araştırmamızın sonucu karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edilmektedir.

Yapılan bir araştırmaya göre kötü uyku kalitesinin, maddi durumu kötü olan yani düşük sosyoekonomik statüden olan bireylerde daha fazla ortaya çıktığı kanıtlanmıştır (Grandner, Williams, Knutson, Roberts ve Jean-Louis, 2016).

Alkol kullanan katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi puan ortalamalarının en düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca uykusuzluğu yüksek olan kişiler sigara içmek ve alkol kullanmak gibi riskli davranışlarla daha çok uğraşmaktadırlar (Strine ve Chapman, 2005). Uykusuzluk semptomları, enerji içecekleri ve alkol kullanan erkeklerde ortaya çıkmaktadır (De Zambotti, Goldstone, Colrain ve Baker, 2018). Bu açıdan bakıldığında çalışmamızın sonucu literatür sonuçları ile uyuşmamaktadır.

Kafein içeren ürünler denilince akla kahve gelmesine rağmen çayın içerisinde de kafein bulunmaktadır. Araştırmamızın sonucuna göre çay tüketen katılımcıların uykululuk toplam puan ortalamalarının en yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan alan yazın çalışmalarında kafein içeren ürünler tüketen bireylerde uykululuk probleminin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bölünmüş uyku, uykululuğa sebep olmaktadır. Bu yüzden kafein tüketimi artmaktadır (Roehrs ve Roth, 2008). Yapılan çalışmaya göre, uykululuk süresi 1 aydan daha uzun süren bireyler günlük çay tüketimini 7 bardak ve üstü olarak bildirmektedirler (Ohayon, Malijai, Pierre, Guilleminault ve Priest, 1997).

Sağlık anksiyetesi, somatoform bozukluklar başlığı altında incelenmesine rağmen anksiyete bozuklukları ile ilişkisi bulunmaktadır. Buna istinaden, anksiyete bozukluğu olan bireylerde sağlık anksiyetesinin görülme riski daha yüksek olmaktadır. Araştırmamızın sonucuna göre ise çay-kahve tüketim miktarının artması sağlık anksiyetesinin azalmasına sebep olmaktadır. Çalışmamızın sonucunu bu perspektiften incelediğimizde, anksiyetenin azalmasının sağlık anksiyetesini de azaltması beklenmektedir diyebilmekteyiz. Alan yazında yer alan çalışmalar ışığında iki farklı bulgu bulunmaktadır. Araştırmamızın sonucunu destekleyen bilgi ışığında sağlık anksiyetesinin azalmasının, çay-kahve tüketim miktarı ile ilgili olabileceği söylenebilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, kafein kullanımının sonlandırılmasının asabiyet ve anksiyete gibi davranışsal etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Dews, O'Brien ve Bergman, 2002). Öte yandan araştırmamızın sonucunu yanırlayan literatür çalışmaları da bulunmaktadır. Orta ve yüksek seviyede kafein kullanımının anksiyete seviyesini artırdığı belirtilmektedir (Botella ve Parra, 2003).

Sağlık anksiyetesi için birden fazla faktör önemlidir. Bu faktörlerin içinde adapte olma yeteneği, duygusal ve fiziksel strese karşı durma veya başetme yeteneği de yer almaktadır (Abramowitz, Deacon ve Valentiner, 2007). Meydana gelen bozulmalar, duygu düzenlemeyi ve stresle başa çıkmayı zayıflatarak ruh sağlığına etki etmekte ve bu durum da somatik problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Shahidi, Molaie ve Dehghani, 2012). Kontrol altına alınamayan stres kortikotrofinin ve otonom sinir sisteminin aşırı aktive olmasına sebep olarak bağışıklık sistemini zayıflatıyor ve vücudun hasta olmaya yatkın olma olasılığını daha da artırıyor (Guilbaud, Jeammet ve Corcos, 2006). Sağlık anksiyetesinin artmasının sebeplerinden bazıları stres, yakın akraba veya arkadaşın ölümü veya hastalığı ve medyanın belirli bir hastalığa dikkat çekmesine maruz kalma olabilmektedir (Te Poel, Baumgartner, Hartmann ve Tanis, 2016).

İş stresinin olduğu durumlarda uykululuk artış göstermektedir (Dahlgren, Kecklund ve Akerstedt, 2005). Obstrüktif uyku apnesi yorgunluk, uykululuk ve uyku bölünmesine sebep olup bireyleri yeteri kadar dinlenme ve yorgunluktan kurtarmak için yararlı olmamaktadır. Bunun sonucunda bireylerin, psikolojik zorluklar ve işyerinde duygusal stres yaşama risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Guglielmi, Jurado-Gámez, Gude ve Buela-Casal, 2014).

Uyku, stres ve duygusal strese karşı çok hassastır. Bireylerin hayatlarında meydana gelen boşanma, sevilen birinin ölümü, çevreyle olan zorluklar, işyerindeki baskı gibi temel olaylar uyku kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir (Morin, Rodrigue ve Ivers, 2003). Sosyal stresörler (Winwood ve Lushington, 2006) ve adaletsizlik yaşama (Hietapakka, Elovainio, Heponiemi, Pesseau, Eccles ve Aalto, 2013) kötü uyku ile ilişkilidir. Resmi olandan ayrı olarak işverenden kaynaklı yazılı olmayan beklentiler kümesi, yazılı iş sözleşmeleri gibi sosyal stresörler uykusuzluğa neden olabilmektedir (Ng ve Feldman, 2013).

Göğüs kanseri hastalarının %69,6'sı uykusuzluk semptomlarına sahiptir. Ameliyattan önce uykusuzluk teşhisi koyulan hastaların oranı ise %36'dır (Savard, Villa, Ivers, Simard ve Morin, 2009). Psikiyatrik rahatsızlıklar kategorisinde incelenen travma sonrası stres bozukluğunun ardından yoğun bir şekilde uykusuzluk ortaya çıkmaktadır. 11 Eylül'de gerçekleşen saldırının ardından New York'ta yaşayan bireylerin yaklaşık olarak %25'inde uykusuzluk ortaya çıkmıştır (Galea, Resnick, Ahern, Gold, Bucuvalas, Kilpatrick, Stuber ve Vlahov, 2002). Yapılan literatür taramaları kapsamında araştırmamızın sonucu ile örtüşen bilgilere ulaşılmıştır.

Araştırmamızın bulgularından biri de hastaneye gitme sıklığının sağlık anksiyetesi ile pozitif yönde olan ilişkisidir. Sağlık anksiyetesi seviyesi birinci basamak tedavi için önemli rol oynamaktadır. Bu durumun sebebi ise sağlık anksiyetesi olan bireylerin sağlık merkezlerini daha fazla kullanıp sağlık sistemine daha yüksek masraflar yüklemeleridir (Fink, Ørnbøl, & Christensen, 2010).

Sağlık anksiyetesi olan bireylerde sıklıkla görülen siberkondria internette çok sık yapılan sağlık bilgisi arayışı olarak tanımlanmaktadır. Siberkondria sağlık anksiyetesi ile birlikte ortaya çıktığında, günlük işlevsellikte bozulma ve sağlık kuruluşlarının kullanımında artışa sebebiyet vermektedir (Mathes, Norr, Allan, Albanese ve Schmidt, 2018). Yapılan önceki çalışmalara göre çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı depresyon ve günlük işlevselliğin bozulması ile ilişkilidir fakat siberkondria sağlık merkezlerinin aşırı kullanımı ile ilişkilidir (Doherty-Torstrick, Walton ve Fallon, 2016). Verilen bilgilere göre, özellikle siberkondriyak bireyler sıklıkla hastaneye gitmektedirler. Ayrıca, siberkondriyak bireylerin semptomlarını internette çok sık aratmalarının sebeplerinden biri de güvenlik arama davranışıdır. Güvenlik arayışı davranışları ile fiziksel ve ruhsal sağlık merkezlerini kullanma arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Mathes, Norr, Allan, Albanese ve Schmidt, 2018). Literatürde bulunan bilgiler ışığında güvenlik arama davranışlarının sağlık anksiyetesini artırdığı söylenebilmektedir. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri yüksek olduğunda ise sıklıkla hastaneye veya herhangi bir sağlık kurumuna başvurma olasılıkları da artmaktadır. Sonuç olarak, literatürde bulunan bilgiler ve araştırma sonucumuz karşılaştırıldığında aynı bulguların elde edildiği görülmektedir.

Homeostatik denge uyku-uyanıklığı düzenler. Uzun süren uyanıklık evresini, derin ve uzun süreli uyku takip etmektedir (Dzaja ve ark., 2005). Bu durumda, uzun süre uyanık kalan bireylerin uykusuzlukları artmaktadır. Başka bir deyişle, uykusuz kalan bireylerin günlük uyku saatleri normal süre uyuyan bireylere göre daha azdır.

Son zamanlarda yapılan çalışmalara göre, kafein içeren ürünleri tüketmek uykuya dalmada güçlük, uyku süresinde azalma, uyku kalitesinin düşüklüğü gibi sorunlara yol açmaktadır (Clark ve Landolt, 2017). Son yıllarda yapılan çalışmanın sonucu, araştırmamızın sonucu ile çelişmektedir. Diğer yandan, daha güncel bir çalışmanın sonucu ise bu hipotezi çürütmektedir. Kafein içeren ürünler tüketmek genellikle uykusuzluğu azaltmaktadır (Kerpershoek, Antypa ve Van den Berg, 2018). Kahve ve çay, içerisinde barındırdıkları etken maddeler özellikle kafein sebebiyle çok fazla tüketildiğinde uykusuzluğu azaltmaktadır. Kafein içeren ürünler tüketmek genellikle uykusuzluğu azaltmaktadır (Kerpershoek, Antypa ve Van den Berg, 2018).

Sağlık anksiyeteli bireylerin, vücutlarındaki ufak değişimleri dahi kötü bir hastalıkları olduğuna dair yorumladıkları bilinmektedir. Bu yüzden genel sağlık durumlarını çok kötü olarak algıladıkları ve bununla birlikte sık sık hastaneye başvurdıkları belirtilmektedir. Zararsız bedensel duyular ve değişimlerin iyi huylu bedensel rahatsızlıklar, küçük hastalık belirtisi ve otonom sinir sistemi uyarılması olarak algılanması yerine kötü bir hastalığın göstergesi olarak algılanması yani hastalık inancı olarak ortaya çıkması sağlık anksiyetesinin ana bilişsel özelliğidir (El-Gabalawy, Mackenzie, Thibodeau, Asmundson ve Sareen, 2013). Sağlık anksiyeteli bireylerde görülen bu davranış ve düşünce şekliinden dolayı, genel sağlık durumlarını sıklıkla kötü değerlendirdikleri söylenebilmektedir. Hem literatürde karşılaşılan bilgiler hem de araştırmamızın sonucunda ortaya çıkan bilgi aynı durumu ifade etmektedir.

Uykululuğu olan bireylerin genel sağlık durumlarında meydana gelen değişimler hem sosyal hem de mesleki yaşamlarını da etkilemektedir. Yapılan bir çalışmaya göre gündüz uykululuğu, sağlık nedenlerinden dolayı işten daha fazla izin alıp çalışmamaya sebebiyet vermektedir (Philip, Taillard, Niedhammer, Guilleminault, and Bioulac, 2001). Uykululuk ile diğer hastalıklar arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar, uykululuğun yüksek kan basıncı, diyabet, obezite ve kalp krizi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Hoevenaer-Blom, Spijkerman, Kromhout, van den Berg ve Verschuren, 2011). Alanyazında verilen çalışmanın sonucu, yaptığımız araştırmanın sonucunu da destekler niteliktedir. Uykululuğun diğer hastalıklar ile olan ilişkisinden dolayı bireylerin genel sağlık durumlarını daha kötü gördüğü söylenebilmektedir.

Uykusuzluk gibi bir sıkıntıdan muzdarip olan kişiler genel sağlık seviyelerini kötü olarak değerlendirmektedirler (Strine ve Chapman, 2005). Uyku bölünmelerinin sıklığı dikkate alınıp sosyodemografik ve sosyoekonomik durumlar düzeltildiğinde bile uyku düzensizliği ve diyabet, obezite, koroner arter hastalığı gibi sağlık sorunları arasında ilişki meydana çıkmaktadır (Dijk, 2012). Kötü uyku kalitesi, genel sağlığın kötü olması ve anksiyete ile ilişkilidir (Calkins, Hearon, Capozzoli ve Otto, 2013).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- Kadınların bedensel belirtilere duyarlılık alt boyutu ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puan ortalamaları erkeklerden anlamlı şekilde yüksektir.
- Çalışmayan katılımcıların Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti Ölçeği toplam puan ortalamaları çalışan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksektir.
- Üzüntü verici veya stresli bir olay yaşayan kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puan ortalamaları böyle bir durum yaşamayanlara göre anlamlı şekilde yüksektir.
- Hastane veya sağlık kuruluşlarını sık kullanan bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puan ortalamaları gitmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir.
- Genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi toplam puan ortalamaları genel sağlık durumunu iyi değerlendirenlere göre anlamlı derecede yüksektir.
- Uykululuk ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Uykusuzluk ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Uykululuk ile uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmanın kısıtlılığı Tatlıkuyu Mahallesi'nin seçilmesidir. Türkiye'nin temsili niteliğinde olmasına rağmen sosyodemografik olarak farklı bölgelerin de çalışmaya katılması sonuçlar açısından önemli bir durumdur. Sosyodemografik veriler açısından Türkiye ortalamasının altında ve üstünde kalan bölgelerin ileride yapılacak çalışmalara dahil edilmesi her bölgedeki bireylerde meydana gelen uykululuk ve uykusuzluğun sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinin incelenmesi açısından alanyazına önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. (2008). New directions in health anxiety: introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 83-6.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007) The short health anxiety inventory in an undergraduate sample: Implications for a cognitive-behavioral model of hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871-83.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 413-24.
- Adan, A., Archer, S. N., Hidalgo, M.P., Di Milia, L., Natale, V., & Randler, C. (2012). Circadian typology: A comprehensive review. *Chronobiology International*, 29, 1153–75.
- Åkerstedt, T., Anund, A., Axelsson, J., & Kecklund, G. (2014). Subjective sleepiness is a sensitive indicator of insufficient sleep and impaired waking function. *Journal of Sleep Research*, 23(3), 242–54.
- Alvaro, P.K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2014) The independent relationships between insomnia, depression, subtypes of anxiety, and chronotype during adolescence. *Sleep Medicine*, 15, 934–41
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington DC:
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Anderson, K. N., Pilsworth, S., Sharples, L. D., Smith, I. E., & Shneerson, J. M. (2007). Idiopathic hypersomnia: a study of 77 cases. *Sleep, 30*(10), 1274–81.
- Arand, D., Bonnet, M., Hurwitz, T., Mitler, M., Rosa, R., & Sangal, R. B. (2005). The Clinical Use of the MSLT and MWT. *Sleep, 28*(1), 123–44.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health Anxiety: Current Perspectives and Future Directions. *Current Psychiatry Reports, 12*(4), 306–12.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Carleton, R. N., Weeks, J. W., & Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modelling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 246–51.
- Ayalon, L., & Ancoli-Israel, S. (2005). Normal Sleep in Aging. In Lee-Chiong, T. (Ed.), *Sleep: A Comprehensive Handbook*, (pp. 597–603). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 14*(4), 227–38.
- Balkin, T. J., & Wesensten, N. J. (2011). Differentiation of sleepiness and mental fatigue effects. In P. L. Ackerman (Ed.), *Cognitive fatigue: Current research and future applications* (pp. 47–66). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C., & Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry, 151*, 397–401.

- Bastien, C. H., Fortier-Brochu, É., Rioux, I., LeBlanc, M., Daley, M., & Morin, C. M. (2003). Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research, 54*(1), 39–49.
- Baugh, R. F., Archer, S. M., Mitchell, R. B., Rosenfeld, R. M., Amin, R., Burns, J. J., Darrow, D.H., Giordano, T., Litman, R.S., Kasey, K.L., Mannix, M.E., Schwartz, R.H., Setzen, G., Wald, E.R., Wall, E., Sandberg, G., & Patel, M. M. (2011). Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 144*, 1–30.
- Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search Cyberpsychology. *Behavior and Social Networking, 14*(10), 613–18.
- Beebe, D.W. (2006). Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: a comprehensive review. *Sleep, 29*(9), 1115–34.
- Billiard, M., & Sonka, K. (2016). Idiopathic hypersomnia. *Sleep Medicine Reviews, 29*, 23–33.
- Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Lin, H.-M., Ten Have, T., Rein, J., Vela-Bueno, A., & Kales, A. (2001). Prevalence of Sleep-disordered Breathing in Women: Effects of Gender. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 163*(3), 608–13.
- Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Ten Have, T., Tyson, K., & Kales, A. (1998). Effects of Age on Sleep Apnea in Men. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 157*(1), 144–48.
- Bjorvatn, B., Dale, S., Hogstad-Erikstein, R., Fiske, E., Pallesen, S., & Waage, S. (2012). Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care, 17*(4), 180–88.
- Borbély, A. A. (2009). Refining sleep homeostasis in the two-process model. *Journal of Sleep Research, 18*(1), 1–2.

- Botella, P., & Parra, A. (2003). Coffee increases state anxiety in males but not in females. *Human Psychopharmacology*, *18*, 141-43.
- Brand, S., Gerber, M., Beck, J., Hatzinger, M., Pühse, U., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). High Exercise Levels Are Related to Favorable Sleep Patterns and Psychological Functioning in Adolescents: A Comparison of Athletes and Controls. *Journal of Adolescent Health*, *46*(2), 133–41.
- Brenner, S., Angermann, C., Jany, B., Ertl, G., & Störk, S. (2008). Sleep-Disordered Breathing and Heart Failure. *Trends in Cardiovascular Medicine*, *18*(7), 240–47.
- Buysse, D. J., Soehner, A., Abbott, V., Kapur, K. V., Mahowald, M. W., Parker, K. P., Redline, S., Schenck, C. H., & Zee, P. H. (2016). Sleep and Sleep Wake Disorder. In Tasman A., Kay, J., Lieberman J. A., First, M. B., & Riba, M. (Eds.), *Psychiatry*, *1*(4). New Jersey: Wiley-Blackwell
- Calhoun, S. L., Fernandez-Mendoza, J., Vgontzas, A. N., Liao, D., & Bixler, E. O. (2014). Prevalence of insomnia symptoms in a general population sample of young children and preadolescents: gender effects. *Sleep Medicine*, *15*(1), 91–5.
- Calkins, A. W., Hearon, B. A., Capozzoli, M. C., & Otto, M. W. (2013). Psychosocial predictors of sleep dysfunction: the role of anxiety sensitivity, dysfunctional beliefs, and neuroticism. *Behavioral Sleep Medicine*, *11*(2), 133–43.
- Cao, M., Guilleminault, C., & Lin, C. (2013). Central Sleep Apnea: Effects on Stroke Volume in Heart Failure. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *187*(4), 340–41.
- Cao, M. T., & Guilleminault, C. (2017). Narcolepsy: Diagnosis and Management. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. C. (Eds.), *Principles and Practices of Sleep Medicine*. Philadelphia: Elsevier.
- Caples, S. M., Gami, A. S., & Somers, V. K. (2005). Obstructive sleep apnea. *Annals of Internal Medicine*, *142*, 187-97.

- Carlson, N. R. (2014). Sleep and Biological Rhythms. In Foundations of behavioral neuroscience. United States: Pearson Education.
- Carskadon, M.A. & Dement, W.C. (2000). Normal human sleep: An overview. In M. Kryger, T. Roth, & W. Dement (Eds.), Principles and practice of sleep medicine (pp. 15–25). Philadelphia, Pa: W.B. Saunders.
- Carskadon, M. A. & Dement, W. C. (2011). Normal human sleep: an overview. In Kryger, M. H., Roth, T. & Dement, W. C. (eds.) Principles and Practices of Sleep Medicine. St. Louis, MO: Elsevier
- Chang, K. A. J., Kim, K., Fava, M., Mischoulon, D., Hong, J. P., Kim, D. J. H., Heo, J.-G., Cho, H., & Jeon, H. J. (2016). Cross-national differences in hypochondriasis symptoms between Korean and American outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, *245*, 127–32.
- Cheng, P., & Drake, C. (2016). Shift work and work performance. In Barling, J., Barnes C. M., Carleton, E. L., & Wagner, D. T. (Eds.), Work and Sleep: Research Insights for the Workplace (pp. 11–30). New York: Oxford University Press.
- Chowdhuri, S., Patel, P., & Badr, M. S. (2018). Apnea in Older Adults. *Sleep Medicine Clinics*, *13*(1), 21–37.
- Clark, I., & Landolt, H. P. (2017). Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, *31*, 70–78.
- Cohrs, S., Rodenbeck, A., Riemann, D., Szagun, B., Jaehne, A., Brinkmeyer, J., Gründer, G., Wienker, T., Diaz-Lacava, A., Mobascher, A., Dahmen, N., Thuerauf, N., Kornhuber, J., Kiefer, F., Gallinat, J., Wagner, M., Kunz, D., Grittner, U., & Winterer, G. (2012). Impaired sleep quality and sleep duration in smokers-results from the German Multicenter Study on Nicotine Dependence. *Addiction Biology*, *19*(3), 486–96.

- Costanzo, M. R., Khayat, R., Ponikowski, P., Augostini, R., Stellbrink, C., Mianulli, M., & Abraham, W. T. (2015). Mechanisms and Clinical Consequences of Untreated Central Sleep Apnea in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, *65*(1), 72–84.
- Coveney, C. M. (2013). Managing sleep and wakefulness in a 24-hour world. *Sociology of Health & Illness*, *36*(1), 123–36
- Cowie, M. R. (2017). Sleep apnea: State of the art. *Trends in Cardiovascular Medicine*, *27*(4), 280–89.
- Cross, N., Lampit, A., Pye, J., Grunstein, R. R., Marshall, N., & Naismith, S. L. (2017). Is Obstructive Sleep Apnoea Related to Neuropsychological Function in Healthy Older Adults? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, *27*(4), 389–402.
- Curcio, G., Casagrande, M., & Bertini, M. (2001). Sleepiness: evaluating and quantifying methods. *International Journal of Psychophysiology*, *41*(3), 251–63.
- Curcio, G., Ferrara, M., & Degennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, *10*(5), 323–37.
- Dahlgren, A., Kecklund, G., & Akerstedt, T. (2005). Different levels of work related stress and the effects on sleep, fatigue and cortisol. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *31*, 277–85.
- Dauvilliers, Y., & Bassetti, C. L. (2017). Idiopathic Hypersomnia. In Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. C. (Eds.), *Principles and Practices of Sleep Medicine*. Philadelphia: Elsevier.
- De Backer W. (2013). Obstructive sleep apnea/hypopnoea syndrome. *Panminerva Medica*, *55*(2), 191–95.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *22*, 115-27.

- Dempsey, J. A., Veasey, S. C., Morgan, B. J., & O'Donnell, C. P. (2010). Pathophysiology of Sleep Apnea. *Physiological Reviews*, *90*(1), 47–112.
- De Souza, C. M., & Hidalgo, M. P. L. (2014). The midpoint of sleep on working days: A measure for chronodisruption and its association to individuals' well-being. *Chronobiology International*, *32*(3), 341–48.
- De Zambotti, M., Goldstone, A., Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2018). Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep Medicine Reviews*, *39*, 12–24.
- Dews, P. B., O'Brien, C. P., & Bergman, J. (2002). Caffeine: behavioral effects of withdrawal and related issues. *Food and Chemical Toxicology*, *40*, 1257-61.
- Dijk, D.-J. (2012). Sleep and health: beyond sleep duration and sleepiness? *Journal of Sleep Research*, *21*(4), 355–56.
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing Health Anxiety from Online Behavior. *Psychosomatics*, 1-11.
- Dondi, M., Messinger, D., Colle, M., Tabasso, A., Simion, F., Barba, B. D., & Fogel, A. (2007). A New Perspective on Neonatal Smiling: Differences Between the Judgments of Expert Coders and Naive Observers. *Infancy*, *12*(3), 235–55.
- Donovan, L. M., & Kapur, V. K. (2016). Prevalence and Characteristics of Central Compared to Obstructive Sleep Apnea: Analyses from the Sleep Heart Health Study Cohort. *Sleep*, *39*(7), 1353–59.
- Dzaja, A., Arber, S., Hislop, J., Kerkhofs, M., Kopp, C., Pollmächer, T., Polo-Kantola, P., Skene, D.J., Stenuit, P., Tobler, I., & Porkka-Heiskanen, T. (2005). Women's sleep in health and disease. *Journal of Psychiatric Research*, *39*(1), 55–76.
- Eckert, D. J., Jordan, A. S., Merchia, P., & Malhotra, A. (2007). Central Sleep Apnea. *Chest*, *131*(2), 595–607.

- Edgar, D. M., Dement, W. C., & Fuller, C. A. (1993). Effect of SCN lesions on sleep in squirrel monkeys: Evidence for opponent processes in sleep-wake regulation. *Journal of Neuroscience*, *13*, 1065–79.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., Jamieson, A.O., McCall, W.V., Morin, C.M., & Stepanski, E. J. (2004). Derivation of Research Diagnostic Criteria for Insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, *27*(8), 1567–96.
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1096–1105.
- Ellenbogen, J. (2016). Sleepiness. *Seminars in Neurology*, *36*(05), 449–55.
- Eryavuz N. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi 2007.
- Escobar, J., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A., & Compton, W. (1998). DSM-IV Hypochondriasis in Primary Care. *General Hospital Psychiatry*, *20*(3), 155–59.
- Escobar, C., Salgado, R., Rodriguez, K., Vázquez, A. S. B., Angeles-Castellanos, M., & Buijs, R. M., (2011). Scheduled meals and scheduled palatable snacks synchronize circadian rhythms: consequences for ingestive behavior. *Physiology & Behavior*, *104*(4), 555-61.
- Farajzadeh, M., Hosseini, M., Mohtashami, J., Chaibakhsh, S., Tafreshi, M. Z., & Gheshlagh, R. G. (2016). The association between obstructive sleep apnea and depression in older adults. *Nursing and Midwifery Studies*, *5*(2), 1-5.

- Fink, P., Ørnbøl, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *Plos One*, *5*, 1–12.
- Fogel, S. M., & Smith, C. T. (2011). The function of the sleep spindle: A physiological index of intelligence and a mechanism for sleep-dependent memory consolidation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*, 1154–65.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, *18*, 425–32.
- Ford, E. S., Wheaton, A. G., Cunningham, T. J., Giles, W. H., Chapman, D. P., & Croft, J. B. (2014). Trends in Outpatient Visits for Insomnia, Sleep Apnea, and Prescriptions for Sleep Medications among US Adults: Findings from the National Ambulatory Medical Care Survey 1999–2010. *Sleep*, *37*(8), 1283–93.
- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J., & Vlahov, D. (2002). Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *Journal of Urban Health*, *79*(3), 340–53.
- Gerolimatos, L. A., & Edelstein, B. A. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics*, *24*(12), 1998–2008.
- Goel, N., Basner, M., & Dinges, D. F. (2015). Phenotyping of Neurobehavioral Vulnerability to Circadian Phase During Sleep Loss. In Sehgal, A. (Ed.), *Circadian Rhythms and Biological Clocks, Part B*, (pp. 285–308). London: Academic Press
- Goldbart, A., Peppard, P., Finn, L., Ruoff, C. M., Barnet, J., Young, T., & Mignot, E. (2014). Narcolepsy and predictors of positive MSLTs in the Wisconsin Sleep Cohort. *Sleep*, *37*, 1043–51.

- Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., Hale, L., Rosenberg, R., & Czeisler, C. A. (2013). The Sleep and Technology Use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America Poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(12), 1291-9
- Graham, K. M., & Levy, J. B. (2009). Enuresis. *Pediatrics in Review*, 30(5), 165–73.
- Grandner, M. A., Jackson, N. J., Pak, V. M., & Gehrman, P. R. (2011). Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. *Journal of Sleep Research*, 21(4), 427–33.
- Grandner, M. A., Williams, N. J., Knutson, K. L., Roberts, D., & Jean-Louis, G. (2016). Sleep disparity, race/ethnicity, and socioeconomic position. *Sleep Medicine*, 18, 7–18.
- Greeven, A., van Balkom, A. J., van Rood, Y. R., van Oppen, P., & Spinhoven, P. (2006). The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional study from the Netherlands. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(11), 1682-89.
- Gropalis, M., Bleichhardt, G., Witthöft, M., & Hiller, W. (2012). Hypochondriasis, Somatoform Disorders, and Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 406–12.
- Gruber, R., Xi, T., Frenette, S., Robert, M., Vannasinh, P., & Carrier, J. (2009). Sleep Disturbances in Prepubertal Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Home Polysomnography Study. *Sleep*, 32(3), 343–50.
- Guglielmi, O., Jurado-Gámez, B., Gude, F., & Buela-Casal, G. (2014). Job stress, burnout, and job satisfaction in sleep apnea patients. *Sleep Medicine*, 15(9), 1025–30.
- Guilbaud O, Jeammet P, Corcos M (2006). Alexithymia, stress and immunity. In Plotnikoff, N. (Ed.), *Cytokines: stress and immunity*, 2nd ed. (pp. 101-9). Boca Raton, FL: Taylor & Francis.

- Gutierrez, C., & Brady, P. (2013). Obstructive sleep apnea: a diagnostic and treatment guide. *The Journal of Family Practice, 62*(10), 565–72.
- Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: The role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 149–64.
- He, K., & Kapur, V. K. (2017). Sleep-Disordered Breathing and Excessive Daytime Sleepiness. *Sleep Medicine Clinics, 12*(3), 369–82.
- Hedman, E., Lindefors, N., Andersson, G., Andersson, E., Lekander, M., Rück, C., & Ljótsson, B. (2013). Predictors of outcome in Internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 51*(10), 711–17.
- Heinzer, R., Vat, S., Marques-Vidal, P., Marti-Soler, H., Andries, D., Tobback, N., Mooser, V., Preisig, M., Malhotra, A., Waeber, G., Vollenweider, P., Tafti, M., & Haba-Rubio, J. (2015). Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *The Lancet Respiratory Medicine, 3*(4), 310–18.
- Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 218-33.
- Hietapakka, L., Elovainio, M., Heponiemi, T., Pesseau, J., Eccles, M., & Aalto, A.-M. (2013). Do nurses who work in a fair organization sleep and perform better and why? Testing potential psychosocial mediators of organizational justice. *Journal of Occupational Health Psychology, 18*, 481–91.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., & Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(1), 29–49.

- Hines S., & Halbower, A.C. (2013). Pediatric Obstructive Sleep-Disordered Breathing. In Kushida C. A. (Ed.), *Encyclopedia of Sleep*. London:Academic Press
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., & Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health, 1*(4), 233–43.
- Hitchcock, P. B., & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy, 30*(3), 223–34.
- Hoevenaar-Blom, M.P., Spijkerman, A. M. W., Kromhout, D., van den Berg, J. F., & Verschuren, W. M. M. (2011). Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: the MORGEN Study. *Sleep, 34*(11), 1487–92.
- Horne, J. A., & Burley, C. V. (2010). We know when we are sleepy: Subjective versus objective measurements of moderate sleepiness in healthy adults. *Biological Psychology, 83*(3), 266–68.
- Horne, J. A., & Ostberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness- eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology, 4*(2), 97-110.
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K., Lundervold, A., & Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *Journal of Sleep Research, 22*(5), 549-56.
- Hyppa, M. & Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal of Clinical Epidemiology, 42*(7), 633–38.
- Javaheri, S., & Dempsey, J. A. (2013). Central sleep apnea. *Comprehensive Physiology, 3*, 141–63.

- Jensen, W. J. (2018). Pediatric Sleep-Disordered Breathing. *Physician Assistant Clinics*, 3(2), 193–206.
- Jeyakumar, A., Rahman, S. I., Armbrecht, E. S., & Mitchell, R. (2012). The association between sleep-disordered breathing and enuresis in children. *The Laryngoscope*, 122(8), 1873–77.
- Johns, M. W. (2008). The subjective measurement of excessive daytime sleepiness. In: Pandi-Perumal, S. R., Verster, J. C., Monti, J. M., Lader, M., & Langer, S. Z. (Eds.), *Sleep Disorders: Diagnosis and Therapeutics*, (pp.643-57). London:Informa Healthcare.
- Johns, M.W. (2010). A new perspective on sleepiness. *Sleep and Biological Rhythms*, 8(3), 170–79.
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Gullickson, K. (2015). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health and Medicine*, 19, 525–35.
- Kandeger, A., Egilmez, U., Sayin, A. A., & Selvi, Y. (2018). The relationship between night eating symptoms and disordered eating attitudes via insomnia and chronotype differences. *Psychiatry Research*, 268, 354–57.
- Keklund, G., & Akerstedt, T. (1997). Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *Journal of Sleep Research*, 6(4), 217–20.
- Kerpershoek, M. L., Antypa, N., & Van den Berg, J. F. (2018). Evening use of caffeine moderates the relationship between caffeine consumption and subjective sleep quality in students. *Journal of Sleep Research*, e12670.
- Khan, M. S., & Aouad, R. (2017). The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. *Sleep Medicine Clinics*, 12(2), 167–77.
- Kim, B.-S., Jeon, H. J., Hong, J. P., Bae, J. N., Lee, J.-Y., Chang, S. M., Lee, Y.-M., Son, J., Cho, M. J. (2012). DSM-IV psychiatric comorbidity according to symptoms of insomnia: a nationwide sample of Korean adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2019–33.

- Kim, W.-H., Kim, B.-S., Kim, S.-K., Chang, S.-M., Lee, D.-W., Cho, M.-J., & Bae, J.-N. (2013). Prevalence of insomnia and associated factors in a community sample of elderly individuals in South Korea. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1729–37.
- Kirsch, D. B. (2013). Introduction to Sleep Medicine. *Sleep Medicine in Neurology*, 1–7.
- Kjeldsen J.S., Rosenkilde M., Nielsen S.G., Reichkender, M., Auerbach, P., Ploug, T., Stallknecht, B., Sjödin, A.M., & Chaput, J.-P. (2012). Effect of different doses of exercise on sleep duration, sleep efficiency and sleep quality in sedentary, overweight men. *Bioenergetics*, 2(1), 2-6.
- Kornum, B. R. (2017). Genetics of Human Sleep and Sleep Disorders. In Tucci, V. (Ed.), *Handbook of Neurobehavioral Genetics and Phenotyping*, (pp. 295–322). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Kouros, C. D., & El-Sheikh, M. (2014). Daily mood and sleep: reciprocal relations and links with adjustment problems. *Journal of Sleep Research*, 24(1), 24–31.
- Krystal, A. D., & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Medicine*, 9, 10–17.
- Lavie P. (1981). Sleep habits and sleep disturbances in industrial workers in Israel: main findings and some characteristics of workers complaining of excessive daytime sleepiness. *Sleep*, 4(2), 147–58.
- Leger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(6), 379–89.
- Leger, D., Stal, V., Guilleminault, C., Raffray, T., Dib, M., & Paillard, M. (2001). Diurnal consequence of insomnia: impact on quality of life. *Revista de Neurología*, 157, 1270–78.
- Li, J., Vitiello, M. V., & Gooneratne, N. S. (2018). Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1–11.

- Lim, J., & Dinges, D. F. (2008). Sleep Deprivation and Vigilant Attention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129(1), 305–22.
- Lin, J., & Suurna, M. (2018). Sleep Apnea and Sleep-Disordered Breathing. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 51(4), 827–33.
- Lineberger, M. D., Carney, C. E., Edinger, J. D., & Means, M. K. (2006). Defining Insomnia: Quantitative Criteria for Insomnia Severity and Frequency. *Sleep*, 29(4), 479–85.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137–50.
- Lumeng, J. C., & Chervin, R. D. (2008). Epidemiology of Pediatric Obstructive Sleep Apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(2), 242–52.
- Maggi, S., Langlois, J. A., Minicuci, N., Grigoletto, F., Pavan, M., Foley, D. J., & Enzi, G. (1998). Sleep Complaints in Community-Dwelling Older Persons: Prevalence, Associated Factors, and Reported Causes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(2), 161–68.
- Mai, E., & Buysse, D. J. (2008). Insomnia: prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 167–74.
- Mairesse, O., De Valck, E., Quanten, S., Neu, D., Cortoos, A., Pattyn, N., Theuns, P., Cluydts, R., & Hofmans, J. (2014). Sleepiness phenomics: Modeling individual differences in subjective sleepiness profiles. *International Journal of Psychophysiology*, 93(1), 150–61.
- Malhotra, A., & Owens, R. (2010). What is central sleep apnea? *Respiratory Care*, 55(9), 1168-78.
- Mallampalli, M. P., & Carter, C. L. (2014). Exploring Sex and Gender Differences in Sleep Health: A Society for Women's Health Research Report. *Journal of Women's Health*, 23(7).

- Marshall, L., & Born, J. (2007). The contribution of sleep to hippocampus-dependent memory consolidation. *Trends in Cognitive Sciences, 11*(10), 442–50.
- Martin, A., & Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine, 68*, 770–77.
- Martins, R. T., & Eckert, D. J. (2014). Central Sleep Apnea due to Other Medical Disorders. *Sleep Medicine Clinics, 9*(1), 57–67.
- Masri, T. J., Gonzales, C. G., & Kushida, C. A. (2012). Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Medicine Clinics, 7*(2), 283–89.
- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research, 261*, 204–11.
- Mattis, J., & Sehgal, A. (2016). Circadian Rhythms, Sleep, and Disorders of Aging. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 27*(4), 192–203.
- Maust, D. T., Blow, F. C., Wiechers, I. R., Kales, H. C., & Marcus, S. C. (2017). National Trends in Antidepressant, Benzodiazepine, and Other Sedative-Hypnotic Treatment of Older Adults in Psychiatric and Primary Care. *The Journal of Clinical Psychiatry, 78*(04), 363–71.
- McCall, W. V. (2004). Sleep in the elderly: burden, diagnosis, and treatment. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 6*(1), 9–20.
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2018). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 245*, 270-78
- Meltzer, L. J., Mindell, J. A., & Levandoski, L. J. (2007). The 24-Hour Sleep Patterns Interview: A Pilot Study of Validity and Feasibility. *Behavioral Sleep Medicine, 5*(4), 297–310.

- Merdad, R. A., Akil, H., & Wali, S. O. (2017). Sleepiness in Adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 12(3), 415–28.
- Messiha, A., Gurney, B., & Haers, P. (2016). Obstructive Sleep Apnoea Syndrome. In Naini, F. B., & Gill, D. S. (Eds.), *Orthognathic Surgery: Principles, Planning and Practice*, (pp. 690-700). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Mohammadieh, A., Sutherland, K., & Cistulli, P. A. (2017). Sleep disordered breathing: management update. *Internal Medicine Journal*, 47(11), 1241–47.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A Clinical Guide To Assessment and Treatment*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Morin, C., Leblanc M., Daley, M., Gregoire, J., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2), 123–130.
- Morin, C.M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). The role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65, 259–67.
- Morrison, I., & Riha, R. L. (2012). Excessive daytime sleepiness and narcolepsy — An approach to investigation and management. *European Journal of Internal Medicine*, 23(2), 110–17.
- Mullington, J. M., Chan, J. L., Van Dongen, H. P. A., Szuba, M. P., Samaras, J., Price, N. J., Meier-Ewert, H. K., Dinges, D. F., & Mantzoros, C. S. (2003). Sleep Loss Reduces Diurnal Rhythm Amplitude of Leptin in Healthy Men. *Journal of Neuroendocrinology*, 15(9), 851–54.
- Mullins, H. M., Cortina, J. M., Drake, C. L., & Dalal, R. S. (2014). Sleepiness at work: A review and framework of how the physiology of sleepiness impacts the workplace. *Journal of Applied Psychology*, 99(6), 1096–1112.
- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K., Higuchi, S., Mori, J., Yamamoto, R., & Ohida, T. (2011). The Association

- between Use of Mobile Phones after Lights Out and Sleep Disturbances among Japanese Adolescents: A Nationwide Cross-Sectional Survey. *Sleep*, 34(8), 1013–20.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 189–96.
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2013). Sleep in Older Adults. In Kushida, C. A. (Ed.), *Encyclopedia of Sleep*. London: Academic Press
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. J., Wong, S. (Kelvin), & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 31–7.
- Ng, T. W. H., & Feldman, D. C. (2013). The effects of organisational embeddedness on insomnia. *Applied Psychology*, 62, 330–57.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282–89.
- Odle-Dusseau, H. N., Bradley, J. L., & Pilcher, J. J. (2010). Subjective Perceptions of the Effects of Sustained Performance Under Sleep-Deprivation Conditions. *Chronobiology International*, 27(2), 318–33.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.
- Ohayon, M. M. (2008). From wakefulness to excessive sleepiness: What we know and still need to know. *Sleep Medicine Reviews*, 12(2), 129–41.
- Ohayon, M. M., Malijai, C., Pierre, P., Guilleminault, C., & Priest, R. G. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of Internal Medicine*, 157(22), 2645–52.

- Ohayon, M., Wickwire, E.M., Hirshkowitz, M., Albert, S.M., Avidan, A., Daly, F. J., & Vitiello, M.V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*, 3(1), 6–19.
- Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 719–28
- olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 363-77.
- Oldenburg, O. (2012). Cheyne-Stokes Respiration in Chronic Heart Failure. *Circulation Journal*, 76(10), 2305–17.
- Orbeta, R., Overpeck, M., Ramcharran, D., Kogan, M., & Ledsky, R. (2006). High caffeine intake in adolescents: associations with difficulty sleeping and feeling tired in the morning. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 451-53.
- Overeem, S., Mignot, E., van Dijk, J. G., Lammers, G. J. (2001). Narcolepsy: clinical features, new pathological insights, and future perspectives. *The Journal of Clinical Neurophysiology*, 18(2), 78–105.
- Owens, K. B., Asmundson, G. G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, T. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 57–66.
- Pataka, A. D., Frangulyan, R. R., Mackay, T. W., Douglas, N. J., & Riha, R. L. (2011). Narcolepsy and sleep-disordered breathing. *European Journal of Neurology*, 19(5), 696–702.
- Philip, P., Taillard, J., Niedhammer, I., Guilleminault, C., & Bioulac, B. (2001). Is there a link between subjective daytime somnolence and sickness

- absenteeism? A study in a working population. *Journal of Sleep Research, 10*, 111–15.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(6), 583–96.
- Pranathiageswaran, S., Badr, M. S., Severson, R., & Rowley, J. A. (2013). The influence of race on the severity of sleep disordered breathing. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 9*(4), 303–9.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7–8), 502–12.
- Rama, A. N., Cho, S. C. & Kushida, C. A. (2005). Normal Human Sleep. Lee-Chiong, T. (Ed.), *Sleep: A Comprehensive Handbook*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Ravichand, M., & Radtke, R. A. (2013). Approach to a Patient with Narcolepsy. *Sleep Medicine in Neurology, 43*–50.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(3), 407–13.
- Ribeiro, S., & Stickgold, R. (2014). Sleep and school education. *Trends in Neuroscience and Education, 3*(1), 18–23.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2008). Caffeine: Sleep and daytime sleepiness. *Sleep Medicine Reviews, 12*(2), 153–62.
- Roland, P. S., Rosenfeld, R. M., Brooks, L. J., Friedman, N. R., Jones, J., Kim, T. W., Kuhar, S., Mitchell, R. B., Seidman, M. D., Sheldon, S. H., Jones, S., & Robertson, P. (2011). Clinical Practice Guideline: Polysomnography for Sleep-Disordered Breathing Prior to Tonsillectomy in Children. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 145*, 1–15.

- Rosa, R. R. (2001). Examining work schedules for fatigue: it's not just hours of work. In: Hancock, P.A., & Desmond, P. A. (Eds.), *Stress, Workload, and Fatigue*, (pp. 513-28). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosa, R. R. (2005). Sleep Loss, Sleepiness, Performance, and Safety. In Lee-Chiong, T. (Ed.), *Sleep: A Comprehensive Handbook*, (pp. 203–207). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Rosipal, R., Lewandowski, A., & Dorffner, G. (2013). In search of objective components for sleep quality indexing in normal sleep. *Biological Psychology*, *94*(1), 210–20.
- Roth, T., & Roehrs, T. A. (1996). Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clinical Therapeutics*, *18*(4), 562–76.
- Roth, T., & Roehrs, T. (2003). Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, *5*(3), 5–15.
- Rowley, J. A., & Badr, M. S. (2017). Central Sleep Apnea in Patients with Congestive Heart Failure. *Sleep Medicine Clinics*, *12*(2), 221–27.
- Ryan, C. M., & Bradley, T. D. (2005). Pathogenesis of obstructive sleep apnea. *Journal of Applied Physiology*, *99*(6), 2440–50.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, *19*, 6-19.
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: an experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*, 709-15.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, *24*(5), 597–602.
- Salkovskis, P.M., & Warwick, H.C. (2001). Making sense of hypochondriasis: A cognitive model in health anxiety. In Asmundson, G. J. G., Taylor, S., & Cox, B.J. (Eds.), *Health anxiety: Clinical and research perspectives*

on hypochondriasis and related disorders, (pp. 46–64). London, UK: John Wiley and Sons Ltd.

- Salmon, P., & Calderbank, S. (1996). The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 329–36.
- Savard, J., Villa, J., Ivers, H., Simard, S., & Morin, C. M. (2009). Prevalence, natural course, and risk factors of insomnia comorbid with cancer over a 2-month period. *Journal of Clinical Oncology, 27*, 5233-39.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A. C., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety, Depressive, and Somatoform Disorders. *Psychosomatics, 57*(2), 200–207.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 4*(5), 487–504.
- Sehlmeyer, C., Schöning, S., Zwitserlood, P., Pflleiderer, B., Kircher, T., Arolt, V., & Konrad, C. (2009). Human fear conditioning and extinction in neuroimaging: A systematic review. *PloS One, 4*(6), 1-16
- Shahidi, S., Molaie, A., & Dehghani, M. (2012). Relationship Between Health Anxiety and Alexithymia in an Iranian Sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 46*, 591–95.
- Shahid, A., Shen, J., & Shapiro, C. M. (2010). Measurements of sleepiness and fatigue. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(1), 81–9.
- Shen, J., Barbera, J., & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews, 10*(1), 63–76.
- Simon, C., Gronfier, C., Schlienger, J. L., & Brandenberger, G. (1998). Circadian and Ultradian Variations of Leptin in Normal Man under Continuous Enteral Nutrition: Relationship to Sleep and Body Temperature. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 83*(6), 1893–99.

- Singh, K., & Brown, R. J. (2014). Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 27(5), 542–54.
- Sinha, D., & Guilleminault, C. (2010). Sleep disordered breathing in children. *The Indian Journal of Medical Research*, 131(4), 311–20.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Van Cauter E. (2004). Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine*, 141(11), 846–50.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *British Journal of Psychiatry*, 202(01), 7–8.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–13.
- Starcevic, J., Fallon, S., Uhlenhuth, E. H., & Pathak, D. (1994). Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 93-9.
- Stierer, T. L. (2015). Obstructive Sleep Apnea, Sleep Disorders, and Perioperative Considerations. *Anesthesiology Clinics*, 33(2), 305–14.
- Strauch, I., & Meier, B. (1988). Sleep needs in adolescents: a longitudinal approach. *Sleep*, 11(4), 378–86.
- Strine, T. W., & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6(1), 23–7.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 40, 34–43.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202, 56–61.

- Şenel, F. (2005). Uyku ve Rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 2, 2-14.
- Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., & Mignot, E. (2004). Short Sleep Duration Is Associated with Reduced Leptin, Elevated Ghrelin, and Increased Body Mass Index. *PLoS Medicine*, 1(3), 210-17.
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford.
- Te Poel, F., Baumgartner, S. E., Hartmann, T., & Tanis, M. (2016). The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 32–40.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209(2), 186–95.
- Tremaine, R. B., Dorrian, J., & Blunden, S. (2010). Subjective and objective sleep in children and adolescents: Measurement, age, and gender differences. *Sleep and Biological Rhythms*, 8(4), 229–38.
- Treur, J. L., Gibson, M., Taylor, A. E., Rogers, P. J., & Munafò, M. R. (2018). Investigating genetic correlations and causal effects between caffeine consumption and sleep behaviours. *Journal of Sleep Research*, e12695.
- Trotti, L. M. (2017a). Waking up is the hardest thing I do all day: Sleep inertia and sleep drunkenness. *Sleep Medicine Reviews*, 35, 76–84.
- Trotti, L. M. (2017b). Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 12(3), 331–44
- Tsai, S. C. (2010). Excessive Sleepiness. *Clinics in Chest Medicine*, 31(2), 341–51.
- Vernet, C., & Arnulf, I. (2009). Narcolepsy with long sleep time: a specific entity? *Sleep*, 32(9):1229–35.

- Vernet, C., Leu-Semenescu, S., Buzare, M.-A., & Arnulf, I. (2010). Subjective symptoms in idiopathic hypersomnia: beyond excessive sleepiness. *Journal of Sleep Research*, 19(4), 525–34.
- Vitiello, M. V. (2006). Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*, 1(2), 171-76.
- Walsleben, J. (2003). Gender Issues Related to Sleep. In D'haenen, H., den Boer, J. A., & Willner, P. (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp. 1299-1306). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Webb, W. B., Bonnet, M. H., & White, R. M. (1976). State and Trait Correlates of Sleep Stages. *Psychological Reports*, 38, 1181–82.
- Weck, F., Bleichhardt, G., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Explicit and implicit anxiety: differences between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and healthy controls. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 317–25.
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S., & Stangier, U. (2012a). The restrictive concept of good health in patients with hypochondriasis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 792–98.
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S., & Stangier, U. (2012b). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 53, 148–54.
- Weck, F., Neng, J. M. B., Schwind, J., & Höfling, V. (2015). Exposure therapy changes dysfunctional evaluations of somatic symptoms in patients with hypochondriasis (health anxiety). A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 1–7.
- Wells, A. (1997). Hypochondriasis: health anxiety. In: *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A practice manual and conceptual guide*, (pp. 133-166). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 1–37.

- Wilhelmsen, I. (2017). Hypochondriasis or health anxiety. In Reference Module Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier.
- Winwood, P. C., & Lushington, K. (2006). Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress within a large sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *56*, 679–89.
- Wise, M. S. (2005). Evaluation of Excessive Sleepiness. In Lee-Chiong, T. (Ed.), *Sleep: A Comprehensive Handbook*, (pp. 183–189). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Young, T., Peppard, P. E., & Gottlieb, D. J. (2002). Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *165*(9), 1217–39.
- Young, T., Skatrud, J., & Peppard, P. E. (2004). Risk Factors for Obstructive Sleep Apnea in Adults. *JAMA*, *291*(16), 2013–16.
- Youngstedt, S. D. (2005). Effects of Exercise on Sleep. *Clinics in Sports Medicine*, *24*(2), 355–65.
- Zhang, J., & Han, F. (2017). Sleepiness in Narcolepsy. *Sleep Medicine Clinics*, *12*(3), 323–30.
- Zhou, E. S., Gardiner, P., & Bertisch, S. M. (2017). Integrative Medicine for Insomnia. *Medical Clinics of North America*, *101*(5), 865–79.
- Zimmerman, M. E., & Aloia, M. S. (2012). Sleep-Disordered Breathing and Cognition in Older Adults. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *12*(5), 537–46.

EKLER

EK 1 - Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız

3. Medeni Haliniz

Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

4. Kilonuz

5. Mesleğiniz

6. Eğitim Durumunuz

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans ()

7. Vardiyalı Çalışma Düzeniniz Var Mı? Evet () Hayır ()

8. Günde Kaç Saat Çalışıyorsunuz?

9. Günde Kaç Saat Uyursunuz?

10. Aylık Gelirinizi Nasıl Değerlendiriyorsunuz?

İyi () Orta () Kötü ()

11. Aşağıdakilerden Birini Veya Birkaçını Kullanıyorsanız Lütfen İşaretleyiniz.

Sigara () Alkol () Diğer () Hiçbiri ()

12. Aşağıdakilerden Bir Veya Birkaçını Kullanıyorsanız Lütfen İşaretleyiniz.

Çay () Kahve () Hiçbiri ()

13. Günlük Çay Veya Kahve Tüketiminiz Kaç Bardak?
.....

14. Düzenli Olarak Kullandığımız Bir İlaç Var Mı? Varsa Nedir?

.....

15. Düzenli Olarak Egzersiz Yapıyor Musunuz? Evet () Hayır ()

16. Son Zamanlarda Üzüntü Verici Veya Stresli Bir Olay Yaşadınız Mı?

Evet () Hayır ()

17. Geçirmiş Olduğunuz Önemli Bir Hastalık Veya Ameliyat Var Mı? Varsa Nedir?

.....

18. Hastaneye Ne Sıklıkta Gidersiniz?

Her Zaman () Sıklıkla () Bazen () Nadiren () Hiçbir Zaman ()

19. Genel Sağlık Durumunuzu 1-10 Arasında Puanlayınız (1 En Düşük, 10 En Yüksek)

EK 2 - Epworth Uykululuk Ölçeği

Son zamanlarda günlük yaşantınız içinde, aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkla uykularsınız (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uyuyakalmak anlaşılmalıdır)? Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile böyle bir durumun sizi nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz.

| | HİÇBİR ZAMAN UYUKLAMAM | NADİREN UYUKLARIM | ZAMAN ZAMAN UYUKLARIM | BÜYÜK OLASILIKLA UYUKLARIM |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Oturmuş bir şeyler okurken | | | | |
| Televizyon seyrederken | | | | |
| Toplum içinde hareketsizce otururken (toplantı veya tiyatro gibi) | | | | |
| Ara vermeden en az bir saat süren bir araba yolculuğunda, yolcu olarak bulunurken | | | | |
| Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda, dinlenmek için uzanmışken | | | | |
| Biriyle oturmuş konuşurken | | | | |
| Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken | | | | |
| İçinde olduğum araba, trafikte birkaç dakika için durduğunda | | | | |

EK 3 - Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Lütfen şu andaki (örneğin; son iki hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1a. Uykuya dalmakta güçlük | Hiç | Hafif | Orta | Şiddetli | Çok Şiddetli |
| 1b. Uykuyu sürdürmede güçlük | Hiç | Hafif | Orta | Şiddetli | Çok Şiddetli |
| 1c. Çok erken uyanma problemi | Hiç | Hafif | Orta | Şiddetli | Çok Şiddetli |
| 2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyet sizzsiniz? | Çok memnun | Memnun | Nötr | Memnun Değil | Hiç Memnun Değil |
| 3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn; gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygudurum vb) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz? | Kesinlikle Engelleyici Değil | Biraz Engelleyici | Oldukça Engelleyici | Çok Engelleyici | Çok Fazla Engelleyici |
| 4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar farkedilebildiğini düşünüyorsunuz? | Kesinlikle Fark Edilmez | Biraz Fark Edilebilir | Oldukça Fark Edilebilir | Çok Fark Edilebilir | Çok Fazla Fark Edilebilir |
| Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor? | Kesinlikle Endişelendiriyor | Biraz Endişelendiriyor | Oldukça Endişelendiriyor | Çok Endişelendiriyor | Çok Fazla Endişelendiriyor |

EK 4 - Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

- 1.a) Sağlığımıla ilgili endişelenmem.
 - b) Sağlığımıla ilgili nadiren endişelenirim.
 - c) Sağlığımıla ilgili çok sık endişelenirim.
 - d) Sağlığımıla ilgili hemen her zaman endişelenirim.
-
- 2.a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/acı hissederim.
 - b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim.
 - c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim.
 - d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
-
- 3.a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
 - b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
 - c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
 - d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
-
- 4.a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
 - b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyarım.
 - c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 - d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı koymaya hiç çalışmıyorum.

5.a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.

b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.

b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.

b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.

c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

- 10.a)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim
b)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
c)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
d)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

- 11.a)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
b)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
c)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
d)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

- 12.a)Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
b)Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
c)Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
d)Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. a)Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
b)Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
c)Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.
d)Ne olduğu fark edilemeyen bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

- 14.a)Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
b)Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilenildiğimi söyler.
c)Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
d)Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multiple Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

- 15.a)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
b)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
c)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.
d)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. a)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
b)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
c)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
d)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

- 17.a)Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
b)Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
c)Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
d)Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

- 18.a)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
b)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
c)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
d)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.