

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**UYKU APNE SENDROMUNDA DEPRESYON VE
ANKSİYETE KOMORBİDİTESİ İLE BUNLARIN
EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİLERİ**

Dilek ALDEMİR

**İzmir
2018**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**UYKU APNE SENDROMUNDA DEPRESYON VE
ANKSİYETE KOMORBİDİTESİ İLE BUNLARIN
EVLİLİK UYUMU ÜZERİNE ETKİLERİ**

Dilek ALDEMİR

**Danışman
Doç. Dr. Tolga GÜNVAR**

**İzmir
2018**

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Uyku Apne Sendromunda Depresyon Ve Anksiyete Komorbiditesi İle Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri” adlı çalışmanın tarafımdan bilimsel ahlak ilkelerine aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

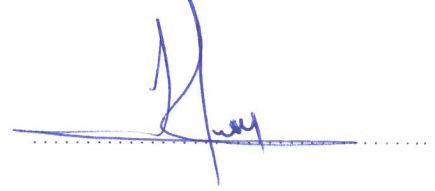
27/06/2018

Dilek ALDEMİR

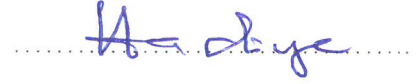
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İşbu çalışma, jürimiz tarafından Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

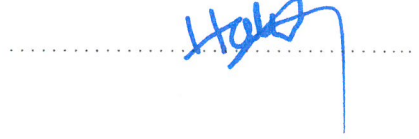
Başkan : Doç. Dr. Tolga GÜNDAR



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hadiye KÜÇÜKKARAGÖZ



Üye : Doç. Dr. Haluk Mergen



Onay

Yukarıda imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

27/06/2018



Prof. Dr. Süha YILMAZ
Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Büyük bir heyecanla hazırlamış olduğum tez çalışmamın yazma süreci biraz sıkıntılı ve uzun geçti. Öncelikle, araştırmamın her aşamasında beni destekleyen, zorlandığım zamanlar benden umudunu kesmeyen, ihtiyaç duyduğum her an vaktini ayıran, ilgisini ve bilgisini esirgemeyen, net ve profesyonel yönergeleriyle beni yönlendiren, her daim beni motive eden ve moral desteği sağlayan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Tolga GÜNDAR'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam sırasında destek olan tüm arkadaşlarıma, ayrıca veri toplanması aşamasında yardımcı olan Hemşire Meltem KARACA'ya, Hemşire Sultan KURT'a teşekkür ederim. Bu süreçte kitap desteği ve bilgi birikimleriyle bana yardımcı olan Prof. Dr. Oğuz KÖKTÜRK hocama teşekkür ederim.

Araştırmama katılmayı reddetmeyen katılımcılara ayrı ayrı teşekkür ederim. Onlarsız bu çalışma mümkün olamazdı.

Beni bugünlere getirip hayatımın her döneminde maddi ve manevi desteğini koşulsuz ve sürekli hissettiren canım annem Habibe ALDEMİR'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	i
Teşekkür	ii
İçindekiler	iii
Tablo Listesi	vi
Özet	viii
Abstract	ix

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amaç ve Önemi	7
1.3. Problem Cümlesi	10
1.4. Alt Problemler	10
1.5. Sayıtlar	11
1.6. Sınırlılıklar	11
1.7. Tanımlar	11
1.8. Kısaltmalar	12

BÖLÜM II

İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

2. Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi	14
2.1. Uyku Bozuklukları	14
2.1.1. Uyku Bozuklukları Sınıflaması	14
2.1.2. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları	15
2.1.3. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları Sınıflaması	15
2.2. Obstüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)	16
2.2.1. OUAS İle İlgili Tanımlar	16
2.2.2. OUAS'nun Tarihçesi	17

2.2.3. Epidemiyoloji	18
2.2.4. Risk Faktörleri	19
2.2.5. OUAS’nda Teşhis (Tanı) Yöntemleri	20
2.2.6. OUAS’nda Teşhis Kriterleri	21
2.2.7. OUAS Teşhisinde Polisomnografi (PSG)	21
2.2.8. OUAS Semptomları	21
2.2.8.1. Majör Semptomlar	23
2.2.8.2. Nöropsikiyatrik ve Diğer Semptomlar	24
2.2.9. OUAS’nun Tedavisi	25
2.2.10. OUAS’nun Sonuçları	26
2.2.10.1. OUAS’nun Sosyo-Ekonomik Sonuçları	27
2.3. Depresyon ve Anksiyete	30
2.3.1. Depresyon	30
2.3.1.1. OUAS ve Depresyon	31
2.3.2. Anksiyete	33
2.3.2.1. OUAS ve Anksiyete	35
2.4. Evlilik Uyumu	35
2.4.1. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler	38
2.5. Türkiye ve Yurtdışında OUAS’la İlgili Yapılan Yayın ve Araştırmalar	39

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli	46
3.2. Araştırma Grubu	47
3.3. Veri Toplama Araçları	48
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	48
3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	49
3.3.3. Evlilikte Uyum Ölçeği	50
3.3.4. Epworth Uykululuk Ölçeği	51
3.4. Veri Çözümleme Teknikleri	51

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

4.1. UAS'lu Bireylere İlişkin Tanıtıcı Bulgular	53
4.2. UAS'lu Bireylere Uygulanan Ölçeklere Ait Bulgular	57
4.3. UAS'lu Bireylerin Evlilik Uyumlarının İncelenmesine İlişkin Bulgular	59
4.4. UAS'lu Bireylerin Uas Şiddeti İncelenmesine İlişkin Bulgular	73
4.5. UAS'lu Bireylerin Kronik Hastalık Varlığı İncelenmesine İlişkin Bulgular	82

BÖLÜM V

SONUÇ; TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç ve Tartışma	84
5.2. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	93
5.3. Öneriler	93

KAYNAKÇA	95
-----------------------	-----------

EKLER	127
EK-1: 9 Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Kararı	127
EK-2: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	128
EK-3: Bilgilendirilmiş Olur Formu	130
EK-4: Kişisel Bilgi Formu	132
EK-5: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	136
EK-6: Evlilikte Uyum Ölçeği	138
EK-7: Epworth Uyku Yetersizliği Ölçeği	140
EK-8: Ölçek İzinleri	141
EK-9: Tez Çalışması Orjinallik Raporu	144

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Uyku Bozuklukları	15
Tablo 2: Teşhis Yöntemleri	20
Tablo 3: OUAS Şiddeti Sınıflaması	21
Tablo 4: OUAS Semptomları	22
Tablo 5: OUAS'nun Sonuçları	26
Tablo 6: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri	53
Tablo 7: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Evlilikle İlgili Özellikleri	55
Tablo 8: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Sağlık Riskleri İle İlgili Özellikleri	57
Tablo 9: HADÖ'nin Puanları ile Depresyon ve Anksiyete Riski Varlığı	58
Tablo 10: EUÖ Puanları ve Evlilikte Uyum Durumu	58
Tablo 11: EPUÖ Puanları ve GAUH Varlığı	59
Tablo 12: UAS'lu Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Riski Açısından Evlilik Uyumları	59
Tablo 13: UAS'lu Bireylerin Cinsiyet Açısından Evlilik Uyumları	60
Tablo 14: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Yaşları Açısından Evlilik Uyumları	61
Tablo 15: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Eğitim Durumları Açısından Evlilik Uyumları	62
Tablo 16: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Çalışma Durumları Açısından Evlilik Uyumları	63
Tablo 17: UAS'lu Bireylerin Çocuk Sayısı Açısından Evlilik Uyumları	64
Tablo 18: UAS'lu Bireylerin Ekonomik Durum Açısından Evlilik Uyumları	65
Tablo 19: UAS'lu Bireylerin Sigara ve/veya Alkol Kullanımı Açısından Evlilik Uyumları	65
Tablo 20: UAS'lu Bireylerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yer Açısından Evlilik Uyumları	66
Tablo 21: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin İlk Evlenme Yaşı Açısından Evlilik Uyumları	67
Tablo 22: UAS'lu Bireylerin Evlenme Şekli Açısından Evlilik Uyumları	68
Tablo 23: UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Evlilik Sayısı Açısından Evlilik Uyumları	69

Tablo 24: UAS'lu Bireylerin Evlilik Süresi Açısından Evlilik Uyumları	69
Tablo 25: UAS'lu Bireylerde ve/veya Eşlerinde Kronik Hastalık Varlığı Açısından Evlilik Uyumu	70
Tablo 26: UAS'lu Bireylerin Evlilik İlişkisi, Eş İle İlişki, Eşin Yaklaşımı Ve Evlilikte Yaşanılan Sorunlar Hakkındaki İfadeleri Açısından Evlilik Uyumları	71
Tablo 27: UAS'lu Bireylerin Eşlerinden Ayrı Odada Yatma Durumu Açısından Evlilik Uyumları	72
Tablo 28: UAS'lu Bireylerin Horlama ve/veya GAUH Varlığı Açısından Evlilik Uyumları	73
Tablo 29: UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Evlilik Uyumları	74
Tablo 30: UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Depresyon ve Anksiyete Riski Varlığı	75
Tablo 31: UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Gündüz Uykululuk Hali Varlığı	75
Tablo 32: UAS'lu Bireylerin Cinsiyetleri Açısından UAS Şiddeti	76
Tablo 33: UAS'lu Bireylerin Yaşları Açısından UAS Şiddeti	77
Tablo 34: UAS'lu Bireylerin Ekonomik Durumları Açısından UAS Şiddeti	77
Tablo 35: UAS'lu Bireylerin Sigara ve/veya Alkol Kullanımı Açısından UAS Şiddeti	78
Tablo 36: UAS'lu Bireylerin Kronik Hastalık Varlığı Açısından UAS Şiddeti	79
Tablo 37: UAS'lu Bireylerin Evlilik İlişkisi, Eş İle İlişki, Eşin Yaklaşımı Ve Evlilikte Yaşanılan Sorunlar Hakkındaki İfadeleri Açısından UAS Şiddeti	80
Tablo 38: UAS'lu Bireylerin Eşlerinden Ayrı Odada Yatma Durumu Açısından UAS Şiddeti	81
Tablo 39: UAS'lu Bireylerin Horlama ve/veya GAUH Varlığı Açısından UAS Şiddeti	82
Tablo 40: UAS'lu Bireylerin Kronik Hastalık Varlığı Açısından Depresyon ve Anksiyete Riski	83

ÖZET

Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi İle Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri

Bu çalışmada, uyku apne sendromu tanısı almış bireylerde depresyon ve anksiyete komorbiditesinin evlilik uyumu üzerine etkilerinin olup olmadığını değerlendirmek ve bunlara etki eden faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Kesitsel araştırma deseninde tasarlanan çalışmamıza Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Uyku Laboratuvarına başvurarak Polisomnografi yapılan ve uyku apne sendromu tanısı alan, 148 birey dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan uyku apne sendromlu bireylerin ve eşlerinin, sosyo-demografik, evlilikle ilgili ve sağlık riski ile ilgili değişkenler Kişisel Bilgi Formu ile, depresyon ve anksiyete düzeyleri Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile, evlilik uyumu Evlilikte Uyum Ölçeği ile, gündüz uykululuk hali ise Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Veriler 01.10.2017 ile 28.02.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Uyku apne sendromlu bireylerden %19,6'sında (n=29) anksiyete riski, %30,4'ün de (n=45) depresyon riski bulunmaktadır. Uyku apne sendromlu bireylerin, Evlilikte Uyum Ölçeğinin toplam puan ortalaması 45,0135 olup, %67,6'sının (n=100) evlilik uyumu yüksektir. Uyku apne sendromlu bireylerin, %36,5'inde (n=54) Epworth Uykululuk Ölçeğine göre gündüz aşırı uyku hali mevcuttur. Evlilik uyumu düşük olan uyku apne sendromlu bireyler arasında anksiyete riskine ve depresyon riskine sahip bireylerin oranı evlilik uyumu yüksek olan uyku apne sendromlu bireylere göre daha fazladır. Depresyon ve anksiyete riskinde, uyku apne sendromlu bireylerin evlilik uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

Sonuç olarak, uyku apne sendromlu bireylerde, depresyon ve anksiyete varlığı ile evlilik uyumu arasında bir ilişki vardır. Bu ilişki büyük olasılıkla iki yönlü bir ilişkidir. Her iki durumda diğ erinin hem nedeni hem de sonucudur. Uyku apne sendromlu bireyler depresyon ve anksiyete açısından değerlendirilmeli ve uygun şekilde tedavi edilmelidir. Evlilik uyumu sorunları yaşayan uyku apne sendromlu bireylere ise gerekli destek sağ lanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Uyku apne sendromu, anksiyete, depresyon, evlilik uyumu.

ABSTRACT

The Comorbidity of Depression and Anxiety with Sleep Apnea Syndrome and Their Effects on Marital Adjustment

In this study, it was aimed to evaluate the effects of depression and anxiety comorbidities on marital adjustment in the patients with sleep apnea syndrome and to determine the factors affecting them. Our study designed in cross - sectional study design 148 patients who had polysomnography and sleep apnea syndrome were included in the Söke Fehime Faik Kocagöz State Hospital Sleep Laboratory. Variables related to socio-demographic, marital and health risks of individuals with sleep apnea who were volunteered to participate in the study are as follows: Personal Information Form, depression and anxiety levels Hospital Anxiety and Depression Scale, marital adjustment, Marital Adjustment Test and daytime sleepiness Epworth Sleepiness Scale. The data was collected between 01.10.2017 and 28.02.2018.

There was anxiety risk in 19,6% (n=29) and depression in 30,4% (n=45) of individuals with sleep apnea syndrome. The total score of the Marital Adjustment Scale for the individuals with sleep apnea syndrome was 45,0135 and 67,6% (n=100) were high marital adjustment. Among the individuals with sleep apnea syndrome, 36,5% (n=54) had daytime sleepiness according to the Epworth Sleepiness Scale. Among individuals with low sleep maturity, the proportion of individuals with anxiety and depression risk is higher than those with sleep apnea syndrome with high marital adjustment. There is a statistically significant difference in the risk of depression and anxiety among marriage adjustment of individuals with sleep apnea syndrome ($p<0.05$).

In conclusion, there is a relationship between depression and anxiety and marital adjustment in individuals with sleep apnea syndrome. This relationship is most likely a two-way relationship. In both cases it is both the cause and the consequence of the other. Individuals with sleep apnea syndrome should be evaluated for depression and anxiety and treated appropriately. The necessary support should be provided for individuals with sleep apnea syndrome who are experiencing marital adjustment problems.

Key words: Sleep apnea syndrome, anxiety, depression, marital adjustment

BÖLÜM I

GİRİŞ

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın problem durumuna, amaç ve önemine, problem cümlesine, alt problemlerine, sayıtlarına, sınırlılıklarına, tanımlara ve kısaltmalara yer verilmiştir.

1.1. Problem Durumu

Yaşantımızın neredeyse büyük bir bölümünü geçirdiğimiz uykunun anlaşılabilmesi amacıyla uzun yıllar uğraş verilmiştir. Bilimin ilerlemesi ve bununla birlikte uykunun kaydedilebilmesi ile uyku hakkında bildiklerimiz çoğalmaya başlamıştır.

Uyku için birçok tanım yapılmış olup, basit şekliyle; çeşitli uyaranlarla geri döndürülebilin bilinçsizlik durumudur. Uykuda iken beyin aktivitelerinin kaydedilebilmesiyle birlikte, uykunun, metabolizmanın yavaşladığı bir dinlenme hali olmadığı, çoğu iç ve dış etmenlerden etkilenen, düzenli ve aynı zamanda da oldukça kompleks fizyolojik bir durum olduğu anlaşılmıştır (Akerstedt ve diğerleri, 2002).

Uyku, vücut ve sağlık arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır. Sağlıklı bir yaşam için sağlıklı uyku gereklidir. Doğumdan itibaren büyümek, yaşamak, öğrenmek, dinlenmek ve zinde olmak için uykuya ihtiyaç vardır. Gündelik yaşamda yıpranan vücut uyku ile yenilenir. Kronik uyku bozukluklarında, vücudun sağlıklı dengesinin bozulduğu bildirilmektedir. Uyku bozukluklarının uzun dönem yaşanması durumunda, uykuda gerçekleşen yenilenme işlemleri yetersiz olacağından yaşam kalitesini azaltan kronik kalp hastalığı, depresyon gibi hastalıkların oluşması da mümkün olabilecektir (Karadağ, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde miyokard infarktüslerinin 250.000'i, ani ölümlerin 38.000'i gece uyku esnasında meydana gelmektedir (Lavery, Mittleman, Cohen, Muller ve Verrier, 1997).

Toplumda uyku ile ilgili hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Uykuda solunum bozuklukları (USB) da en önemlilerinden biridir. USB, solunum örüntüsünde uyku esnasında gelişen patolojik olarak nitelendirilebilecek değişikliklerdir. USB, bireylerde morbidite ve mortalitenin yükselmesine neden olurken aynı zamanda kişisel ve toplumsal açıdan sağlık sorunlarına ve ekonomik kayıplara da sebep olmaktadır. USB’nda oldukça önemli grup “*Uyku Apne Sendromu (UAS)*” dur. UAS, toplumda erkeklerde kadınlardan en az iki kat daha fazla görülen, nadir olmayan bir hastalıktır. UAS olgularının %90,0-95,0’i Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) olarak görülür. OUAS, bilinmezliklerle dolu, karmaşık aynı zamanda da ilerleyici prognoza sahiptir (Demir ve diğerleri, 2012; Köktürk, 1998a). OUAS’nda, uykuda iken tam veya kısmi olarak tekrarlayan üst solunum yolu tıkanma nöbetleri olmaktadır (İtil, 2010). Bu tıkanmalara bağlı olarak solunum eforunda (gayretinde) artma, kandaki oksijen saturasyonunda düşme ve uyku bölünmeleri meydana gelir (Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi [American Academy of Sleep Medicine-AASM], 1999).

OUAS, cins, ırk, yaş, sosyo-ekonomik düzey ve etnik grup farkı gözetmeksizin görülebilmektedir. OUAS prevalansı, erişkin nüfusta erkeklerde %3,1-7,5 olup kadınlarda ise %2,0-4,5 arasındadır (Uygur, Baki, Tanrıverdi, Örnek ve Atalay, 2016). Türkiye’de, resmi verilere göre 1500000 uyku apne sendromlu kişi bulunmasına rağmen uyku apne tanısı konulmuş hasta sayısı çok azdır (Karadağ, 2016). Ülkemizde OUAS son yıllarda önem kazanmaya başlamış, teşhis ve tedavisine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır.

OUAS’nun kesin tanı ve sınıflandırılmasında Polisomnografi (PSG) kullanılmaktadır. OUAS’nun tanısında, uykuda apne veya hipopnelerin tek başına görülmesi yeterli olmadığı için apne-hipopne indeksine (AHİ) bakılır. AHİ, uyku saati başına düşen apne ve hipopne sayılarının toplamıdır. AHİ düzeyleri dikkate alınarak yapılan OUAS sınıflaması, 5 ile 15 arası hafif, 16 ile 30 arası orta, 30 ve üzeri ağır şeklindedir (Acıcan, 2017).

OUAS’nda gürültülü horlama, gündüz aşırı uyku hali (GAUH), gece boğulacakmış gibi nefes darlığı oluşması, sabah dinlenememiş uyanma, huzursuz uyku, sabah baş ağrısı sıkça bildirilen belirtilerdir. Uykusuzluğa bağlı olarak kişide çabuk sinirlenme, uyumsuzluk gibi değişiklikler de izlenebilmektedir (Demir ve

Şahin, 2004). Bununla birlikte psikomotor yavaşlama, algılama bozuklukları, unutkanlık, dikkat eksikliği, konsantrasyon bozukluğu, ilgi-istek kaybı, iş performansında azalma ve seksüel bozukluklar gibi belirtilerde görülebilmektedir (Akkaya ve Öztürk, 2010).

OUAS’nda görülen horlama, toplumda göz ardı edilen ancak sosyal problemlere yol açtığında önem verilen bir durumdur. Yaklaşık 6000 kişiyle yapılan çalışmada horlama, erkeklerde %24,1, kadınlarda %13,8 olarak tespit edilmiştir (Lugaresi, Cirignotta, Coccagna ve Piana, 1980). Toplumumuz için OUAS prevalansının % 0,9-1,9 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Köktürk, Tatlıcıoğlu, Kemaloğlu, Fırat ve Çetin, 1997).

OUAS’lu hastalarda, hastalığın şiddetiyle ilişkili çok sayıda komorbid hastalık ve belirti de ortaya çıkabilmektedir. OUAS, ani ölüm, kardiyovasküler, pulmoner, nöropsikiyatrik, nefrolojik, metabolik, endokrinolojik, gastrointestinal, hematolojik ve sosyo-ekonomik sorunlara sebep olmaktadır (Demir ve diğerleri, 2012).

Uyku problemleri, depresyon ve kaygı bozuklukları için belirti olabileceği gibi süregelen uyku bozuklukları depresyon ve kaygı seviyelerinde artışa sebep olabilmektedir (Çelik, Sarıkaya, Acar, Kalenderoğlu, Doğan ve diğerleri, 2016). OUAS ile depresyon birlikteliği ve yaşam kalitesinde bozulma olduğu yapılan birçok çalışmada bildirilmektedir (Avlonitou, Kapsimalis, Varouchakis, Vardavas ve Behrakis, 2012; Kawahara, Akaskiba, Akahoshi ve Horie, 2005). Tekrarlayan hipoksemi (kanda oksijen azalması) ve uyku bölünmesi, bu olgularda bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır. Bunun sonucunda, kişide, unutmaya, hafızada zayıflama, karar verme kabiliyetinde zayıflama, dil yetenekleri ve psikomotor yavaşlama, mizaç ve kişilik değişiklikleri gelişebilmektedir. Tüm bunlar kişinin uyum zorlukları yaşamasına ve kişide anksiyete ya da depresyon gelişebilmesine yol açabilmektedir (Andreou, Vlachos ve Makanikas, 2012; Lal, Strange ve Bachman, 2012; Rosenzweig, Williams ve Morrell, 2014). GAUH’nin yaygınlığı %18,0’e kadar çıkabilmektedir. GAUH, trafik ve iş kazalarına, hem mesleki hemde akademik başarıda düşmeye, sosyal uyumsuzluğa, yaşam kalitesinde azalmaya, ruhsal ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenmelere sebep olabilmektedir (Selvi, Kandeğer ve Sayın, 2016; Akıncı ve Orhan, 2016).

OUAS'lularda görülen iş performansında azalma ve konsantrasyon bozukluğu gibi durumlar iş kayıplarına yol açabilmektedir. İş ve aile yaşantısı karşılıklı olarak etkileşim içinde olduğundan, işte yaşanan mutluluklar ya da sorunlar aile yaşantısını etkilemekte, aile yaşantısında var olan sorunlar ya da yaşanan mutluluklar da iş hayatına yansımaktadır (Torun, 1995). Böylece, OUAS, ekonomik kayıplara yol açabilmesiyle birlikte hem birey, hem aile, hem de toplum bazında yaşamı etkileyen sorun olabilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, OUAS'lu hastalarda birçok kronik hastalığın yanında cinsel işlev bozuklukları ve psikiyatrik hastalıkların sıklığının normal popülasyona göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Köktürk, 2000; Dombrowsky, Lettieri, McCarthy, Shah ve Holley, 2012). Libido azalması ve empotans (cinsel isteksizlik), hastaların yaklaşık 1/3'ünde görülmektedir (Yılmaz, 2012). Aynı zamanda cinsel doyum, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklardan da etkilenmektedir.

UAS'lu hastaların eşlerinin yaşantıları birçok yönüyle UAS'nun belirtilerinden etkilenmektedir. Geceleri uyku esnasında görülen devamlı horlama ve solunum durmaları, UAS'lu bireylerin olduğu kadar eşlerinin de yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir. Eşler bunu ilk zamanlarda yadırgamakta fakat ilerleyen süreçte hem horlamaya hem solunum durmalarına, hem de bu solunum durmaları sebebiyle yatakta yanlarında tedirgin uyuyan eşlerini kanıksamaktadırlar. UAS'lu hastalarda boşanmalar normal çiftlere oranlara daha yüksek olmakta, boşanmanın gerçekleşmediği durumlarda ise eşler ilerleyen süreçte ayrı odalarda yatmayı tercih edebilmektedirler (Aldrich, 1999). OUAS'lu hastaların CPAP (Continuous Positive Airway Pressure-Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı) kullanımının eşlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olup olmadığını tespit etmek için yapılan bir çalışmada 54 çiftin, 45'inin aynı yatağı paylaştığı, 9'unun ise ayrı odada yattığı saptanmıştır (Doherty, Kiely, Lawless ve McNicholas, 2003). UAS'lu bireylerde cinsel problemler görülebilmekte, bu durumda, ilişkilerine negatif yönde tesir etmekte ve evliliklerinin sürdürülmesini zorlaştırmaktadır (Köktürk, 2000).

UAS'nun sonuçlarının evlilik uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir. *“Evlilik”* kurumu bireylerin uzun yıllar devam etmesi amacıyla başladıkları bir süreçtir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için aradaki uyum son derece

önemlidir. Evlilik uyumu, evlilik birliği içinde oluşan zorunlu ve gönüllü yönlerin dengeye ulaşmasıyla meydana gelir. Evlilik uyumu, eşler arasında oluşan ilişkinin uyumunu içerir. Aynı zaman da, evlilikle birlikte değişen aile hayatında meydana gelen durumlara karşı, eşlerin birbirlerinden beklentilerinin dengede olmasını ve bu değişimlere uyumu da kapsamaktadır. Evlilik uyumu, çok boyutlu ve aynı zamanda maruz kaldığı biyolojik, psikolojik veya sosyal birçok etkiye de açık bir olgudur (Duman, 2012).

İnsan biyolojik, sosyal ve psikolojik süreçlerden etkilenen bir varlıktır. Eşlerin her ikisinin de bu süreçlerden etkilendiği düşünüldüğünde, eşler evlilik nedeniyle bir araya geldiklerinde yaşayacakları etkileşim, olumlu veya olumsuz yönde de gelişse etkilenme daha kuvvetli olacaktır. Dolayısıyla evlilikte oluşan sosyal ve duygusal destek, çiftlerin ruhsal, sosyal ve fiziksel durumlarının iyi olmasına katkı sağlamaktadır. Uyumlu ve mutlu bir evlilik eşlerin birbirini tamamlaması ile gerçekleşebilir (Özden, 2014).

Evlenen bireyler, evlilik yaşamıyla, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden gereksinimlerini ve güdülerini doyumlayı amaçlamaktadırlar. Evlilikte bireyler; cinsel güdüyü doyurma, sevilme, korunma, güven içinde olma, toplumda yer edinebilme, yaşama dört elle sarılabilmek, yalnız olmadıklarını bilme gibi gereksinimlerini doyururlar. Sevgi, sevilme insanlar için en önemli temel gereksinimlerden biridir bu da bireylerin evlilik ilişkileri sayesinde doyuma ulaşmaktadır. Hal böyle olunca, bireyler kendilerini eşlerine adanarak iyi ve kötü durumları paylaşabilmekte ve birlikte olma hazzını yaşamaktadırlar (Özgüven, 2014). Bireylerin, biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanabilmesiyle evlilik ilişkisinin devamlılığı sağlanabilmektedir. Evlilik ilişkisinin sürekliliğinin, bireylerin psikolojik, biyolojik ve sosyal ihtiyaçlarının sağlanmasıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, bu ihtiyaçların karşılanması evlilik uyumunun önemli ölçütlerindendir (Gülererli, 2014).

Evlilik ilişkisinin önemli bileşenlerinden biri cinsel yaşamdır ve sağlıklı yaşanabilmesi için cinsel uyum gereklidir. Cinsel uyum/doyum evlilik uyumunun önemli faktörlerden biridir. Cinsel işlev bozuklukları ve evlilik problemleri arasında bir ilişki bulunmaktadır. Ancak önemli olan ise, bunlardan hangisinin birincil

hangisinin ikincil olduğunun ayırt edilmesidir (Hawton ve Catalan, 1986; akt. Erbek, Beştepe, Akar, Alpkan ve Eradamlar, 2005a).

Evlilik uyumu, fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal ilişkileri içermektedir. Hem eşlerin hem de ailede bulunan diğer bireylerin psikolojik ve fiziksel hallerinin iyi olmasında evlilikte uyumunun sağlanmış olması önemli rol oynamaktadır (Duman, 2012).

Psikolojik ve fizyolojik sistemler evlilik ilişkisi ile yakından ilgilidir (Thomsen ve Gilbert, 1998). Evlilik uyumu ve fiziksel hastalıklar arasındaki ilişkilerin konu edildiği bir çalışmada, hastalıkların sonuçlarından biri olarak da evlilikte uyumsuzluğun olduğu bildirilmiştir (Carter ve Carter, 1994). Depresyon araştırmalarında, ilişkilerinde mutsuz olan bireylerde ilerleyen zamanlarda anksiyete, saldırganlık ve yabancılaşmanın gelişebileceği bulgulanmıştır (Robins, Caspi ve Moffitt, 2002).

Evlilikte eşler arasındaki ilişki, çoğu insan için yakın ve önemli ilişkilerdendir. Bu yönden bakıldığında, evlilik uyumunun ruh sağlığını etkilemesi ve ruh sağlığından da etkilenmesi anlaşılabilir bir durumdur (Whisman ve Baucom, 2012).

Literatürde, evlilik uyumunun psikiyatrik hastalığı olan bireylerde daha düşük bulunduğu (Whisman, 2007) ve evlilik uyumu düşüklüğünün psikiyatrik hastalıklarla ilişkisinin olduğu (Overbeek ve diğerleri, 2006; Whisman ve Baucom, 2012) birçok çalışmada ifade edilmiştir.

Evlilik uyumu ve ruh sağlığı konusunda yapılan çalışmalarda, en fazla depresyon ele alınmıştır (Whisman ve Baucom, 2012). Evlilik sorunlarıyla terapiye gelen çiftlerin en az yarısında, en az bir eşin Beck Depresyon Envanteri'ne göre depresif grupta değerlendirilebileceği (Beach ve O'Leary, 1986) ve evlilik uyumunda düşüş yaşayan bireylerin daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Beach, Arias ve O'Leary, 1986; Culp ve Beach, 1998).

Anksiyete bozuklukları da, evlilik uyumu ile ilgili çalışmalara konu olmuştur. Çiftlerle (eşlerden en az birinin anksiyete bozukluğu kriterlerine sahip olduğu) yapılan çalışmada, düşük evlilik uyumunun, fobiler, panik bozuklukları ve genel anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (McLeod, 1994).

Evlilik süresince, evliliğin niteliğinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve/veya ekonomik etkilere bağlı olarak değişimler olabilmekte ve bu değişimlerle evlilik olumlu veya olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Mutluluk amacıyla yapılan evliliklerde, çeşitli durumlarda (gebelik, çocuk sahibi olma, kürtaj, düşük, hastalıklar, ekonomik sorunlar, mesleki değişimler, taşınma vb.) sorunlar yaşanabilmektedir (Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy, 2008). Aile bireylerinden bir veya birkaçının hastalığı/engelliliği, aile üyelerinin uyumunu etkileyebilmekte ve bu durum en sağlıklı ailelerin bile dengelerini sarsabilmektedir. Evlilik uyumu, psikolojik yardım arayanların en sık yaşadıkları sorunlardandır (Yörükoğlu, 1998). Bu nedenle pek çok birey evlilik uyumsuzlukları veya doyumsuzlukları nedeniyle aile ve çift terapisine başvurabilmektedir.

Ailenin devamlılığı için iki kişinin birbirine uyum sağlaması yani uyumlu bir evlilik ilişkisi önemlidir (Şener ve Terzioğlu, 2008). Eşler arasında olan uyum problemleri evliliğin bozulmasına yol açabilmektedir. Evlilikte uyumsuzluk baş göstermeye başladığında bu durum, eşlerin ve varsa çocukların sarsıntı yaşamasına sebep olabilmektedir.

Evlilikte eşler arasında görülen uyumsuzluk her zaman önemli bir sorun olmuştur. Bu durum artık günümüzde uzmanların ele alması gereken bir hâl almıştır. Çünkü çiftler arasında görülen uyumsuzluklar sadece evliliğin bozulmasına ya da dağılmasına neden olmamakta aynı zamanda toplumu ilgilendiren sosyal sorun haline gelmektedir (Şener ve Terzioğlu, 2008). Evlilik uyumunu etkileyen unsurların belirlenmesi, yüksek boşanma oranlarının olduğu günümüzde önem taşımaktadır. Evli bireylerin evlilik uyumu ile bağlantılı değişkenleri ve bu değişkenlerin evlilik uyum düzeyleri üzerindeki etkilerini tespit etmek, toplumsal açıdan da son derece önemlidir. Çünkü evlilikler, hem bireysel hem de toplumsal sonuçlar doğurmakta ve sosyal bir olgu olarak da toplumun tümünü etkilemektedir.

1.2. Araştırmanın Amaç ve Önemi

Günümüzde fiziksel hastalıklar ve evlilik uyumu ilişkilerini gösteren çalışmalar artmaktadır. UAS birçok hastalığa neden olabildiği gibi birçok hastalık seyrinde de ortaya çıkabilmektedir (He, Kryger, Zorick, Conway ve Roth, 1988; Nieto ve diğerleri,

2000). UAS'lu hastaların ya da eşlerinin yaşam kalitesi ve ruhsal durumlarına ilişkin çalışmalar olmasına rağmen UAS, depresyon, anksiyete ve evlilik uyumunun birlikte ele alındığı çalışmalara rastlanılmamıştır. Geniş bir hastalık yelpazesini içinde barındıran uyku tıbbı farklı bilim dallarının birlikte olduğu multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Elde edilecek verilerle UAS'nun tedavisinde yeni yaklaşımların mümkün olabileceği düşüncesiyle UAS'lu çiftlerin sağlıklı ve karşılıklı olarak uyum ve doyum getiren bir ilişki yaşamalarında multidisipliner yaklaşımların önemini gösterebilmek hedeflenmiştir.

Bu doğrultuda çalışmada amaçlanan; UAS tanısı almış bireylerde depresyon ve anksiyete komorbiditesinin evlilik uyumu üzerine etkilerinin olup olmadığının araştırılması, UAS şiddeti ile depresyon ve anksiyete komorbiditesinin ve evlilik uyumu farklarının araştırılması, uyumsuzluğun sonucu olarak nelerin yaşanabileceğini ve bu durumun yalnızca birey bazında etki göstereceği değil; aynı zamanda toplumun yapıtaşını bireyi sonra, toplumun temellerini atan aileyi nasıl etkileyebileceğini göstermek ve sonuçlar doğrultusunda tedavi kalitesinin artırılmasıdır. Yani UAS tanısı almış hastalarda depresyon ve anksiyete komorbiditesinin evlilik uyumu üzerine etkilerinin olması ihtimali doğrultusunda uygun, daha kaliteli ve detaylı takip ve tedavinin planlanmasıdır.

Evliliklerin sağlıklı olması, sağlıklı çocukları ve sağlıklı toplumu meydana getirir. Bu döngünün sağlıklı bir şekilde işleminde evlilikler önemlidir. Evlilik uyumunun olumlu-olumsuz göstergeleri bilinmekle birlikte araştırmalar sağlıklı evliliklerin yürütülebilmesi konusunda sınırlı kalmıştır. Bu sınırlılık UAS'nda depresyon ve anksiyete komorbiditesi dâhil edildiğinde daha da artmaktadır. Ulaşılan çalışmalar içerisinde, UAS, depresyon ve anksiyete komorbiditesi ve evlilik uyumu kavramlarının birlikte ele alınmadığı ve aralarındaki ilişkinin araştırılmadığı sadece çeşitli araştırmalarda bu konunun dolaylı ve kısa bir biçimde ifade edildiğinin anlaşılmış olması bu çalışmanın nedenidir. Bu açıdan bakılarak, yapılan çalışmanın literatür açısından bir veri kaynağı sağlayacağı ve bu alanda başvurulacak çalışmalar arasında yer alacağı düşünülmektedir.

Hastalar UAS ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi bilmediklerinden veya gönüllü olarak evlilik ve cinsel problemlerini yansıtmadıklarından UAS ve komorbid

hastalıklar tespit edilemeyebilir. Bu çalışma ile UAS'lu hastaların gözünden evlilik uyumlarının fotoğrafını çekebilmek mümkün olabilecektir. Böylece UAS'lu hastaların biran önce teşhis edilerek UAS tedavisine başlanması, hastaların komorbid durumlarında kısmen de olsa iyileşme sağlayacaktır. Bunun sonucunda da UAS'lu hastaların ve eşlerinin yaşam kalitesinin, evlilik uyumlarının ve doyumlarının artacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda hem hastalarda hem de sağlık ve aile ile çalışan uzmanlarda UAS hastalığına karşı farkındalık sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışma evlilik uyumunun geliştirilmesinde, aile eğitimi ve danışmanlığı programlarına aynı zamanda da psikolojik ve sosyal desteklere kaynak olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma bu alanda bir adımdır ve bu alanda çalışan/çalışacak uzmanların gelecekte yapacakları uygulamalara ışık tutacak nitelikte olması açısından da önem arz etmektedir.

Son dönemlerde ülkemizde boşanmaların artması diğer bir ifadeyle sağlıklı evliliklerin yürütülemiyor olması yaşamın ilerleyen süreçleri ve gelecekteki bireyselleşme ve doğuracağı sorunlar açısından düşündürücüdür. UAS'nda depresyon ve anksiyete komorbiditesi ile bunların evlilik uyumu üzerine etkileri konusu hem bireyi hem aileyi hem de toplumu ilgilendirmektedir. Bu bağlamda domino etkisi yapan ve birbirini etkileyen bu psiko-sosyal araştırma kapsamı açısından da oldukça önem taşımaktadır. Bu araştırma ile sürekli gelişen ve değişen bireyi ve aileyi anlamak bir parça daha mümkün kılınacaktır.

Çalışma sonunda elde edilen bilgiler ışığında, çiftlerle veya evli bireylerle yapılacak çalışmaların mevcut evliliklerin iletişim ve ilişki kalitesini artıracığı; böylece evlilik uyumu ve doyumunu daha yüksek çiftlere sahip bir toplumda yeni nesillerin daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Son dönemde hızla yayılan evlilik terapileri gibi oluşumlarda bu düşünceyi desteklemekte ve hatta cesaretlendirmektedir.

Araştırma sonuçlarının, evlilik terapisi, evlilik danışmanlığı, aile mahkemeleri, aile eğitimi ve danışmanlığı gibi uygulamalı alanlarda da dikkate alınabilmesi açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.

1.3. Problem Cümlesi

Yukarıda belirtilen bilgiler doğrultusunda araştırmamanın problem cümlesi şu şekilde ifade edilmiştir:

Uyku apne sendromunda depresyon ve anksiyete komorbiditesi ile bunların evlilik uyumu üzerine anlamlı etkileri var mıdır?

1.4. Alt Problemler

Bu çalışmada yukarıda belirtilen probleme dayalı olarak aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1.4.1. UAS’unda evlilik uyumu depresyon ve anksiyete durumlarının varlığına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.2. UAS’unda evlilik uyumu cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.3. UAS’unda evlilik uyumu yaşa göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.4. UAS’unda evlilik uyumu eşin yaşına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.5. UAS’unda evlilik uyumu eğitim düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.6. UAS’unda evlilik uyumu eşin eğitim düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.7. UAS’unda evlilik uyumu çalışma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.8. UAS’unda evlilik uyumu eşin çalışma duruma göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.9. UAS’unda evlilik uyumu çocuk sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.10. UAS’unda evlilik uyumu ekonomik duruma göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.11. UAS’unda evlilik uyumu bağımlılık durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.12. UAS’unda evlilik uyumu yaşanan yere göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.13. UAS’unda evlilik uyumu ilk evlenme yaşına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.14. UAS’unda evlilik uyumu eşin ilk evlenme yaşına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.15. UAS’unda evlilik uyumu evlenme şekline göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.16. UAS’unda evlilik uyumu evlenme sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.17. UAS’unda evlilik uyumu eşin evlenme sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.18. UAS’unda evlilik uyumu evlilik süresine göre farklılaşmakta mıdır?

1.4.19. UAS’unda evlilik uyumu belirtilerin görülme süresine göre farklılaşmakta mıdır?

1.5. Sayıtlar

1.5.1. Araştırmaya katılan bireyler, veri toplama araçlarındaki sorulara içten, doğru ve eksiksiz cevaplar vermişlerdir.

1.5.2. Ankete katılan bireyler arasında etkileşim olmamıştır.

1.6. Sınırlılıklar

1.6.1. Araştırma Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi (Söke F.F.K.D.H.) Uyku Laboratuvarında tanı alan, takip ve tedavi edilen 148 bireyle sınırlıdır.

1.6.2. Bu araştırmada incelenen değişkenler, Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği ve Epworth Uykululuk Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Uyku esnasında tekrarlayan tam veya kısmi üst solunum yolu tıkanma nöbetleri ve kandaki oksijen saturasyonunda düşme ile karakterize durumdur (İtil, 2015).

Anksiyete: Otonom sinir sisteminin çeşitli uyarıcılara karşı yanıtındaki artışa bağlı olarak beden belirtilerine eşlik eden korku hissi (ancak korkunun bir nedene bağlanamadığı) ile şekillenen ve işlev bozukluğuna neden olan durumdur (Özdemir, 2010).

Depresyon: Bazen yoğun üzüntü bazen de üzüntü ve bunalımın birlikte görüldüğü bir duygu durum içinde, düşüncede, konuşmada, hareketlerde ve bedensel

işlevlerde yavaşlama ve durgunluğun beraberinde karamsarlık, değersizlik ve isteksizlik gibi olumsuz duygu ve düşünceler ile oluşan durumdur (Cebeci, 2004).

Evlilik Uyumu: Birbirleri hakkında olumlu duygu ve düşüncelere sahip olan eşlerin, aralarında iletişim kurabilmeleri, evliliğin getirdiği önemli alanlarda çokça anlaşmazlık yaşamamaları ve yaşadıkları anlaşmazlıkları da birbirlerini hoşnut edecek şekilde çözümlemeleri, birlikte vakit geçirmekten keyif almaları ve mutlu olmalarıdır (Gümüşdaş ve Ejder-Apay, 2016; Sabatelli, 1988; Şafak-Öztürk ve Akar, 2014).

1.8. Kısaltmalar

AASM: Amerikan Uyku İlacı Akademisi (American Academy of Sleep Medicine)

AHI: Apne Hipopne İndeksi

AİA: Ağız İçi Aparat

APAP: Otomatik Pozitif Havayolu Basıncı (Automatic Positive Airway Pressure)

Bİ-PAP: İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı (Bilevel Positive Airway Pressure)

CPAP: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (Continuous Positive Airway Pressure)

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ED: Erektile Disfonksiyon

EEG: Elektroensefalografi

EPUÖ: Epworth Uykululuk Ölçeği

EUÖ: Evlilikte Uyum Ölçeği

GAUH: Gündüz Aşırı Uyku Hali

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

ICSD: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders)

KBF: Kişisel Bilgi Formu

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

OUA: Obstrüktif Uyku Apnesi

OUAS: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

PAP: Pozitif Havayolu Basıncı (Positive Airway Pressure)

PSG: Polisomnografi

SÖKE F.F.K.D.H.: Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi

SUA: Santral Uyku Apnesi

SUAS: Santral Uyku Apne Sendromu

TAPES: Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması

UAS: Uyku Apne Sendromu

USB: Uykuda Solunum Bozuklukları

ÜSY: Üst Solunum Yolu

BÖLÜM II

İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

2. Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi

2.1. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluğu, uykusuzluk, uyku kalitesinin bozulması, uyku bölünmelerinin tekrarlanması, aşırı uyuma isteği gibi durumları kapsamaktadır. Uyku bozuklukları bir hastalık olabilir veya psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarla, diyabetle, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıyla (KOA), obeziteyle vb. birçok sağlık problemiyle de birlikte görülebilir (Gelder, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri, nüfusunun %10,0'luk bölümünün klinik açıdan bariz şekilde uyku bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (Ram, Seirawan, Kumar ve Clark, 2010). Türkiye'de yapılmış olan Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması'nda (TAPES) toplumda uyku bozukluklarının (uykusuzluk, solunumla ilişkili uyku bozuklukları) yaygınlığı %29,0 olarak tespit edilmiştir (Demir ve diğerleri, 2015). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan uyku bozuklukları, fiziksel ve psikolojik sağlığı, sosyal yaşamı negatif yönde etkilemekte, akademik başarıyı ve iş verimliliğini düşürmekte ve kazaların artmasına sebep olabilmektedir. Uyku problemlerinin teşhis ve tedavisi, morbiditenin engellenmesi açısından önemlidir (Hidalgo ve Caumo, 2002; Trockel, Barnes ve Egget, 2000).

2.1.1. Uyku Bozuklukları Sınıflaması

1979 yılında uyku bozuklukları ile ilgili ilk sınıflama yapılmıştır. Bu sınıflama daha sonra genişletilerek, American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından 1991 yılında International Classification of Sleep Disorders (ICSD-1), 2005 yılında da revize edilerek ICSD-2 ve sonuncusu (ICSD-3) da 2014'de yayınlanmıştır. Uyku

bozuklukları sınıflamasında AASM kriterleri esas alınmaktadır. ICSD-3'e göre uyku bozuklukları Tablo 1'de gösterilmiştir (İtil, 2010; Ursavaş, 2014);

Tablo 1
Uyku Bozuklukları

İnsomniler
Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları
Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları
Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar
Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
Parasomniler
Diğer uyku hastalıkları

2.1.2. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, uyku sırasında solunumda meydana gelen patolojik düzeydeki değişiklikler olup horlamadan ciddi obstrüktif uyku apnesine (OUA) kadar uzanan bir grup hastalıktır. USB hastalarda, önemli sağlık sorunlarına ve mortalitenin artmasına yol açmaktadır (İtil, 2010). USB, toplumun %20,0'sini etkilemektedir (Jennum ve Riha 2009).

2.1.3. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları Sınıflaması

ICSD-3' de uyku esnasındaki solunumla ilgili problemlerin tümü “*uyku ile ilişkili solunum bozuklukları*” adı altında sınıflandırılmaktadır. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları sınıflaması aşağıda verilmiştir (Ursavaş, 2014).

1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

- ✓ Erişkin OUAS
- ✓ Çocuk OUAS

2. Santral Uyku Apne Sendromu (SUAS)

- ✓ Santral Uyku Apne Sendromu Cheyne-Stokes (CSB) ile Birlikte
- ✓ Medikal Hastalığa Bağlı CSB Olmadan Santral Uyku Apnesi (SUA)
- ✓ Yüksek Rakım Periyodik Solunuma Bağlı SUA

- ✓ İlaç ya da Madde Kullanımına Bağlı SUA
- ✓ Primer SUA
- ✓ Tedavi Sırasında Ortaya Çıkan Santral Apne

3. Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon Sendromları

- ✓ Obezite-Hipoventilasyon Sendromu
- ✓ Konjenital Santral Alveoler Hipoventilasyon Sendromu
- ✓ Hipotalamik Disfonksiyon ile Birlikte Geç Başlangıçlı Santral Hipoventilasyon
- ✓ İdiyopatik Santral Alveoler Hipoventilasyon
- ✓ İlaç veya Madde Kullanımına Bağlı Uyku İlişkili Hipoventilasyon
- ✓ Medikal Hastalığa Bağlı Uyku İlişkili Hipoventilasyon

4. Uyku ile İlişkili Hipoksemi Sendromu

5. İzole Semptom ve Varyantlar

- ✓ Horlama
- ✓ Katatreni

2.2. Obstüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)

Giderek sıklığı artan OUAS, uyku sırasında üst havayolunun geçici olarak tamamen veya kısmen tıkanması ile karakterize, önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olarak kabul edilen bir hastalıktır. OUAS’nda hastaların çoğu semptomların farkında değildir. Bu nedenle OUAS’lu pek çok hasta hala tanısız kalmaktadır (Punjabi, 2008). Dünyadaki uyku apneli hastaların %80,0-90,0’ına henüz tanı konulmadığı bildirilmiştir. Türkiye’de bu oranın %95,0-98,0 olduğu tahmin edilmektedir (Elez ve Ömür, 2008).

2.2.1. OUAS İle İlgili Tanımlar

Apne: Ağız ve burunda 10 saniye veya daha uzun süre hava akımının durmasıdır. Apne kendi arasında 3’e ayrılmaktadır (Schwab, Goldberg ve Pack, 1998).

1. Obstrüktif (tıkayıcı) apne: Solunum gayretinin devam etmesine karşın ağız ve burunda hava hareketinin olmamasıdır.

2. Santral (merkezi) apne: Uyku sırasında solunum gayretinin ve aynı zamanda ağız ve burunda da hava hareketinin olmamasıdır.

3. Mikst apne: Santral apne gibi başlayıp, obstrüktif apne gibi sonlanan durumdur.

Hipopne: Hava hareketinde 10 saniye veya daha fazla, en az %50,0 azalmayla beraber oksijen satürasyonunda %3,0'lük azalma ve/veya arosal gelişiminin olmasıdır (Köktürk, 1998a).

Arosal: Uyku esnasında, daha hafif uyku evresine veya uyanıklık durumuna ani geçişlerdir (Köktürk, 1998a).

Oksijen Satürasyonu: Kandaki oksijen doygunluk düzeyinin %90,0'nın üzerinde olmasıdır.

Oksijen Desatürasyonu: Kandaki oksijen doygunluk düzeyinin %90,0'nın altında olmasıdır (Köktürk, 1998a).

Apne hipopne indeksi (AHI): Uyku süresince saat başına düşen apne ve hipopne sayılarının toplamı olup bu tanımlama solunum sıkıntısı indeksi (SSI-Respiratory Disturbance Index) olarak da adlandırılmaktadır (Acıcan, 2017; Köktürk, 1998a).

2.2.2. OUAS'nun Tarihçesi

M.Ö. 336-305 yılları arasında, çok şişman olan Heraclea'nın (Zonguldak-Ereğli) tiranı Dionysius'un, uykusunda boğulmasından endişe duyan hekimleri, bu durumu önlemek amacı ile farklı bir yöntem geliştirmişlerdir. Dionysius'un uyku sırasında solunum ritmi bozulduğu zaman, ince ve uzun iğneleri kas dokusuna degecek şekilde batırarak ağrı vermişler ve Dionysius'u uykusundan uyandırmışlardır (Kryger, 1983).

Charles Dickens'in romanında konu edilmesine karşın, bilimsel açıdan UAS için 1956 yılında Burwell ve arkadaşları "*Pickwickian sendromu*" adını kullanmışlardır (Karadağ ve Ursavaş, 2007; Burwell, Robin, Whaley ve Bickelman, 1956). Pickwickian sendromlu hastalarda uykuda solunumun parametrelerinin izlenmesi ve gözlenmesi hakkındaki ilk yazılar, 1965 yılında Gastaut, Tassinari, Duran ve Jung, Kuhlo tarafından yazılmıştır. Bu yazılarda, soluk hava hareketinin tekrarlanan

nöbetlerle azalması veya durması, “*uyku apnesi*” olarak adlandırılmış ve oksijen desatürasyonlarıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Guilleminault, Tilkian ve Dement, 1976). Uykuda solunum kayıtlarının kullanımı ve tanımı 1973 yılında Christian Guilleminault tarafından (Karadağ ve Ursavaş, 2007) aynı yıl ülkemizde de OUA konusunda ilk yayın Barış ve arkadaşlarınca yapılmıştır (Barış, Artvinli ve Özesmi, 1973).

UAS’nun tedavisinde; daha önceleri trakeotomi, palatofaringoplasti ve uvulopalatofaringoplasti teknikleri kullanılırken 1982 yılında, CPAP tekniğini kullanmaya başlayan Sullivan olumlu sonuçlar elde ettiğini belirtmiştir (Masiyev, 2016).

2.2.3. Epidemiyoloji

Toplumsal ve tıbbi bir problem olan horlama, OUAS’nun da en sık görülen belirtisidir (Fairbanks, 1984). Erişkin erkeklerin %24,1’inde, erişkin kadınların %13,8’inde horlama alışkanlığı tespit edilmiştir (Lugaresi, Cirignotta, Coccagna, ve Piana, 1980). 30-35 yaş grubundaki erkeklerin %20,0’inde, kadınların %5,0’inde; 60 yaş grubundaki erkeklerin %60,0’ında, kadınların %40,0’ında horlama alışkanlığı bulunmaktadır. Horlama şikâyeti bulunan hastaların %35,0’inde OUAS saptanmıştır (Hoffstein ve Szalai, 1993).

Hastalığı tanımlamak için kullanılan ölçütlere göre prevalans oranları değişiklik göstermektedir. Çalışmalarda AHI=5 olarak ele alındığında OUAS prevalansı erkeklerde %24,0, kadınlarda %9,0 olarak ifade edilmiştir (Demir ve diğerleri, 2012). Klinik özelliklere göre bakıldığında ise, erkeklerde en az %4,0 ve kadınlarda en az %2,0 olup yaş ile birlikte artış gösterebilmekte ve bu oranlar erkeklerde %28,0’e, kadınlarda %19,0’a kadar yükselebilmektedir (Karadeniz ve Baklan, 2013). Çeşitli toplumlarda yapılmış olan araştırmalarda OUAS prevalans aralığı erkeklerde %3,1-7,5, kadınlarda %2,1-4,5 saptanmıştır (Udwadia, Doshi, Lonkar ve Singh, 2004).

Habituel horlamanın %10,0-20,0 arasında olduğu varsayıldığında, toplumumuzda OUAS prevalansı %0,9-1,9 tahmin edilmektedir (Köktürk, Tatlıcıoğlu, Kemaloğlu, Fırat ve Çetin, 1997). TAPES’e göre OUAS prevalansı %13,7 ve habitüel horlama prevalansı ise %9,6 olarak bulgulanmıştır (Demir ve diğerleri, 2015).

2.2.4. Risk Faktörleri

Üst solunum yolunu daraltan veya sönmesini, çökmesini kolaylaştıran etmenler OUAS'na meyili çoğaltmaktadır. Başlıca risk faktörleri; yaş, cinsiyet, obezite, boyun çevresi, sigara, alkol ve sedatif kullanımı ile eşlik eden bazı hastalıklar ve kraniofasyal anomalilerdir (Stradling,1995).

Yaş: OUAS en çok 40-65 yaş aralığında görülmektedir. 65'ten sonra prevalansın düştüğü ifade edilmektedir (Stradling,1995; McNamara, Grunstein ve Sullivan, 1993).

Cinsiyet: Erkek cinsiyeti OUAS açısından mühim risk etmenidir. Bütün yaş gruplarında erkek/kadın oranı 3/1 olarak bildirilmiştir (Wiegand ve Zwillich, 1994).

Obezite: OUAS eğilimini obezite arttırmaktadır. OUAS riski beden kitle indeksi 29'un üstünde olanlarda 8-12 kat fazlalaşmaktadır (Demir ve diğerleri, 2012).

Boyun çevresi: Boyun çapı, erkeklerde 43 cm ve kadınlarda 38 cm üzerinde olduğunda anlam kazanmaktadır (Hoffstein ve Mateika, 1992).

Sigara, alkol ve sedatif ilaç kullanımı: Sigara ve sigaraya maruz kalmanın hava yolu enflamasyonunu artırdığı, kullanılan alkol ve sedatif ilaçların ise üst solunum yolu (ÜSY) nöromüsküler etkinliklerini azalttığı bu nedenle OUAS açısından risk teşkil ettiği belirtilmektedir (Redline ve Strohl, 1998; McNamara, Grunstein ve Sullivan, 1993; McNamara, Strohl, Cistulli ve Sullivan, 1994).

Etnik Köken ve Irk: Irksal ve etnik farklılıkların OUAS ile ilişkisi konusunda fazla veri bulunmamaktadır. Fakat Afrika kökenli Amerikalı çocuklarda AHI'nin beyazlara oranla 2-3 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Pasifik Adaları'nda yaşayan bir toplumda da OUAS prevalansının arttığı bulunmuştur (Redline ve Strohl, 1998). Singapur'da yapılmış olan araştırmada en çok yaygınlık Hint kökenlilerde görülürken, bunu Malay kökenliler ile Çinliler izlemiştir (Ng, Seow ve Tan, 1998).

Genetik Etmenler: Ailelerin bazılarında OUAS görülme insidansının ait oldukları toplumdan daha sık bulunduğu (Suratt, McTier, Findley, Pohl ve Wilhoit, 1987), uyku bozukluklarının, ÜSY'nda yapısal değişimlerle devam eden ve solunum merkezine tesir eden çoğu konjenital hastalıkta (Marfan Sendromu, Trizomi 21, Fajil

X, Pader Willi Sendromu vs.) ve genetik yoldan geçen hastalıklarda yaygın gözlemlendiği ifade edilmektedir (Guilleminault, Partinen, Hollman, Powell ve Stoohs, 1995). OUAS tanılı hastaların 1. derece akrabalarında OUAS sıklığı %22,0-84,0 arasında saptanmıştır (Redline ve Tishler, 2000).

Eşlik eden hastalıklar: Risk faktörleri arasında önemli bir grubu oluşturmaktadır. ÜSY anormallikleri, kardiyovasküler, akciğer, kollajen, nörolojik, endokrin, psikiyatrik, gastrointestinal sistem ve nöromusküler birçok hastalıkta ve aynı zamanda diğer uyku hastalıklarında da OUAS sık görülmektedir (Köktürk, 1998a).

2.2.5 OUAS’nda Teşhis (Tanı) Yöntemleri

USB’nin tespiti prognoz ve tedavi için önemlidir. UAS’nun kesin teşhisi için PSG gerekli olmasına karşın kesin teşhis koydurmasalar da diğer teşhis yöntemleri de kullanılmalıdır. OUAS teşhis yöntemleri Tablo 2’de verilmiştir (Köktürk, 1999a).

Tablo 2
Teşhis Yöntemleri

Klinik Teşhis	✓ Öykü; belirtiler, risk etmenleri, ilişkili hastalıklar ✓ Fiziki muayene
Radyolojik Teşhis	✓ Sefalogram ✓ BT (Bilgisayarlı Tomografi) ✓ MR (Manyetik Rezonans) ✓ Somnofloroskopi ✓ Akustik refleksiyon
Endoskopik Teşhis	✓ Nasofarengolarenoskopi
Polisomnografi	
Multiple Uyku Latansı Testi	
Diğer	✓ Kan tetkikleri ✓ EKG (Elektrokardiyografi) ✓ SFT (Solunum Fonksiyon Testleri) ✓ Kan gazları

2.2.6. OUAS’nda Teşhis Kriterleri

OUAS’nun teşhis kriterleri şunlardır (Aritürk-Atılgan, Abakay ve Ülgen, 2011):

1. Başka bir nedenle açıklanamayan GAUH,
2. Uyku sırasında boğulma ve/veya tıkanma hissi, uyanlamaların tekrarlama, dinlendirici olmayan uyku, gündüz yorgunluk duygusu ve yoğunlaşma bozukluğu bulgularından 2 veya daha fazlasının bulunması;
3. PSG’de AHİ değerinin 5 veya daha fazla olması.

2.2.7. OUAS Teşhisinde Polisomnografi (PSG)

1974 yılında Holland ve arkadaşlarınca kavramlaştırılan PSG, uyku bozukluklarını tespit amacıyla kullanılan kayıt ve metod teknikleridir. Uyku esnasında, nörofizyolojik, kardiyorespiratuar, diğer fizyolojik ve fiziksel değişkenlerin belli süreler (genellikle gece), kesintisiz ve sekronik kayıt edilme işlemidir (Köktürk, 1999b).

OUAS’nda teşhis PSG’de tespit edilen AHİ derecesi ile sınıflandırılır. OUAS şiddeti sınıflaması Tablo 3’de verilmiştir (Lakadamyalı, 2013).

Tablo 3
OUAS Şiddet Sınıflaması

Basit Horlama	AHİ 5 ve/veya altında
Hafif	AHİ 5 ile 15 arasında
Orta	AHİ 16 ile 30 arasında
Ağır	AHİ 30 ve/veya üzerinde

2.2.8. OUAS Semptomları

Uyku laboratuvarlarına yönlendirilecek olguların belirlenmesinde klinik tanı önemlidir. Bu nedenle hastalığın semptom ve bulgularının iyi bilinmesi ve güncel bilgiler ışığında değerlendirilmesi gerekmektedir. OUAS’nun semptomları Tablo 4’de gösterilmiştir (Köktürk, 1999a).

Tablo 4
OUAS Semptomları

Majör Semptomlar	✓ Horlama ✓ Tanıklı apne ✓ Gündüz aşırı uyku hali
Kardiyopulmoner Semptomlar	✓ Uykuda boğulma hissi ✓ Atipik göğüs ağrısı ✓ Nokturnal aritmiler
Nöropsikiyatrik Semptomlar	✓ Uyanınca baş ağrısı ✓ Yetersiz ve bölünmüş uyku ✓ İnsomnia ✓ Karar verme yeteneğinde azalma ✓ Hafıza zayıflaması, unutkanlık ✓ Karakter ve kişilik değişiklikleri ✓ Çevreye uyum güçlüğü ✓ Depresyon, anksiyete, psikoz ✓ Uykuda anormal motor aktivite
Diğer Semptomlar	✓ Ağız kuruluğu ✓ Gece terlemesi ✓ Nokturnal öksürük ✓ Noktüri, enürezis ✓ Libido azalması, empotans ✓ İşitme kaybı ✓ Gastro-özofageal reflü

OUAS’nda en çok gürültülü horlama, GAUH, gece boğulacakmışçasına nefes darlığı duyma, tedirgin uyku, uykusuzluk, sabahları yorgun dinlenmemiş olarak kalkma ve baş ağrısı belirtileri görülmektedir. Uykusuzluğa bağlı bireylerde çabuk sinirlenme, uyumsuzluk gibi durumlar görülebilir. Noktüri, nokturnal enürezis, libido düşüklüğü, gastro-özofageal reflü belirtileri seyrek bildirilmektedir. Tanıklı apne ve

horlamanın sorgulanması açısından hastanın eşinin ve/veya yakınlarının uykuya ilişkin gözlemlerinin öğrenilmesi önemlidir (Demir ve Şahin, 2004; Kant, 2008).

2.2.8.1. Majör Semptomlar

Horlama

Horlama, doktora başvurunun ilk sebebi olup, uykuda soluk almanın kısmi engellenmesi sonucu orofarenkste meydana gelen gürültülü titreşime bağlı oluşan sestir. Yetişkinlerin %20,0'sinde, 40 yaş üstündeki erkeklerin %60,0'ında horlamanın var olduğu belirtilmiştir (Martikainen ve diğerleri, 1994).

OUAS'lu hastalarda varolan habituel horlama sıkça tekrar eden apneler sebebiyle kesilir. Hastalar genelde horladıklarını red ettiklerinden eşleri veya yakınlarından bilgi alınması gereklidir (Martikainen ve diğerleri, 1994; Schlosshan ve Elliott, 2004; Strohl ve Redline, 1996).

Tanıklı Apne

Hastaların eşleri/yakınları tarafından fark edilen apne, hastaların doktora başvurmalarının sebeplerindendir. OUAS'lu hastaların eşleri/yakınları horlamaların ara ara olmadığını, ağız ve burunda solunumun durduğu halde göğüste ve karında hareketlerin olduğunu tarifleyebilirler. Apne nöbetleri çoğunlukla 10-60 saniye arasında sürmekte ve seyrek olarak 2 dakikaya kadar çıkabilmektedir. Bunun arkasından gürültülü horlama ve derin soluk alma gelir. Göğüste ve karında hareketler düzenli hale gelip oronasal solunum daha sonra oluşan apneye kadar sürer. Hastalar nadiren apne periodu içinde uyanırlarsa, nefes alamama veya boğulma hissi tanımlayabilirler (Demir ve diğerleri, 2012; Köktürk, 1999a; Köktürk, 2008).

Gündüz Aşırı Uyku Hali (GAUH)

GAUH, uyuma müddetinden bağımsız bir şekilde dinlenmemiş şekilde uyanma ile birlikte günlük işlevleri düzensizleştiren gün içinde aşırı uykululuk frekanslarının habitüel (>2/hafta) veya yoğun olması durumudur. Uyku sırasında tekrarlayan apne, hipopne ve arousallara bağlı oluşan uyku bölünmelerinden hastalar ertesi gün aşırı uyku ihtiyacı içinde olurlar (Douglas ve Polo, 1994). Aşırı uykululuk durumu

bireylerin gündüz motor faaliyetlerine negatif yönde etki eder. Bilişsel bozuklukla bağlantılı öğrenme becerileri eksilir, hafıza zayıflar, refleks davranışlarda ve dikkatte azalma olur (Demir ve diğerleri, 2012). GAUH %5,0 oranında görülmekte, iş ve trafik kazalarına sebep olabilmektedir (Wiegand ve Zvillich, 1994). TAPES'e göre toplumumuzda GAUH sıklığı %5.4'tür (Demir ve diğerleri, 2015). OUAS şüphesi ile uyku laboratuvarına yönlendirilen olgularda GAUH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda oran %22,0-73,0 arasında değişmektedir (Chesson ve diğerleri, 1997).

GAUH, Epworth uykululuk ölçeği (EPUÖ), Maintenance of Wakefulness Test (MWT) ve Multiple Sleep Latency Test (MSLT) ile belirlenebilmektedir. Belirtiler tek tek önemli olsa da teşhiste üç majör belirtinin beraber görülmesi OUAS açısından belirleyici olmaktadır (Demir ve diğerleri, 2012).

2.2.8.2. Nöropsikiyatrik ve Diğer Semptomlar

OUAS'lu hastalarda gelişen hipoksemi (kanın yeterli miktarda oksijene sahip olmaması), hiperkapni (kanda karbondioksit yüksekliği), serebral kan hareketinin bozulması, tansiyonun yükselmesi, uykunun bölünmesi, yeterli olmayan uyku ve normal olmayan motor faaliyet, baş ağrısı ve yorgunluk duygusuna sebep olduğundan bu hastalar çoğunlukla uyandıklarında baş ağrısından şikâyet ederler (Wiegand ve Zvillich, 1994). Tekrarlayan hipoksemi ve uyku bölünmesine bağlı gelişen bilişsel fonksiyonlardaki bozulma, karar verme kabiliyetinde azalmaya, bellek zayıflamasına, unutkanlığa, mizaç ve kişilik değişikliklerine neden olabilmektedir. Bilişsel yetenek gerektirmeyen, otomatizma kazanmış davranış ve fonksiyonlarda önemli bir değişiklik gözlenmez bu nedenle kişi yaşamını aksama olmadan sürdürebilir. Fakat bireyin çevresine uyum sağlamada zorluklar yaşaması, bireyde anksiyete ya da depresyon oluşmasına sebep olabilir (Köktürk, 1999a).

Hastalarda uyku sırasında gelişebilecek anormal hareket ve davranış bozuklukları eşleri/yakınları tarafından hekime iletilir. Uykuda gelişen apneler nedeniyle hastalar boğulma duygusuyla veya yüksek ses çıkararak paniklemiş halde uyanabilirler. Hasta uyku esnasında gördüğü rüyanın içeriğine bağlı olarak değişik hareketler yapabilir ve bu hareketler yatakta eşine/yakınına saldırıya bile dönüşebilir (Engleman, Kingshott, Martin ve Douglas, 2000; Vaughn ve D'Cruz, 2005).

OUAS’nda belirtilerin çoğunluğu uyku bölünmelerine bağlı oluşmaktadır. Zihinsel belirtilerin oluşumunda hipokseminin rolü net bir şekilde bilinmemektedir. Fakat bazı bilişsel bozuklukların hipoksemi nedeniyle oluştuğu tahmin edilmektedir. Libido azalması ve seksüel disfonksiyonun sebepleri de net bir şekilde bilinmemektedir. Fakat testosteron düzeyindeki azalma, uykunun bozulmuş olması, horlama, USB ve yeterli olmayan uyku sonucunda eşlerin birbirlerine ilgilerinin azalması olası nedenler olarak gösterilmektedir (Kant, 2008).

2.2.9. OUAS’nun Tedavisi

OUAS’nun tedavi şekilleri aşağıda verilmiştir (Ağır, 2017).

1. Risk faktörlerinin giderilmesi

- ✓ Kilo verilmesi
- ✓ Sigaranın bırakılması
- ✓ Alkol ve sedatif-hipnotiklerden sakınılması
- ✓ Uyku hijyeninin sağlanması
- ✓ Supin pozisyonda yatılmaması

2. Refakat eden hastalıkların tedavisi

3. Trafik ve iş kazalarından korunma yolları hakkında bilgilendirme

4. Medikal tedavi

5. Ağız içi araç (AİA) tedavisi

- ✓ Dil tutucu
- ✓ Mandibular ilerletici
- ✓ Yumuşak damağı kaldırıcı
- ✓ PAP cihazı ile birlikte kullanılabilen AİA

6. Pozitif havayolu basıncı (PAP) tedavisi

- ✓ CPAP (Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı)
- ✓ Bİ-PAP (İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı)
- ✓ APAP (Otomatik Pozitif Havayolu Basıncı)

2.2.10. OUAS'nun Sonuçları

Uykudayken yaşanan olumsuz değişiklikler, OUAS'lu hastalarda morbidite ve mortalitenin çoğalmasına neden olmaktadır. OUAS'nun kardiyovasküler sistemde görülen sonuçları uykuda ölümlere yol açabilmektedir (Köktürk, 2000). Sosyo-ekonomik sonuçları da halk sağlığı yönünden önem arz etmektedir.

OUAS'nun sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir (Demir ve diğerleri, 2012) .

Tablo 5
OUAS'nun Sonuçları

Kardiyovasküler Sonuçları	✓ Hipertansiyon ✓ Kardiyak aritmiler ✓ Sol kalp yetmezliği ✓ Koroner arter hastalığı ✓ Sağ kalp yetmezliği/pulmoner hipertansiyon ✓ Serebrovasküler hastalık
Pulmoner Sonuçları	
Metabolik ve Endokrinolojik Sonuçları	✓ Obezite ✓ İnsülin Direnci ✓ Diabetes Mellitus (DM) ✓ Metabolik Sendrom (MS) ✓ Libido Azalması ve Empotans
Nöro-Psikiyatrik Sonuçları	✓ Depresyon ✓ Anksiyete ve ajitasyon ✓ Bilişsel bozukluk ✓ Karar verme yeteneğinde azalma, hafızada zayıflama, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, dikkat azalması ✓ Kişilik değişiklikleri ✓ Diğer psikolojik bozukluklar (somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, düşmanlık, nokturnal panik ataklar, psikotik epizodlar)

Nefrolojik Sonuçları	✓ Noktüri
Gastrointestinal Sonuçları	✓ Gastro-özefajeal reflü ✓ Hepatik steatoza
Hematolojik Sonuçları	
Ani ölüm	
Sosyo-Ekonomik Sonuçları	✓ Trafik ve iş kazaları ✓ Ekonomik kayıplar ✓ İş kaybı ✓ Evlilik sorunları ✓ Yaşam kalitesinde azalma
Diğer	✓ İşitme kaybı ✓ Glokom

2.2.10.1. OUAS'nun Sosyo-Ekonomik Sonuçları

Hastalığın başlangıç döneminde uykuya ve horlamaya yönelik yakınmalar daha fazla olup sonraki dönemlerde hasta ve çevresi, bu sorunlara alışmakla beraber, zaman içinde gelişen komplikasyonlar nedeniyle sorun alanları değişmektedir. En sık ifade edilen sorun, impulsivite (dürtüsellik, düşünmeden harekete geçme, fevrilik) çerçevesindeki değişimlerdir. UAS'nda bellek ve öğrenme sürecinde rol oynayan REM uykusunun kesintili ve yetersiz olması, bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya yol açmaktadır. Bellekte zayıflama, unutkanlık, algılama ve yargılamada azalma meydana gelmektedir. Özellikle, dikkat, karar verme, organizasyon, reaksiyon zamanındaki bozulmalar gündelik yaşamın sürdürülmesinde güçlükler yol açmaktadır. Çevreye adaptasyon sorunları kişide anksiyete veya depresyona yol açabilmektedir. Bu hastalar genellikle ajite olmakta, hızlı ruhsal değişikliklere bağlı ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadırlar. Bunlarda UAS'luların aile yaşamlarını, sosyal ilişkilerini ve iş yaşantılarını etkilemekte ve sorunlar oluşmasına neden olmaktadır (Aydın, 2017; Köktürk, 2000).

OUAS'lu kişiler uyanık kalma konusunda güçlük çekerler. Hem kendisi hem de çevresi böyle bir hastalığın varlığından haberdar değildir. Bu nedenle OUAS'lu kişiler

çoğunlukla alay konusu olurlar ve anlayış görmezler. Bu döngüyü yaşayan kişide depresyon oluşabilir ve/veya durum daha da kötüleşebilir (Köktürk, 2000).

UAS'nun neden olduğu konsantrasyon güçlüğü ve hafıza kaybı, öğrenme yeteneğini ve çalışma yeteneğini olumsuz etkilemektedir. GAUH ve uyku atakları, iş kazaları riskinde artış ve iş performansında azalma yaratmaktadır (Tregear, Reston, Schoelles ve Phillips, 2009). Bir çalışmada; UAS'lı işçilerde, sağlıklı kontrol grubuna oranla bellekte, uyanıklılık durumunda, tekdüze işlerin yapılmasında, yeni şeylerin öğrenilmesinde, el becerilerinde ve iş başarımlarında düşme olduğu bulgulanmıştır (Accattoli ve diğerleri, 2008). UAS'lu kişiler bu durumda işlerini kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalırlar (Köktürk, 2000). UAS, işten ayrılışlar için bir risk faktörüdür. UAS'lu hastaların 6 ay CPAP kullanımı sonrasında işten ayrılış oranlarında düşme olduğu bildirilmiştir (Scharf ve diğerleri, 1999).

OUAS'nda görülen GAUH, trafik ve iş kazalarının bir nedeni olup yapılan çalışmalarda katılanların %11,0-32,0'sinde GAUH'nin gündüz faaliyetlerini etkilediği tespit edilmiştir. Bu bireylerin yarıya yakınının trafik kazalarına yarından fazlasının iş kazalarına neden olduğu belirtilmiştir (Köktürk, 2000). UAS tedavi edilmezse, bilişsel fonksiyonlarda, sürüş kabiliyetinde düşmeye ve psikomotor bozukluğa sebep olabilmektedir. Bundan dolayı UAS'lı bireylerin trafikte kaza yapma oranları normal bireylerden 2-7 kat daha yüksek bulunmuştur (Tregear ve diğerleri, 2009). OUAS'lu hastalarla yapılan araştırmalarda CPAP kullanımının GAUH'ni azalttığı ve trafik kazası riskini düşürdüğü belirtilmiştir (Cassel ve diğerleri, 1996; Engleman ve diğerleri, 1996). Ayrıca birçok endüstri felaketinin (Chernobyl ve Challenger faciaları gibi) uykululuğa ilişkin hatalardan oluştuğu açıklanmıştır (Köktürk, 1999a).

OUAS'lu hastaların uyku yapısında meydana gelen değişikliklerin, devamlı uyuma isteğine, çabuk yorulmaya, dikkat eksikliğine, cinsel işlev bozukluklarına yol açabildiği, tüm bunlarında başta depresyon olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın gelişimine zemin hazırladığı belirtilmektedir (Aloia ve diğerleri, 2005). OUAS'nun tedavi edilmesi, OUAS'lu hastaların psikolojik durumunu düzeltebilir, daha az anksiyete ve depresyon yaşanmasına neden olabilir (Köktürk, 2000).

OUAS'lularda, cinsel alandaki sorunlar, nöroendokrin sistemdeki değişmeler, hormonlardaki düzensizlikler ve komorbid olarak ortaya çıkan depresyondan kaynaklanmaktadır (Aydın, 2017). Yapılan nakturnal penil tumesens çalışmalarında, OUAS'lu hastalarda %44,0-61,0 arasında erektil disfonksiyon (ED) saptanmıştır (Hirshkowitz, Karacan, Gürakar ve Williams, 1989; Pressman, DiPhillipo, Kendrick, Conroy ve Fry, 1986). Başka bir çalışmada, 25-65 yaş arasındaki uyku apne hastalarının %48,0'inde sexüel problemler bulunmuştur (Guillemineault, Eldridge, Tilkian, Simmons ve Dement, 1977). Yapılan bir çalışmada, OUAS'lu premenapozal kadınlarda FSFI (Female Sexual Function Index) skorunun %52,4 olduğu bildirilmiştir (Subramanian ve diğerleri, 2010).

OUAS'lular geceleri devamlı dönme ve silkinme sonucu rahat uyuyamadıkları gibi ajite davranışlar sergileyebilirler. Bunlar, tipik periyodik bacak hareketlerinden, eşi veya yanındaki için kötü sonuçlar doğuracak boyutta normal olmayan kol ve bacak hareketleri şeklinde vuku bulabilir. Yatakta oturup, anlamsız şeyler söyleyip tekrar uykuya dönebilirler veya disoryante bir şekilde gezinebilir (Köktürk, 2000).

Bu olumsuzluklar, OUAS'lu bireylerin eşini ve çevresini etkileyebilmektedir. Horlama ve soluk durmaları OUAS'lu hastaların eşlerinin de yaşam kalitesini azaltmaktadır (Parish ve Lyng, 2003).

OUAS'lu olgularda uykululuk, horlama, cinsel işlev bozuklukları (libido azalması, empotans), eşler arasında ciddi sorunlara neden olabilir. Asıl neden bilinemediğinde çoğu zaman evlilik içi sorunlar psikolojik fenomenler olarak ele alınmakta ve buna yönelik çözümler araştırılmakta, sonucunda çözüm bulunamaması da evlilikteki sorunların çoğalmasına yol açabilmektedir (Aydın, 2017). Eşlerin sıklıkla başvurdukları çözüm yolu odalarını ayırmalarıdır. Fakat gelişmiş toplumlarda bu hastalık sebebiyle boşanmalarında fazla olduğu belirtilmektedir (Aldrich, 1999).

Uyku bozukluklarına bağlı olarak üretkenliğin azalması, iş ve trafik kazalarının artması, oluşan diğer sağlık sorunlarının tedavi (komplikasyonlar, uzun süreli, yakın tıbbi bakım ve yatarak tedavi görme) maliyetleri, büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Aydın, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2015 yılına ait teşhisi konmuş OUA'nin tedavi maliyetlerinin toplam \$12.4 (\$US Bil) iken teşhis edilmemiş

OUA'nin maliyetinin (komorbiditeler ve akıl sağlığı, motorlu taşıt kazaları, işyeri kazaları, üretim kayıpları) toplam \$149.6 (\$US Bil) olduğu bildirilmiştir (AASM, 2016).

2.3. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon ve anksiyete bozuklukları sık görülmektedir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları ikisi birlikte görülebildikleri gibi diğer hastalıklarla da sıklıkla beraber görülebirlirler. Beraber görüldükleri hastalıkların seyrini ve tedaviye yanıtı, mortaliteyi, morbiditeyi, hastanın uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilerler. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9,0-40,0 arasındadır (Kayahan ve Serbaş, 2007; Beser-Gördeles ve Öz, 2003; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Oflaz ve Varol, 2010).

2.3.1. Depresyon

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel yaşantılanan, bireyin davranış ve dünyayı algılamasını farklılaştıran, baskın ve devamlı duygu tonudur. Duygudurum normal, yükselmiş veya çökkün olabilir. Depresyonda iken duygudurumun çökkün durumu görülmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Depresyon terimi (Türkçapar, 2004);

1. Normal bireylerin bir kayıp sonrasında yaşadığı, herkesde ara sıra görülebilen, çevresel değişimlere ve yaşam olaylarına gösterilen adaptasyona yönelik uygun ve naturel duygusal tepkiyi,

2. Psikolojik belirtiyi,

3. Özgül ruhsal bir rahatsızlığı anlatmak için 3 şekilde kullanılabilmektedir.

Depresyon, bireyin yaşam enerjisi ve arzusunun azaldığı, bitkin, daha karamsar bir bakış açısına sahip olduğu, kendini kötü hissedip geleceğe iyi bakamadığı, ajite ya da azalmış psikodevinsel hal içinde olduğu, geçmişle ilgili suçluluk hissedip pişmanlık duyguları taşıdığı, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çektiği, kararsızlık yaşayabildiği, intihar eylemini de içerebilen ölüm düşüncelerinin bulunabildiği, cinsellik, yeme isteği ve uyku gibi bedensel ve ruhsal gereksinmelerin giderilmesinde

sıkıntılarının oluştuğu bozukluktur. Bunlara ilave olarak, kendini küçük-değersiz görme, hor görme, sitem, kınama, çevreye olan ilgide ve benlik saygısında azalma vardır (Çevik ve Volkan, 1993; DSM-5, 2013). Depresyon tanısının koyulabilmesi için en az iki hafta tablonun devam etmesi gereklidir. Depresyon atakları değişik şiddette olabildiği gibi belirtilerin sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini göstermektedir (DSM-5, 2013).

Depresyonda sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma olmaktadır. Sosyal işlevsellikte oluşan bozulma hem bireye, hem de evliliğine, ailesine ve işine de tesir etmektedir (Hirschfeld ve diğerleri, 2000). Depresyonun yaygınlığı, süregelenleşmesi ve tekrarlaması yüksek olmasından, iş gücü kaybı ve intihar olasılığını arttırmasından dolayı mühim bireysel ve sosyal bir sağlık problemidir. Primer duygulanım bozukluğu şeklinde olabileceği gibi, çoğu psikiyatrik ve tıbbi duruma sekonder olarak da görülebilmektedir (Marakoğlu, Çivi, Şahsıvar ve Özdemir, 2006). Yani depresif semptomlar psikiyatrik problemler başta olmak üzere çoğu nörolojik ve medikal hastalığa refakat edebilmektedir (Türkçapar, 2004). Kronik hastalıklar depresyona yol açabileceği gibi depresyon da kronik hastalıkları olumsuz yönde etkileyebilir (Elbi, 2008).

Ülkemizde depresyon sakatlık yükü açısından kadınlarda %10,7'le birinci sırada iken erkeklerde %6,4 ile ikinci sıradadır (Başara, Dirimeşe, Özkan ve Varol, 2006). Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa'da ruhsal bozukluklarla ilişkili hastalıkların %20,0'sinin depresyon bazlı olduğunu bildirmiştir (Spinney, 2009). Fiziksel bir hastalığı olmayan bireylerde depresyonun görülme sıklığı %1,0-5,0 oranında iken, tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatanlarda %12,0 oranındadır (Eker ve Noyan, 2004; Hybels, Blazer ve Pieper, 2001).

2.3.1.1. OUAS ve Depresyon

Uyku sorunları depresif hastalarda çok görülen belirtilerdendir. Bu hastalar uyku problemleri ve buna bağlı gelişen işlevsellikteki bozulmalar nedeniyle yardım ararlar (Benca, Obermeyer, Thisted ve Gillin; 1992; Ford ve Cooper-Patrick, 2001).

Depresif hastalarda, uyku çalışmalarında, akut majör depresyon döneminde, uyku devamlılığı sorunları, uykunun sürekliliği ve uyku-uyanıklık dengesinde bozulmalar,

uyku latansında (uykuya dalma süresi) uzama, gece boyunca uyanık kalma süresinde artma, uyku süresinde kısalma ve uyku verimliliğinde azalma gibi durumlar olduğu belirtilmiştir (Memetali, 2010).

OUAS’nda görülen depresif belirtilerin, uyku sırasında oluşan uyku bölünmelerinden ve oksijen desatürasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir (Cohen-Zion ve diğerleri, 2001). OUAS’lu olguların %30,0’unda depresyon olduğu tespit edilmiştir. Fakat depresyona OUAS’nun mu sebep olduğu, yoksa eskiden mevcut olan durumu mu artırdığı net olarak anlaşılamamıştır. OUAS’lu erkeklerde yaygın görülen cinsel fonksiyon bozukluğu bireylerin depresyona girmesini sağlayabilir veya depresyonunu çoğaltabilir (Köktürk, 1999a; Köktürk, 2000).

OUAS hastalarında görülen GAUH depresyon ile ilişkili olabilmektedir. Depresyon, GAUH ve OUAS arasındaki ilişki karmaşık olup, depresyon, uykululuğun bir nedeni olabildiği gibi depresyon OUAS’na eşlik de edebilmektedir (Santamaria, Iranzo, Ma Montserrat ve De Pablo, 2007).

Birçok çalışmada OUAS ve depresyon arasında ilişki bulunduğu, OUAS’nun depresyondan çok depresif semptomlarda artışa yol açtığı ifade edilmektedir (Kawahara ve diğerleri, 2005; Schröder ve O’Hara, 2005; Millman, Fogel, McNamara ve Carlisle, 1989; DeZee, Hatzigeorgiou, Kristo ve Jackson, 2005; Day, Gerhardstein, Lumley, Roth ve Rosenthal, 1999).

OUAS ile depresif semptomlar arasındaki ilişki aşağıda belirtilmiştir;

1. OUAS ile depresyon rastlantısal olarak birlikte görülebilir.
2. GAUH, horlama, obezite vb. vaziyetler depresif duygu durumuna katkıda bulunabilir (Aloia ve diğerleri, 2005).

3. OUAS, duygu durum fizyolojisine etki eder. Daha önce yapılan OUAS üzerindeki görüntüleme çalışmalarında OUAS’nda gece tekrarlayan hipoksiden kaynaklanan serebral metabolik bozukluğu ve subkortikal beyaz cevher yoğunluğunun varlığı bildirilmiştir (Kamba, Suto, Ohta, Inoue ve Matsuda, 1997; Kamba ve diğerleri, 2001). Duygulanım bozukluğu ile ilgili çalışmalarda, beyaz cevher yoğunluğunun depresif belirtilerle bağlantısı ifade edilmiştir (Silverstone, McPherson, Li ve Doyle, 2003; Thomas, O’Brien, Barber, McMeekin ve Perry, 2003). Hafif ve

ağır OUAS'lu hastalarla yapılan bir çalışmada depresyon skoru ile subkortikal yoğunluk arasında pozitif korelasyona eğilim tespit edilmiştir (Aloia, Arnedt, Davis, Riggs ve Byrd, 2004).

4. Aynı biyolojik mekanizmalarla, depresyon OUAS'nu başlatabilir. OUAS ve depresyonun birlikte görülmesi her iki hastalığın da ortak bir nörobiyolojik risk faktörü paylaşabileceği ile açıklanabilir (Veasey, 2003).

Depresyonu olan hastalarda OUAS'nun tedavi edilmemesi, depresyonun farmakolojik tedaviye dirençli olmasına sebep olabilir (Schröder ve O'Hara, 2005). Aynı zamanda depresyon, CPAP tedavisine uyumu bozmaktadır (Kjelsberg, Ruud ve Stavem, 2005).

OUAS'nda depresyon görülme sıklığının toplumdan yüksek olduğunu belirten çalışmalar var olduğu gibi fazla olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Çalışmalarda OUAS'nda depresyon görülme sıklığı %7,0-60,0 arasındadır. OUAS'nun mental değişikliklere ve psikiyatrik sorunlara yol açıp açmadığı konusu net değildir (Aloia ve diğerleri, 2005; Reynolds ve diğerleri, 1984; Pillar ve Lavie, 1998; Sharafkhaneh, Giray, Richardson, Young ve Hirshkowitz, 2005; Kales ve diğerleri, 1985; Sforza, De Saint Hilaire, Pelissolo, Rochat ve Ibanez, 2002; Doherty ve diğerleri, 2003).

2.3.2. Anksiyete

Kaygı ya da bunalıtı olarak da adlandırılan anksiyete sık rastlanan, nahoş ve belirsiz negatiflik önsevisidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyete, bedensel belirtilerin de refakat ettiği, bilinç dışı, içten gelen, kötü bir şey olacakmış endişesi, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali şeklinde ifade edilebilir. Hayatı tehdit eden veya tehdit unsuru biçiminde algılanan bir ikaz duygusudur (Tural, 2017; Özpoyraz, 2017). Uykusuzluk, huzursuzluk, kas gerginliği ve konsantrasyon sorunları, anksiyetede kronik aşırı endişeye ve strese eşlik eder (Tyrer ve Baldwin, 2006; Hoge, Ivkovic ve Fricchione, 2012).

Anksiyete, yaklaşan tehlikeyi bildirerek sinir sistemini uyararak faaliyete geçirir ve kişinin kendisini koruma imkânı yaratır. Orta düzeydeki anksiyete genellikle performansı artırıcı özellikte olup bireyin başarısına yönelik bir korku veya tehditten

kaynaklanır. Orta düzey anksiyeteyi azaltmaya çalışmak, performansın azalmasına neden olabilir. Anksiyetenin bir nevi itici gücü, performansı ve motivasyonu artırıcı bir özelliği bulunmaktadır (Taneli, Taneli ve Taneli, 2001).

Anksiyete sıklıkla yaşanan bir duygudur fakat her zaman hastalık semptomu olarak düşünülmemesi gerekir. Uyarılar vasıtasıyla oluşan anksiyete beklenen düzeyde değil ise, ilerleyen süreçte azalmıyor, değişmiyor ve şiddetleniyorsa, bu duruma anksiyetenin bedensel belirtileri (çarpıntı, ürperme, titreme, baş dönmesi, bulantı, karın ağrısı, sık idrar, terleme, nefes darlığı vb.) hâkimse, anksiyeteye kişi katlanamıyorsa ve kişinin işlevselliği düşüyorsa, kişi kendince anksiyetesinin patolojik olduğunu anlayıp azaltmaya çalışıyorsa anksiyetenin patolojik bir duruma ulaştığından söz edilebilir (Tural, 2017). Anksiyete tanısı koyulabilmesi için en az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bazı olaylar veya faaliyetlerle ilgili, aşırı bir tasa ve evham olması, odaklanmakta güçlük çekme, kolay kızma ve uyku bozukluğu gibi belirtilerin eşlik etmesi gerekir (DSM-5, 2013).

Anksiyete bozuklukları, tedavi edilmediklerinde klinik açıdan sıkıntıya ve işlevsellik alanlarında (toplumsal, iş vb.) düşmeye neden olur (DSM-5, 2013). Önemli işgücü kaybı ve yeti yitimine yol açan anksiyete bozuklukları duygudurum bozuklukları ile beraber görülebilmektedir (Pahalı, 2015).

Anksiyete, tıbbi durumların seyrinde sık olarak görülen bir belirtidir. Bu anksiyete, stres etmeni olarak işlev gören tıbbi hastalığa tepki olarak veya önceden var olan herhangi bir anksiyete bozukluğunun alevlenmesi şeklinde ya da tıbbi hastalığın yarattığı patofizyolojiye bağlı olarak gelişebilir (Demet, 2006).

Anksiyetenin yaşam boyu prevalansı %4,0-7,0, yıllık insidansı %1,0-4,0 olarak belirtilmektedir (Katzman ve diğerleri, 2014). Bu oran kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir (Ertan, 2008).

Ruhsal, tıbbi ve nörolojik bozukluklar anksiyeteye sıklıkla eşlik eder. Genellikle depresyonla beraber seyretmektedir. Tıbbi hastalığı bulunanlarda anksiyete %10,0-30,0 arasında görülmektedir (Özmen ve Önen, 2008). Hastaneye yatırılan hastalarda %23,0'lere varan oranlarda anksiyete görülebilmektedir (Alkın ve Onur, 2007).

2.3.2.1. OUAS ve Anksiyete

Bedensel hastalıklarda, anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasına merkezi sempatik etkinlikte (noradrenerjik) artmanın neden olabileceği belirtilmiştir (Cassem, 1990). Anksiyete ve depresyon bozukluklarında; norepinefrin ve seroton bazında düzensizliklerin bulunduğu belirtilmektedir. Bu düzensizlikler depresyon ve anksiyete belirtilerinin oluşmasına sebep olmaktadır (Ressler ve Nemeroff, 2000).

Üst hava yolu kas tonusunun korunmasında serotoninerjik sistem çok önemlidir. Uykuda iken normal olarak, serotonin taşınması üst hava yolu dilatör nöronlarında azalmaktadır. Depresyondayken serotoninerjik transmisyonun bariz olarak düşmesi, uykuda üst solunum yolu tıkanmasına zemin oluşturabilir. Bundan dolayı serotoninerjik tesirli ilaçlar antidepresan olarak verilebildikleri gibi başarı oranının kısıtlı olmasına karşın OUAS’nda da kullanılabilir (Veasey, 2003; Adrien, 2002).

Anksiyete bozukluklarında, PSG’de uykuya dalmada güçlük, uyku etkinliğinde azalma ve uyku süresinde kısaltmalar olabilmektedir. Anksiyete ve OUAS arasında ilişki olduğunu gösteren fazla çalışma mevcut değildir (Saunamaki ve Jehkonen, 2007; Sforza ve diğerleri, 2002; Doherty ve diğerleri, 2003; Kumar ve diğerleri, 2009).

OUA’nın uyku panik atağı belirtilerine yol açabileceği (Edlund, McNamara ve Millman, 1991) ve ayrıca uyku panik bozukluğu bulunanlarda da hafif solunum bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Stein, Millar, Larsen ve Kryger, 1995).

Anksiyetenin OUAS’ndan çok uykusuzluğa bağlı olduğunun düşünüldüğü ancak CPAP tedavisi ile anksiyete skorlarında azalma olduğu konusunda farklı sonuçlar belirtilmiştir (Pillar ve Lavie, 1998; Ramos-Platon ve Espinar-Sierra, 1992; Edlund, McNamara ve Millman, 1991).

2.4. Evlilik Uyumu

Birey, doğası gereği kendisi için hep iyi ve güzel olan şeyleri yapmayı ister. Evlenirken de hedefi mutluluk olan bireye göre eş uyumu önemlidir. Sosyal hayatın önemli bir bölümü olan evlilik, eşlerin birbirlerine uyum sağlamasını gerekli

kılmaktadır. Ruhsal, duygusal, cinsel ve sosyal ilişkileri kapsayan evlilikte uyumun sağlanması eşlerin fiziksel ve ruhsal iyi oluşlarının zeminini oluşturan mühim faktörlerden biridir ve evlilik iki bireyin doyumuna dayalı bir ilişkiyle varolmaktadır. Bu ilişki bazıları için mutluluk vericiyken bazıları içinse mutsuzluk kaynağı olmaktadır (Doğan, 2010; Levinger ve Huston, 1990; Kalkan, 2002).

Evlilikte bireyler farklı roller edinmekte, eş ve aile olmaktadır. Evlilikte, bireyler aynı evde yaşamaya başlayıp, karşılıklı istek ve ihtiyaçlara karşı duyarlı olmayı, kendilerini mutlu edecek ortak bir yaşam tarzı oluşturup müşterek kararlar vermeyi, ev ve aile ile ilgili sorumlulukları paylaşmayı, problem yaşadıklarında oluşabilen çatışmalarda çözme usullerini öğrenirler. Evliliğin başlangıç yıllarında çiftlerin birbirlerinden beklentileri karşılanmadığında hayal kırıklığı yaşanabilmekte ve bu durum çatışmaya dönüşebilmektedir. Bu aşamada problemler çözülemediğinde takdirde boşanma riski artmaktadır (Nazlı, 2014).

Evlilikte bireyler arasında uyumun sağlanması ve mutluluğun elde edilebilmesi için, eşlerin çoğu konuda (boş zaman etkinlikleri, evle alakalı faaliyetlerin yürütülmesi, ekonomi, akraba ilişkileri, iletişim vb.) görüşlerini birleştirmeleri önemlidir (Şener, 2002).

Birbirinden farklı kişilik özellikleri bulunan eşlerin mutluluğa ve ortak hedeflere ulaşmak amacıyla birbirlerini tamamlaması evlilikte uyumu göstermektedir (Burgess ve Cottrell, 1988). Evlilik uyumu ise, eşlerin ilişkilerinde ve evliliklerinde değişen durumlara ve koşullara uyum sağlayarak birbirlerinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamalarıdır (Dyer, 1983; akt. Fıfıloğlu, 2001).

Uyumlu evlilikte, eşler olumlu iletişim halinde olup evlilikle ilgili önemli olan alanlarında çokça anlaşmazlık yaşamazlar ve şayet anlaşmazlık yaşarlarsa da iki tarafın memnun olacağı şekilde çözümlerler (Sabatelli, 1988). Birbirleriyle etkileşimde olabilen, evlilik ve ailevi konularda fikir birliğine varabilen ve sorunlarını yapıcı yollarla çözebilen eşlerin evlilikleri uyumlu evlilik şeklinde ifade edilmektedir (Erbek ve diğerleri, 2005b).

Spanier (1979)'a göre, evlilik doyumunu, evlilik bütünlüğü ve evlilik uyumu konseptleri evlilik ilişkisinin niteliğini tanımlamak amacıyla kullanılır. Evlilik kalitesi

kavramı genel bir kavram olup tüm bunları içermektedir. Evlilik kalitesi kavramı, evlilikte bireylerin evlilikle ilgili ne hissettikleri, ilişkilerinin nasıl olduğu ve evlilikten nasıl etkilendikleriyle ilgilidir. Evlilik uyumuysa; evli bireylerin evlilikte yakaladıkları başarı ve işlevsellik olup evlilik doyumu ve evlilik mutluluğu kavramlarını da ihtiva etmektedir (Kalkan, 2002).

Erel ve Burman (1995), eşler arasındaki uyum konusunda yapılan çalışmaları, eşler arasındaki doyum (eşler arasındaki ahenk, doyum, gerilim çerçevesinde pozitif-yapıcı ya da negatif-yıkıcı olarak değerlendiren araştırmalar), eşler arasındaki çatışma (eşler arasında oluşan sözel ve fiziksel saldırganlığın sıklığı ve yoğunluğunu ölçmeye çalışan araştırmalar) ve evlilik koalisyonu (evlilik ilişkisini ebeveyn-çocuk ilişkisine göre değerlendiren araştırmalar) olarak 3 grupta sınıflamışlardır (akt. Yılmaz, 2001).

Çalışmalardaki veri toplama araçları da hedeflenen amaçlara göre değişmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılan ve araştırmalarda genellikle kullanılan ölçekler ise; Evlilikte Uyum Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği, İlişki Doyumu Ölçeği, Evlilik Ölçeği, Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği ve Evlilikte Problem Çözme Ölçeği gibi ölçeklerdir (Büyükşahin, 2004).

Yapılan araştırmalarda evlilik uyumunun hangi alanlarda bozulduğuna yönelik çeşitli sonuçlar bulgulanmıştır. Çalışmalarda, evli bireylerin kişilikleri, bağlanma şekilleri, ruhsal ve fiziksel durumları, cinsel yaşamlarının niteliği ve çeşitli sosyo-demografik özellikleri ele alınmıştır (Erbek ve diğerleri, 2005b; Tutarel-Kışlak ve Çabukça, 2002; Tutarel-Kışlak ve Çavuşoğlu, 2006). Evlilikle ilgili çalışmalarda, evlilikte mutluluk, uyum, doyum, problem çözme, eş seçimi, evlilikle ilişkili işlevsel olmayan inançlar, bağlanma, rol beklentileri gibi konular çokça ele alınmıştır (Çelik, 2006).

Evlilikte uyuma bağlı gelişen doyum ve mutluluk, çeşitli değişkenler ve sosyo-ekonomik güçsüzlükler karşısında evli bireylerin psikolojik sağlığını koruyarak yaşamlarında önemli rol oynamaktadır. Evlilik uyumu kötüleştiğinde, eşler var ise çocuklar bakımından yaşamsal sarsıntıya yol açabilmektedir (Sardoğan ve Karahan, 2005).

Evlilik uyumunun bozulması nedeniyle boşanmaların çoğalması yalnızca evli bireyleri değil; aynı zamanda çocuklarını, evli bireylerin ailelerini, bütün toplumu etkilemektedir. Hal böyle olunca, bu olgu toplumsal düzeyde bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik sorunlar sebebiyle ilgili yerlere müracaat eden kişilerin %40,0'ının yaşadıkları sorunların önemli bir bölümünü evlilik sorunlarının oluşturduğu; ayrılmanın en önemli stress kaynaklarından biri olduğu ve evlilik uyumu bozuk olanlarda bozuk olmayanlardan daha fazla fiziksel rahatsızlık bulunduğu bildirilmiştir (Fışıloğlu, 1992).

Özetle evlilik uyumu, çiftlerin birbirlerinin varlıklarından ve birlikteliklerinden mutlu ve memnun olmalarıdır. Bu bağlamda, evlilik kurumu içerisinde özellikle çiftler arasında ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde ortak bir düşünce etrafında buluşulabilmesi, birbirlerine saygı duymaları, davranışlarına yönelik kabul esnekliğinin bulunması, zor durum ve zamanlarda karşılıklı desteklemenin olması ve anlayışlı yaklaşımların geliştirilmesi önemlidir (Taşçı ve diğerleri, 2008).

2.4.1. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Evlilik uyumunun, evliliğin nitel açıdan değerlendirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenledir ki evlilikle ilgili konularda yapılan çalışmalarda çoğunlukla uyumu etkileyen etmenlerin incelenmesine ve uyumu yükseltmeye yönelik bakış açılarının geliştirilmesine önem verilmektedir (Fışıloğlu, 1992; Fışıloğlu, 2001). Evlilik uyumuyla ilgili yapılan çalışmalarda evlilik uyumunu etkileyen birçok faktör olduğu bildirilmiştir.

Evli çiftlerle yapılan bir çalışmada, çiftlerin mutlu bir şekilde evlenmeleri, birlikte çocuk sahibi olmayı istemeleri, birbirlerinin aileleriyle yakın ilişki içinde bulunmaları, kendilerinin ve ailelerinin kültürel arka plan (milliyet, eğitim, dini aktiviteler vb.) açısından birbirleriyle benzer olması etmenlerinin yüksek evlilik uyumunu belirlediği ifade edilmiştir (Burgess, 1939).

Bir başka çalışmada ise, eşler arasındaki fikir birliğinin, ayrıca fikir ayrılıkları oluştuğunda düzeltilmesi amacıyla kullanılan yöntemlerin, evlilikten duyulan memnuniyetin/pişmanlığın, evliliği sürdürmenin ya da ayrılmanın düşünülmesinin, eşe karşı oluşan memnuniyetsizliklerin ifadesinin, evlilikten alınan doyumun subjektif

değerlendirilmesinin evlilik uyumunu etkileyen faktörler olduğu belirtilmiştir (Terman, 1938; akt. Kastro, 1998).

Bireysel değişkenler (yaş, cinsiyet, ilk evlenme yaşı, evlilik sayısı, fiziki görünüş, sağlık durumu vb.), aileye ait değişkenler (evlilik şekli, yaş farkı, çocuk sahibi olma durumu, ev işlerini paylaşma, eşlerin cinsel yaşam doyumları vb.) ve sosyo-ekonomik değişkenler (gelir durumu, eşlerin durumu, eşlerin meslekleri, eşlerin gelirine katkısı, eşlerin yaptıkları işten memnuniyet durumları vb.) şeklinde kategorize edilen değişkenlerin evlilik uyumu üzerine tesir edebileceği belirtilmiştir (Özgüven, 2014).

Yapılan bir çalışmada, olumlu duygular, acı ve mutsuzluk, sosyal destek, çalışma yeteneği, fiziksel çevre, cinsel aktivite, yeni beceri ve bilgiler edinme şansının bulunması değişkenlerinin evlilik uyumu puanları açısından önemli olduğu ifade edilmiştir (Aminjafari, Padash, Baghban ve Abedi; 2012). Mutlu evliliklerin psikolojik ve fiziksel iyi oluşla alakalı olduğu belirtilmiştir (Kiecolt-Glaser ve Newton; 2001).

2.5. Türkiye ve Yurtdışında OUAS'la İlgili Yapılan Yayın ve Araştırmalar

Yapılan literatür çalışmasında UAS'unda depresyon ve anksiyete komorbiditesinin incelendiği fakat bunların evlilik uyumuna etkilerinin incelendiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu bölümde OUAS hastaları ile yapılan anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, cinsel yaşam ile ilgili ve eşlerine yönelik yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Fidan ve arkadaşları (2006), OUAS, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında; depresyon ve anksiyete skorlarının OUAS şiddeti ile negatif korelasyon gösterdiğini tespit etmişler ve bu durumun ağır OUAS'luların kognitif fonksiyonlarının etkilenmesinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Ergin-Bakar ve Yılmaz (2008), 235 vakanın %23,8'nde eşlik eden psikiyatrik hastalık (en az 1 tane) bulunduğunu, OUAS ve eşlik eden psikiyatrik hastalığı olan vakaların uyku yapıları incelendiğinde ise %68,0'inde AHI'nin artmış olduğunu tespit etmiştir. Hıdıroğlu ve arkadaşları da (2012) elde ettikleri depresyon sıklığını, OUAS'lu hastalarda depresyon oranlarının artmış olduğunu bildiren pek çok çalışmayla uyumlu bulurlarken, anksiyete bozukluğu sıklığını, sağlıklı toplumdan yüksek, OUAS'lu

hastalarda yapılan çalışmalarla karşılaştırıldıklarında ise benzer veya düşük olduğunu saptamışlardır. Ehi ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmalarında, UAS grubunda kontrol grubuna oranla anksiyete ve depresyon tanısı bulunan olgu sayısı HADÖ kesme puanına göre daha fazla bulunmuştur. Daabis ve Gharraf (2012), HADÖ skorunun OUAS grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğunu bildirmiştir. Salepçi ve arkadaşları (2016), HADÖ skoru ile OUAS varlığı ve AHİ arasında anlamlı bir ilişki saptamamış olup olgularda depresyon ve anksiyete skorları ile ilişkili en önemli faktörün GAUH olduğunu belirtmiştir.

Soyuer ve arkadaşları (2011), OUAS'lu hastalarda, depresyon ve fiziksel aktivite ilişkisini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, fiziksel aktivite değişkenleri yönünden depresif olan ile olmayan gruplar arasında fark saptanmamıştır. Özkurt ve arkadaşları (2013), OUAS'lu hastalarda, içe kapanma, stres yönetimi ve sosyal destek ihtiyacının çok olması sebebiyle, bilhassa orta ve ağır OUAS'lu hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların yüksek oranda bulunduğunu bildirmişlerdir.

OUAS sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır. OUAS ciddiyeti arttıkça hastaların günlük yaşantılarının daha olumsuz etkilenmesi beklenmektedir. OUAS'nda yaşam kalitesinin, AHİ ve oksijen desatürasyon indeksinden çok, nokturnal oksijenizasyon parametreleri ile ilişkili olduğu ve kadın hastalarda yaşam kalitesinin erkeklerden daha fazla etkilendiği bulunmuştur (Taşbakan, Başoğlu ve Pırıldar, 2015).

Şahbaz ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada, OUAS'nun uyku bölünmeleri sebebiyle GAUH'nin oluşacağı ve bu durumda da yaşam kalitesinde azalma, depresyon ve anksiyete gelişebileceği bildirilmiştir. Berkeşoğlu'nun (2014) çalışmasında, uyku ile ilgili şikâyeti bulunan OUAS'lu hastalarda yaşam ve uyku kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Lopes ve arkadaşları (2008), OUAS'nda, hastalık şiddetinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin de azaldığını belirtmiştir. Li ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, burun tıkanıklığı olan OUAS'lu hastaların nazal girişim sonrası hayat kalitelerinin düzeldiği saptanmıştır.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışma, hastaların eşlerini de dâhil etmelerinden dolayı diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır. Bu çalışmada, ağır

OUAS grubundaki hastalarda, diğer (hafif-orta) gruplardaki OUAS hastalarına oranla depresif yakınmaların ve anksiyetenin belirgin olarak arttığı, GAUH'nin aşık olduğu, eş zamanlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin de belirgin şekilde olumsuz olarak etkilendiği, benzer sonuçların ağır OUAS tanısı alan olguların yatak arkadaşlarında da olduğu bulgulanmıştır.

Uykuda oluşan solunum bozukluklarını önleyerek uykunun verimliliği ve kalitesini arttıran CPAP kullanımı, GAUH'ni ortadan kaldırıp, uyku apnesine bağlı kardiyopulmoner ve nörolojik komplikasyonların oluşmasının önüne geçebilmektedir (Waldhorn ve diğerleri, 1990; Weaver ve diğerleri, 1997). Siccoli ve arkadaşları (2008), hasta ve eşleriyle yaptıkları çalışmada, CPAP tedavisinin hem hastaların hem de eşlerinin yaşam kalitesini arttırdığını belirtmiştir. Jing ve arkadaşlarının (2008) yaptığı metaanaliz çalışmasında ise CPAP tedavisinin genel anlamda yaşam kalitesini geliştirmediği bulgulanmıştır.

Fidan ve arkadaşlarının (2007a) yaptıkları diğer bir çalışmada ise bireylerin CPAP kullanmadan önceki anksiyete ve depresyon skorlarının CPAP kullanmaya başladıktan altı ay sonra anlamlı şekilde düştüğü bildirilmiştir. Çelik ve arkadaşları (2016), CPAP tedavisinin OUAS hastalarında kaygı ve depresyon seviyelerinde düşme sağladığını belirtmişlerdir. Yurtlu ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, tedavi sonucu ulaşılan duygu durum farklılıklarının belirleyicisinin OUAS şiddetinin olduğu ve hastalık şiddeti arttıkça PAP kullanımıyla duygu durumdaki düzelmelerin daha belirgin olduğu saptanmıştır. Koyuncu ve arkadaşları (2013) görsel ağırlıklı ve video ile desteklenen eğitimin, CPAP tedavisinde düzenli kullanmayı anlamlı derecede arttırdığını, ayrıca CPAP tedavisinin hastalarda yaşam ve uyku kalitesini anlamlı olarak iyileştirdiğini ifade etmişlerdir.

Birçok kronik hastalık gibi OUAS'nda hem erkeklerde hem kadınlarda seksüel fonksiyonları etkilemektedir. Köseoğlu ve arkadaşlarının (2007) OUAS'lu premenopozal kadınlarla yaptığı çalışmada, cinsel işlev alanlarından tatmin ve ağrı dışında istek, lubrikasyon, orgazm, uyarılma puan ortalamalarında artan OUAS şiddetiyle anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür. Başka çalışmaların sonucu da benzer olup, kontrol grubunun cinsel fonksiyon (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı) skorları, OUAS'lu gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur

(Önem ve diğerleri, 2008; Subramanian ve diğerleri, 2010). Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada da, OSAS'lu kadınların normal popülasyona göre seksüel disfonksiyon yaşadığı belirtilmiştir.

Petersen ve arkadaşlarının 2010 yılında OUAS'lu erkek hastalarla yaptıkları çalışmada, Fugl-Meyer Life Satisfaction Check List (LiSAT-istek, ereksiyon, ejakülasyon, genel tatmin, cinsel sorun değerlendirme) ve Brief Sexual Function Inventory (BSFI-cinsel yaşam, aile hayatı, partner ilişkisi ve bütün olarak yaşamı içeren 4 soru seçilmiş) skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir. Budweiser ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, ED prevalansı, OUAS varlığı ve şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde Santos ve arkadaşları (2012), OUAS hastalarında ED prevalansını yüksek bulmuş fakat ED ile OUAS şiddeti arasında korelasyon saptayamamıştır. Margel ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, bütün OUAS grupları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ereksiyonda azalma tespit edilmiş fakat bu azalma sadece şiddetli OUAS grubunda istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Kyu Mun ve Yeon Joo (2015), 182 tedavi edilmeyen OUA'li erkek hasta ile yaptıkları çalışmada, deneklerin yaklaşık yarısında libidonun azaldığı, bununda GAUH, duygudurum bozuklukları ve azalmış uyku kalitesi ile ilişkili olduğu, ayrıca hiposeksüalite için en önemli faktörün yaşlanma süreci olduğu ifade edilmiştir. Acar ve arkadaşlarının (2015), OUAS'lu erkek hastalar ve eşleri ile yaptıkları çalışmada, hem hastaların hem de eşlerinin cinsel fonksiyon skorlarının CPAP tedavisi sonrasında, tedavi öncesine göre arttığı bildirilmiştir.

Özkurt ve arkadaşları (2012), Sertleşme Bozukluğu olmayan ve olan OUAS'lularda, minimum O2 satürasyonu bakımından istatistiksel anlamda önemli bir fark saptandığını ve OUAS'lularda seksüel fonksiyonların etkilendiğini bildirmiştir. Acar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, OUAS'lu erkek hastalara uygulanan CPAP tedavisinin ED'ü düzelttiği ve düzenli CPAP tedavisi ile ortadan kalkabildiği belirtmiştir. Memetali ve arkadaşları (2014), psikiyatrik hastalıklar ile OUAS birlikteliğinin hastaların cinsel işlevleri ve hayat kalitesi üzerine olan etkilerini ve OUAS tedavisinin yararlarını araştırmıştır. Bu çalışmada, bir aylık OUAS tedavisi sonrasında depresyon ve anksiyete bozukluğu ile hayat kalitesinde düzelme olduğu

fakat Arizona Cinsel Fonksiyonlar Ölçeğinde önemli bir değişiklik saptanmadığı ifade edilmiştir.

OUAS'nun kognitif yıkımlara neden olabildiği bilinmektedir. Ger ve arkadaşları (2016) çalışmasında; hasta ve kontrol gruplarının toplam Montreal Kognitif Değerlendirme Ölçeği (MoCA) skorlarını karşılaştırdıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu ve kontrol grubunun MoCA değerlerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yaffe ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, OUAS varlığının hafif kognitif bozukluk ve demans gelişiminde artmış bir risk kaynağı olduğu belirtilmiştir. Quan ve arkadaşlarının (2011) çalışması da bunu destekleyecek tarzdadır. OUAS şiddeti ile nörokognitif fonksiyonlar arasındaki bir ilişki saptamamışlar fakat orta yaşlı erkekler, postmenepozal kadınlar ve obez çocuklarda OUAS'nun kognitif değişikliklere neden olabileceği ifade edilmiştir.

Twigg ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, OUA'li hastaların sözel olarak sunulan bilgileri özümseme ve anımsama konusunda belirli zorluklar yaşadıkları, buna karşılık görsel bilgileri işleyebilme yeteneklerinin değişmediği belirtilmiştir. Hafıza bozukluklarının, OUAS'nun tüm gruplarında (hafif-orta-ağır) görüldüğü, OUAS'luların sözel hafıza performansının 10 yıl daha yaşlı kontrol grubundaki bireylerle eşdeğer olduğu, bu tür hafıza bozukluklarının OUA'li hastaların gündüz fonksiyonel performansı üzerinde önemli zararlı etkilere sahip olabileceği bildirilmiştir.

İş yerinde ve trafikte meydana gelen kazaların azımsanmayacak oranının uyku ile ilgili hastalıklar sebebiyle olabileceği belirtilmektedir. OUAS'nun yol açtığı uyuklama ve GAUH, direksiyon başında iken genellikle boş yolda, uzun süren yolculuklarda, az motor aktivitenin olduğu sürüşlerde trafik kazalarına yol açabilir. Trafik kazaları mortalite ve morbiditeye sebep olabildiği gibi erken ölümlere, iş ve iş gücü kayıplarına, sosyo-ekonomik kayıplara ve sosyal güvenlik sistemlerine ağır yük olmakta bununla birlikte önemli ve büyük ekonomik problemlere yol açmaktadır (Doğan, Dal, Özşahin, Akkurt ve Seyfikli, 2006; Fidan, Ünlü, Sezer ve Kara, 2007b). Gerek iş gerekse trafik kazalarının sebep olduğu iş ve iş gücü kayıpları, erken ölümler, sosyal kayıplar ve ekonomik sorunlar evlilikleri ve aile yaşantısını etkileyebilmektedir.

OUA'nin ötesinde, uyku bozukluklarının daha geniş bir yelpazesinin çiftlerin ilişki işlevini nasıl etkilediği/etkilendiği hakkında ve bununla birlikte, uyku sorunları ve ilişki problemleri, özellikle bir hastalığa uyum, ilk çocuğun doğumu, doğum eylemleri veya ilişkinin bozulması gibi konularda fazla bilgi bulunmamaktadır (Troxel, 2010).

Cartwright ve Knight (1987), 10 OUAS'lu erkek hasta ve eşleri ile çalışma yapmıştır. OUAS'lu erkek hastaları aynı özelliğe sahip boşanmış OUAS'lu erkek hastalar ile karşılaştırmışlardır. Evli olan OUAS'lu olgularda boşanmış OUAS'lu olgulara göre daha fazla depresyon ve sosyal izolasyon saptanmıştır. Hem hasta hemde eşlerin evlilik ve sosyal/boş zaman alanlarında zayıf bir uyum gösterdiği ayrıca hastalar da ebeveynlik rolünde zayıflama olduğu, 5 çiftin aynı odada, 2 çiftin aynı oda da fakat ayrı yatakta, 3 çiftin de ayrı odalarda yattıkları bildirilmiştir.

Billmann ve Ware (2002), tedavi edilmeyen apneik erkeklerin eşleri ile kontrol grubunu evlilik doyumu açısından karşılaştırmışlardır. Şiddetli ve hafif apneik erkeklerin eşleri, evlilik doyumu bakımından kontrol grubu ile benzer oldukları, ancak kocalarının uyku davranışlarından memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca evli erkeklerde uyku apnesinin varlığı, eşlerinin genel evlilik doyumu üzerinde çok az etkili olmasına rağmen, birlikte yatma durumlarını etkilediği belirtilmiştir. OUAS'lu hastaların eşlerinin, odalarını ya da yataklarını ayırdıklarını belirten başka çalışmalarda mevcuttur. (Luyster ve diğerleri, 2016; Henry ve Rosenthal, 2013; Virkkula ve diğerleri, 2005; Doherty ve diğerleri, 2003).

Beninati ve arkadaşları (1999), OUAS tanısı alan evli erkeklerle yaptıkları çalışmada, CPAP tedavisinin bu hastalarda horlama ve OUA'ni ortadan kaldırdığını, uyku verimliliğini ve sürekliliğini artırdığını belirtmiş ve bunu da eşlerin uyku kalitesindeki iyileşmeyle ilişkilendirmişlerdir. McFadyen ve arkadaşları (2001), OUAS'lu hasta ve eşlerini dahil ettikleri çalışmada konversif tedavi kullananlara göre CPAP kullananlarda hasta sağlığı, fonksiyonel durum, uykululuk ve evlilik doyumunda düzelme ve ılımlı korelasyon olduğunu ifade etmişlerdir.

Luyster (2017), OUA'nin ve tedavilerinin eşler üzerine etkisiyle ilgili yaptığı literatür incelemesinde, çalışmaların çoğunda, tedavi edilmemiş OUA'nin, eşlerin objektif ve subjektif uyku ve gündüz işlevleri, özellikle de ruh hali, yaşam ve ilişki kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu tespit etmiştir. CPAP, ağız içi aparatların kullanımı ve ameliyat sonrası, eşlerin uyku kalitesinde iyileşmeler olduğu ancak eşlerin ruh hali, yaşam kalitesi, gündüz uykusuzluk, ilişki kalitesi için çelişkili sonuçlar bildirildiği saptanmıştır. Algılanan eş desteği, daha çok CPAP kullanımı ile ilişkilendirilmiş ve eşlerin CPAP uyumunu destekleyen müdahaleler için yararlı bir strateji olabileceği belirtilmiştir.

Lai ve arkadaşlarının (2015), 73 OUAS'lu erkeklerle yaptıkları çalışmada, CPAP uyumu iyi olan erkeklerde, gündüz uykusuzluğunun azaldığı ve gün içinde daha iyi aktivite düzeyine ulaştığı ve dolayısıyla eşiyle de daha iyi bir şekilde yakın ilişki kurduğu bulunmuştur.

Baron ve arkadaşları (2017), 16 OUAS'lu kadınla yaptıkları çalışmada, hem ilişki statüsünün hem de ilişki kalitesinin kadınların CPAP'a uyumunu kuvvetlendirdiği ayrıca, ilişkideki (evli hastalar için) çatışma dereceleri ile sosyal destek ve CPAP uyumu genel seviyeleri arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir.

Tramonti ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, her ne kadar çift uyum ölçeği ortalamaları yerel normatif değerlere benzer olsa da, tedavi görmeyen hastalardaki ilişki kalitesinin tedavi edilenlere göre anlamlı olarak düşük bulunduğu, EPUÖ skorlarının, birçok çift uyum ölçeği skoru ile negatif korelasyon gösterdiği; oysa AHİ için anlamlı bir korelasyonun ortaya çıkmadığı tespit edilmiştir. Bu verilerin, algılanan uyku apne semptomlarının evlilik doyumu açısından mühim bir etkiye sahip olduğunu gösterdiği bildirilmiştir. Aynı zamanda genel popülasyonla arasında da çarpıcı farklılıklar bulunmamıştır.

Petersen ve arkadaşları (2013), OUA'li kadın hastalarla yaptığı çalışmada, 1 yıllık CPAP tedavisi sonrasında cinsel işlev bozukluğunun azaldığı fakat bunun tek başına CPAP tedavisinden kaynaklanmadığı, ayrıca CPAP tedavisinin yakın ilişkileri etkilemiyor gibi görüldüğünü bildirmişlerdir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, çalışma gruplarının oluşturulması, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve çözümlenmesi hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, kesitsel araştırma deseninde tasarlanmıştır. UAS'lu bireylerin depresyon ve anksiyete komorbiditesi ile bunların evlilik uyumu üzerine etkilerinin bazı sosyo-demografik değişkenler çerçevesinde incelenmesini, UAS ile evlilik uyumu arasında ilişki olup olmadığının saptamasını amaçlamaktadır.

Sağlık sorunları ve sağlık sorunlarına neden olduğu varsayılan çeşitli etmenlerin aralarındaki ilişkilerin gerçekten varolup olmadığını çözümleyici epidemiyolojik araştırmalar açıklarlar. Kesitsel araştırmalar genellikle, bir hastalığın, bir sağlık sorununun ya da bir durumun sıklığını ve gözlemlenen ilişkinin gerçekten varolup olmadığını belirlemek için yapılır. Yani durumun bir nevi fotoğrafı çekilir. Kesitsel araştırmaların kısa vadede yapılanlarında sağlık ile ilişkili herhangi bir olay zamanın belli bir kesitinde incelenirken uzun vadede yapılanlarda sağlık sorunu ya da olayda zaman içinde oluşan değişimler tespit edilmeye çalışılır (Köksal, 2008).

Yukarıda sözü edilen kesitsel araştırma yaklaşımı doğrultusunda, yapılmış olan bu araştırmada, Söke F.F.K.D.H. Uyku Laboratuvarında UAS tanısı alan, takip ve tedavi edilen bireyler çalışmaya dâhil edilerek, araştırmanın ana ve alt amaçları belirlenerek, söz konusu UAS'lu bireylerin depresyon ve anksiyete komorbiditeleri ile bunların evlilik uyumu üzerine etkileri saptanmaya çalışılmıştır.

3.2. Araştırma Grubu

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Söke F.F.K.D.H. Uyku Laboratuvarı 2 yataklı olup, 04.01.2016 tarihinden itibaren, haftada 6 gece (hemşirelerden birinin izinli olması halinde haftada 3 gece) ve bu konuda eğitim almış 2 hemşire ile hizmet vermektedir.

Araştırmanın çalışma grubunu, Söke F.F.K.D.H. Uyku Laboratuvarında UAS tanısı alan, takip ve tedavi edilen bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubunun oluşturulmasında kesitsel yaklaşım uygulanmıştır. Böylece 01.10.2017-28.02.2018 tarihleri (veri toplama süreci) arasında UAS tanısı alan bireyler ile 01.10.2017 tarihinden önce tanı alıp takip ve tedavisi devam eden bireylerden ulaşılabilenler çalışma grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların seçiminde, PSG ile UAS tanısı almaları (AHİ değeri 5 ve üzeri olan), 18 yaşından büyük ve en az 1 yıllık evli olmaları, kanser hastası, bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek psikiyatrik rahatsızlığının (Bipolar bozukluk, şizofreni gibi) ve mental retarde olmaması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Bahsi geçen kriterlere uygun olan katılımcı sayısı 148 (101 erkek, 47 kadın) kişidir.

UAS'lu bireylerin, çalışmaya gönüllü olarak katılmaları esas alınmıştır. UAS'nda depresyon ve anksiyete komorbiditesi ile bunların evlilik uyumu üzerine etkilerinin incelenmesini amaçlayan bu araştırmada evlilik uyumuna sadece UAS'lu bireylerin perspektifinden bakılmış, eşler ve çocuklar dâhil edilmemiştir.

04.01.2016 ile 28.02.2018 tarihleri arasında AHİ değeri 5 ve üzeri olan bireylerden 288'i aranmıştır. 36 kişiye; yurtdışında yaşaması, iletişim bilgilerinde sorun olması, telefona cevap verilmemesi ve evde bulunamaması gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. Toplam 252 kişiye ulaşılmıştır. Ancak 66 kişi, medeni durumu bekâr/dul/boşanmış ve/veya 1 yıl altında evli olduğu için çalışmaya dâhil edilmemiştir. 7 kişinin vefat ettiği/yoğun bakımda yattığı öğrenilmiş, 9 kişiden anket formları geri gelmemiş ve 22 kişi de çeşitli nedenlerle (telefonda bilgi vermek istememe, çalışıyor olma, telefonla yapılan görüşmelerde dolandırılacağını düşünme, vaktinin olmaması vb.) çalışmaya katılmayı red etmişlerdir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla 9 Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul’undan etik onay (EK-1), daha sonra Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırmanın Söke F.F.K.D.H.’nde yapılabilmesi için izin (EK-2) alınmıştır. Söke F.F.K.D.H. yönetimine kişisel bilgi formu ve ölçek soruları gösterilmiştir. UAS’lu bireylerle görüşmelerde yüz yüze görüşme tekniği ve telefon kullanılmıştır. Yüz yüze görüşmeler Söke F.F.K.D.H. Uyku Laboratuvarı ve katılımcıların ikamet adreslerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılımda gönüllülük ve isteklilik esas alınmıştır. Araştırmaya katılan UAS’lu bireylere, araştırmanın amacı ve soruların nasıl cevaplaması gerektiği açıklanmış, alınan bilgilerin araştırma amacı ile kullanılacağı ve gizli tutulacağı söylenmiş, yüz yüze görüşmelerde 116 katılımcıdan yazılı olur (EK-3) alınırken telefonla görüşme yapılan 32 katılımcıdan sözel olur alınmıştır. Verilerin toplanması aşamasında araştırmacıya Söke F.F.K.D.H. Uyku Laboratuvarında görevli olan 2 hemşire yardımcı olmuştur. Kişisel Bilgi Formu (EK-4), HADÖ (EK-5), EUÖ (EK-6), EPUÖ (EK-7) sorularının katılımcılar tarafından cevaplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

Bu çalışmada form ve ölçek yöntemi kullanılmıştır. UAS’lu bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi için “*Kişisel Bilgi Formu*”, depresyon ve anksiyete riskini belirlemek için “*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği*”, evlilik uyumlarını ölçmek için “*Evlilikte Uyum Ölçeği*” ve gündüz uykululuk halini sorgulamak için “*Epworth Uykululuk Ölçeği*” kullanılmıştır. Ölçeklerin kullanılabilmesi için, Ö. AYDEMİR’den, Ş. TUTAEL-KIŞLAK’tan ve M. Y. AĞARGÜN’den email yoluyla gerekli izinler (EK-8) alınmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Kişisel Bilgi Formu hazırlamada daha önceden yapılmış benzer çalışmalardan yararlanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu, çalışmaya dâhil edilen UAS’lu bireylerin sosyo-demografik, evlilikle ilgili ve sağlık riski ile ilgili değişkenleri hakkında bilgileri toplamak üzere toplam 27 sorudan oluşmuştur. Bu formda UAS’lu bireylerin tanıtıcı özellikleri 3 başlık altında sorulmuştur:

1. Sosyo-demografik özellikler (kendisinin ve eşinin yaşı, kendisinin ve eşinin eğitim seviyesi, kendisinin ve eşinin çalışma durumu, sosyal güvence, sosyo-ekonomik durum ve en uzun süre yaşanılan yer),

2. Evlilikle ilgili özellikler (kendisinin ve eşinin ilk evlenme yaşı, kendisinin ve eşinin evlenme sayısı, evlilik süresi, evlenme biçimi, çocuk sayısı, evliliğinin ve eşiyile ilişkisinin durumu, eşinin yaklaşımı, evliliğe ilişkin sorunun varlığı, profesyonel yardım alma ve ayrı odalarda yatma durumu),

3. Sağlık riskleri ile ilgili özellikler (sigara-alkol kullanımı, kendisinin ve eşinin kronik hastalığa sahip olma durumu, horlama ve/veya gündüz uykuluk hali durumu).

3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Anksiyete ve depresyon riskini tespit etmek, seviyesi ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale), güvenilir ve pratik bir öz değerlendirme aracıdır (Zigmond ve Snaith, 1983). Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, yönetimi kolay maddeler ile sınırlandırılmıştır. Şiddetli psikopatolojik belirtileri kapsamamaktadır (Herrmann, 1997). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerini içermekte ve toplam ondört maddeden oluşmaktadır. Tek sayılarla numaralandırılan maddeler anksiyeteyi ve çift sayılarla numaralandırılan maddeler ise depresyonu değerlendirmektedir. Her iki alt ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 21 puan alınabilir. Var olan bedensel hastalığın ölçek sonuçlarına etkisinin en aza indirilmesi amacı ile baş ağrısı, kilo kaybı gibi bedensel belirtilerin hiçbirini sorgulamamaktadır. Anlaşılır ve kısa olmasından dolayı uygulanması basittir. Kişi kendi başına doldurabilir. Kişiler ölçeği doldururken durumlarına en uygun olan maddeyi seçmeleri istenir (Herrmann, 1997).

Cevaplar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilirken 0-1-2-3 şeklinde puanlanır (Aydemir ve diğerleri, 1997). Ancak her maddenin puanlama şekli değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., ve 13. maddeler, 3-2-1-0 puan, 2., 4., 7., 9., 12., ve 14. maddeler ise 0-1-2-3 puan şeklindedir. Anksiyete riski 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanlarının toplanmasıyla, depresyon riski ise 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14.

maddelerin puanlarının toplanmasıyla belirlenir. HADÖ için genel olarak kabul edilmiş tek bir kesme (cut off) skoru yoktur (Herrmann, 1997). Zigmond ve Snaith (1983) orijinal çalışmalarında her iki ölçek içinde iki kesme skoru tavsiye etmiştir. Türkçe güvenilirlik çalışmasında, anksiyete alt ölçeği için cronbach alfa katsayısı 0.8528 iken depresyon alt ölçeği içinse cronbach alfa katsayısı 0.7784 saptanmıştır. HADÖ'nin Türkçe formunda anksiyete alt ölçeği için 10 olan kesme noktası depresyon alt ölçeği içinse 7 olarak tespit edilmiştir (Aydemir ve diğerleri, 1997).

3.3.3. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

1959 yılında Locke ve Wallace tarafından oluşturulan Evlilikte Uyum Ölçeği (Marital Adjustment Test), evliliğin niteliğini ölçmek için, geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Locke ve Wallace, 1959). Ölçek, hem genel evlilik doyumunu veya kalitesini ölçülmekte, hem de duyguların ifadesi, aile bütçesi, cinsellik ve toplumsal kurallar gibi konularda anlaşmayı ve anlaşmamayı, boş zaman etkinlikleri, çatışmaları çözme ve güven gibi konularda da ilişki tarzını değerlendirmektedir (Tutarel-Kışlak, 1999).

EUÖ'nin orijinal puanlamasının oldukça karmaşık olması ve pratikte sıkıntı yaratması sebebiyle Hunt (1978), farklı bir puanlama sistemi oluşturmuş daha sonra EUÖ Freeston ve Plechaty (1997), tarafından değişik testlerle incelenerek tekrar değerlendirilmiştir. İç tutarlık katsayısı 0,90'dır. En düşük puan 2 iken en yüksek puan 58 olup kesme noktası 43'tür. Puanlar uyumsuzluktan uyumluluğa giderken yükselmektedir.

Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılan, EUÖ'nin güvenilirliğine ilişkin bulgular yeterli görülmüştür. İç tutarlık katsayısı orijinale yakın düzeyde ve iki yarım test güvenilirliği de ölçeğin Türk örnekleminde kullanılabileceğini göstermektedir. Faktör analizi sonucunda birinci faktör "*Anlaşma*" (ilk 9 madde) ve ikinci faktör (son 6 madde) "*ilişki tarzı*" olarak, iki faktörlü yapı doğrulanmıştır. Her iki faktör ayrı alt ölçekler olarak ele alınmıştır. Ölçeğin iki yarım güvenilirliği 0,84, test tekrar güvenilirliği 0,57 ve iç tutarlılık katsayısı yüksek (Cronbach's $\alpha = 0,84$) bulunmuştur (Tutarel-Kışlak, 1999).

Ölçeğe ait puanlamada Freeston ve Plechaty (1997) sistemi daha uygun bulunmuştur. Ölçeğin puanlama sistemi ise; 1. soru 0-6 puan, 2. sorudan 9. soruda

dâhil 5-0 puan (azalarak gitmekte), 10. soru 0-0-1, 11. soru 3-2-1-0 puan, 12. soru 0-1-1 puan, 13. soru 0-1-2-3 puan, 14. soru 2-1-0 puan ve 15. soru 0-1-2-2 şeklindedir. Toplam puanın yüksekliği genel evlilik uyumunun yüksekliğini ifade etmektedir. Ayrıca kişiler 43'ün üzerinde puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu, söz konusu değerden düşük puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz şeklinde değerlendirilebilir (Tutarel-Kışlak, 1999).

3.3.4. Epworth Uykululuk Ölçeği (EPUÖ)

Kolay ve öz bildirime dayalı olan Epworth Uykululuk Ölçeği (Epworth Sleepiness Scale) M. W. Johns tarafından 1991 yılında oluşturulmuştur. Kişilerin gündüz uykululuk seviyesini sorgulayarak, günlük yaşamda karşılaştıkları sekiz farklı vaziyette uykuya dalma veya uyuklama durumunu değerlendirmeyi hedeflemektedir.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını, Türkiye’de, Ağargün ve arkadaşları (1999) yapmıştır. EPUÖ, deneklerce anlaşılması basit ve kullanışlı bulunmuştur. İç tutarlılık sekiz farklı durum için yüksek (Cronbach’s $\alpha = 0,80$) bulunmuştur.

Uyuklama durumu ile ilgili sorulara hastaların;

0= “Hiçbir zaman”, 1= “Nadiren”, 2= “Orta sıklıkta”, 3= “Hemen her zaman” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir ve toplam skor elde edilir. 8 maddelik ölçeğin toplam puanı 0 ile 24 arasında olabilir. EPUÖ’nde 10’nun üzerinde olan skor gündüz uykululuk halini tanımlamak için kullanılır (Johns, 1992; Johns, 2000).

3.4. Veri Çözümleme Teknikleri

Veriler, IBM SPSS V24 paket programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Bu çerçevede UAS’lu bireylerin ve eşlerinin yaşı, UAS’lu bireylerin ve eşlerinin ilk evlilik yaşı ve evlilik süresinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu değişkenlerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen, AHI değerleri, depresyon ve anksiyete, evlilik uyumu ve gündüz uykululuk puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği parametrik olmayan yöntemlerden Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis

H testi ile incelenmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde araştırmanın uygulama aşaması sonunda elde edilen çeşitli bilgilere ilişkin bulgular ve değerlendirmelere yer verilmiştir.

4.1. UAS'LU BİREYLERE İLİŞKİN TANITICI BULGULAR

Bu bölümde, UAS'lu bireylerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, evlilikle ilgili özellikleri ve sağlık riskleri ile ilgili özellikleri irdelenmiştir.

Tablo 6

UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=148)

		UAS'lu bireyler		Eşleri	
Yaş (ortalama $\pm$ s.sapma)		51,68 $\pm$ 11,023		50,57 $\pm$ 11,938	
		N	(%)		
Cinsiyet	Kadın	47		31,8	
	Erkek	101		68,2	
		UAS'lu bireyler		Eşleri	
		N	(%)	N	(%)
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	1,4	6	4,1
	Okuryazar	4	3,4	5	3,4
	İlköğretim	74	50,0	69	46,6
	Lise	33	22,3	48	32,4
	Üniversite	31	20,9	18	12,2

	Yüksek lisans ve üzeri	3	2,0	2	1,4
Çalışma Durumu	Memur	14	9,5	7	4,7
	Emekli	49	33,1	44	29,7
	İşçi	31	20,9	16	10,8
	Serbest Meslek	23	15,5	16	10,8
	Ev Hanımı	30	20,3	61	41,2
	İşsiz	1	0,7	4	2,7
		N		(%)	
Sosyal Güvence	Var	144		97,3	
	Yok	4		2,7	
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	48		32,4	
	Gelir gidere denk	88		59,5	
	Gelir giderden fazla	12		8,1	
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	28		18,9	
	İlçe-Kasaba	77		52,0	
	Şehir	20		13,5	
	Büyükşehir	21		14,2	
	Yurtdışı	2		1,4	

Tablo 6’da görüldüğü üzere araştırma grubunun %68,2’si (n=101) erkek, %31,8’i (n=47) kadın olup yaş ortalaması 51,68’dir. UAS’lu bireylerin yaşları 28 ile 80 arasında iken eşlerinin yaşları 24 ile 80 arasında değişmektedir. Araştırma grubunu oluşturan UAS’lu bireylerin büyük bir çoğunluğu olan %50’si (n=74) ilköğretim mezunu olup %33,1’i (n=49) emekli ve %0,7’si (n=1) işsizdir. Sadece %2,7’sinin (n=4) sosyal güvencesi bulunmamaktadır. %8,1’inin (n= 12) geliri giderinden az olup, %59,5’inin (n=88) gelir ve gideri dengelidir. %52,0’si (n=77) ilçede, %1,4’ü (n=2) ise yurtdışında uzun süredir yaşamaktadır.

Tablo 7
UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Evlilikle İlgili Özellikleri (n=148)

		UAS'lu bireyler		Eşleri	
İlk evlilik yaşı (ortalama±s.sapma)		23,66±5,215		23,66±5,782	
Evlilik yılı (ortalama±s.sapma)		25,97±13,281			
		UAS'lu bireyler		Eşleri	
		N	(%)	N	(%)
Evlilik sayısı	Birinci	130	87,8	135	91,2
	İkinci	17	11,5	13	8,8
	Üçüncü	1	0,7	0	0
		N		(%)	
Çocuk sayısı	Yok	6		4,1	
	1 çocuk	32		21,6	
	2 çocuk	63		42,6	
	3 çocuk	29		19,6	
	4 çocuk	10		6,8	
	5 çocuk ve üzeri	8		5,3	
Evlilik şekli	Görücü	64		43,2	
	Anlaşarak	69		46,6	
	Kaçarak	10		6,8	
	Akraba evliliği	5		3,4	
Evliliğin nasıl olduğu	Çok iyi	49		33,1	
	İyi	76		51,4	
	Orta	19		12,8	
	Kötü	4		2,7	
Eş ile ilişki durumu	Çok iyi	50		33,8	
	İyi	74		50,0	
	Orta	20		13,5	
	Kötü	4		2,7	

Eşin yaklaşımı	Olumlu	109	73,6
	Olumsuz	1	0,7
	Bazen olumlu bazen olumsuz	37	25,0
	Kötü muamele	1	0,7
Evlilikle ilgili sorun	Var	14	9,5
	Yok	134	90,5
Profesyonel yardım alma durumu	Evet	4	2,7
	Hayır	144	97,3
Ayrı odalarda yatma durumu	Her zaman	16	10,8
	Sıklıkla	18	12,2
	Bazen	20	13,5
	Nadiren	21	14,2
	Hiç	73	49,3

Tablo 7 incelendiğinde, hem UAS'lı bireylerin hem de eşlerinin ilk evlilik yaşı ortalamaları 23,66 olup evlilik yılı ortalamaları ise 25,97'dir. UAS'lu bireylerin %4,1'nin (n=69) çocuğu yokken, büyük çoğunluğunun yani %42,6'sı (n=63) 2 çocuğu %5,3'ünün (n=8) ise 5 ve üzeri çocuğu bulunmaktadır. UAS'lu bireylerin %46,6'sının (n=69) kaçarak, %43,2'sinin (n=64) görücü usulü evlendikleri ve her ikisinin oranının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Evlilik ilişkilerini, UAS'lu bireylerin %51,4'ü (n=76) iyi ve %33,1'i (n=49) çok iyi değerlendirirken %2,7'si (n=4) kötü olarak belirtmiştir. Eş ile ilişki durumunun da %50,0'sinin (n=74) iyi, %33,8'sinin (n=50) çok iyi ve 2,7'sinin (n=4) kötü olduğu görülmekte ve evlilik ilişkilerinde belirtilen değerlere yakın olduğu dikkati çekmektedir. Eş yaklaşımının evlilik ilişkisi ve eş ile ilişki durumuna paralel değerlerde olduğu, %73,6'sının (n=109) olumlu diye ifade ettiği sadece %0,7'sinin kötü (n=1) şeklinde bildirdiği görülmektedir. UAS'lu bireylerden, %9,5'i (n=14) evlilikle ilgili sorun yaşadıklarını belirtirken %2,7'si (n=4) profesyonel yardım aldıklarını ifade etmiştir. %49,3'ü (n=73) ayrı odalarda hiç yatmadığını, %10,8'si ise (n=16) her zaman ayrı odalarda yattığını bildirmiştir.

Tablo 8
UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Sağlık Riskleri İle İlgili Özellikleri (n=148)

		N		(%)	
Sigara ve/veya alkol kullanımı	Var	43		29,1	
	Yok	105		70,9	
Sigara kullanımı	Var	37		25,0	
	Yok	111		75,0	
Alkol kullanımı	Var	10		6,8	
	Yok	138		93,2	
		UAS'lu bireyler		Eşleri	
Kronik hastalık varlığı		N	(%)	N	(%)
	Var	82	55,4	67	45,3
	Yok	66	44,6	81	54,7
		N		(%)	
UAS şiddeti	Hafif	48		32,4	
	Orta	25		16,9	
	Ağır	75		50,7	
Horlama ve/veya GAUH	Var	128		86,5	
	Yok	20		13,5	

Tablo 8'e bakıldığında, UAS'lu bireylerin %29,1'inin (n=43) sigara ve/veya alkol kullandığını, %55,4'ünün (n=82) ve eşlerinin ise %45,3'nün (n=67) bir ve/veya birden fazla kronik hastalığa sahip olduğunu, %13,5'inin (n= 20) horlama ve/veya GAUH'nin olmadığını bildirdiği görülmektedir. UAS'lu bireylerin UAS şiddeti sırasıyla; ağır %50,7 (n=75), hafif %32,4 (n=48) ve orta %16,9 (n=25) şeklindedir.

4.2. UAS'LU BİREYLERE UYGULANAN ÖLÇEKLERE AİT BULGULAR

Bu bölümde UAS'lu bireylere uygulanan ölçeklerin ortalamaları, standart sapmaları ve risk durumları hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 9
HADÖ'nin Puanları ile Depresyon ve Anksiyete Riski Varlığı (n=148)

	Ort	SS	Risk var		Risk yok	
			N	(%)	N	(%)
Anksiyete	6,54	4,424	29	19,6	119	80,4
Depresyon	5,10	4,315	45	30,4	103	69,6

Tablo 9'a göre, HADÖ'nün anksiyete alt ölçeği ortalama puanı 6,54 iken depresyon alt ölçeğinin ortalama puanı 5,10'dur. Bireyler her iki alt ölçekten en düşük 0 puan, en yüksek 21 puan alabilirler. Uygulanan HADÖ'ne göre, UAS'lu bireylerden %19,6'sında (n=29) anksiyete riski, %30,4'ünde (n=45) depresyon riski bulunmaktadır.

Tablo 10
EUÖ Puanları ve Evlilikte Uyum Durumu (n=148)

	Ort.	SS	Evlilik Uyumlu		Evlilik Uyumlu	
			Yüksek		Düşük	
			N	(%)	N	(%)
Anlaşma	36,04	7,526	-	-	-	-
İlişki tarzı	8,97	2,672	-	-	-	-
Evlilik uyumu toplam puanı	45,0135	9,48395	100	67,6	48	32,4

Tablo 10'a bakıldığında, anlaşma durumunun puan ortalaması 36,04, ilişki tarzının puan ortalaması 8,97'dir. EUÖ'nde ilk 9 soru anlaşma durumu, sonraki 6 soru ise ilişki tarzı hakkında bilgi vermektedir. Bu bilgi kapsamında anlaşma durumunda alınabilecek en yüksek puan 46 iken ilişki tarzından alınabilecek en yüksek puan 12'dir. EUÖ'nde toplam alınabilecek en yüksek puan 58 olup toplam puan ortalaması 43 ve üzerinde olan evlilikler uyumlu sayılmaktadır. UAS'lu bireylerin EUÖ'nin toplam puan üzerinden ortalaması 45,0135 olup, çalışmaya katılan UAS'lu bireylerin %67,6'sının (n=100) evlilik uyumu yüksektir.

Tablo 11
EPUÖ Puanları ve GAUH Varlığı (n=148)

	Ort.	SS	GAUH var		GAUH yok	
			N	(%)	N	(%)
GUAH	8,4932	5,69699	54	36,5	94	63,5

Tablo 11'e bakıldığında, EPUÖ'nin ortalama puanı 8,4932 olup EPUÖ'ne göre UAS'lu bireylerin %36,5'i (n=54) GAUH mevcuttur. EPUÖ'nden 10'nun üzerinde alınan puan gündüz uykululuk halini tanımlamaktadır.

4.3. UAS'LU BİREYLERİN EVLİLİK UYUMLARININ İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.3.1. UAS'unda evlilik uyumu depresyon ve anksiyete riskine göre farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın katılımcılarını oluşturan UAS'lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, depresyon ve anksiyete riski açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12
UAS'lu Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Riski Açısından Evlilik Uyumları

	Anksiyete Riski			Depresyon Riski		
	Var	Yok	P	Var	Yok	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	13 (13,0)	87 (87,0)	*0,007	19 (19,0)	81 (81,0)	*0,001
Evlilik uyumu düşük olan	16 (33,3)	32 (66,7)		26 (54,2)	22 (45,8)	

Tablo 12’de görüldüğü üzere; evlilik uyumu düşük olan bireyler arasında depresyon riskine ve anksiyete riskine sahip bireylerin oranı evlilik uyumu yüksek olan bireylere göre daha fazladır. Elde edilen sonuçlara göre depresyon ve anksiyete riskinde, UAS’lu bireylerin evlilik uyumları (EUÖ’nin kesme noktası olan 43 puana göre) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,007$ ve $p=0,001$).

4.3.2. UAS’unda evlilik uyumu cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, cinsiyetleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13
UAS’lu Bireylerin Cinsiyet Açısından Evlilik Uyumları

	Kadın	Erkek	
	N	N	P
	(%)	(%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	27 (27,0)	73 (73,0)	0,090
Evlilik uyumu düşük olan	20 (41,7)	28 (58,3)	

Tablo 13’e bakıldığında, UAS’lu bireylerin cinsiyetleri açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,090$). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, UAS’lu kadın ve erkeklerin birbirlerine benzer evlilik uyum düzeylerine sahip oldukları söylenebilir.

4.3.3. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireyin ve eşinin yaşına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinde kendilerinin ve eşlerinin yaşına göre farklılıkların anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan UAS’lu bireylerin ve eşlerinin yaş ortalamaları ve yaşlarının standart sapmaları

hesaplanmıştır. UAS'lu bireylerin ve eşlerinin yaşına göre evlilik uyum düzeylerine ilişkin karşılaştırmalarda T Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14
UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Yaşları Açısından Evlilik Uyumları

	UAS'lu bireylerin yaşı				Eşlerinin yaşı			
	N	Ort.	SS	P	N	Ort.	SS	P
Evlilik uyumu yüksek olan	100	51,47	11,020	0,736	100	50,01	11,963	0,414
Evlilik uyumu düşük olan	48	52,13	11,133		48	51,73	11,927	

Tablo 14'de görüldüğü üzere, UAS'lu bireylerin ve eşlerinin yaşı açısından evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,736$, $p=0,414$).

4.3.4. UAS'unda evlilik uyumu UAS'lu bireyin ve eşinin eğitim düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumları açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda eğitim durumu ile ilgili şıklar; UAS'lu birey için okuryazar, ilköğretim, lise, üniversite mezunu ve yüksek lisans ve üzeri şeklindeyken, eşleri için okuryazar değil şıkkı eklenmiştir. Ancak analiz aşamasında eğitim durumu, ilköğretim ve altı (okur-yazar değil, okuryazar ve ilköğretim), lise ve üzeri (lise, lisans ve yüksek lisans ve üzeri) olarak iki gruba ayrılmıştır. Bulgular Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15
UAS'lu Bireylerin ve Eşlerinin Eğitim Durumları Açısından Evlilik Uyumları

	UAS'lu bireyler			Eşleri		
	İlköğretim ve altı	Lise ve üzeri	P	İlköğretim ve altı	Lise ve üzeri	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	54 (54,0)	46 (46,0)	0,861	56 (56,0)	44 (44,0)	0,597
Evlilik uyumu düşük olan	27 (56,3)	21 (43,8)		24 (50,0)	24 (50,0)	

Tablo 15 incelendiğinde, UAS'lu bireylerin ve eşlerinin eğitim durumu açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,861$, $p=0,597$).

4.3.5. UAS'unda evlilik uyumu UAS'lu bireyin ve eşinin çalışma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumları açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda UAS'lu bireyin ve eşinin çalışma durumu, memur, emekli, işçi, serbest meslek, ev hanımı, işsiz ve diğer şeklinde sınıflandırılmıştır. Katılımcılardan diğer şıkkını işaretleyen olmamıştır. Analiz aşamasında çalışma durumu; aktif çalışan (memur, işçi, serbest meslek)-aktif çalışmayan (emekli, ev hanımı, işsiz) ve gelir getiren (memur, işçi, serbest meslek)-gelir getirmeyen (emekli, ev hanımı, işsiz) şeklinde kategorize edilmiştir. Bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16
UAS’lu Bireylerin ve Eşlerinin Çalışma Durumları Açısından Evlilik Uyumları

			Evlilik uyumu		
			Yüksek olan	Düşük olan	P
			N (%)	N (%)	
UAS’lu bireyler	Gelir getiriyor	Evet	81 (81,0)	36 (75,0)	0,398
		Hayır	19 (19,0)	12 (25,0)	
	Çalışıyor	Evet	46 (46,0)	22 (45,8)	1,000
		Hayır	54 (54,0)	26 (54,2)	
Eşleri	Gelir getiriyor	Evet	51 (51,0)	32 (66,7)	0,080
		Hayır	49 (49,0)	16 (33,3)	
	Çalışıyor	Evet	25 (25,0)	14 (29,2)	0,691
		Hayır	75 (75,0)	34 (70,8)	

Tablo 16 incelendiğinde, UAS’lu bireylerin ve eşlerinin hem çalışma hem de gelir getirme durumları açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,398$, $p=1,000$, $p=0,080$, $p=0,691$).

4.3.6. UAS’unda evlilik uyumu çocuk sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla, UAS’lu bireylerin 0-12 arasında değişen çocuk sayısı,

ortalaması ($2,26 \pm 1,410$) ve ortancası (2) bulunmuş, analizlerde çocuk sayısı 2 ve daha az, 3 ve daha fazla şeklinde 2 gruba ayrılmıştır. Bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17
UAS’lu Bireylerin Çocuk Sayısı Açısından Evlilik Uyumları

	2 ve daha az çocuk	3 ve daha fazla çocuk	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	70 (70,0)	30 (30,0)	0,573
Evlilik uyumu düşük olan	31 (64,6)	17 (35,4)	

Tablo 17’ye bakıldığında, çocuk sayıları farklı olan UAS’lu bireylerin evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir ($p=0,573$).

4.3.7. UAS’unda evlilik uyumu ekonomik duruma göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, ekonomik durum açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda, ekonomik durum için gelir giderden az, gelir gidere denk ve gelir giderden fazla şeklinde tanımlama yapılmıştır. Ancak analiz aşamasında ekonomik durum; gelir gidere denk veya yüksek ve gelir giderden az şeklinde 2 grupta ele alınmıştır. Bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18
UAS’lu Bireylerin Ekonomik Durum Açısından Evlilik Uyumları

	Gelir gidere denk veya yüksek	Gelir giderden az	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	68 (68,0)	32 (32,0)	1,000
Evlilik uyumu düşük olan	32 (33,3)	16 (66,7)	

Tablo 18 incelendiğinde, ekonomik durum açısından UAS’lu bireylerin evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (p=1,000).

4.3.8. UAS’unda evlilik uyumu sigara ve/veya alkol kullanımına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, sigara ve/veya alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19
UAS’lu Bireylerin Sigara ve/veya Alkol Kullanımı Açısından Evlilik Uyumları

	Sigara ve/veya alkol kullanımı		
	Var	Yok	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	28 (28,0)	72 (72,0)	0,702
Evlilik uyumu düşük olan	15 (31,3)	33 (68,8)	

Tablo 19’da görüldüğü üzere, sigara ve/veya alkol kullanımı açısından UAS’lu bireylerin evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,702$).

4.3.8. UAS’unda evlilik uyumu yaşanan yere göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, en uzun süre yaşanan yer açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda UAS’lu bireylerin en uzun süre yaşadıkları yer, köy, ilçe/kasaba, şehir, büyükşehir ve yurtdışı olarak tanımlanmış fakat analizi nüfus yoğunluğu fazla olan yerleşim yeri (şehir, büyükşehir ve yurtdışı) ve nüfus yoğunluğu az olan yerleşim yeri (köy, ilçe/kasaba) şeklinde iki grupta yapılmıştır. Bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20

UAS’lu Bireylerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yer Açısından Evlilik Uyumları

	Nüfus yoğunluğu fazla olan yerleşim yeri	Nüfus yoğunluğu az olan yerleşim yeri	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	24 (24,0)	76 (76,0)	0,056
Evlilik uyumu düşük olan	19 (39,6)	29 (60,4)	

Tablo 20’ye bakıldığında, en uzun süre yaşadıkları yer açısından UAS’lu bireylerin evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,056$).

4.3.9. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireyin ve eşinin ilk evlenme yaşına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinde kendilerinin ve eşlerinin ilk evlenme yaşına göre farklılıkların anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan UAS’lu bireylerin ve eşlerinin ilk evlenme yaşlarının ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. UAS’lu bireylerin ve eşlerinin ilk evlenme yaşına göre evlilik uyum düzeylerine ilişkin karşılaştırmalarda T Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21

UAS’lu Bireylerin ve Eşlerinin İlk Evlenme Yaşı Açısından Evlilik Uyumları

	UAS’lu bireylerin ilk evlilik yaşı				Eşlerinin ilk evlilik yaşı			
	N	Ort.	SS	P	N	Ort.	SS	P
Evlilik uyumu yüksek olan	100	23,83	5,399	0,574	100	23,88	6,333	0,510
Evlilik uyumu düşük olan	48	23,31	4,843		48	23,21	4,448	

Tablo 21’de görüldüğü gibi, UAS’lu bireylerin ve eşlerinin ilk evlenme yaşı açısından evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,574$, $p=0,510$).

4.3.10. UAS’unda evlilik uyumu evlenme şekline göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, evlenme şekli açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda UAS’lu bireylerin evlenme şekilleri, anlaşarak/isteyerek, kaçarak, görücü usulü, istemeyerek/aile baskısı ve akraba evliliği şeklinde tanımlanmış ancak analiz, eş seçimini kendisinin yaptığı evlilik (anlaşarak/isteyerek ve kaçarak) eş seçiminde ailenin katkısı olan evlilik (görücü

usulü, istemeyerek/aile baskısı ve akraba evliliği) şeklinde kategorize edilerek yapılmıştır. Bulgular Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22
UAS’lu Bireylerin Evlenme Şekli Açısından Evlilik Uyumları

	Eş seçimini kendisinin yaptığı evlilik	Eş seçiminde ailenin katkısı olan evlilik	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	57 (57,0)	43 (43,0)	0,222
Evlilik uyumu düşük olan	22 (45,8)	26 (54,2)	

Tablo 22 incelendiğinde, evlenme şekli açısından UAS’lu bireylerin evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (p=0,222).

4.3.11. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireyin ve eşinin evlilik sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, kendilerinin ve eşlerinin evlilik sayısı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23
UAS’lu Bireylerin ve Eşlerinin Evlilik Sayısı Açısından Evlilik Uyumları

	UAS’lu bireylerin evlilik sayısı			Eşlerinin evlilik sayısı		
	1.evlilik	2.evlilik	P	1.evlilik	2.evlilik	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	87 (87,0)	13 (13,0)	0,791	93 (93,0)	7 (7,0)	0,352
Evlilik uyumu düşük olan	43 (89,6)	5 (10,4)		42 (87,5)	6 (12,5)	

Tablo 23’de görüldüğü gibi, hem kendilerinin hem de eşlerinin evlilik sayısı açısından UAS’lu bireylerin evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,791$, $p=0,352$).

4.3.12. UAS’unda evlilik uyumu evlilik süresine göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinde evlilik sürelerine göre farklılıkların anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan UAS’lu bireylerin evlilik sürelerinin ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. UAS’lu bireylerin evlilik sürelerine göre evlilik uyum düzeylerine ilişkin karşılaştırmalarda T Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 24’de sunulmuştur.

Tablo 24
UAS’lu Bireylerin Evlilik Süresi Açısından Evlilik Uyumları

	Evlilik süresi			
	N	Ort.	SS	P
Evlilik uyumu yüksek olan	100	25,31	12,684	0,381
Evlilik uyumu düşük olan	48	27,35	13,571	

Tablo 24’de görüldüğü üzere, UAS’lu bireylerin ve eşlerinin ilk evlenme yaşı açısından evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,574$, $p=0,510$).

4.3.13. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireyde ve/veya eşinde kronik hastalık varlığına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, kendilerinde ve/veya eşlerinde kronik hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25
UAS’lu Bireylerde ve/veya Eşlerinde Kronik Hastalık Varlığı Açısından Evlilik Uyumu

	UAS’lu bireylerde kronik hastalık			Eşlerde kronik hastalık		
	Var	Yok	P	Var	Yok	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	57 (57,0)	43 (43,0)	0,600	43 (43,0)	57 (57,0)	0,482
Evlilik uyumu düşük olan	25 (52,1)	23 (47,9)		24 (50,0)	24 (50,0)	

Tablo 25 incelendiğinde, UAS’lu bireylerde ve/veya eşlerinde kronik hastalık varlığı açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,600$, $p=0,482$).

4.3.14. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireylerin evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar hakkındaki ifadelerine göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar hakkındaki ifadeleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 26’da sunulmuştur.

Tablo 26

UAS’lu Bireylerin Evlilik İlişkisi, Eş İle İlişki, Eşin Yaklaşımı Ve Evlilikte Yaşanılan Sorunlar Hakkındaki İfadeleri Açısından Evlilik Uyumları

		Evlilik uyumu		
		Yüksek Olan	Düşük Olan	P
		N (%)	N (%)	
Evlilik ilişkisi	İyi	94 (94,0)	31 (64,6)	*0,001
	Kötü	6 (6,0)	17 (11,5)	
Eş ile ilişki	İyi	97 (97,0)	27 (56,3)	*0,001
	Kötü	3 (3,0)	21 (43,8)	
Eşin yaklaşımı	Olumlu	87 (87,0)	22 (45,8)	*0,001
	Olumsuz	13 (13,0)	26 (54,2)	
Evliliğe ilişkin yaşanan sorun	Yok	97 (97,0)	37 (77,1)	*0,001
	Var	3 (3,0)	11 (22,9)	

Tablo 26’da görüldüğü üzere; evlilik uyumu düşük olan UAS’lu bireyler arasında evlilik ilişkisi, eş ile ilişki ve eşin yaklaşımı konularında kötü olarak bildiren bireylerin oranı evlilik uyumu yüksek olan bireylere göre daha fazladır. Aynı şekilde evlilik uyumu düşük olan UAS’lu bireyler arasında evlilik ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade eden bireylerin oranı evlilik uyumu yüksek olan bireylerden fazladır. Elde edilen bulgulardan, UAS’lu bireylerde, evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar hakkındaki ifadeleri açısından, evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$ ve $p=0,001$).

4.3.15. UAS’unda evlilik uyumu UAS’lu bireyin eşinden ayrı odada yatma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, ayrı oda da yatmaları açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27

UAS’lu Bireylerin Eşlerinden Ayrı Odada Yatma Durumu Açısından Evlilik Uyumları

	Ayrı oda da yatma durumu		
	Yatıyor	Yatmıyor	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	47 (47,0)	53 (53,0)	0,222
Evlilik uyumu düşük olan	28 (58,3)	20 (41,7)	

Tablo 27’de görüldüğü gibi, UAS’lu bireylerin eşlerinden ayrı odada yatması açısından evlilik uyumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,222$).

4.3.16. UAS’unda evlilik uyumu horlama ve/veya GAUH varlığına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin evlilik uyum düzeylerinin, horlama ve/veya GAUH varlığı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28

UAS’lu Bireylerin Horlama ve/veya GAUH Varlığı Açısından Evlilik Uyumları

	Horlama ve/veya GAUH		P
	Var	Yok	
	N (%)	N (%)	
Evlilik uyumu yüksek olan	84 (84,0)	16 (16,0)	0,304
Evlilik uyumu düşük olan	44 (91,7)	4 (8,3)	

Tablo 28’e bakıldığında, UAS’lu bireylerin horlama ve/veya GAUH varlığı açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (p=0,304).

4.4. UAS’LU BİREYLERİN UAS ŞİDDETİ İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

OUAS şiddeti, basit horlama (AHİ <5), hafif (AHİ 5-15), orta (AHİ 16-30) ve ağır (AHİ >30) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bizim çalışmamıza AHİ<5 olan bireyler dâhil edilmemiştir. Analiz aşamasında UAS şiddeti, hafif-orta UAS’lu bireyler ve ağır UAS’lu bireyler şeklinde iki grup olarak ele alınmıştır.

4.4.1. UAS'lu bireylerin, UAS şiddetine göre evlilik uyumu farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti açısından evlilik uyum düzeylerinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29
UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Evlilik Uyumları

	Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	Ağır UAS'lu bireylerde	
	N (%)	N (%)	P
Evlilik uyumu yüksek olan	52 (52,0)	48 (48,0)	0,383
Evlilik uyumu düşük olan	21 (43,8)	27 (56,3)	

Tablo 29 incelendiğinde, UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti açısından evlilik uyumunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,383$).

4.4.2. UAS'lu bireylerin, UAS şiddetine göre depresyon ve anksiyete riski farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti açısından depresyon ve anksiyete riskinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30

UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Depresyon ve Anksiyete Riski Varlığı

	Anksiyete Riski			Depresyon Riski		
	Var	Yok	P	Var	Yok	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	15 (20,5)	58 (79,5)	0,837	20 (27,4)	53 (72,6)	0,478
Ağır UAS'lu bireylerde	14 (18,7)	61 (81,3)		25 (33,3)	50 (66,7)	

Tablo 30'da görüldüğü gibi, UAS'lu bireylerin UAS şiddeti açısından depresyon ve anksiyete riski varlığı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,837$, $p=0,478$).

4.4.3. UAS'lu bireylerin, UAS şiddetine göre gündüz uykululuk hali (EPUÖ açısından) farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti açısından gündüz uykululuk hali varlığının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 31

UAS'lu Bireylerin UAS Şiddetine Göre Gündüz Uykululuk Hali Varlığı

	Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	Ağır UAS'lu bireylerde	
	N (%)	N (%)	P
Gündüz uykululuk hali var	20 (27,4)	34 (45,3)	*0,027
Gündüz uykululuk hali yok	53 (72,6)	41 (54,7)	

Tablo 31’de görüldüğü üzere; Ağır UAS’lu bireylerde gündüz uykululuk hali varlığı hafif-orta UAS’lu bireylere oranla daha fazladır ($p=0,027$).

4.4.4. UAS’lu bireylerin, UAS şiddeti cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin, UAS şiddetinin cinsiyetleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 32’de sunulmuştur.

Tablo 32

UAS’lu Bireylerin Cinsiyetleri Açısından UAS Şiddeti

	Kadın	Erkek	
	N	N	P
	(%)	(%)	
Hafif-Orta UAS’lu bireylerde	29 (39,7)	44 (60,3)	0,052
Ağır UAS’lu bireylerde	18 (24,0)	57 (76,0)	

Tablo 32’ye bakıldığında, UAS’lu bireylerin cinsiyeti açısından UAS şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,052$).

4.4.5. UAS’lu bireylerin, UAS şiddeti yaşa göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin, UAS şiddetinin yaşa göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu amaçla araştırmaya katılan UAS’lu bireylerin yaş ortalamaları ve yaşlarının standart sapmaları hesaplanmıştır. UAS’lu bireylerin yaşına göre UAS şiddetine ilişkin karşılaştırmalarda T Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 33’de sunulmuştur.

Tablo 33
UAS'lu Bireylerin Yaşları Açısından UAS Şiddeti

	Hafif-Orta UAS'lu bireylerde			Ağır UAS'lu bireylerde			
	N	Ort	SS	N	Ort	SS	P
Yaş	73	51,38	10,807	75	51,97	11,295	0,746

Tablo 33 incelendiğinde, UAS'lu bireylerin yaşı açısından UAS şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,746$).

4.4.6. UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti ekonomik durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddetinin ekonomik durumları açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 34'de sunulmuştur.

Tablo 34
UAS'lu Bireylerin Ekonomik Durumları Açısından UAS Şiddeti

	Gelir gidere denk veya yüksek	Gelir giderden az	
	N (%)	N (%)	P
Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	46 (63,0)	27 (37,0)	0,293
Ağır UAS'lu bireylerde	54 (72,0)	21 (28,0)	

Tablo 34'de görüldüğü üzere, UAS'lu bireylerin ekonomik durumları açısından UAS şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,293$).

4.4.7. UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti sigara ve/veya alkol kullanımına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddetinin sigara ve/veya alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35

UAS'lu Bireylerin Sigara ve/veya Alkol Kullanımı Açısından UAS Şiddeti

	Sigara kullanımı			Alkol kullanımı		
	Var	Yok	P	Var	Yok	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	17 (23,3)	56 (76,7)	0,706	3 (4,1)	70 (95,9)	0,327
Ağır UAS'lu bireylerde	20 (26,7)	55 (73,3)		7 (9,3)	68 (90,7)	

Tablo 35'e bakıldığında, UAS'lu bireylerin sigara ve/veya alkol kullanımı açısından UAS şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,706$, $p=0,327$).

4.4.8. UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti kronik hastalık varlığına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddetinin kronik hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36
UAS’lu Bireylerin Kronik Hastalık Varlığı Açısından UAS Şiddeti

	Kronik hastalık		P
	Var	Yok	
	N (%)	N (%)	
Hafif-Orta UAS’lu bireylerde	39 (53,4)	34 (46,6)	0,741
Ağır UAS’lu bireylerde	43 (57,3)	32 (42,7)	

Tablo 36’da görüldüğü gibi, UAS’lu bireylerin kronik hastalık varlığı açısından UAS şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,741$).

4.4.9. UAS’lu bireylerin, UAS şiddeti, evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar hakkındaki ifadelerine göre farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin, UAS şiddetinin evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar hakkındaki ifadeleri açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 37’de sunulmuştur.

Tablo 37
UAS'lu Bireylerin Evlilik İlişkisi, Eş İle İlişki, Eşin Yaklaşımı Ve Evlilikte Yaşanılan Sorunlar Hakkındaki İfadeleri Açısından UAS Şiddeti

		UAS Şiddeti		
		Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	Ağır UAS'lu bireylerde	
		N (%)	N (%)	P
Evlilik ilişkisi	İyi	59 (80,8)	66 (88,0)	0,262
	Kötü	14 (19,2)	9 (12,0)	
Eş ile ilişki	İyi	60 (82,2)	64 (85,3)	0,660
	Kötü	13 (17,8)	11 (14,7)	
Eşin yaklaşımı	Olumlu	54 (74,0)	55 (73,3)	1,000
	Olumsuz	19 (26,0)	20 (26,7)	
Evliliğe ilişkin yaşanılan sorun	Yok	65 (89,0)	69 (92,0)	0,585
	Var	8 (11,0)	6 (8,0)	

Tablo 37 incelendiğinde, UAS'lu bireylerin evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanılan sorunlar hakkındaki ifadeleri açısından UAS şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır (sırasıyla $p=0,262$, $p=0,660$, $p=1,000$, $p=0,585$).

4.4.10. UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti, eşlerinden ayrı odada yatma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddetinin eşlerinden ayrı odalarda yatmaları açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 38'de sunulmuştur.

Tablo 38
UAS'lu Bireylerin Eşlerinden Ayrı Odada Yatma Durumu Açısından UAS Şiddeti

	Ayrı oda da yatma durumu		P
	Yatıyor	Yatmıyor	
	N (%)	N (%)	
Hafif-Orta UAS'lu bireylerde	33 (45,2)	40 (54,8)	0,250
Ağır UAS'lu bireylerde	42 (56,0)	33 (44,4)	

Tablo 38 bakıldığında, UAS'lu bireylerin eşlerinden ayrı oda da yatmaları açısından UAS şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,250$).

4.4.11. UAS'lu bireylerin, UAS şiddeti, horlama ve/veya GAUH varlığına göre farklılaşmakta mıdır?

UAS'lu bireylerin, UAS şiddetinin horlama ve/veya GAUH varlığı açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39
UAS’lu Bireylerin Horlama ve/veya GAUH Varlığı Açısından UAS Şiddeti

	Horlama ve/veya GAUH		
	Var	Yok	
	N	N	P
	(%)	(%)	
Hafif-Orta UAS’lu bireylerde	59 (80,8)	14 (19,2)	0,056
Ağır UAS’lu bireylerde	69 (92,0)	4 (8,0)	

Tablo 39’da görüldüğü gibi, UAS’lu bireylerin horlama ve/veya GAUH varlığı açısından UAS şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,056$).

4.5. UAS’LU BİREYLERİN KRONİK HASTALIK VARLIĞI İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.5.1. UAS’lu bireylerin, kronik hastalık varlığına göre depresyon ve anksiyete riski farklılaşmakta mıdır?

UAS’lu bireylerin, kronik hastalık varlığı açısından depresyon ve anksiyete riskinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Pearson Chi-Square Testi tekniği kullanılmıştır. Bulgular Tablo 40’da sunulmuştur.

Tablo 40
UAS’lu Bireylerin Kronik Hastalık Varlığı Açısından Depresyon ve Anksiyete Riski

	Anksiyete Riski			Depresyon Riski		
	Var	Yok	P	Var	Yok	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Kronik hastalığı olan UAS’lu bireylerde	22 (26,8)	60 (73,2)	*0,021	26 (31,7)	56 (68,3)	0,723
Kronik hastalığı olmayan UAS’lu bireylerde	7 (10,6)	59 (89,4)		19 (28,8)	47 (71,2)	

Tablo 40’de görüldüğü üzere, kronik hastalık varlığı bildiren UAS’lu bireyler arasında anksiyete riskine sahip bireylerin oranı kronik hastalık varlığı bildirmeyen bireylere göre daha fazladır. Elde edilen bulgulardan, UAS’lu bireylerin kronik hastalık varlığı açısından anksiyete riskinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p=0,021$) ancak depresyon riskinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır ($p=0,723$).

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde, UAS tanısı alan, takip ve tedavi edilen bireylerin depresyon ve anskiyete komorbiditesi ile bunların evlilik uyumu üzerine etkileri, UAS'lu bireylerin sosyo-demografik özellikleri, evlilikle ilgili özellikleri, sağlık riskleri ile ilgili özellikleri değişkenlerinin, HADÖ, EUÖ ve EPUÖ açısından incelenmesi ile elde edilen bulguların sonuçlarına, tartışmasına ve konuyla ilgili önerilere yer verilmiştir.

5.1. SONUÇ VE TARTIŞMA

Çalışmamızda % 68,2' si (n=101) erkek ve %31,8'i (n=47) kadın olmak üzere toplam 148 UAS'lu birey ile görüşülerek araştırma tamamlanmıştır. Young ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan çalışmaya göre, genel popülasyon itibarıyla OUAS'lu bireylerde erkek/kadın oranını 2,5/1 tespit edilmiş ve OUAS prevelansı kadınlarda %2,0 ve erkeklerde %4,0 bulunmuştur. Nieto ve arkadaşları'nın (2000) 6132 kişi ile yaptığı çalışmada, OUAS teşhisi konulan olgulardan %37,0'sinin kadın olduğu belirtilmiştir. Çalışmalarda OUAS tanısı için AHİ eşik değeri 5 olarak ele alındığında prevalans erkeklerde %24,0, kadınlarda %9,0 olarak ifade edilmiştir (Demir ve diğerleri, 2012). Bizim çalışmamızda da erkek kadın oranı literatür ile uyumludur.

Erdemir-Işık'ın (2014) yaptığı çalışmada; kadınlarda hafif-orta OUAS, erkeklere göre daha yüksekken ağır OUAS erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın en önemli bulgularından birisi, Total AHİ'nin, OUAS'lu kadınlarda OUAS'lu erkeklerden anlamlı olarak düşük bulunmasıdır.

830 OUAS'lı hastayla yapılan bir çalışmada, kadınlarda hafif OUAS oranının daha yüksek olduğu ve ağır OUAS (AHİ>50) için kadın /erkek oranı 8/1 iken hafif OUAS'nda (AHİ 5-25) bu oranın 2/1 olduğu bildirilmiştir (O'Connor, Thornley ve

Hanly, 2000). Çoğu çalışmada erkeklerin kadınlardan daha yüksek AHİ değerine sahip olduğu saptanmıştır. Cinsiyetler arası farklılığın, üst solunum yolunun dinamik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda ağır UAS olguları ile hafif-orta UAS olguları arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Paul Peppard tarafından yönetilen, Wisconsin uyku kohort çalışması en geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalardan biridir. Bu çalışmanın verileri kullanılarak rastgele seçilen, 30-60 yaş aralığında olan, 602 erkek ve kadına PSG çekilmiş; erkeklerin %24,0'ünde, kadınların %9,0'unda OUAS saptanmıştır. Bu grupta, gündüz aşırı uyku erkeklerde %22,0 ve kadınlarda %17,0'dir. Ayrıca en yüksek prevalans %4,7 ile 45-64 yaş grubunda olup 64 yaş ve üzerinde %1,7'dir (Young ve diğerleri, 1993). Bizim çalışmamızda UAS'lu bireylerin $51,68 \pm 11,023$ bulunan yaş ortalaması bu çalışmadaki yüksek prevalans görülen yaş aralığına denk gelmektedir. Dumlu (2011), yaşları 23-80 arasında değişen 108 OUAS'lu bireyle yaptığı çalışmasında yaş ortalamasını, $51,37 \pm 11,4$ bulmuştur.

OUAS riskinin yaş ile arttığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Ancoli-Israel ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, 65 yaş üzerinde yaşla birlikte AHİ düzeyinin arttığı bulgulanmıştır. Hoch ve arkadaşları (1990), 60 yaş üzerinde OUAS sıklığında artış olduğunu bildirmişlerdir. Köktürk ve arkadaşları da (2004), 60 yaş üzerinde diğer yaş gruplarına göre daha sık OUAS tespit etmişlerdir. Birçok çalışmada bu konuda ile ilgili veriler çelişmektedir (Qureshi ve Ballard, 2003; Köktürk, 1998b; Köktürk, 2007; Schwab, Goldberg ve Pack, 1998). Akkoyunlu (2008) yaptığı çalışmasında, yaş ile AHİ arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Bizim çalışmamızda AHİ şiddeti ile UAS'lu bireylerin yaş ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcı grubunun ağırlıklı olarak orta yaş popülasyondan oluşması, bu ilişkiyi saptayamayışımızın nedeni olabilir.

Hıdıroğlu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, hastaların OUAS şiddeti ve yaşları incelediğinde, şiddetli OUAS hastalarının yaş ortalamasının hafif şiddetteki OUAS hastalarından anlamlı ve daha yüksek olduğu bulunmuştur. Levent ve Sarıman (2012) yaptıkları çalışmada, OUAS hastalarını ≥ 65 yaş (geriatrik yaş grubu) ve < 65 yaş şeklinde gruplandırmış, geriatrik OUAS hastaları, < 65 yaş OUAS hastaları ile

karşılaştırılmış, geriatric hastaların anlamlı olarak AHİ'si daha yüksek saptanmıştır. Geriatric yaş grubunda ağır OUAS, diğer grupta hafif OUAS olgularının anlamlı olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Geceleri horlama, gündüz ise aşırı uykululuk hali OUAS'ın en sık görülen semptomlarıdır (Kales ve diğerleri, 1985; Batyraliev, Avşar ve Ekinci, 2007). Çalışmamızdaki UAS'lu bireylerin büyük çoğunluğu (%86,5) horlama ve/veya GAUH bildirmişlerdir. Whyte ve arkadaşları (1989) 80 OUAS'lu bireyle yaptıkları çalışmada, bu bireylerin %97,5'inde horlama olduğunu bildirmişlerdir. Chesson ve arkadaşları (1997), OUAS şüphesi ile uyku laboratuvarına yönlendirilen olgularda GAUH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda oranın %22,0-73,0 arasında değiştiğini ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda horlama ve/veya GAUH oranları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda EPUÖ puanına göre GAUH olan bireylerin oranı %36,5 olarak bulunmuştur. Buna ek olarak ağır UAS'lu bireylerde GAUH varlığı hafif-orta UAS'lu bireylere göre anlamlı oranda fazladır. Annakkaya ve arkadaşları (2004) PSG kullanarak yaptıkları kardiyopulmoner uyku çalışmasında, EPUÖ ile AHİ'nin anlamlı pozitif korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır. Ancak başka bir çalışmada ise objektif uykululuk değerlendirme testi olan MWT (Maintenance of Wakefulness Test) ile gündüz ağır uyku hali saptanan OUAS'lu hastalarda sonuçlar EPUÖ ile teyit edilememiştir (Sangal, Sangal ve Beliste, 1999).

Literatürde EPUÖ'nin AHİ ile anlamlı korelasyonu olduğunu tespit eden çalışmalar var olduğu gibi (Johns, 1991) tersini saptayan çalışmalar da mevcuttur (Sasanabe ve diğerleri, 2006). Subjektif değerlendirme yapması nedeniyle EPUÖ, uyku apnesinin ağırlığı ile korelasyon göstermeyebilir (McNicholas, 2008). Bu noktada artmış uykululuk halinde kişisel özelliklerin de önemli ölçüde rol oynadığı görülmektedir. Aynı apne-hipopne skorlarına sahip olan hastaların uykululuk seviyeleri aynı değildir. Yapılan deneysel çalışmalarda artmış uykululuk durumunun genetik olarak santral sinir sistemindeki adaptasyon mekanizması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Black, 2003). Gündüz uykululuk halini gece uykusu dışında kişinin yaşı, cinsiyeti, kullandığı ilaçlar, iş ortamı, tıbbi ve psikososyal durumu etkilemektedir.

Apne sebebiyle gündüz uykulu olan bireylerin trafikte veya işyerlerinde kazalara karışma riski artmakta ve hayatları tehlikeye girmektedir. Ayrıca bu kişiler işlerini kaybetme durumuyla da sıklıkla karşılaştıklarından sosyo-ekonomik kayıplar yaşamakta ve sosyo-ekonomik kayıplar aile sorunları yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (Ülkü, 2009). Bizim çalışmamızda ekonomik yönden sıkıntı yaşayan bireylerin oranı azdı. Çoğunluğu gelirin giderine denk veya yüksek olduğunu bildirmiştir. Ekonomik durumla, UAS şiddeti ve evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında OUAS'nun HT, kardiyovasküler hastalıklar, insülin direnci ve diyabetes mellitus gibi hastalıklar için bir risk faktörü olduğu görülmektedir. OUAS'lu bireylerin çoğunda bu hastalıklar ya da diğer medikal problemler hastalığa eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda, OUAS'lu kadın hastalarda depresyon ve hipotiroidizm gibi durumların hastalığa daha sık eşlik ettiği (Shepertycky, Banno ve Kryger, 2005; Halvorson ve Porubsky, 1998), OUAS'lu erkek hastalarda ise kardiyovasküler hastalık riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Smith ve diğerleri, 2002). Bizim çalışmamıza katılan 148 UAS bireylerin 82'sinde (%55,4) bir veya daha fazla kronik hastalık olduğu saptanmıştır.

OUAS'nda depresyon görülme sıklığının %40,0- %60,0 gibi genelde toplumdan daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi %8,0 gibi düşük oranların bildirildiği çalışmalarda bulunmaktadır (Qureshi ve Ballard 2003). Hıdıroğlu ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, OAUS'lu hastalarda depresyon görülme sıklığı %31,4'dür. Bizim çalışmamız da UAS'lu bireylerde depresyon riski sıklığı %30,4 bulunmuştur. Bu oran 2005 yılında Aloï ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın bulguları (%33,3) ile de benzeşmektedir. Farklı ülkelerde yaşam boyu major depresyon yaygınlığı %1,5 ile %19,0 arasında değiştiği görülmektedir (Blazer, Kessler, McGonagle ve Swartz, 1994; Weissman ve diğerleri, 1996). Toplumda klinik seviyede depresyon yaygınlığı %10,0 olup depresif belirti yaygınlığı %13,0-20,0 arasındadır (Öztürk, 2004). Bizim çalışmamızda depresyon riskinin %30,4 bulunması beklenen değerlerin üzerindedir. Bu açıdan OUAS'lu bireylerde depresyon oranlarının arttığını belirten çalışmalarla uyumludur (Partinen ve Guillemineault, 1990; Smith ve

diğerleri, 2002; Parkinson ve diğerleri, 2002; Sharafkhaneh, Richardson ve Hirshkowitz, 2004).

OUAS bireylerde, halsizlik, enerji düşmesi, yorgunluk, dikkat sorunları, huzursuzluk ve kişilik değişikliklerine neden olabilmektedir (Greenberg, Watson ve Deptula, 1987; Kales ve diğerleri, 1985; Brown, 1994). Bu anlamda, OUAS'nun bazı belirtileri depresyon ve anksiyete belirtilerine benzeyebilmektedir. OUAS'lu bireylerde depresyon oranlarının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Young ve diğerleri, 1993; Day ve diğerleri, 1999; Bassiri ve Guilleminault, 2000; Schwartz, Kohler ve Karatinos, 2005; Akashiba ve diğerleri, 2002). Flemons ve Tsai (1997) çalışmalarında, UAS ile depresyon arasındaki ilişkinin multifaktöriyel olduğunu belirtmişlerdir. Bu faktörlerden biri de OUAS'da uyku süresi ve kalitesinin azalmasının depresyona yatkınlığı arttırması olarak ifade edilmiştir.

Bizim çalışmamızda UAS şiddetiyle depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu Pillar ve Lavie'n (1998) çalışmasıyla uyumludur. UAS ağırlığı ve depresyon şiddeti arasında ilişki tespit etmeyen başka çalışmalarda mevcuttur (Sforza ve diğerleri, 2002; Hıdıroğlu, Özkorumak, Tiryaki, ve Ak, 2012; Millman ve diğerleri, 1989).

Toplulun yaklaşık %10,0'luk bir kısmında anksiyete bozukluğu bulunmaktadır (Balcıoğlu, 2002). Çalışmamıza katılan UAS'lu bireylerde ise anksiyete riski %19,6 olarak bulunmuştur. Bu oran 2012 yılında Hıdıroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın bulguları (%18,6) ile benzeşmektedir. Her iki çalışmada da anksiyete riski toplumdaki sıklığından daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu konuda da literatürde tam bir tutarlılık bulunmamaktadır. Anksiyete sıklığı, OUAS'lu hastalarla yapılan çalışmaların bazılarında yüksek bazılarında ise düşüktür (Flint, 1994; Sforza ve diğerleri, 2002; Doherty ve diğerleri, 2003). Pillar ve Lavie (1998) ise yaptıkları çalışmada anksiyete belirtilerini OUAS'ndan çok uykusuzluğa bağlamışlardır.

OUAS'nda anksiyete belirtileri depresyona göre daha az çalışılmıştır. Literatürde anksiyete belirtilerinin şiddeti ile OUAS ilişkisini ele alan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya konulmuştur. Bazı çalışmalar OUAS'nda anksiyete belirtilerinin varlığını ve dikkat edilmesi gerektiğini belirtirken (Weissman ve diğerleri, 1996), bazı çalışmalar

ise anksiyete belirtilerinin varlığını kabul ettiği gibi CPAP tedavisiyle anksiyete semptomlarında azalma oluyorsa dikkate alınmaması gerektiğini bildirmektedir (Borak ve diğerleri, 1994; Sanchez, Buela-Casal, Bermudez ve Casas-Maldonado, 2001). Yue ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, UAS’nda anksiyete ve depresyon skorları yüksek saptanmış ve bu durumun uykunun çok fazla bölünmesi ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Şahbaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında; 80 UAS’lu bireyden, 17’sinde anksiyete, 21’inde depresyon ve 25’inde GAUH yakınması saptanmıştır. OUAS’nda görülen uyku bölünmelerinin GAUH’ne sebep olacağı ve bunun sonucunda yaşam kalitesinde bozulma, anksiyete ve depresyon gelişebileceği bildirilmiştir. Borak ve arkadaşları (1996), çalışmalarında anksiyete ve UAS arasında ilişki bulmuşlardır. Ramos-Platon ve Espinar-Sierra’ da (1992) yaptıkları çalışmada, UAS ve anksiyete arasında zayıf bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda UAS şiddeti ile anksiyete riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ehi, 2011 yılında yaptığı çalışmasında hafif, orta ve ağır UAS ile kontrol grubunu karşılaştırdığında, depresyon ve anksiyete skorları hastalarda yüksek bulunmuş fakat istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Fidan ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada, OUAS’lu hastalarda anksiyete skorunun sağlıklı gruba göre daha düşük olduğu, OUAS şiddeti ile anksiyete ve depresyon skorlarının negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Bunun ağır OUAS’lu hastalarda etkilenen kognitif fonksiyonlara bağlı olabileceği bildirilmiştir. İntepe ve arkadaşları (2016), OUAS’nu depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile ilişkili bulmuştur.

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete riski ile evlilik uyumu ölçeğine göre uyumun yüksekliği ve düşüklüğü karşılaştırıldığında evlilik uyumu düşük bireyler arasında depresyon ve anksiyete riskine sahip bireylerin oranı daha fazla olarak bulunmuştur. Evlilikte uyum konusunun, evlilik ve aile ilişkileri konularında yapılan araştırmalarda önemli bir yeri vardır. Evlilik, birçok değişkeni içeren karmaşık bir süreç olup bireylerin kendi özellikleri, kişilik yapıları ve ruhsal durumları evliliği etkilemektedir. Eşlerden birinin ruhsal durumundaki bozulma evlilik uyumunu azaltmaktadır.

Micheal ve Alan (2000) depresyon belirtisi gösteren ve göstermeyen kadınları ve eşlerini (44 çift) yaptıkları çalışmada karşılaştırmıştır. Eşi depresyonda olan çiftlerin

evlilikleri, depresyon belirtileri göstermeyen çiftlerin evliliklerine oranla daha uyumsuz bulunmuştur (akt. Kronmüller vd., 2011). Kung (2000)'un çiftler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; depresyon, stres, sosyal destek eksikliği, rol beklentileri ve birbirlerine etki eden dinamikler, evlilikte mutsuzluk yaratmaktadır. Bu çalışmayla, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişki ortaya konulmuş, eşlerden bir tanesinin depresif olması, evlilik uyumunu olumsuz etkilemekte aynı zamanda stres ve sosyal destek eksikliği görülmekte ve rol beklentileri sekteye uğramaktadır.

Kastro (1998) evlilik içi uyum ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında, eşlerden birinde (kadın ya da erkek) depresyonu olan çiftlerle hiç depresyonu olmayan çiftler karşılaştırılmış, evlilik uyumu ile depresyon arasındaki ilişkinin varlığı desteklenmiş fakat ilişkinin yönü hakkında bilgi vermenin zor olduğu belirtilmiştir.

Evlilik uyumunu etkileyebilecek, diğer psikolojik durum anksiyetedir. Depresyon kadar yaygın karşılaşılmamasına rağmen evlilik araştırmalarında fazla çalışılmamıştır. Mcleod (1994), kaygı ile evlilik kalitesi arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Eşlerin ya da eşlerden herhangi birinin kaygı bozukluğu yaşaması evlilik ilişkisini zayıflamakta ve evlilik uyumunu düşürmektedir. Kaygı, eşlerin evlilik uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Bireylerin yaşadığı günlük hayattaki stresler, iş yükü, çocuk bakımı ve ekonomik problemler doğal olarak kişileri kaygılandırmaktadır. Bu durum ilk önce kişiyi daha sonra yakın çevresini etkilemektedir (Kızlak, 1996).

OUAS'lu bireylerin algılama, düşünme, hafıza, dikkat ve iletişim konularında bozukluklar yaşayabildikleri, buna bağlı olarak gerekli sosyal ilişkiler kuramadıklarından ferdi işlerini yürütmede, düzenli bir işe sahip olmada, başarılı ve mutlu bir evlilik sürdürmede zorluk yaşadıkları ve normal popülasyona oranla boşanma durumlarının daha sık olduğu belirtilmiştir (Mirici, 2000). Bizim çalışmamızda UAS şiddeti ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Evlilikte uyum ölçeği puanları temelinde katılımcıların %67,6'sı uyumlu bir evlilik sürdürmektedir.

Aile yaşam döngüsünün evreleri, yetişkinlik, evlilik aşaması, çocuğa sahip olma, çocuğun ergenlik dönemine geçişi, çocukların evden ayrılması ve yaşlılık-emeklilik şeklinde tanımlanmaktadır (Carter ve McGoldrick, 1980). Ailenin üyeleri, çeşitli

aşamalarda daha farklı görev ve rollere sahip oldukları için, o aşamayla alakalı sorun yaşayabilirler. Yaşam döngüsü kuramı üzerinde çalışma yapmış olan araştırmacılar, bu döngüde belli başlı geçiş ve plato evreleri olduğunu söylerler. Bizim çalışmamızda UAS’lu bireylerin ve eşlerinin yaş ortalaması sırasıyla 51,68, 50,57’dir. Evlilik yılı ortalaması 25,97’dir. UAS’lu bireylerin eşleri ile baş başa kalma yıllarında oldukları söylenebilir. Hicks ve Platt (1970) ve Anderson, Russel ve Schumm (1983), tarafından ilk evlilik yıllarında, çocukla birlikte yaşanan dönemlerde uyumda düşüklük olduğu, çocuklar evden ayrıldıktan sonra tekrar artış gösterdiği ve yine düştüğü bildirilmiştir (akt. Fışıloğlu, 1992). Baş başa kalma yılları evlilikten 20-25 yıl sonra başlamakta ve 50-55 yaş aralığında olan yetişkin ebeveynler çocuklarının (okul, iş, evlenme) evden ayrılmasıyla baş başa kalmaktadırlar. Bu aşamada ailelerin evlilikteki ilişkilerini tekrar kurmak, daha genç ve daha yaşlı kuşaklarla soy bağıını devam ettirmek ailenin kritik gelişimsel görevdir. Bu sebeple çalışmamızdaki ailelerin baş başa kalma yıllarında oldukları, evlilik ilişkilerini olumlu yönde yeniden inşa ettikleri ve evlilik uyumlarında yükselme yaşandığı düşünülmektedir. Ayrıca bu dönemde yaş itibarı ile sağlık sorunları başlayabilir ya da artabilir. Ağır bir hastalık veya ölümle karşılaşma, yaşamın ne kadar değerli olduğunu önemle belirterek, ailelere çözümlenmemiş sorunlarını yoluna koymaları ve daha şefkatli ilişkiler kurmaları adına fırsat verirken, yitime ilişkin korkularla yüzleşme fırsatı yaratır. Bu durumda aile bireylerinin yaşamlarındaki öncelikleri açığa çıkarmalarına ve yakın ilişkiler kurmalarına imkân sağlayabilir.

Evlilikte yakınlık, empati, duyguların paylaşılması ve anlayış gibi unsurları içeren duygusal ve sosyal destek, çiftin sosyal, ruhsal ve bedensel iyi oluşlarında önemli bir rol oynamaktadır (Sayers, Kohn ve Heavey,1998). Yıldırım (1993), karı koca ilişkileri kapsamındaki bazı değişkenlerle evli bireylerin psikolojik uyum düzeylerini araştırmıştır. Bu çalışmada, evli bireylerin eşleriyle “Duygu ve Düşüncelerini Paylaşma”, “Eşiyle Cinsel Yaşamda Anlaşma”, “Eşinin Cinsel İsteklerini Reddetme” ve eşlerin birbirlerine “Dayak” atıp atmamaları şeklindeki değişkenler, evli bireylerin uyum düzeyleri üzerinde anlamlı derecede etkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda evlilikte uyum ölçeğinin anlaşma bölümündeki sorulardan yüksek puan alınması ve kişisel bilgi formunda evlilik ve eş ile ilgili sorulara olumlu yanıtlar verilmesi bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Ayrıca araştırmamızın, evlilik gibi, özellikle geleneksel ve kültürel değerler açısından, mahremiyetin korunmasının beklendiği bir ilişkiyi ele alması, UAS’lu bireylerin katılımında itimat ve samimiyeti ön plana çıkarmıştır. UAS’lu bireylerin, evlilik ilişkisi, eş ile ilişki, eşin yaklaşımı ve evlilikte yaşanan sorunlar konularındaki ifadeleri ile evlilikte uyum ölçeğindeki puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunması katılımcıların çalışmamızdaki kişisel bilgi formunu ve ölçekleri içtenlikle cevapladıklarını düşündürmektedir. Aynı zamanda verilerimiz evlilikte uyum ölçeğinin Ülkemiz için güvenilir bir ölçek olduğunu bir kez daha doğrulamaktadır.

Houseknecht ve Macke (1981), evlilikte süre arttıkça kadınların memnuniyet düzeyinin azaldığını belirtmiştir. Gaesser ve Whitbourne (1985) ise, erkeklerde evlilikte süre arttıkça uyumun da arttığını bildirmiştir (akt. Fısıloğlu, 1992). Bizim çalışmamızda UAS’lu bireylerin evlilik süresiyle evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum katılımcıların çoğunluğunun erkek olması ve ortalama 25,97 yıldır evli olmalarıyla açıklanabilir. Evlilik süresinin artmasıyla eşler arasındaki güven duygusunun daha sağlam temellere oturması ve mevcut ilişkinin kaygı ve saplantılardan uzaklaşması olarak da yorumlanabilir.

Hem UAS’lu bireylerin hem de eşlerinin ilk evlilik yaşı ortalaması 23,66’dır. Bireylerin evlilik hayatlarına başladıkları yaş hem kendilerinin hem de evliliklerinin olgunluğu açısından önemlidir. Küçük yaşta evlilik yapan bireylerde eşe karşı güvensizlik sık karşılaşılmaktadır (Boran, Gökçay, Devecioğlu ve Eren, 2013). Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, evlilik yaşı yüksek olan bireylerde daha yüksek güven duygusu beklenir. Bizim çalışmamızda da ilk evlilik yaşı ortalamasının 23 olması bireylerin yüksek güven duygusu içinde olduklarını, evliliklerinin olgunlaştığını bu nedenle evlilik uyumun yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan UAS’lu bireylerin yarısı “*nadiren*” ile “*her zaman*” arasında değişen sıklıklarla ayrı odalarda yattıklarını ifade etmişlerdir. OUAS veya tedavi amaçlı CPAP kullanımı eşlerin ayrı yatmalarına neden olabilmektedir (Doherty ve diğerleri, 2003; Cartwright ve Knight, 1987).

Billmann ve Ware (2002) çalışmalarında, tedavi edilmeyen apneik erkeklerin eşleri ile kontrol grubunu evlilik doyumu açısından karşılaştırmışlardır. Şiddetli ve hafif apneik erkeklerin eşlerinin, evlilik doyumu bakımından kontrol grubu ile benzer oldukları, ancak kocalarının uyku davranışlarından memnuniyet açısından anlamlı bir farklılık gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca evli erkeklerde uyku apnesinin varlığı, eşlerinin genel evlilik doyumu üzerinde çok az etkili olmasına rağmen, birlikte mi yoksa ayrı mı uyuduklarını etkilediğini belirtmişlerdir. OUAS'lu hastaların eşlerinin, odalarını ya da yataklarını ayırdıklarını belirttikleri başka çalışmalarda mevcuttur. (Luyster ve diğerleri, 2016; Henry ve Rosenthal, 2013; Virkkula ve diğerleri, 2005).

Tüm bu bilgiler ışığında sonuç olarak, uyku apne sendromlu bireylerde, depresyon ve anksiyete varlığı ile evlilik uyumu arasında bir ilişki vardır. Bu ilişki büyük olasılıkla iki yönlü bir ilişkidir. Her iki durumda diğerinin hem nedeni hem de sonucudur. Uyku apne sendromlu bireyler depresyon ve anksiyete açısından değerlendirilmeli ve uygun şekilde tedavi edilmelidir. Evlilik uyumu sorunları yaşayan uyku apne sendromlu bireylere ise gerekli destek sağlanmalıdır.

5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI

Çalışmamız bildiğimiz kadarı ile UAS'lu bireylerde evlilik uyumunun depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Bu anlamda literatürde katılımcı sayısı en fazla olan araştırmalardan biridir. UAS tanısının öykü ile değil AHİ değeri gibi nesnel bir ölçüt ile konulmuş olması çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Evlilik uyumunun sadece hastalar açısından değerlendirilmiş olması ve tedavi alan ve almayan hastaların bir arada olmaları ise çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

5.3. ÖNERİLER

1. Başka bir çalışmada farklı bölgeler de dâhil edilerek daha fazla evli UAS'lu bireye ulaşılarak daha kapsamlı bir çalışma yapılabilir ve araştırmanın genellenebilirliği artırılabilir.

2. Benzer çalışmada depresyon, anksiyete ve evlilik uyumunu ölçen farklı ölçekler kullanılabilir.

3. Bu arařtırmada UAS’lu bireylerin depresyon, anksiyete ve evlilik uyumu ile iliřkili olabileceęi dūřūnūlen sosyo-demografik, evlilik ve saęlık riskleri ile ilgili deęiřkenler ele alınmıřtır. Bařka bir arařtırmada daha fazla faktōrler ele alınabilir ve deęiřkenler çeřitlendirilebilir.

4. Bu arařtırmada depresyon, anksiyete ve evlilik uyumu UAS’lu bireylerin perspektifinden ele alınmıřtır. Bařka bir arařtırmada eřler ve çocuklar dāhil edilip tūm aile bireylerinin gōrūřleri incelenebilir.



KAYNAKÇA

- Acar, M., Kaya, C., Çatlı, T., Hancı, D., Bolluk, Ö. ve Aydın, Y. (2015). Effects of Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy on Partners' Sexual Lives. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*, 273 (1), 133-137. doi: 10.1007/s00405-015-3546-4
- Acar, M., Kaya, C., Çatlı, T., Üre, İ., Fidan, H. S. ve Kaymakçı, M. (2014). Obstruktif Uyku Apne Sendromu olan Eretil Disfonksiyonlu Erkek Hastalarda Polisomnografik Bulguların Analizi ve Nazal CPAP Tedavisinin Eretil Disfonksiyon Üzerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 10, 153-157. doi: 10.5350/BTDMJB201410404
- Accattoli, M. P., Muzi, G., Dell'Omo, M., Mazzoli, M., Genovese, V., Palumbo, G. ve diğerleri. (2008). Occupational Accidents, Work Performance and Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS). *G Ital Med Lav Ergon.*, 30 (3), 297-303.
- Acıcan, T. (2017). Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflaması Ve Tanımlar (ICSD-3). 8. Uyku Bozuklukları Kursu Sunumları, Bodrum. Erişim adresi: <https://www.uykuder2017.org/wp-content/uploads/2017/04/Turan-Ac%C4%B1can-Uykuda-solunum-bozukluklar%C4%B1-s%C4%B1n%C4%B1flamas%C4%B1-ve-tan%C4%B1mlar-ICSD3-PDF.pdf>
- Adrien, J. (2002). Neurobiological Bases for The Relation Between Sleep and Depression. *Sleep Med Rev*, 6 (5), 341-51.
- Ağargün, M. Y., Çilli, A. Ş., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M. Semiz, Ü. B. ve diğerleri. (1999). Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10 (4), 261-267.
- Ağır, E. S. (2017). *Obstruktif Uyku Apnesi Hastalarında Periyodik Bacak Hareketlerinin Polisomnografik Veriler İle Değerlendirilmesi.* (Uzmanlık tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi/Nöroloji Anabilim Dalı, Trabzon.
- Akashiba, T., Kawahara, S., Akahoshi, T., Omori, C., Saito, O., Majima, T. ve Horie, T. (2002). Relationship between Quality of Life and Mood or Depression in Patients with Severe Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Chest*, 122 (3), 861-865.

- Akerstedt, T., Billiard, M., Bonnet, M., Ficca, G., Garma, L., Mariotti, M. ve diğeri. (2002). Awakening From Sleep. *Sleep Medicine Rewiews*, 6 (4), 267-286. doi:10.1053/smr.2001.0202
- Akkaya, A. ve Öztürk, Ö. (2010). ICSD-2 Uyku Bozuklukları Sınıflaması ve Uyku İle İlgili Tanımlar. T. Özlü, M. Metintaş, M. Karadağ ve A. Kaya (Ed.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları kitabı* içinde (s. 2131-2137). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Akkoyunlu, M. E. (2008). *Uzun Yol Şoförlerinde Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sıklığının Araştırılması*. (Uzmanlık tezi), Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi/Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Aldrich, M. S. (1999). Obstructive Sleep Apnea Syndrome. M.S. Aldirch (Ed.), *Sleep Medicine* içinde (s. 202-236). New York: Oxford University Press.
- Alkın, T ve Onur, E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. C. Güleç ve E. Koroğlu (Ed.) *Psikiyatri Temel kitabı* içinde (s. 296-304). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aloia, M. S., Arnedt, J. T., Davis, J. D., Riggs, R. L. ve Byrd, D. (2004). Neuropsychological Sequelae of Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome: A Critical Review. *J Int Neuropsychol Soc.*, 10 (5), 772-785. doi: 10.1017/S1355617704105134
- Aloia, M. S., Arnedt, J. T., Smith, L., Skrekas, J., Stanchina, M. ve Millman, R. P. (2005) Examining the Construct of Depression in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep Med.*, 6 (2), 115-121. Doi: 10.1016/j.sleep.2004.09.003
- American Academy of Sleep Medicine. (2016). Hidden Health Crisis Costing America Billions. Underdiagnosing and Undertreating Obstructive Sleep Apnea Draining Healthcare System. Erişim adresi: <https://aasm.org/resources/pdf/sleep-apnea-economic-crisis.pdf>

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı*. Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan Çev. E. Körođlu. (5. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aminjafari, A., Padash, Z., Baghban, I. ve Abedi, M. R. (2012). The Study of Marital Adjustment in Employers' Dual Career Families. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 12 (3), 559-517.
- Ancoli-Israel, S., Gehrman, P., Kripke D. F., Stepnowsky, C., Mason, W., Cohen-Zion, M. ve diğerleri. (2001). Long Term Follow up of Sleep Disordered Breathing in Older Adults. *Sleep Med.*, 2, 511-516.
- Andreou, G., Vlachos, F. ve Mekanikas, K. (2012). Neurocognitive Deficits in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS). T. Heinbockel (Ed.), *Neuroscience* içinde (s. 93-114). InTech. ISBN: 978-953-51-0617-3.
- Annakkaya, A. N., Balbay, Ö., Bilgin, C., Erbağı, M. ve Arbak, P. (2004). 8-Kanal Modifiye Portabl Uyku-Apne Ünitesi Sonuçları. *Solunum*, 6 (1), 18-23.
- Arıtürk-Atılgan, Z., Abakay, A. ve Ülgen, S. (2011). Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu ve Kardiyovasküler Sorunlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (2), 253-256. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2011.02.0027
- Avlonitou, E., Kapsimalis, F., Varouchakis, G., Vardavas, C. I. ve Behrakis, P. (2012). Adherence to CPAP Therapy Improves Quality of Life and Reduces Symptoms Among Obstructive Sleep Apnea Syndrome Patients. *Sleep Breath*, 16, 563-569. doi: 10.1007/s11325-011-0543-8
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. ve Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (4), 280-287.
- Aydın, H. (2017, 16 Eylül). Uyku Ve Uykuda Solunum Bozuklukları. Erişim adresi: www.uyku.gen.tr/en/index.php?option=downloads&task=download&id=4
- Balcıoğlu, İ. (2002). Anksiyete Bozukluklarının Psikoendokrinolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 (1), 45-51.

- Barış, Y.İ., Artvinli, M. ve Özesmi, M. (1973). Somnolence and Sleeping Disturbances due to Intermittan Upper Airway Obstruction in an Obese Patient. *Bull Physiopathol Respir*, 9 (3), 630-635.
- Baron, G. K., Gunn, H. E., Wolfe, L. F. ve Zee, P. C. (2017). Relationships and CPAP Adherence Among Women with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Science and Practice*, 1 (10), 1-8. doi: 10.1186/s41606-017-0011-x
- Bassiri, A. G. ve Guilleminault, C. (2000). Clinical Features and Evaluation of Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome. M. H. Kryger, T. Roth ve W. C. Dement (Ed.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* kitabı içinde (s. 869-878) Philadelphia: WB. Saunders.
- Başara, B., Dirimeşe, V., Özkan, E. ve Varol, Ö. (2006) Sakatlığa Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları. N. Ünüvar, S. Mollahaliloğlu ve N. Yardım. (Ed.), *Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. 2004 kitabı* içinde (s. 13-14). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Batyrallyev, T., Avşar, Ö. ve Ekinçi, E. (2007). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Kardiyovasküler Hastalıklar. *TGKD.*, 11, 170-180.
- Beach, S. R. H. ve O'Leary, K. D. (1986). The Treatment of Depression Occurring in Context of Marital Discord. *Behavior Therapy*, 17, 43-49.
- Beach, S. R. H., Arias, I. ve O'Leary, K. D. (1986). The Relationship of Marital Satisfaction and Social Support to Depressive Symptomatology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8 (4), 305-317.
- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A. ve Gillin, J. C. (1992). Sleep and Psychiatric Disorders. A Meta-Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49 (8), 651-668.
- Beninati, W., Harris, C. D., Herold, D. L., Shepard, J. W. Jr. (1999). The Effect of Snoring and Obstructive Sleep Apnea on The Sleep Quality of Bed Partners. *Mayo Clin Proc.*, 74 (10), 955-958. doi: 10.4065/74.10.955
- Berkeşoğlu, Ç. (2014). Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Gündüz Uykululuk ve Klinik Sonuçlar ile İlişkisi. *JTSM.*, 3, 71-76.

- Beser-Gördeles, N. ve Öz, F (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 47-58.
- Billmann, S. J. ve Ware, J. C. (2002). Marital Satisfaction of Wives of Untreated Sleep Apneic Men. *Sleep Medicine*, 3, 55-59.
- Black, J. (2003). Sleepiness and Residual Sleepiness in Adults with Obstructive Sleep Apnea. *Respir Physiol Neurobiol.*, 136 (2-3), 211-220.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. ve Swartz, M.S. (1994) The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151 (7), 979-986. doi: 10.1176/ajp.151.7.979
- Borak, J., Cieslicki, J. K., Koziej, M., Matuszewski, A. ve Zielinski, J. (1996). Effects of CPAP Treatment on Psychological Status in Patients With Severe Obstructive Sleep Apnoea. *J Sleep Res.*, 5 (2), 123-127.
- Borak, J., Cieslicki, J., Szelenberger, W., Wilczak-Szadkowska, H., Koziej, M. ve Zielinski, J. (1994). Psychopathological Characteristics of The Consequences of Obstructive Sleep Apnea Prior to and Three Months After CPAP. *Psychiatria Polska*, 28 (3), 33-44.
- Boran, P., Gökçay, G., Devecioğlu, E. ve Eren, T. (2013). Çocuk Gelinler. *Marmara Medical Journal*, 26, 58-62. doi: 10.5472/MMJ.2013. 02751.1
- Brown, L. K. (1994). Sleep Apnea Syndromes: Overview and Diagnostic Approach. *Mt Sinai J Med.*, 61 (2), 99-112.
- Budweiser, S., Enderlein, S., Jörres, R. A., Hitzl, A. P., Wieland, W. F., Pfeifer, M. ve diğerleri. (2009). Sleep Apnea is an Independent Correlate of Erectile and Sexual Dysfunction. *J Sex Med.*, 6 (11), 3147-3157. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01372.x
- Burgess, E. W. (1939). Predictive Factors in The Success or Failure of Marriage. *Living*, 1 (1), 1-3.

- Burgess, E. W. ve Cotrell, L. S. (1988). *Predicting Success Of Failure In Marriage*. New York: Thoemmes Press.
- Burwell, C.S., Robin, E.D., Whaley, R.D. ve Bickelman, A.G. (1956). Extreme Obesity Associated with Alveolar Hypoventilaion-A Pickwickian Syndrome. *American Journal of Med.* 21 (5), 811-818.
- Büyüksahin, A. (2004). Psikoloji Araştırma ve Uygulamalarında Ölçek/teknik/vaka/yayın/kavram tanıtımı 1: Türkiye’de uyarlama çalışmaları yapılmış ya da Türk kültüründe geliştirilmiş ikili ilişkiler kapsamındaki ölçeklerin kısa tanıtımı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19 (53), 129-143.
- Carter, E. A. ve McGoldrick, M. (1980). *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. New York: Gardner Press.
- Carter, R. E. ve Carter, C. A. (1994). Marital Adjustment and Effects of illness in Married Pairs With One or Both Spouses Chronically ill. *The American Journal of Family Therapy*, 22 (4), 315-326. doi: 10.1080/01926189408251324
- Cartwright, R. D. ve Knight. S. (1987). Silent Partners: The Wives of Sleep Apneic Patients. *Sleep*, 10 (3), 244-248.
- Cassel, W., Ploch, T., Becker, C., Dugnus, D., Peter, J. H. ve Von Wichert, P. (1996). Risk of Traffic Accidents in Patients With Sleep-Disordered Breathing: Reduction with Nasal CPAP. *Eur Respir J.*, 9 (12), 2606-2611.
- Cassem, E. H. (1990). Depression and Anxiety Secondary to Medical Illnes. R. B. Wesner ve G. Winokur (Ed.) *Anxiety and Depression as Secondary Phenomena kitabı* içinde (s. 597-613). The Psychiatric Clinics Of North America.
- Cebeci, F. (2004). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi*. (Doktora tezi), Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Chesson, A.L., Ferber, R.A.; Fry, J.M., Grigg-Damberger, M., Hartse, K.M., Hurwitz, T.D. ve diğeri. (1997). The Indications for Polysomnography and Related Procedures. *Sleep*, 20 (6), 423-487.
- Cohen-Zion, M., Stepnowsky, C., Marler, Shochat, T., Kripke, D. F. ve Ancoli-İsrael, S. (2001). Changes in Cognitive Function Associated with Sleep Disordered Breathing in Older People. *J Am Geriatr Soc*, 49 (12), 1622-1627. doi: 10.1111/j.1532-5415.2001.49270.x
- Culp, L. N. ve Beach, S. R. H. (1998). Marriage and Depressive Symptoms: The Role and Bases of Self-Esteem Differ by Gender. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 647-663.
- Çelik, M. (2006). *Evlilik Doyum Ölçeği Geliştirme Çalışması*. (Doktora tezi), Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Çelik, M., Sarıkaya, Y., Acar, M., Kalenderoğlu, A., Doğan, S., Kaskalan, E. ve diğeri. (2016). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Hastalarda Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı Tedavisinin Depresyon, Kaygı ve Algılanan Stres Düzeylerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27 (4), 244-250.
- Çevik, A. ve Volkan, V. D. (1993). Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi. *Depresyon Monografıları Serisi*, 3, 109-122.
- Daabis, R. ve Gharraf, H. (2012). Predictors of Anxiety and Depression in Patients with Obstructive Sleep apnea. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 61, 171-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcdt.2012.10.032>
- Day, R., Gerhardstein, R., Lumley, A., Roth, T. ve Rosenthal, L. (1999). The Behavioral Morbidity of Obstructive Sleep Apnea. *Prog Cardiovasc Dis.*, 41 (5), 341-354. doi: 10.1053/pcad.1999.0410341
- Demet M. M. (2006). Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozuklukları. R. Tülek ve T. Aklın (Ed.), *Anksiyete Bozuklukları kitabı* içinde (563-575). Ankara: TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No:4.

- Demir, A. U. ve Şahin, A. (2004). Obstrüktif Uyku Apnesi (OUAS) Tanısı. A. Oto (Ed.), *Kardiyoloji Seminerleri* içinde, 4 (6), 574-582.
- Demir, A., Ursavaş, A., Tana-Aslan, A., Gülbay, B., Çiftçi, B., Çuhadaroglu, Ç. ve diğerleri. (2012). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Derneği*, 13, 1-66.
- Demir, A.U., Ardiç, S., Fırat, H., Karadeniz, D., Aksu, M., Ucar, Z.Z. ve diğerleri. (2015). Prevalence of Sleep Disorders in The Turkish Adult Population Epidemiology of Sleep Study. *Sleep and Biological Rhythms*, 13, 298-308. doi: 10.1111/sbr.12118
- DeZee, K. J., Hatzigeorgiou, C., Kristo, D. ve Jackson, J. L. (2005). Prevalence of and Screening for Mental Disorders in a Sleep Clinic. *J Clin Sleep Med.*, 1 (2), 136-142.
- Doğan, H. (2010). *Evli Bireylerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleriyle Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumları Arasındaki İlişki*. (Yüksek lisans tezi), Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Doğan, Ö. T., Dal, U., , Özşahin, S. L., Akkurt, İ. ve Seyfikli, Z. (2006). Sürücülerde Uyku İle İlgili Hastalıkların Prevalansı ve Trafik Kazaları İle İlişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54 (4), 315-321.
- Doherty, L. S., Kiely, J. L., Lawless G. ve McNicholas, W. T. (2003). Impact of Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy on The Quality of Life of Bed Partners of Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Chest*, 124 (6), 2209-2214.
- Dombrowsky, J. W., Lettieri, C. J. , McCarthy, J. G. Shah, A. ve Holley, A. (2012). The Prevalence of Erectile Dysfunction and Impact of CPAP Therapy: A Prospective Analysis. *Sleep*, 35 (Abstract Supplement), A0574.
- Douglas, N.J. ve Polo, O. (1994). Pathogenesis of Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome. *Lancet*, 344 (8923), 653-655.

- Duman, M. (2012). *Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Evlilik Uyumu ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Mersin Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Dumlu, T. (2011). *Pozisyonel Ve Nonpozisyonel Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarının Antropometrik, Demografik, Polisomnografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması*. (Uzmanlık tezi), Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce.
- Edlund, M.J., McNamara, M. E. ve Millman, R. P. (1991). Sleep Apnea and Panic Attacks. *Compr Psychiatry*, 32 (2), 130-132.
- Ehi, Y. (2011). *Uyku Apne Sendromu İle Anksiyete ve Depresyon Birlikteliğinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık tezi), Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi/Nöroloji Anabilim Dalı, Urfa.
- Ehi, Y., Yücetaş, S., Yenilmez, Y., Tunç, S., Gezgin, İ. ve Özkul, M. Y. (2016). The Evaluation of the Relationships Between Sleep Apnea Syndrome and Depression/Anxiety Disorder. *Kafkas J Med Sci.*, 6 (2), 88-93. doi: 10.5505/kjms.2016.96720
- Eker, E. ve Noyan, A. (2004). Yaşlılarda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek-2*, 75-83.
- Elbi, M. H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11 (3), 3-18.
- Elez, F. ve Ömür, M. (2008). Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu. *Türk Aile Hek Derg.*, 12 (2), 65-69. doi:10.2399/tahd.08.065
- Engleman, H. M., Asgari-Jirhandeh, N., McLeod, A. L., Ramsay, C. F., Deary, I. J. ve Douglas, N. J. (1996). Selfreported Use of CPAP and Benefit of CPAP Therapy. *Chest*, 109 (6), 1470-1476.
- Engleman, H.M., Kingshott, R.N., Martin, S.E. ve Douglas, N.J. (2000). Cognitive Function in The Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome (SAHS). *Sleep*, 23 (4), 102-108.

- Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Alpkan, L. ve Eradamlar, N. (2005a). Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki; Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam*, 18 (2), 72-81.
- Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N. ve Alpkan, R. L. (2005b). Evlilik Uyumu. *Düşünen Adam*, 18 (1), 39-47.
- Erdemir-Işık, M. (2014). *Obstrüktif Uyku Apneli Hastalarda Cinsiyet Farklılıkları (Polisomnografik, Demografik ve Klinik Özellikler Açısından)*. (Uzmanlık tezi), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi/Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Ergin-Bakar, E. ve Yılmaz, H. (2008). Tanımlayıcı Bir Çalışma: Obstrüktif Uyku Apne Sendromuna (OSAS) Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar. *New/Yeni Symposium Journal*, 46 (4), 215-220.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *Sempozyum Dizisi*, 62, 25-30.
- Fairbanks, D.N. (1984) Snoring: Surgical vs. Nonsurgical Management. *Laryngoscope*, 94 (9), 1188-1192.
- Fışıloğlu, H. (1992). Lisansüstü Öğrencilerin Evlilik Uyumu. *Psikoloji Dergisi*, 7 (28), 16-23.
- Fışıloğlu, H. (2001). Aile ve Evlilik Terapisi Kurs Notları.
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M. ve Kara, Z. (2007b). Kamyon Sürücülerinde Trafik Kazası ve Uyku Apne Sendromu Semptomları Arasındaki İlişki. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55 (3), 278-284.
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Geçici, Ö. ve Kara, Z. (2007a). Uyku Apne Sendromlu Hastalarda CPAP Tedavisine Uyum ve Tedavinin Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55 (3), 271-277.

- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Pala, E. ve Geçici, Ö. (2006). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Toraks Dergisi*, 7 (2), 125-129.
- Flemons, W. W. ve Tsai, W. (1997). Quality of Life Consequences of Sleep Disordered Breathing. *J Allergy Clin Immunol*, 99 (2), 750-756.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and Comorbidity of Anxiety Disorders in The Elderly. *Am J Psychiatry*, 151 (5), 640-649. doi: 10.1176/ajp.151.5.640
- Ford, D. E. ve Cooper-Patrick, L. (2001). Sleep Disturbances and Mood Disorders: An Epidemiologic Perspective, *Depress Anxiety*, 14 (1), 3-6.
- Freeston, M. H. ve Plechaty, M. (1997). Reconsideration of The Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is It Still Relevant for The 1990S?. *Psychological Reports*, 81, 419-434.
- Gelder, M. (2009). Sleep-Wake Disorders (2. Baskı). N. Andreasen ve J. Geddes (Ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* içinde (s. 924-927). New York: Oxford University Press.
- Ger, F., Algın, D. İ., Akdağ, G., Adapınar, D., Erdinç, O. O. (2016). Orta ve İleri Derecede Obstrüktif Uyku Apneli Hastalarda Kognitif Durum Değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3 (1), 2-2.
- Greenberg, G. D., Watson, R. K. ve Deptula, D. (1987). Neuropsychological Dysfunction in Sleep Apnea. *Sleep*, 10 (3), 254-262.
- Guilleminault, C., Eldridge, F. L., Tilkian, A., Simmons, F. B. ve Dement, W. C. (1977). Sleep Apnea Syndrome Due to Upper Airway Obstruction A Review of 25 Cases. *Arch Intern Med.*, 137 (3), 296-300.
- Guilleminault, C., Partinen, M., Hollman, K., Powell, N. ve Stoohs, R. (1995) Familial Aggregates in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Chest*, 107 (6), 1545-1551.
- Guilleminault, C., Tilkian, A. ve Dement, W.C. (1976). The Sleep Apnea Syndromes. *Annual Review of Medicine*, 27, 465-484.

- Gülererli, N. (2014). *Öğretmenlerin Evlilik Uyumu İle Yaratıcılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Beylikdüzü Örneği)*. (Yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gümüşdaş, M. ve Ejder-Apay, S. (2016). Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *HSP*, 3 (1), 1-8. doi: 10.17681/hsp.16572
- Halvorson, D. J. ve Porubsky, E. S. (1998). Obstructive Sleep Apnea in Women. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 119 (5), 497-501. doi: 10.1016/S0194-5998(98)70108-1
- He, J., Kryger, M. H., Zorick, F. J., Conway, W. ve Roth, T. (1988). Mortality and Apnea Index in Obstructive Sleep Apnea: Experience in 385 Male Patients. *Chest*, 94 (1), 9-14.
- Henry, D. ve Rosenthal, L. (2013). "Listening for His Breath:" The Significance of Gender and Partner Reporting on The Diagnosis, Management, and Treatment of Obstructive Sleep Apnea. *Soc Sci Med.*, 79, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.021>
- Herrmann, C. (1997). International Experiences With The Hospital Anxiety and Depression Scale- A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Hıdıroğlu, H., Özkorumak, E., Tiryaki, A. ve Ak, İ. (2012). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Ruhsal Bozuklukların Dağılımı. *Klinik Psikiyatri*, 15, 18-25.
- Hidalgo, M.P. ve Caumo, W. (2002). Sleep Disturbances Associated with Minor Psychiatric Disorders in Medical Students. *Neurological Science*, 23 (1), 35-39. doi: 10.1007/s100720200021
- Hirschfeld, R. M., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H. J. ve diğerleri. (2000). Social Functioning in Depression: A review. *J Clin Psychiatry*, 61 (4), 268-275.

- Hirshkowitz, M. Karacan, I., Gurakar, A. ve Williams, R. L. (1989). Hypertension, Erectile Dysfunction and Occult Sleep Apnea. *Sleep*, 12 (3), 223-232.
- Hoch C. C., Reynolds C. F. I., Monk, T. H., Buysse, D. J., Yeager, A. L., Houck, P. R. ve diğeri. (1990). Comparison of Sleep Disordered Breathing Among Healthy Elderly in The Seventh, Eighth and Ninth Decades of Life. *Sleep*, 13, 502-511.
- Hoffstein, V. ve Mateika, S. (1992). Differences in Abdominal and Neck Circumferences in Patients with and without Obstructive Sleep Apnoea. *Eur Respir J.*, 5 (4), 377-381.
- Hoffstein, V. ve Szalai, J.P. (1993). Predictive Value of Clinical Features in Diagnosis Obstructive Sleep Apnea. *Sleep*, 16 (2), 118-122.
- Hoge, E. A., Ivkovic, A. ve Fricchione, G. L. (2012). Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis and Treatment. *British Medical Journal*, 345 (7885), 37-42. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7500>
- Houseknecht, S. K. ve Macke, A. S. (1981). Combining Marriage and Career: The Marital Adjustment of Professional Women. *Journal of Marriage and The Family*, 43 (3), 651-661. doi: 10.2307/351766
- Hunt, R. A. (1978). The Effect of Item Weighting on the Locke-Wallace Marital Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 40 (2), 249-256.
- Hybels, C.F., Blazer, D.G. and Pieper, C.F. (2001). Toward a Threshold for Subthreshold Depression: an Analysis of Correlates of Depression by Severity of Symptoms Using Data from an Elderly Community Sample. *Gerontologist*, 41 (3), 357-365.
- İntepe, Y. S., Yıldırım, E. ve Gül, A. İ. (2016). Uyku İle İlişkili Solunum Bozukluklarında Psikiyatrik Hastalıklar. Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 2016. (16-20 Mart 2016). Antalya.
- İtil, O. (2010). ICSD-2 Uyku Bozuklukları Sınıflaması ve Uyku İle İlgili Tanımlar. T. Özlü, M. Metintaş, M. Karadağ ve A. Kaya (Ed.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları kitabı* içinde (s. 2103-2108). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

- İtil, O. (2015). Uyku Apne Sendromu. O. Arseven (Ed.), *Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları ders kitabı* içinde (s. 359-364). İstanbul: Toraks Kitapları.
- Jennum, P. ve Riha, L.H. (2009). Epidemiology of Sleep Apnoea/Hypopnoea Syndrome and Sleep-Disordered Breathing. *Eur Respir J.*, 33, 907-914. doi: 10.1183/09031936.00180108
- Jing, J., Huang, T., Cui, W. ve Shen, H. (2008) Effect on Quality of Continuous Positive Airway Pressure in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A Meta-analysis. *Lung*, 186 (3), 131-144.
- Johns, M. W. (1992). Reliability and Factor Analysis of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 15 (4), 376-381.
- Johns, M. W. (2000). Sensitivity and Specificity of the Multiple Sleep Latency Test (MSLT), the Maintenance of Wakefulness Test and the Epworth Sleepiness Scale: Failure of the MSLT as a Gold Standard. *J Sleep Res.*, 9 (1), 5-11.
- Johns, M.W. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14 (6), 540-545.
- Kales, A., Cadwell, A. B., Cadieux, R. J., Vela-Bueno, A., Ruch, L. G. ve Mayers, S. D. (1985). Severe Obstructive Sleep Apnea-II: Associated Psychopathology and Psychosocial Consequences. *J Chron Dis.*, 38 (5), 427-434.
- Kalkan, M. (2002). *Evlilik İlişisini Geliştirme Programının, Evlilerin Evlilik Uyum Düzeyine Etkisi*. (Doktora tezi), OnDokuz Mayıs Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Kamba, M., Inoue, Y., Higami, S., Suto, Y., Ogawa, T. ve Chen, W. (2001). Cerebral Metabolic Impairment in Patients with Obstructive Sleep Apnoea: an Independent Association of Obstructive Sleep Apnoea with White Matter Change. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71 (3), 334-339.
- Kamba, M., Suto, Y., Ohta, Y., Inoue, Y. ve Matsuda, E. (1997). Cerebral Metabolism in Sleep Apnea. Evaluation by Magnetic Resonance Spectroscopy. *Am J Respir Crit Care Med.*, 156 (1), 296 -298.

- Kant, A. (2008). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Nöropsikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı/Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma, İstanbul.
- Karadağ, M. (2010). Uyku Tıbbı. T. Özlü, M. Metintaş, M. Karadağ ve A. Kaya (Ed.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları kitabı* içinde (s. 2099-2101). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Karadağ, M. (2016, 27 Mayıs). Uyku apnesi Türkiye'de 1.5 milyon kişinin sorunu. Anadolu Ajansı. Erişim adresi: <http://www.ntv.com.tr/saglik/uyku-apnesi-turkiyede-1-5-milyon-kisinin-sorunu,A1xs28gyOUqh-Ppyq3D-KQ>
- Karadağ, M. ve Ursavaş, A. (2007). Dünyada ve Türkiye’de Uyku Çalışmaları. *Akciğer Arşivi*, 8, 62-64.
- Karadeniz, D ve Baklan, B. (2013). Uyku ve Hastalıkları. M. Emre (Ed.) *Nöroloji Temel Kitabı* içinde (s. 241-266). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 45 (2), 65-74.
- Kastro, R. M. (1998). *Evlilik İçi Uyum ve Depresyon: Evlilik İlişkisinin Niteliği ve Eşlerde Semptom Oluşumu Hakkında Çalışma*. (Yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. ve Van Ameringen, M. (2014). Canadian Clinical Practice Guidelines for The Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kawahara, S., Akashiba, T., Akahoshi, T. ve Horie, T. (2005). Nasal CPAP Improves the Quality of Life and Lessens the Depressive Symptoms in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Intern Med*, 44 (5), 422-427.
- Kayahan, M. ve Serbaş, G. (2007). Dâhili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (2), 52-61.

- Kızlak, K. (1996). *Depresif Duygu Durum, Nörotizm, Bilişsel Şemalar ve Şemalarla Tutarlı Pozitif ve Negatif Bilgi İşleme*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kiecolt-Glaser, J. K. ve Newton, T. L. (2001). Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4), 472-503.
- Kjelsberg, F. N., Ruud, E. A. ve Stavem, K. (2005). Predictors of Symptoms of Anxiety and Depression in Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med.*, 6 (4), 341-346. doi: 10.1016/j.sleep.2005.02.004
- Koyuncu, T., Günay, E., Sarıncı-Ulaşlı, S., Akar, O., Ulu, Ş. ve Ünlü, M. (2013). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanısı Alan Hastalarda Devamlı Pozitif Hava Yolu Basıncı (CPAP) Eğitiminin Cihaza Uyum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Solunum Hastalıkları*, 24 (2), 58-63.
- Köksal, S. (2008). Epidemiyoloji. *Halk Sağlığı Ders kitabı* içinde (49-144). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları: 4747, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları: 261.
- Köktürk, O. (1998a). Uykuda Solunum Bozuklukları. Tarihçe, Tanımlar, Hastalık Spektrumu ve Boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 46 (2), 187-192.
- Köktürk, O. (1998b). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Epidemiyolojisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 46 (2), 193-201.
- Köktürk, O. (1999a). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Klinik Özellikler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 47 (1), 117-126.
- Köktürk, O. (1999b). Uykunun İzlenmesi (2) Polisomnografi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 47 (4), 499-511.
- Köktürk, O. (2000). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sonuçları. Uyku Bozuklukları Dizisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48 (3), 273-289.
- Köktürk, O. (2007) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Fizyopatolojisi. Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kurslar, 71-82.

- Köktürk, O. (2008). Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflaması, Tanımlar ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (Epidemiyoloji ve Klinik Bulgular). *Türkiye Klinikleri J Pulm Med Special Topics*, 1 (1), 40-45.
- Köktürk, O. ve Ulukavak, T. (2004). Yaşlılarda Uykuda Solunum Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*, 7, 9-14.
- Köktürk, O., Tatlıcıoğlu, T., Kemaloğlu, Y., Fırat, H. ve Çetin, N. (1997) Habituel Horlaması Olan Olgularda Obstrüktif Sleep Apne Sendromu Prevelansı. *Tüberküloz ve Toraks*, 45 (1), 7-11.
- Köseoğlu, N., Köseoğlu, H., İtil, O., Öztura, I, Baklan, B., İkiz A. O. ve diğerleri. (2007). Sexual Function Status in Women with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Sex Med.*, 4 (5),1352-1357. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00302.x
- Kronmüller, K. T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K. ve Mundt, C. (2011). Quality of Marital Relationship and Depression: Results of A 10-Year Prospective Follow-Up Study. *Journal of Affective Disorders*, 128 (1-2), 64-71. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.026
- Kryger, M.H. (1983). Sleep Apnea. From the Needles of Dionysius to Continious Positive Airway Pressure. *Arch Intern Med.*, 143 (12), 2301-2303.
- Kumar, R., Macey, P. M., Cross, R. L., Woo, M. A., Yan-Go, F. L. ve Harper, R. M. (2009). Neural Alterations Associated with Anxiety Symptoms in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Depression and Anxiety*, 26 (5), 480-491. doi: 10.1002/da.20531.
- Kung, W. W. (2000). The Intertwined Relationship Between Depression and Marital Distress: Elements of Marital Therapy Conducive to Effective Treatment Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (1), 51-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00276.x>
- Kyu Mun, J. ve Yeon Joo, E. (2015). Hyposexuality in Men with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J Sleep Med.*, 12 (1), 7-12. doi: <http://dx.doi.org/10.13078/jsm.15002>

- Lai, A. Y. K., Ip, M. S. M., Lam, J. C. M., Weaver, T. E. ve Fong, D. Y. T. (2015). A Pathway Underlying The Impact of CPAP Adherence on Intimate Relationship with Bed Partner in Men with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Breath*, 20 (2), 543-551. doi: 10.1007/s11325-015-1235-6
- Lakadamyalı, H. (2013). Uykuda Solunum Bozukluklarında Polisomnografik Özellikler. *Solunum*, 15 (2), 68-74.
- Lal, C., Strange, C. ve Bachman, D. (2012). Neurocognitive Impairment in Obstructive Sleep Apnea. *Chest*, 141 (6), 1601-1610.
- Lavery, C. E., Mittleman, M. A., Cohen, M. C., Muller, J. E. ve Verrier, R. L. (1997). Nonuniform Nighttime Distribution of Acute Cardiac Events: A Possible Effect of Sleep States. *Circulation*, 96, 3321-3327. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.96.10.3321>
- Levent, E. ve Sarıman N. (2012). Geriatrik Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (2), 179-187.
- Levinger, G. ve Huston, T. L. (1990). The Social Psychology of Marriage. F. D. Fincham ve T. N. Bradbury (Ed.), *The Psychology of Marriage: Basic Issues and Applications kitabı* içinde (s. 19-58). New York: The Guilford Press.
- Li H. Y., Lin Y., Chen N. H., Fang, T. J. ve Wang, P. C. (2008). Improvement in Quality of Life after Nasal Surgery Alone for Patients with Obstructive Sleep Apnea and Nasal Obstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, 134 (4), 429-433. doi: 10.1001/archotol.134.4.429
- Locke, H. J. ve Wallace, K. M. (1959). Short Marital-Adjustment Prediction Tests: Their Reliability and Validity. *Marriage and Family Living*, 21 (3), 251-255.
- Lopes, C., Esteves, A. M., Bittencourt, L. R., Tufik, S. ve Mello, M. T. (2008). Relationship Between The Quality of Life and The Severity of Obstructive Sleep Apnea Syndrom. *Braz J. Med. Biol Res.*, 41 (10), 908-913.
- Lugaresi, E., Cirignotta, F., Coccagna, G. ve Piana, C. (1980). Some Epidemiological Data on Snoring and Cardiocirculatory Disturbances. *Sleep*, 3 (3-4), 221-224.

- Luyster, F. S. (2017). Impact of Obstructive Sleep Apnea and Its Treatments on Partners: A Literature Review. *J Clin Sleep Med.*, 13 (3), 467-477. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.6504>
- Luyster, F. S., Dunbar-Jacob, J., Aloia, M. S., Martire, L. M., Buysse, D. J. ve Strollo, P. J. (2016). Patient and Partner Experiences with Obstructive Sleep Apnea And Cpap Treatment: A Qualitative Analysis. *Behav Sleep Med.*, 14 (1), 67-84. doi: 10.1080/15402002.2014.946597
- Marakoğlu, K., Çivi, S., Şahsıvar, Ş., Özdemir, S. (2006).Tıp Fakültesi Birinci ve İkinci Sınıf Öğrencilerde Sigara İçme Durumu ve Depresyon Yaygınlığı Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 7 (3), 129-134.
- Margel, D., Cohen, M., Livne, P. ve Pillar, G. (2004). Severe, but not Mild, Obstructive Sleep Apnea Syndrome is Associated with Erectile Dysfunction. *Urology*, 63 (3), 545-549. doi: 10.1016/j.urology.2003.10.016
- Martikainen, K., Partinen, M., Urponen, H., Vuori, I., Lappala, P. ve Hasan, J. (1994). Natural Evoulation of Snoring: A 5 year Follow up Study. *Acta Neurol Scand*, 90 (6), 437-442.
- Masiyev, H. (2016). *Obstruktif Uyku Apnesi Sendromu (Ouas) Tedavisinde Kullanılan Ekspansiyon Sfinkter Faringoplasti Cerrahisinin Faringometri Ve Polisomnografi İle Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi/Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara.
- McFadyen, T. A., Espie, C. A., McArdle, N., Douglas, N. J. ve Engleman, H. M. (2001). Controlled, Prospective Trial of Psychosocial Function Before And After Continuous Positive Airway Pressure Therapy. *Eur Respir J.*, 18 (6), 996-1002.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety Disorders and Marital Quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 767-76. doi: 10.1037//0021-843X.103.4.767
- McNamara, S. G., Grunstein, R. R. ve Sullivan, C. E. (1993). Obstructive sleep apnea. *Thorax*, 48, 754-763.

- McNamara, S., Strohl, K.P., Cistulli, P.A. ve Sullivan, C.E. (1994). Clinical Aspects of Sleep Apnea. *Lung Biology in Health and Disease*, 71, 493-512.
- McNicholas, W. T. (2008). Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adults. *Proc Am Thorac Soc.*, 5 (2), 154-160. doi: 10.1513/pats.200708-118MG
- Memetali, S. (2010). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi İle Bunların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.* (Uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi/Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Memetali, S., Bölükbaşı, F., Benbir, G. ve Karadeniz, D. (2014). The Influence of the Treatment of Obstructive Sleep Apnea Syndrome on Depression, Anxiety, and Quality of Life. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2, 51-57. doi: 10.4274/jtsm.011
- Millman, R. P., Fogel, B. S., McNamara, M. E. ve Carlisle, C. C. (1989). Depression as a Manifestation of Obstructive Sleep Apnea: Reversal with Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *J Clin Psychiatry*, 50 (9), 348-351.
- Mirici, A. (2002). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *AÜTD*, 32, 85-90.
- Nazlı, S. (2014). *Aile Danışmanlığı*. (11. Baskı) Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ng, T.P., Seow, A. ve Tan, W.C. (1998) Prevalence of Snoring and Sleep Breathing-Related Disorders in Chinese, Malay and Indian Adults in Singapore. *Eur Respir J.*, 12 (1), 198-203.
- Nieto, F. J., Young, T. B., Lind, B. K., Shahar, E., Samet, J. M., Redline, S. ve diğerleri. (2000). Association of Sleep-Disordered Breathing, Sleep Apnea, and Hypertension in Large Community-Based Study. *JAMA*, 284 (14), 1829-1836.
- O'Connor, C., Thornley, K.S. ve Hanly, P. (2000). Gender Influence in The Polysomnographic Features of Obstructive Sleep Apnea. *Am J Respir Crit Care Med.*, 161 (5), 1465-1472.

- Oflaz, F. ve Varol, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*, 17 (1), 1-7.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Scholte, R., De Kemp, R. ve Engels, R. (2006). Longitudinal Associations of Marital Quality and Marital Dissolution With the Incidence of DSM-III-R Disorders. *Journal of Family Psychology*, 20, 284-291. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.284
- Önem, K., Erol, B., Şanlı, O., Kadioğlu, P., Yalın, A. S., Canik, U. ve diğerleri. (2008). Is Sexual Dysfunction in Women with Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome Associated with The Severity of The Disease? A Pilot Study. *J Sex Med.*, 5 (11), 2600-2609. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00934.x
- Özdemir, İ. (2010). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Anksiyete ve Depresyonun Hastalık Ciddiyeti ve Dispne İndeksi İle Korelasyonu*. (Uzmanlık Tezi), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi/Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, İstanbul.
- Özden, N. Ç. (2014). *Evlilik Uyum ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Haliç Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özgüven, İ. E. (2014). *Evlilik ve Aile Terapisi*. (3. Basım). Ankara: Nobel.
- Özkurt, S., Akdağ, B., Bolat, D., Dursunoğlu, N., Eskiçorapçı, S. ve Kara, C. O. (2012). Sexual Function in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Solunum*, 14 (2), 93-98. doi: 10.5505/solunum.2012.53386
- Özkurt, S., Öztürk, E., Yıldız, A. İ., Dursunoğlu, N., Özdel, O., Akdağ, B. ve diğerleri. (2013). Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks*, 61 (3), 216-220.
- Özmen, M. ve Önen, B. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Psikiyatrik Bozukluklar. S. Umut ve E. Erdinç (Ed.). *Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda kitabı içinde* (s. 333-345). İstanbul: Galenos Yayıncılık.

- Özpoyraz, N. (2017). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (10. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Yayınevi.
- Pahalı, C. (2015). *Beden Kitle İndeksinin Anksiyete ve Depresyon Belirtileri İle İlişkisi*. (Yüksek lisans tezi), Üsküdar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Papila, İ. ve Acıoğlu, E. (2005). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Klinik Gelişim*. 18 (1), 42-50.
- Parish, J. M. ve Lyng, P. J. (2003). Quality of Life in Bed Partners of Patients with Obstructive Sleep Apnea or Hypopnea After Treatment With Continuous Positive Airway Pressure. *Chest*, 124 (3), 942-947.
- Parkinson, R. B., Hopkins, R. O., Cleavinger, H. B., Weaver, L .K., Victoroff, J., Foley, J. F. ve Bigler, E. D. (2002) White Matter Hyperintensities Andneuropsychological Outcome Following Carbon Monoxide Poisoning. *Neurology*, 58 (10), 1525-1532.
- Partinen, M. ve Guilleminault, C. (1990). Daytime Sleepiness and Vascular Morbidity at Seven-Year Follow-Up in Obstructive Sleep Apnea Patients. *Chest*, 97 (1), 27-32.
- Petersen, M., Kristensen, E., Berg, S. ve Midgren, B. (2010). Sexual Function in Male Patients with Obstructive Sleep Apnoea. *The Clinical Respiratory Journal*, 4 (3), 186-191. doi: 10.1111/j.1752-699X.2009.00173.x
- Petersen, M., Kristensen, E., Berg, S. ve Midgren, B. (2013). Long-Term Effects of Continuous Positive Airway Pressure Treatment on Sexuality in Female Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Sex Med.*, 1, 62-68. doi: 10.1002/sm2.18
- Pillar, G. ve Lavie, P. (1998). Psychiatric Symptoms in Sleep Apnea Syndrome: Effects of Gender and Respiratory Disturbance Index. *Chest*, 114 (3), 697-703.

- Pressman, M. R., DiPhillipo, M. A., Kendrick, J. I., Conroy, K. ve Fry, J. M. (1986). Problems in The Interpretation of Nocturnal Penile Tumescence Studies: Disruption of Sleep by Occult Sleep Disorders. *J Urol.* 136 (3), 595-598.
- Punjabi, N.M. (2008) The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc.*, 5 (2), 136-43. doi: 10.1513/pats.200709-155MG
- Quan, S. F., Chan, C. S., Dement, W. C., Gevins, A., Goodwin, J. L., Gottlieb, D. J. ve diğ erleri. (2011). The Association Between Obstructive Sleep Apnea and Neurocognitive Performance-C-The Apnea Positive Pressure Long-tenn Efficacy Study (APPLES). *Sleep*, 34 (3), 303B-314B.
- Qureshi, A. ve Ballard, R. D. (2003). Obstructive Sleep Apnea. *J Allergy Clin Immunol*, 112, 643-651.
- Ram, S., Seirawan, H., Kumar, S.K. ve Clark, G.T. (2010). Prevalence and Impact of Sleep Disorders and Sleep Habits in the United States. *Sleep Breath*, 14 (1), 63-70. doi: 10.1007/s11325-009-0281-3
- Ramos-Platon, M. J. ve Espinar-Sierra, J. (1992). Changes in Psychopathological Symptoms in Sleep Apnea Patients After Treatment with Nasal Continuous Positive Airway Pressure. *Int J Neurosci*, 62 (3-4), 173-195.
- Redline, S. ve Strohl, K.P. (1998). Recognition and Consequences of Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome. *Clin Chest Med.*, 19 (1), 1-19.
- Redline, S. ve Tishler, P.V. (2000). The Genetics of Sleep Apnea. *Sleep Med Rev.*, 4 (6), 583-602. doi: 10.1053/smr.2000.0120
- Ressler, K. J. ve Nemeroff, C. B. (2000). Role of Serotonergic and Noradrenergic Systems in The Pathophysiology of Depression and Anxiety. *Depress Anxiety*, 12 (1), 2-19.
- Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., McEachran, A. B., Taska, L. S., Sewitch, D. E. ve Coble, P. A. (1984). Depressive Psychopathology in Male Sleep Apneics. *J Clin Psychiatry*, 45 (7), 287-290.

- Robins, R. W., Caspi, A. ve Moffitt, T. E . (2002). It's Not Just Who You're with, It's Who You Are: Personality and Relationship Experiences Across Multiple Relationships. *Journal of Personality*, 70 (6), 925-964. doi: 10.1111/1467-6494.05028
- Rosenzweig, I., Williams, S. C. R. ve Morrell, M. J. (2014). The Impact of Sleep and Hypoxia on The Brain: Potential Mechanisms for The Effects of Obstructive Sleep Apnea. *Curr Opin Pulm Med*, 20 (6), 565-571. doi: 10.1097/MCP.0000000000000099
- Sabatelli, R. M. (1988). Exploring Relationship Satisfaction: A Social Exchange Perspective on The Interdependence Between Theory, Research and Practice. *Family Relations*, 37 (2), 217-222.
- Salepçi, B., Aktin-Güngör, G., Torun-Parmaksız, E., Fidan, A., Kıral, N., Şener-Cömert, S. ve diğerleri. (2016). Obstrüktif Uyku Apne Semptomları ile Uyku Laboratuvarına Başvuran Hastalarda Hastane Anksiyete Depresyon Skorlarının Semptomlar ve Polisomnografik Bulgular ile İlişkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3, 79-84. doi: 10.4274/jtsm.246
- Sanchez, A. I., Buela-Casal, G., Bermudez, M. P. ve Casas-Maldonado, F. (2001). The Effects of Continuous Positive Air Pressure Treatment on Anxiety And Depression Levels in Apnea Patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55 (6), 641-646. doi: 10.1046/j.1440-1819.2001.00918.x
- Sangal, R. B., Sangal, J. M. ve Beliste, C. (1999). Subjective and Objective Indices of Sleepiness (ESS and MWT) are not Equally Useful in Patients with Sleep Apnea. *Clin Electroencephalogr*, 30, 73-75.
- Santamaria, J. 1., Iranzo, A., Ma Montserrat, J., De Pablo, J. (2007). Persistent Sleepiness in CPAP Treated Obstructive Sleep Apnea Patients: Evaluation and Treatment. *Sleep Med Rev.*, 11 (3), 195-207. doi: 10.1016/j.smr.2007.02.005
- Santos, T., Drummond, M. ve Botelho, F. (2012). Erectile Dysfunction in Obstructive Sleep Apnea Syndrome-Prevalence and Determinants. *Rev Port Pneumol*, 18 (2), 64-71. doi: 10.1016/j.rppneu.2011.10.004

- Sardoğan, M. E. ve Karahan, T. F. (2005). Evli Bireylere Yönelik Bir İnsan İlişkileri Beceri Programı'nın Evli Bireylerin Evlilik Uyum Düzeylerine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 38 (2), 89-102.
- Sasanabe, R., Banno, K., Otake, K., Hasegawa, R., Usui, K., Morita, M. ve Shiomi, T. (2006). Metabolic Syndrome in Japanese Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Hypertens Res.*, 29 (5), 315-322. doi: 10.1291/hypres.29.315
- Saunamaki, T. ve Jehkonen, M. (2007). Depression and Anxiety in Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A Review. *Acta Neurol Scand*, 116 (5), 277-288. doi: 10.1111/j.1600-0404.2007.00901.x
- Sayers, S. L., Kohn, C. S. ve Heavey, C. (1998). Prevention of Marital Dysfunction: Behavioral Approaches and Beyond. *Clinical Psychology Review*, 18 (6), 713-744.
- Scharf, M. B., Stover, R., McDannold, M. D., Spinner, O., Berkowitz, D. V. ve Conrad, C. (1999). Outcome Evaluation of Long-Term Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy in Obstructive Sleep Apnea. *Am J Ther.*, 6 (6), 293-297.
- Schlosshan, D. ve Elliott, M.W. (2004). Clinical Presentation and Diagnosis of the Obstructive Sleep Apnoea Hypopnoea Syndrome. *Thorax*, 59, 347-352. doi: 10.1136/thx.2003.007179
- Schröder, C. M. ve O'hara, R (2005). Depression and Obstructive Sleep Apnea. *Annals of General Psychiatry*, 4, 13-20. doi:10.1186/1744-859X-4-13
- Schwab, R.J., Goldberg, A.N. ve Pack, A.L. (1998) Sleep Apnea Syndromes. A.P. Fishman (Ed.), *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* içinde (s. 1617-1637). New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Schwartz, D. J., Kohler, W. C. ve Karatinos, G. (2005). Symptoms of Depression in Individuals with Obstructive Sleep Apnea May Be Amenable to Treatment with Continuous Positive Airway Pressure. *Chest*, 128 (3), 1304-1309. doi: 10.1378/chest.128.3.1304

- Selvi, Y., Kandeğer, A. ve Sayın, A. A. (2016). Gündüz Aşırı Uykululuğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (2), 114-132. doi: 10.18863/pgy.10797
- Sforza, E., De Saint Hilaire, Z., Pelissolo, A., Rochat, T. ve Ibanez, V. (2002). Personality, Anxiety and Mood Traits in Patients with Sleep-Related Breathing Disorders: Effect of Reduced Daytime Alertness. *Sleep Med.*, 3 (2), 139-145.
- Sharafkhaneh, A., Giray, N., Richardson, P., Young, T. ve Hirshkowitz, M. (2005). Association of Psychiatric Disorders and Sleep Apnea in A Large Cohort. *Sleep*, 28 (1): 1405-1411.
- Sharafkhaneh, A., Richardson, P. ve Hirshkowitz, M. (2004). Sleep Apnea in A High Risk Population: A Study of Veterans Health Administration Beneficiaries. *Sleep Med*, 5, 345-550. doi: 10.1016/j.sleep.2004.01.019
- Shepertycky, M. R., Banno, K. ve Kryger, M. H. (2005). Differences between Men and Women in The Clinical Presentation of Patients Diagnosed With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep*, 28 (3), 309-314.
- Siccoli, M. M., Pepperell, J., Kohler, M., Craiq, S. E., Davies, R. J. ve Stradling, J. R. (2008). Effects of Continious Positive Airway Pressure on Quality of Life in Patients with Moderate to Severe Obstructive Sleep Apnea: Data from a Randomized Controlled Trial. *Sleep*, 31 (11), 908-913.
- Silverstone, T., McPherson, H., Li, Q. ve Doyle, T. (2003). Deep White Matter Hyperintensities in Patients with Bipolar Depression, Unipolar Depression and Age-Matched Control Subjects. *Bipolar Disord*, 5 (1), 53-57.
- Smith, R., Ronald, J., Delaive, K., Walld, R., Manfreda, J ve Kryger, M. H. (2002). What are Obstructive Sleep Apnea Patients Being Treated for Prior to This Diagnosis? *Chest*, 121 (1), 164-172.
- Soyuer, F., İsmailoğulları, S., Aksu, M. ve Elmalı, F. (2011). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Fiziksel Aktivite ve Depresyon İlişkisi. *Turk Norol Derg.*, 17, 32-37.

- Spainer, G. B. (1979). The Measurement of Marital Quality. *J. Sex Marital Ther.*, 5 (3), 288-300. doi: 10.1080/00926237908403734
- Spinney, L. (2009). European Brain Policy Forum 2009: Depression and The European Society. *Eur Psychiatry*, 24 (8), 550-551.
- Stein, M. B., Millar, T. W., Larsen, D. K. ve Kryger, M. (1995). Irregular Breathing During Sleep in Patients with Panic Disorder. *Am J Psychiatry*, 152 (8), 1168-1173. doi: 10.1176/ajp.152.8.1168
- Stradling, J.R. (1995). Obstructive Sleep Apnea: Definitions, Epidemiology, and Natural History. *Thorax*, 50, 683-89.
- Strohl, K.P. ve Redline, S. (1996). Recognition of Obstructive Sleep Apnea. *Am J Respir Crit Care Med.*, 154 (2 Pt 1), 279-289. doi: 10.1164/ajrccm.154.2.8756795
- Subramanian, S., Bopparaju, S., Desai, A., Wiggins, T., Rambaud, C. ve Surani, S. (2010). Sexual Dysfunction in Women with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Breath.*, 14 (1), 59-62. doi: 10.1007/s11325-009-0280-4.
- Suratt, P.M., McTier, R.F., Findley, L.J., Pohl, S.L. ve Wilhoit, S.C. (1987) Changes in Breathing and the Pharynx After Weight Loss in Obstructive Sleep Apnea. *Chest*, 92 (4), 631-637.
- Şafak-Öztürk, C. ve Arkar, H. (2014). Evli Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkiler. *Literatür Sempozyum*, 1 (3), 16-24.
- Şahbaz, S., İtil, O., İnönü, H., Öztura, İ., Yemez, B., Baklan, B. ve diğerleri. (2008). Quality of Life, Frequency of Anxiety and Depression in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Tur Toraks Der.*, 9, 141-145.
- Şener, A. (2002). *Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması*. (Doktora tezi), Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şener, A. ve Terzioğlu, R. G. (2008). Arkadaşlık İlişkilerinin Evlilik Uyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*, 1-15.

- Taneli, B., Taneli ,Y. ve Taneli, T. (2001). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Birlikte Bulunmaları ve Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımı. *Psikiyatri Dünyası*, 5 (4), 115-129.
- Taşbakan, M. S., Başoğlu, Ö. K. ve Pırıldar, Ş. (2015). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Parametreler. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 2 (1), 78.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5 (2), 105-110.
- The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. (1999). Sleep-Related Breathing Disorders in Adults: Recommendations for Syndrome Defination and Measurement Techniques in Clinical Research. *Sleep*, 22, 667-689.
- Thomas, A. J., O'Brien, J. T., Barber, R., McMeekin, W. ve Perry, R. (2003). A Neuropathological Study of Periventricular White Matter Hyperintensities in Major Depression. *J Affect Disord*, 76 (1-3), 49-54.
- Thomsen, D. G. ve Gilbert, D. G. (1998). Factors Characterizing Marital Conflict States and Traits: Physiological, Affective, Behavioral and Neurotic Variable Contributions to Marital Conflict and Satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 25, 833-855.
- Torun, A. (1995). *Tükenmişlik Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme*. (Doktora tezi), Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tramonti, F., Maestri, M., Carnicelli, L., Fava,G., Lombardi, V., Rossi, M. ve diğerleri. (2017). Relationship Quality of Persons with Obstructive Sleep Apnoea Syndrome. *Psychol Health Med.*, 22 (8), 896-901. doi: 10.1080/13548506.2017.1281973.

- Tregear, S., Reston, J., Schoelles, K. ve Phillips B. (2009). Obstructive Sleep Apnea and Risk of Motor Vehicle Crash: Systematic Review and Meta-Analysis. *J ClinSleep Med.*, 5 (6), 573-581.
- Trockel, M.T, Barnes, M.D. ve Egget, D.L. (2000). Health-Related Variables and Academic Performance Among First-Year College Students, Implications for Sleep and Other Behaviors. *Journal of American College Health*, 49 (3), 125-131. doi: 10.1080/07448480009596294
- Troxel, W. M. (2010). It's More than Sex: Exploring the Dyadic Nature of Sleep and Implications for Health. *Psychosom Med.*, 72 (6), 578-586. doi:10.1097/PSY.0b013e3181de7ff8.
- Tural, Ü. (2017). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem-5 Ders Notları.
- Tutarel-Kışlak, Ş. (1999). Evlilik Uyum Ölçeğinin (EUÖ) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *3P Dergisi*, 7 (1), 50-57.
- Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çabukça, F. (2002). Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi. *Aile ve Toplum*, 2 (5), 35-42.
- Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çavuşoğlu, Ş. (2006). Evlilik Uyumu, Bağlanma Biçimleri, Yüklemeler ve Benlik Sayısı Arasındaki İlişkiler. *Aile ve Toplum*, 3 (9), 61-69.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 12-16.
- Twigg, G. L., Papaioannou, I., Jackson, M., Ghiassi, R., Shaikh, Z., Jaye, J. ve diğerleri. (2010). Obstructive Sleep Apnea Syndrome is Associated with Deficits in Verbal but not Visual Memory. *AJRCCM*, 182 (1), 98-103. doi: 10.1164/rccm.200901-0065OC
- Tyrer, P. ve Baldwin, D. (2006). Generalised Anxiety Disorder. *Lancet*, 368 (9553), 2156-2166.

- Udwadia, Z.F., Doshi, A.V., Lonkar, S.G. ve Singh, C.I. (2004) Prevalence of Sleep-Disordered Breathing and Sleep Apnea in Middle-Aged Urban Indian Men. *Am J Respir Crit Care Med.*, 169 (2), 168-173. doi: 10.1164/rccm.200302-265OC
- Ursavaş, A. (2014). Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3) Uykuda Solunum Bozukluklarında Neler Değişti? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2 (2), 139-151.
- Uygur, F., Baki, A. E., Tanrıverdi, H., Örnek, T. ve Atalay, F. (2016). Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Serum Vitamin D ve Parathormon Düzeyleri. *İstanbul Med J*, 17, 64-67. doi: 10.5152/imj.2016.55265.
- Ülkü, N. (2009). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Tedavinin Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Vaughn, B.V. ve D'Cruz, O.F. (2005). Cardinal manifestations of sleep disorders (4. Baskı). M.H. Kryger, T. Roth ve W.C. Dement (Ed.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* içinde. (s. 594-601). Philadelphia: WB Saunders.
- Veasey, S. C. (2003). Serotonin Agonists and Antagonists in Obstructive Sleep Apnea: Therapeutic Potential. *Am J Respir Med.*, 2 (1), 21-29.
- Virkkula, P., Bachour, A., Hytönen, M., Malmberg, H., Salmi, T. ve Maasilta, P. (2005). Patient and Bed Partner-Reported Symptoms, Smoking, and Nasal Resistance in Sleep-Disordered Breathing. *Chest*, 128 (4), 2176-2182. doi: 10.1378/chest.128.4.2176
- Waldhorn, R. E., Herrick, T. W., Nguyen, M. C., O'Donnell, A. E., Sodero, J. ve Potolicchio, S. J. (1990). Long-Term Compliance with Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy of Obstructive Sleep Apnea. *Chest*, 97 (1), 33-38.
- Weaver, T. E., Kribbs, N. B., Pack, A. I., Kline, L. R., Chugh, D. K., Maislin, G. ve diğerleri. (1997). Night-Tonight Variability in CPAP Use Over The First Three Months of Treatment. *Sleep*, 20 (4), 278- 283.

- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S. Hwu, H. G. ve diğeri. (1996). Crossnational Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA*, 276 (4), 293-299.
- Whisman, M. A. (2007). Marital Distress and DSM-IV Psychiatric Disorders in a Population-Based National Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638-643. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.638
- Whisman, M. A. ve Baucom, D. H. (2012). Intimate Relationships and Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 4-13. doi: 10.1007/s10567-011-0107-2
- Whyte, K. F., Allen, M. B., Jeffrey, A. A., Gould, G. A. ve Douglas, N. J. (1989). Clinical Features of The Sleep Apnea/Hypopnea Syndrom. *Q J Med.*, 72 (267), 659-666.
- Wiegand, L. ve Zvillich, C.W. (1994). Obstructive sleep apnea. *Dis Mon.*, 40 (4), 197-252.
- Yaffe, K., Laffan, A. M., Harrison, S. L., Redline, S., Spira, A. P., Ensrud, K. E. ve diğeri. (2011). Sleep-Disordered Breathing, Hypoxia, and Risk of Mild Cognitive İmpairment and Dementia in Older Women. *JAMA*, 306 (6), 613-619. doi: 10.1001/jama.2011.1115.
- Yıldırım, İ. (1993). Evli Bireylerin Uyum Düzeyleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1 (3), 249-257.
- Yılmaz, A. (2001). Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgü Çalışmalar. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 1 (4), 49-58.
- Yılmaz, H., Göktaş, T., Kısabay, A., Eşrefoğlu, N., Sönmezışık, E. ve Çelik, P. (2016). Obstruktif Uyku Apne Sendromu Tanısı Alan Hasta ve Yakınlarının FOSQ Anketi ile Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3 (1), 16-16.

- Yılmaz, I. (2012). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Cinsel İşlev Bozuklukları*. (Uzmanlık tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon.
- Yılmaz, Z., Terzi, H., Bedik-Şirinocak, P. ve Erdinç, O. O. (2015). Obstrüktif Uyku Apneli Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 2 (1), 77.
- Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S. ve Badr, S. (1993). The Occurrence of Sleep Disordered Breathing Among Middle Aged Adults. *N Engl J Med.*, 328, 1230-1235. doi: 10.1056/NEJM199304293281704
- Yörükoğlu, A. (1998). *Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yue, W., Hao, W., Liu, P., Liu, T., Ni, M. ve Guo, Q. (2003). A Case-Control Study on Psychological Symptoms in Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome. *Can J Psychiatry*, 48 (5), 318-23. doi: 10.1177/070674370304800507
- Yurtlu, Ş., Sarıman, N., Levent, E., Soylu, A. C., Alparslan, S. ve Saygı, A. (2012). Short-Term Positive Airway Pressure Therapy Response in Obstructive Sleep Apnea Patients: Impact of Treatment on The Quality of Life. *Tuberk Toraks*, 60 (4), 327-335.
- Zigmond, A. S. ve Snaith R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 67, 361-370.

EK-1: 9 Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Kararı

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ETİK KURULU KARARI



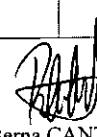
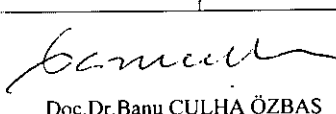
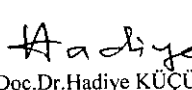
TOPLANTI TARİHİ : 19/10/2017
TOPLANTI SAYISI : 10

KARAR-1:

Doç.Dr.Tolga GÜNDAR'ın, danışmanı olduğu Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı 2015950167 numaralı öğrencisi Dilek ALDEMİR'in tezi kapsamında gerçekleştireceği uygulamalara yönelik 09/10/2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda,

Doç.Dr.Tolga GÜNDAR'ın danışmanlığında, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı 2015950167 numaralı öğrencisi Dilek ALDEMİR'in "Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi ile Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri" konulu tez çalışması kapsamında yapmak istediği uygulamaların etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

 Doç.Dr.Bahar BARAN (BAŞKAN)	
 Doç.Dr.Berna CANTÜRK GÜNHAN (ÜYE)	 Doç.Dr.Banu ÇULHA ÖZBAŞ (ÜYE)
 Yrd.Doç.Dr.Sermin BİLEN (ÜYE)	 Yrd.Doç.Dr.Hadiye KÜÇÜKKARAGÖZ (ÜYE)

Uğur Mumcu Cad. 135 Sk. No:5 35380 Buca/İZMİR
Telefon: +90(232)440 09 08 – 440 09 11 Faks: +90 (232) 420 60 45
e-posta: egitimbil.kurul@deu.edu.tr İnternet Adresi: http://ebe.deu.edu.tr/



EK-2: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 69836136-799
Konu : Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : 31/10/2017 tarihli ve 16222181-1940 sayılı yazı

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Dilek ALDEMİR, Ekim 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesinde **“Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi İle Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri ”** konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışmanın yapılabilmesini tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Fevzi YAVUZYILMAZ
İl Sağlık Müdürü

O L U R
.../.../2017
e-imzalıdır.
Abdullah ASLAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü-Sağlığın
Geliştirilmesi Birimi
Faks No:02562151611
e-Posta:hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için:HANİFE KAÇMAZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0256 213 50 00/192

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8c2a3763-fad7-40ce-abda-19b28afc8291 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 69836136-605.01
Konu : Araştırma İzni

SÖKE FEHİME FAİK KOCAGÖZ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 31/10/2017 tarihli ve 16222181-1940 sayılı yazı

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Dilek ALDEMİR, “**Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi İle Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri**” konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışmanın, Ekim 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında, Hastaneniz Uyku Laboratuvarında, gönüllü katılımcılarla ve personel desteği olmadan, araştırmacıların kendi imkânları ile yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve ilgili Valilik onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Muhittin HANCI
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKLER:

1-Valilik Onayı

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü-Sağliğın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:02562151611

e-Posta:hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0256 213 50 00/192

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8c2a3763-fad7-40ce-abda-19b28afc8291 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Bilgilendirilmiş Olur Formu**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın amacı *“uyku apne sendromunda depresyon ve anksiyete komorbiditesi (birlikteliği) ile bunların evlilik uyumu üzerine etkilerinin incelenmesi”*dir.

Bu araştırmada size anket formu uygulanacak ve toplam öngörülen süre 20-25 dakikadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz doğru bilgi vermedir. Bu araştırma sizin için risk taşımaz ve herhangi bir rahatsızlık yaratması söz konusu değildir. Araştırmanın beklenen yararları, sizin için aile ve sağlık alanında çalışanlara bilgi sağlamadır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için 0 256 513 15 76/116 no.lu telefonda Dilek ALDEMİR’e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının,

Adı-Soyadı: Dilek ALDEMİR

Görevi: Sosyal Hizmet Uzmanı- 9 Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Söke İlçe Sağlık Müdürlüğü Söke/AYDIN

Tel-Faks: 0 256 513 15 76/116

Tarih ve İmza:

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel -Faks:

Tarih ve İmza:

Talep Halinde Tanığın,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel -Faks:

Tarih ve İmza:

EK-4: Kişisel Bilgi Formu**KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KBF)**

Sayın katılımcı,

Elinizdeki form, 9 Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans programında tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Yanıtlarınız sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve grup olarak istatistiksel açıdan değerlendirilerek yorumlanacaktır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, cevaplar kişiden kişiye değişebilir. Soruları yanıtlarken lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Vereceğiniz cevapların dürüst ve içten olması çalışmada geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından önemlidir. Çalışmada kimlik gibi belirleyici bilgiler istenmemekte olup, **LÜTFEN ANKET FORMLARININ ÜZERİNE ADINIZI VE SOYADINIZI YAZMAYINIZ.** Katılımınız ve araştırmaya yapmış olduğunuz katkı için şimdiden çok teşekkür ederim.

AHİ Değeri:

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

3. Eşinizin yaşı?

4. Çocuğunuz var mı?

☐ Hayır

☐ Evet ise sayısı.....

5. Eğitim durumunuz?

☐ Sadece okur-yazar

☐ İlköğretim mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite mezunu

☐ Yüksek lisans ve üzeri

6. Eşinizin eğitim durumu?

☐ Okur-yazar değil

☐ Sadece okur-yazar

☐ İlköğretim mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite mezunu

☐ Yüksek lisans ve üzeri

7. Çalışma durumunuz?

- ☐ Memur
 ☐ Emekli
 ☐ İşçi
☐ Serbest meslek
 ☐ Ev hanımı
 ☐ İşsiz
☐ Diğer (Belirtiniz:.....)

8. Eşinizin çalışma durumu?

- ☐ Memur
 ☐ Emekli
 ☐ İşçi
☐ Serbest meslek
 ☐ Ev hanımı
 ☐ İşsiz
☐ Diğer (Belirtiniz:.....)

9. Sağlık güvenceniz var mı?

- ☐ Hayır
 ☐ Evet

10. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?

- ☐ Gelir giderden az
 ☐ Gelir gidere denk
 ☐ Gelir giderden fazla

11. Herhangi bir bağımlılığınız var mı? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Yok
 ☐ Sigara
 ☐ Alkol
☐ Uyuşturucu/Uyarıcı madde
 ☐ Kumar
 ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)

12. En uzun süre yaşadığınız yer?

- ☐ Köy
 ☐ İlçe/Kasaba
 ☐ Şehir
☐ Büyük şehir
 ☐ Yurt dışı

13. İlk evlilik yaşıınız?**14. Eşinizin ilk evlilik yaşı?.....****15. Bu kaçınıcı evliliğiniz?****16. Eşinizin kaçınıcı evliliği?****17. Kaç yıldır evlisiniz?**

18. Eşiniz ile nasıl evlendiniz?

- ☐ Görücü usulü
 ☐ Anlaşarak/isteyerek
 ☐ Kaçarak
- ☐ İstemeyerek/aile baskısı
 ☐ Akraba evliliği
 ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)

19. Uzun süredir devam eden, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir kronik (fiziksel ya da ruhsal) hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır
 ☐ Evet (Belirtiniz:)

20. Eşinizin uzun süredir devam eden, sürekli ilaç kullanmasını gerektiren herhangi bir kronik (fiziksel ya da ruhsal) hastalığı var mı?

- ☐ Hayır
 ☐ Evet (Belirtiniz:)

21. Genel olarak evliliğiniz nasıldır?

- ☐ Çok iyi
 ☐ İyi
 ☐ Orta
- ☐ Kötü
 ☐ Çok kötü

22. Genel olarak eşinizle ilişkiniz nasıldır?

- ☐ Çok iyi
 ☐ İyi
 ☐ Orta
- ☐ Kötü
 ☐ Çok kötü

23. Genel olarak eşinizin size karşı yaklaşımı nasıldır?

- ☐ Olumlu (Anlayışlı, saygılı, destekleyici, pozitif)
- ☐ Olumsuz (Eleştirel, kavgacı, negatif)
- ☐ Bazen olumlu, bazen olumsuz
- ☐ Kötü (Şiddet uygular, döver)
- ☐ Diğer (Belirtiniz:)

24. Evliliğinize ilişkin yaşadığınız sorunlar var mı?

- ☐ Hayır
 ☐ Evet (Belirtiniz:)

25. Evliliğiniz ya da eşinizle ilgili yaşadığınız sorunlar için profesyonel yardım aldınız mı/alıyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

26. Ne sıklıkta eşinizle ayrı odalarda yatarsınız?

☐ Her zaman

☐ Sıklıkla

☐ Bazen

☐ Nadiren

☐ Hiç

27. Horlama ve/veya gündüz uykululuk hali yaşıyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet (.....gün, ay veya yıl olarak belirtiniz)



EK-5: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)		
Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyiniz. Aklınıza gelen ilk yanıtın en doğrusu olacağını unutmayınız.		
1	Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.	☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, bazen ☐ Hiçbir zaman
2	Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.	☐ Aynı eskisi kadar ☐ Pek eskisi kadar değil ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3	Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.	☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐ Hayır, hiç öyle değil
4	Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Şimdi pek o kadar değil ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil
5	Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.	☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil ☐ Yalnızca bazen
6	Kendimi neşeli hissediyorum.	☐ Hiçbir zaman ☐ Sık değil ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
7	Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	☐ Kesinlikle ☐ Genellikle ☐ Sık değil ☐ Hiçbir zaman

8	Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.	☐ Hemen hemen her zaman ☐ Çok sık ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman
9	Sanki içim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.	☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık
10	Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.	☐ Kesinlikle ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11	Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	☐ Gerçekten de çok fazla ☐ Oldukça fazla ☐ Çok fazla değil ☐ Hiç değil
12	Olacakları zevkle bekliyorum.	☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Her zamankinden biraz daha az ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az ☐ Hemen hemen hiç
13	Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	☐ Gerçekten de çok sık ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık değil ☐ Hiçbir zaman
14	İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Pek sık değil ☐ Çok seyrek

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- ☐ Erkeğin susması ile
- ☐ Kadının susması ile
- ☐ Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- ☐ Hepsini ☐ Bazılarını
- ☐ Çok azını ☐ Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- ☐ Dışarıda bir şeyler yapmayı ☐ Evde Oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

- ☐ Dışarıda bir şeyler yapmayı ☐ Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- ☐ Sık sık ☐ Arada sırada
- ☐ Çok seyrek ☐ Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- ☐ Aynı kişi ile evlenirdiniz
- ☐ Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
- ☐ Hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- ☐ Hemen hemen hiçbir zaman ☐ Nadiren
- ☐ Çoğu konularda ☐ Her konuda

EK-7: Epworth Uykululuk Ölçeği**EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ (EPUÖ)**

Aşağıdaki durumlarda ne sıklıkta uyuklar veya uyuyakalırsınız? Sorunun yanındaki parantez içine; eğer cevabınız:

	(0) HİÇBİR ZAMAN	(1) NADİREN	(2) ORTA SIKLIKTA	(3) HEMEN HER ZAMAN
Kitap, dergi, gazete vs okurken uyukluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Televizyon izlerken uyukluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Hareketsiz bir şekilde bir toplulukta (sinema, konser, tiyatro, vs) otururken uyukluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Bir saat mola vermeksizin yapılan bir araba yolculuğunda uyukluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
Şartlar uygun olduğunda bir öğleden sonra dinlenmek için uzandığınızda uyuklar mısınız?	☐	☐	☐	☐
Bir kişi ile oturup konuşurken uyuklar mısınız?	☐	☐	☐	☐
Alkol almadığınız bir öğle yemeği sonrası sakince otururken uyuklar mısınız?	☐	☐	☐	☐
Araba kullanırken, trafik sebebiyle birkaç dakika durmak zorunda kaldığınızda uyuklar mısınız?	☐	☐	☐	☐

TOPLAM: (.....)

EK-8: Ölçek İzinleri

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
Gelen Kutusu x

Dilek Aldemir <dilekaldemir09@gmail.com>
12 Haz ☆

Alıcı: soaydemir

Sayın Prof. Dr. Ömer AYDEMİR hocam;

İyi çalışmalar, ben 9 Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans öğrencisiyim. Uyku apne sendromunda anksiyete ve depresyon komorbiditesi ile bunların evlilik uyumuna etkisinin incelenmesini tez çalışmam olarak yapmayı planlıyorum. Bunun için geçerlilik güvenirliğini yaptığınız "*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği*"ni kullanmak istiyorum. Çalışmamda ölçeği kullanmak için sizin izninizi istiyorum. Ölçek değerlendirmesini nasıl yaptığınız konusunda da bilgi vermenizi rica ediyorum. Sabırsızlıkla cevabınızı bekliyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar.

Omer Aydemir
13 Haz ☆

Alıcı: bana

Sayın Dilek Aldemir,

Tez çalışmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyanım. Ekte ölçeğin değerlendirme yönergesi bulunmaktadır.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Evlilikte Uyum Ölçeği

Gelen Kutusu x



Dilek Aldemir <dilekaldemir09@gmail.com>

13 Haz ☆



Alıcı: sennurkislak ▾

Sayın Prof. Dr. Şennur Tutarel-Kışlak hocam;

İyi çalışmalar, ben 9 Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans öğrencisiyim. Uyku apne sendromunda anksiyete ve depresyon komorbiditesi ile bunların evlilik uyumuna etkisinin incelenmesini tez çalışmam olarak yapmayı planlıyorum. Bunun için geçerlilik güvenirliğini yaptığımız "*Evlilikte Uyum Ölçeği*"ni kullanmak istiyorum. Çalışmamda ölçeği kullanmak için sizin izninizi istiyorum. Ölçek değerlendirmesini nasıl yaptığınız konusunda da bilgi vermenizi rica ediyorum. Sabırsızlıkla cevabınızı bekliyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar.



sennur tk

13 Haz ☆



Alıcı: bana ▾

Merhaba,

Çalışmanızda Evlilikte Uyum Ölçeğini kullanabilirsiniz.

Ekte ölçek ve makale var.

Başarılar

Şennur Kışlak

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak

Ankara Üniversitesi

DTCF Psikoloji Bölümü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Sıhhiye-Ankara

0312 310 32 80/1401

Epworth Uykululuk Ölçeği

Gelen Kutusu x



Dilek Aldemir <dilekaldemir09@gmail.com>

12 Haz ☆



Alıcı: myagargun ▾

Sayın Prof. Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN hocam;
 İyi çalışmalar, ben 9 Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans öğrencisiyim. Uyku apne sendromunda anksiyete ve depresyon komorbiditesi ile bunların evlilik uyumuna etkisinin incelenmesini tez çalışmam olarak yapmayı planlıyorum. Bunun için geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız "Epworth Uykululuk Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Çalışmamda ölçeği kullanmak için sizin izninizi istiyorum. Ölçek değerlendirmesini nasıl yaptığınız konusunda da bilgi vermenizi rica ediyorum. Sabırsızlıkla cevabınızı bekliyorum.
 Saygılarımla, iyi çalışmalar.



MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

13 Haz ☆



Alıcı: bana ▾

Dilek Hanım,
 Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
 Her bir soruya verilen cevapları topluyorsunuz. Toplam puan elde diyorsunuz. 10 puan cutt-off değeri olarak kabul ediliyor.
 Selamlar





DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU



Tarih: 13.10.2018

Tez Başlığı:

Uyku Apne Sendromunda Depresyon ve Anksiyete Komorbiditesi İle Bunların Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 157 sayfalık kısmına ilişkin, 04/06/2018 tarihinde tez danışmanım tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nın sağladığı İntihal Tespit Programından (Turnitin-Tez İntihal Analiz Programı) aşağıda belirtilen filtreleme tiplerinden biri (uygun olanı işaretleyiniz) uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10'dur.

- <http://www.kutuphane.deu.edu.tr/tr/turnitin-tez-intihal-analiz-programi/> adresindeki Tez İntihal Analiz

Programı Kullanım Kılavuzunu okudum ☒

Filtreleme Tipi 1(Maksimum %15) ☒

Filtreleme Tipi 2(Maksimum %30) ☐

☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, ☒ Kaynakça hariç, ☒ Alıntılar dâhil, ☒ Altı (6) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.	☐ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, ☐ Kaynakça dâhil, ☐ Alıntılar dâhil.
EK 1- İntihal Tespit Programı Raporu İLK SAYFA Çıktısı. ☒	
EK 2- İntihal Tespit Programı Raporu (Tümü) Cd içinde. ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esasları'nı inceledim ve yukarıda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı : Dilek Aldemir
Öğrenci No : 2015950167
Anabilim Dalı : Aile Eğitimi ve Danışmanlığı
Programı : Aile Eğitimi ve Danışmanlığı
Statüsü : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐

ÖĞRENCİ

DANIŞMAN

Dilek Aldemir
13.10.2018

Doç. Dr. Tolga Günvar
13.10.2018

Açıklamalar

1: Bu formu teslim etmeden önce sizden istenen bilgileri uygun kutucuğu (☐) işaretleyerek doldurunuz.

Kullanıcı şifre vb. konusunda sorun yaşanması durumunda Üniversitemiz Merkez Kütüphanesinde bulunan Turnitin yetkilisine (Ali Taş Tel: +90 (232) 3018026 veya ali.tas@deu.edu.tr) başvurunuz.

2: Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formu tezin ciltlenmiş ve elektronik nüshalarının içerisinde ekler kısmında yer alır.

3: Tez savunmasında düzeltme alınması durumunda bu form güncellenerek yeniden hazırlanır.

4: Turnitin-Tez İntihal Analiz Programına yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisini yazınız.