

T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA UYKUSUZLUĞU FELAKETLEŞTİRME
VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. HİLAL SEZER SOYLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

T.C. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA UYKUSUZLUĞU FELAKETLEŞTİRME
VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. HİLAL SEZER SOYLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

TEŞEKKÜR

Zorlu tez sürecinde desteğini esirgemeyen, empatisi, ulaşılabilirliği, pratik önerileri ve mesleki deneyimi ile eğitim sürecinde de her daim yanımda olan tez danışmanın sevgili hocam Doç. Dr. Hülya ERTEKİN' e, tezimin alt yapısının oluşturulmasında büyük katkıları olan bölümümüzden ayrılmış olan öğretim üyesi Doç. Dr. Erhan AKINCI' ya,

Psikiyatriyi dinamik yönüyle tanıtan ve yaptığımız işi daha da sevdiren Prof. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN' e, farklı bakış açıları sunması ile çok yönlü düşünebilmeyi öğrenmemde büyük katkıları olan Dr. Öğretim Üyesi Ali Emre ŞEVİK' e, mesleki tecrübelerinden faydalanmaktan mutluluk duyduğum Prof. Dr. Murat İlhan ATAGÜN' e, Dr. Öğretim Üyesi Şükrü Alperen KORKMAZ' a;

Asistanlık sürecimin bana kattığı, dostluğuyla, neşesiyle bu süreci paylaşmaktan büyük keyif aldığım dostum Dr. Pınar CENGİZ ASLAN' a ve beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma;

Ekip halinde çalışmaktan mutluluk duyduğum psikoloğumuza, servis hemşirelerine ve yardımcı personellere, sekreterlerimize,

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan canım anneme ve babama, bir kardeşten çok daha öte, yol göstericim biricik ablam Meral' e, sevgili eşi Hakan abime, hayatı tüm zorlukları ve güzellikleriyle beraber el ele yürümekten mutluluk duyduğum yol arkadaşım, meslektaşım, sevgili eşim BurKay' a, varlığı yaşam enerjim, ilham kaynağım olan canım oğlum Kuzey' e çok teşekkür ederim.

Dr. Hilal SEZER SOYLU

Çanakkale/ 2023

ÖZET

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA UYKUSUZLUĞU FELAKETLEŞTİRME VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Major depresyon nüfusun yaklaşık %20' sini etkileyen, psikolojik, bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtilerin bir arada görüldüğü yaygın bir psikiyatrik hastalıktır. Uykusuzluk belirtisi depresyon hastalarında sık görülen, tedavi sonrası dönemde yinelemelere neden olan en sık rezidü belirtilerden biridir. Bu çalışmada major depresyon tanısı almış bireylerde başvuru esnasında uykuya dair değerlendirmeler yaparak uykusuzluk belirtisini, uykusuzluğu felaketleştirmeye dair bilişleri ve mizaç özelliklerini saptamak; ruhsal yakınması olmayan kontrol grubu bireylerde uyku değerlendirmesini yapmak, uykuya dair bilişleri ve mizaç özelliklerini saptamak, vaka ve kontrol grupları arasında bir fark olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, 15.06.2022-01.03.2023 tarihleri arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan başvurusu esnasında major depresyon tanısı konan 90 hasta ve hastalarla sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş 90 sağlıklı kontrolün katılımıyla tamamlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği (UFÖ) ve Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A mizaç envanteri) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 90 major depresyon tanılı hastanın; %80' i kadın (n=72) ve %18' i erkek (n=18)'ti. Hasta grubunun yaş ortalaması $32,2 \pm 13,6$ idi. Depresyonu olan bireylerin BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ, UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam skorları ve TEMPS-A mizaç ölçeği alt bileşenlerinden depresif, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaç skorları kontrol grubu bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p < 0,001$). Depresyon hastalarında kontrol

grubuna göre baskın mizaç daha sık görülürken, depresyon grubundaki baskın mizaç sayıları da kontrollerden daha yüksektir ($p<0.001$). Depresyon hastalarında; UFÖ gece puanları ile UŞİ puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.001$, $r=0,688$); UFÖ gündüz puanları ile yaş arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki ($p<0.001$, $r=-0,357$), UŞİ ile yüksek derecede pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.001$, $r=0,542$); UFÖ toplam puanları ile yaş arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki ($p<0.001$, $r=-0,354$), UŞİ ile yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.001$, $r=0,715$), TEMPS-A anksiyöz mizaç skoru ile yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.001$, $r=0,504$) tespit edilmiştir. Yapılan ileri düzey lojistik regresyon analizinde depresyon hastalarında UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları üzerinde etkili olabilecek faktörlerin etkisi çok değişkenli olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde; UFÖ gece puanı için UŞİ puanının yordayıcı bir faktör olduğu, UFÖ gündüz puanları için yaş ve UŞİ puanının yordayıcı olduğu, UFÖ toplam puanı için ise yaş, TEMPS-A anksiyöz mizaç skoru ve UŞİ puanlarının yordayıcı faktörler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Major depresyon tanılı bireylerde uykusuzluk yakınması ve bu yakınmaya neden olabilecek uykusuzluğu felaketleştirici bilişsel çarpıtmalar sıklığıdır. Uykusuzluk şiddetinin artması ve anksiyöz mizaç skorlarının yüksekliği bu işlevsiz bilişler üzerinde pozitif yönde yordayıcı bileşenlerken, yaşın artması negatif yönde yordayıcı bir faktör olarak tespit edilmiştir. Tedavide bu faktörler göz önüne alınarak yapılacak bilişsel yönelimli müdahalelerin hastalığın nüksünü ve süregenleşmesini önlemede önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Major depresyon, bilişsel çarpıtma, uykusuzluğu felaketleştirme, affektif mizaç

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INSOMNIA CATASTROPHIZING AND AFFECTIVE TEMPERAMENT IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Introduction: Major depression is a common psychiatric illness that affects approximately 20% of the population and has a combination of psychological, cognitive, behavioral and physical symptoms. Insomnia symptom is one of the most common residual symptoms that are common in depressive patients and cause relapses in the post-treatment period. In this study, we aimed to determine the symptoms of insomnia, cognitions about catastrophizing insomnia, and temperament characteristics by making assessments about sleep at the time of admission in individuals who were diagnosed with major depression. At the same time, we aimed to evaluate sleep in control group individuals without mental complaints, to determine sleep cognitions and temperament characteristics, and to investigate whether there is a difference between the case and control groups.

Method: Our study was completed with the participation of 90 outpatients diagnosed with major depression, who applied to Çanakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine, Psychiatry outpatient clinic between 15.06.2022 and 01.03.2023, and 90 healthy controls matched with the patients in terms of sociodemographic characteristics. Sociodemographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Insomnia Severity Index (ISI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PUQI), Insomnia Catastrophizing Scale (ICS) and Temperament Evaluation of Memphis, Paris, Pisa, San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A temperament inventory) was applied.

Results: A total of 90 patients with major depression (80% female (n=72) and 18% male (n=18)) were included in the study. The mean age of the patient group was 32.2 ± 13.6 . BDI, BAI, ISI, PUQI, ICS night, ICS daytime and ICS total scores and depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament scores of the TEMPS-A temperament scale subcomponents of individuals with depression are significantly higher than the control group individuals ($p < 0.001$). Dominant temperament was observed more frequently in patients with depression

compared to the control group, and at the same time, the number of dominant temperaments in the depression group was higher than the controls ($p < 0.001$). A highly positive and significant correlation ($p < 0.001$, $r = 0.688$) was observed between ICS night scores and ISI scores in patients with depression. There was a moderately negative and significant relationship between ICS daytime scores and age ($p < 0.001$, $r = -0.357$), a highly positive significant relationship with ISI ($p < 0.001$, $r = 0.542$); a low level of negative significant correlation between ICS total scores and age ($p < 0.001$, $r = -0.354$), a high level of positive significant relationship with ISI ($p < 0.001$, $r = 0.715$), a high level of positive correlation with TEMPS-A anxious temperament score and a significant positive correlation ($p < 0.001$, $r = 0.504$). In the advanced logistic regression analysis, when the effects of factors that may have an effect on the ICS night, ICS daytime and ICS total scores in depression patients were evaluated separately as multivariate; it was determined that the ISI score was a predictive factor for the ICS night score, age and ISI score were the predictors for the ICS daytime scores, and age, TEMPS-A anxious temperament score and ISI scores were the predictors for the ICS total score.

Conclusion: Complaining of insomnia and disastrous cognitive distortions that may cause this complaint are common in individuals diagnosed with major depression. Increasing severity of insomnia and high anxious temperament scores were positively predictive factors on these dysfunctional cognitions, while increasing age was found to be a negative predictor factor. It is thought that cognitive-oriented interventions to be made by considering these factors in treatment can provide important contributions in preventing the recurrence and chronicity of the disease.

Keywords: Major depression, cognitive distortion, insomnia catastrophizing, affective temperament

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
EKLER	x
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xi
TABLolar	xiii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Major Depresif Bozukluk Tanımı	4
2.2 Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	4
2.3 Major Depresif Bozukluk İçin Belirleyiciler	6
2.3.1 Bunaltılı Çökkünlük	6
2.3.2 Karma Özellikler Gösteren	6
2.3.3 Melankolik Özellikler Gösteren	7
2.3.4 Atipik Özellikler Gösteren.....	8
2.3.5 Psikotik Özellikler Gösteren	8
2.3.6 Katatoni İle Giden	9
2.3.7 Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan	9
2.3.8 Mevsimsel Örüntü Gösteren	9
2.4 Major Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi	9
2.5 Major Depresif Bozukluk Etiyolojisi	10
2.5.1 Major Depresif Bozukluk ve Kalıtsal Etmenler	11
2.5.2 Major Depresif Bozukluk ve Nörobiyolojik Etmenler	12
2.5.3 Major Depresif Bozukluk ve Toplumsal-Ruhsal Etmenler	13
2.5.3.1 Psikanalitik Kuram	14
2.5.3.2 Bilişsel Kuram	15
2.5.3.3 Davranışçı Kuram	16
2.6 İnsomni (Uykusuzluk).....	16
2.6.1 İnsomni (Uykusuzluk) Tanısal Sınıflandırma	16
2.6.2 İnsomni (Uykusuzluk) Epidemiyolojisi.....	18
2.6.3 Major Depresif Bozukluk ve Uyku	19
2.6.4 Major Depresif Bozuklukta Rezidü Belirti Olarak İnsomni.....	19
2.6.5 Major Depresif Bozuklukta Uyku Bozukluğunun Tedavisi.....	20
2.7 Uyku Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar	21

2.7.1 Bilişsel İşleme Tipleri (Bilişsel Çarpıtmalar)	23
2.7.1.1 Keyfi Çıkarsama.....	23
2.7.1.2 Seçici Soyutlama	24
2.7.1.3 Aşırı Genelleme	24
2.7.1.4 Büyütme ve Küçültme	24
2.7.1.5 İkili (Hep ya da Hiç Biçiminde) Düşünme	24
2.7.1.6 Kişiselleştirme	24
2.7.1.7 Felaketleştirme.....	24
2.7.1.8 Olmalı İfadeleri (-meli, -malı düşünce tarzı)	24
2.7.1.9 Zihin Okuma.....	25
2.7.1.10 Duygudan Sonuca Ulaşma	25
2.7.1.11 Etiketleme	25
2.7.2 Uyku ile İlgili İşlevsiz Düşünce ve Varsayımların Ele Alınması	25
2.8 Afektif Mizaç.....	26
2.8.1 Akiskal'e Göre Afektif Mizaç Tipleri.....	27
2.8.2 Afektif Mizaç ve Uyku İlişkisi	29
2.8.3 Afektif Mizaç ve Duygudurum Bozuklukları İlişkisi	29
3 YÖNTEM VE GEREÇLER	31
3.1 Etik İzin ve Örneklem	31
3.2 Araştırmaya Alım Ölçütleri	31
3.3 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	32
3.4 Uygulama ve Veri Toplama Araçları	32
3.4.1 Uygulama.....	32
3.4.2 Veri Toplama Araçları	32
3.5 İstatistiksel Analiz.....	35
4 BULGULAR.....	37
4.1 Sosyodemografik Özellikler	37
4.2 Klinik Özelliklere İlişkin Bulgular	38
4.3 Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	39
4.4 Hasta Grubunda Depresyon Şiddetine Göre Uyku ve Mizaç.....	42
Özelliklerinin Karşılaştırılması	42
4.5 Korelasyon Analizleri	44
4.6 Regresyon Analizleri	47
5 TARTIŞMA	51
5.1 Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Tartışılması	51

5.2 Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Tartışılması	53
5.3 Depresyon Şiddetine Göre Vaka Grubunda Klinik Ölçeklerin Tartışılması .	57
5.4 Depresyon Hastaları ve Kontrol Grubunda UFÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların Tartışılması	58
5.5 Regresyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması	60
6. SINIRLILIKLAR	61
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKÇA	64



EKLER

- EK 1:** Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu (Vaka)
- EK 2:** Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu (Kontrol)
- EK 3:** Beck Depresyon Ölçeği
- EK 4:** Beck Anksiyete Ölçeği
- EK 5:** Uykusuzluk Şiddeti İndeksi
- EK 6:** Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği
- EK 7:** TEMPS-A Mizaç Envanteri
- EK 8:** Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi



KISALTMALAR VE SİMGELER

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

UŞİ: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

UFÖ: Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, Sarı Diego Autoquestionnaire

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

MDB: Major Depresif Bozukluk

MAO-A: Monoamin Oksidaz A

BDNF: Beyin Derive Nörotrofik Faktör

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

Ach: Asetilkolin

IGF: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü

VEGF: Damar Endoteli Büyüme Faktörü

BOS: Beyin-Omurilik Sıvısı

5-HIAA: 5-Hidroksi-İndol-Asetik Asit

HHA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

DST: Deksametazon Supresyon Testi

HHT: Hipotalamus-Hipofiz- Tiroid

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

ICSD-3: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasının 3. Baskısı

HAM-D: Hamilton Depresyon Testi

SSGI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapisi

BDT-İ: İnsomni BDT'si



TABLULAR

Tablo 4.1 Depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller arasında demografik değişkenlerin karşılaştırılması

Tablo 4.2 Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde yaşam tarzı alışkanlıkları ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 4.3 Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde klinik, uyku ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.4 Depresyon şiddetine göre uyku ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 4.5 Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde UFÖ puanları ile yaş, klinik ve mizaç özellikleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Tablo 4.6 UFÖ gece puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

Tablo 4.7 UFÖ gündüz puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

Tablo 4.8 UFÖ toplam puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Major depresyon nüfusun yaklaşık %20' sini etkileyen, psikolojik, bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtilerin bir arada görüldüğü yaygın bir psikiyatrik hastalıktır (1). Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) 2010 verilerine göre depresyon nedeniyle yeti yitimi ikinci sırada olup 2030 yılında birinci sıraya yükselmesi beklenmektedir (2). Hastalığın tekrarlayabilme özelliği, zamanla süregelenleşebilmesi ve hastalığa bağlı yeti yitimleri düşünülüğünde erken dönemde yapılacak müdahalelerle takip ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Depresyon hastalarının yaklaşık üçte birinde ilk basamak antidepresan tedaviye yanıt alınabildiği, bazı hastaların tedaviden fayda görmelerine rağmen uyku sorunları, depresif ruh hali, moralsizlik, iştah sorunları gibi belirtilerin iyilik hali tariflenen dönemde de devam ettiği (3), hastalığın tekrarlayıcı doğası dikkate alındığında bu kalıntı belirtilerin iyileşme önündeki en önemli engel olduğu, klinik ölçeklerde düzelme saptansa dahi işlevsel düzelme sağlanamadığında hastalık öncesi yaşam kalitesinin yakalanamadığı, yeni hastalık dönemlerinin bu kalıntı belirtilerin progresyonu ile geliştiği bilinmektedir (4). Bu nedenle hastalarda tüm belirtilerin tedavi edilmesi, hastalık öncesi dönemdeki ruhsal yapının hedeflenmesi gerekir.

Depresyon hastalarının çoğunda insomni, hipersomni ya da rüyalarla ilgili yakınmalar bulunur (5). Uykusuzluk ya da aşırı uyuma hali hastalığın tanı kriterlerinden biri olduğu gibi (6) aynı zamanda en sık kalıntı belirtilerdendir (7). Atipik özellikler gösteren depresyon tablolarında fazla uyuma hali görülürken depresyon hastalarının genelinde uykusuzluk hali yaygındır (8). Çalışmalarda insomni oranı %90' ları bulabilmektedir (9). Depresyon ile uykusuzluk arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur (7,10). Uykusuzluk depresyon hastalarındaki en sık öznel yakınmalardan biri olup uzun süreli uykusuzluk yakınması olan bireylerde de depresyon gelişimi sıktır. Bu nedenle uykusuzluk yakınması olan bireylerin gerek farmakoterapötik yöntemlerle gerekse uyku hijyeni açısından önerilerle ele alınması gerekir. Bu yaklaşımların yeterli olmadığı durumlarda bireylere uykusuzluğa dair etkinliği kanıtlanmış diğer yöntemler uygulanabilir.

Depresyon hastalarında uykusuzluğun tedavisinde uykusuzluk ile ilgili işlevsel olmayan bilişleri değerlendirmek ve bu hatalı bilişleri yeniden yapılandırmak tedavinin bir parçası olmalıdır. Uykusuzluğu olan bireylerin uyku kayıplarının sonuçlarını ve gündüz işlevsellikleri üzerindeki olumsuz etkilerini felaketleştirmeye (katastrofize etme) daha fazla eğilimli oldukları saptanmıştır (11). Felaketleştirmedeki en önemli nokta gelecekteki olayların irrasyonel olarak olumsuz şekilde gerçekleşeceği yönündeki tahminlerdir (12).

Uykusuzluğa felaketleştirme bağlamında bakıldığında (11,13) uykusuzluk yaşayan bireylerin, uykusuzluğun oluşturabileceği olumsuz sonuçların olma olasılığını olduğundan daha yüksek gördüğü, bu olasılığın üzerinde çok durup sonuçları abarttığı ve sonuçlar ile baş edemeyeceğini düşündüğü görülür. Birey psikolojik uyarılmışlık hali ile uyku ile daha fazla meşgul olup uyku durumunu daha yakından takip etmeye başlar. Bu fizyolojik uyarılmışlık durumu uykusuzluğu artırır. Sonuç olarak uykusuzluğa atfedilen işlevsel olmayan bilişlere inanç pekişir. Ardından pekişen işlevsel olmayan bilişler uykusuzluk kısır döngüsünü tekrardan başlatır.

Yapısal ve biyolojik özellikler gösteren mizaç kavramı günümüzde bireylerin afektif özelliklerine vurgu yapan, yaşam boyu neredeyse hiç değişim göstermeyen çekirdek duygu, düşünce ve davranış kalıplarını temsil eder (14). Kraepelin'in tanımladığı dört ana mizaca (depresif, siklotimik, irritabl, hipertimik) Akiskal ve ark.' ları anksiyöz mizacı ekleyerek afektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının çekirdek özellikleri olduğunu belirtmişlerdir (15). Yapılan çalışmalarda da baskın afektif mizaç özelliklerinin minör ve major duygudurum bozukluklarının eşik altı (subsendromal) belirtileri olduğu gösterilmiştir (16–18). Her beş kişiden birinde, baskın mizaç özelliklerinin olduğu düşünülmektedir (14). Baskın afektif mizaca sahip olmanın duygudurum bozukluklarının eşik altı belirtileri olduğu düşünüldüğünde, kişiye eşlik eden mizaç çift yönlü olarak hastalığın ve belirtilerin ele alınmasını da etkileyecektir.

Bu çalışma ile oldukça yaygın görülen bir psikiyatrik hastalık olan major depresyonda sık görülen bir belirti olan uykusuzluk sorununu, uykusuzluğa dair felaketleştirici bilişleri, mizacın bu duruma etkisini araştırarak gelecekte

uygulanacak tedavilerde dikkate alınması gereken bu önemli kavramları vurgulayarak literatüre katkıda bulunmayı hedefliyoruz. Çalışmamızın amacı; psikiyatri polikliniğimize başvuran major depresyon tanısı almış hastalarda, başvuru esnasında uykusuzluk, uykusuzluğu felaketleştirmeye dair bilişler ve mizaç özelliklerini saptamak; ruhsal yakınması olmayan kontrol grubu bireylerde uyku değerlendirmesi yaparak uykuya dair bilişleri ve mizaç özelliklerini saptamak, vaka ve kontrol grupları arasında bir fark olup olmadığını araştırmaktır.

Bu çalışmanın hipotezleri;

1. Depresyonu olan bireylerde uykusuzluk oldukça yaygın bir belirtidir ve bilişsel çarpıtma olarak uykusuzluğu felaketleştirme sıklığıdır.
2. Tüm depresyon hastalarında uykusuzluk şiddeti değişkendir.
3. Bu değişkenliği belirleyen özellikler arasında mizaç önemli bir belirleyicidir.
4. Depresyonu olan bireylerde UFÖ skorları yüksekliği ile anksiyöz mizaç özellikleri yakından ilişkilidir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Major Depresif Bozukluk Tanımı

Depresyon, Amerikan Psikiyatri Birliği' nin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı' nın (DSM-5) 5. baskısına göre en az 2 hafta süren, hayattan keyif alamama, ilgi kaybı veya çökkün duygudurumdan en az birinin günün büyük bir bölümünde bulunduğu, suçluluk düşünceleri, enerji miktarında azalma, konsantrasyon problemleri, uyku ve iştah değişiklikleri, psikomotor, davranış değişiklikleri, yineleyen ölüm düşüncelerinden en az dört tanesinin eşlik ettiği psikiyatrik tablodur (19).

2.2 Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-5' te 'Major Depresif Bozukluk' (MDB) 'Depresif Bozukluklar' başlığı altında bulunmaktadır. MDB tanı ölçütleri ile depresif bozukluk belirleyicilerine yer verilmiştir (6).

Tanı ölçütleri A, B, C, D ve E alt başlıklarından oluşur ve MDB tanısı için tüm bu alt başlıklarda yer alan ölçütlerin bulunması gerekmektedir.

A. Birbirini izleyen iki haftalık sürede, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. İlk iki ölçütten (depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alamama) en az biri bulunmalıdır.

Not: Belirgin bir şekilde başka bir tıbbi duruma atfedilebilen belirtiler dışlanmalıdır.

1. Hemen her gün ve neredeyse günün tamamında bulunan, kişi tarafından belirtilen ya da başkalarınca gözlenen depresif duygudurum,

2. Hemen her gün ve neredeyse günün tamamında devam eden, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama hali,

3. Diyet yapmadığı halde anlamlı derecede kilo kaybı ya da kilo alma (1 ay içerisinde vücut ağırlığının %5'inden daha fazla olan bir değişiklik) veya hemen her gün olan iştahta artış ya da azalma,

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,

5. Neredeyse her gün bulunan psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama (başkaları tarafından gözlenebilir, yalnızca öznel olarak duyumsanan huzursuzluk ya da yavaşlama değildir),

6. Neredeyse her gün olan yorgunluk ve enerjisizlik hissi,

7. Hemen her gün olan değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız düzeyde olabilir) (yalnızca hasta olması nedeniyle kendini kınama veya suçluluk hissi ile sınırlı olmayan),

8. Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (kişi tarafından algılanır ya da ötekiler tarafından gözlemlenir),

9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özel bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşünceleri ya da intihar girişimi veya intihar amacıyla özel plan varlığı.

B. Bu belirtiler klinik olarak anlamlı düzeyde sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da diğer bir tıbbi durumun fizyolojik etkileriyle açıklanamaz.

D. Major depresif dönemin meydana gelmesi şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.

2.3 Major Depresif Bozukluk İçin Belirleyiciler

Depresyon, klinik görünümüne göre DSM-5'te sekiz alt tipe ayrılmıştır

Hastaları tanımlamak için ilave belirti özellikleri (tanımlayıcıları) kullanılabilir (6).

2.3.1 Bunaltılı Çökkünlük

Mevcut major depresyon dönemi boyunca çoğu günde aşağıda yer alan belirtilerin en az ikisinin bulunması ile belirlenir:

1. Bunalma ya da gerginlik duyma,
2. Olağandışı bir huzursuzluk hali,
3. Kaygıdan kaynaklanan odaklanma güçlüğü,
4. Kötü bir şey olacağına dair kaygı duyma,
5. Özdenetimini yitirecek gibi hissetme (2).

Yüksek kaygı düzeyi intihar olasılığının artmasına, hastalığın daha uzun sürmesine ve tedaviye yanıt alınamama olasılığının yükselmesine yol açmaktadır (8).

2.3.2 Karma Özellikler Gösteren

Mevcut major depresyon dönemi (MDB için tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıştır) boyunca çoğu günde aşağıda yer alan mani/hipomani belirtilerinden en az üçünün bulunması (bu belirtiler ötekiler tarafından gözlenebilir ve kişinin olağan davranışlarından farklıdır) ile belirlenir:

1. Kabarmış, taşkın duygudurum,
2. Benlik saygısında aşırı bir artış ya da grandiyözite,
3. Her zamankinden daha konuşkan olma veya lafa tutma,
4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarıştığına dair öznel algı,

5. Enerji miktarında ya da amaca yönelik etkinliklerde artış,
6. Kötü sonuçlara yol açabilecek etkinliklere daha çok ya da aşırı katılma,
7. Uyku ihtiyacında azalma (6).

Eşlik eden karma özelliklerin Bipolar I ya da Bipolar II bozukluk için belirgin bir risk etmeni olduğu bulunmuştur. Tedaviyi planlarken ve tedaviden alınan yanıtı izlerken bu belirleyicilerin varlığını belirtmek klinik açıdan yararlıdır (8).

2.3.3 Melankolik Özellikler Gösteren

Mevcut major depresyon dönemi için aşağıda verilen A ve B ölçütlerinin sağlanması ile belirlenir:

A. Mevcut dönemin en şiddetli safhasında aşağıdakilerden en az biri vardır:

1. Bütün ya da hemen hemen bütün etkinliklerden zevk alamama,
2. Genellikle keyif verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma (iyi bir şey olduğunda, bir süre için olsa bile, kendini daha iyi hissetmez).

B. Aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası):

1. Derin bir moral bozukluğu, çaresizlik hissi ve/veya somurtkanlık ya da duygusal boşluk hali olarak adlandırılabilen farklı nitelikte bir depresyon duygudurumu,

2. Devamlı olarak sabahları daha kötü olan depresyon,
3. Sabah erken uyanma (her zamankinden en az iki saat önce uyanma gibi),
4. Belirgin düzeyde psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
5. Yeme isteğinde anlamlı düzeyde azalma ya da kilo kaybı,
6. Aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (6).

Zevk alabilme yalnızca azalmış değil, tam olarak yok olmuştur. Aynı kişide değişik zamanlarda ortaya çıkan dönemlerde, melankolik özelliklerin yineleme eğilimi oldukça düşüktür. Yatarak tedavi gören hastalarda ayaktan tedavi hastalarına göre, ağır depresif dönemi olan hastalarda ağır depresif dönemi olmayan hastalara göre daha sık görülür (8).

2.3.4 Atipik Özellikler Gösteren

Mevcut major depresyon döneminin çoğu günü için aşağıda verilen A, B ve C ölçütleri baskın olarak bulunduğunda bu belirleyici kullanılabilir:

A. Duygudurumda tepkisellik (olan ya da olabilecek olumlu olaylar karşısında duygudurum açılır, kişi neşelenir),

B. Aşağıdaki özelliklerden ikisi (ya da daha fazlası):

1. Belirgin bir kilo alımı ya da iştah artışı,
2. Çok uyuma,
3. Kurşun paralizisi (kollarda veya bacaklarda kurşun gibi ağırlaşmışlık hissi),
4. Toplumsal ya da işle ilgili işlevselliğin anlamlı düzeyde azalmasına yol açan, uzun süredir devam eden, kişiler arası ilişkilerde reddedilmeye aşırı duyarlılık (duygudurum bozukluğu dönemleriyle sınırlı değildir).

C. Mevcut depresyon dönemi için 'melankolik özellik gösteren' ya da 'katatoni ile giden' belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır (6).

Depresyonun, endojen, ajitasyonla giden alışlageldik görünümüne ters düşer (8).

2.3.5 Psikotik Özellikler Gösteren

Mevcut depresyon dönemi içinde sanrı ve/veya varsanı ortaya çıktıysa bu belirleyici kullanılır (6).

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren ve duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren olmak üzere iki alt başlıkta toplanır.

2.3.6 Katatoni İle Giden

Mevcut depresyon döneminin büyük bir bölümünde katatoni mevcut ise bu belirleyici kullanılır (6).

2.3.7 Doğum Zamanı (Peripartum) Başlayan

Gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan duygudurum dönemleri için bu belirleyici kullanılır (6).

Psikotik özellikler gösterebilir ya da göstermeyebilir. Kadınların %3-6 'sının gebelik sırasında ya da doğum sonrası haftalar ya da aylar içinde major depresif dönem geçireceği öngörülmektedir. İleriye dönük çalışmalar gebelik sırasında duygudurum ya da kaygı belirtilerinin yanı sıra 'bebek hüznü' nün de doğum sonrası major depresif dönem geçirme olasılığını artırdığını göstermektedir (8).

2.3.8 Mevsimsel Örüntü Gösteren

Bu belirleyici yineleyici MDB için uygulanabilir (6). Major depresyon dönemlerinin yılın belli zamanlarında başlıyor ve yatışıyor olmasının yanı sıra, bu örüntünün en az iki yıl sürmüş olması ve bu iki yıllık dönemde mevsimsel olmayan MDB dönemi bulunmaması ve kişinin yaşamı boyunca ortaya çıkan MDB dönemlerinin çoğunluğunun mevsimsel örüntü göstermesi gerekmektedir (8).

2.4 Major Depresif Bozukluk Epidemiyolojisi

Depresyon, tüm psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülen, yüksek yeti yitimine neden olan, yinelemelerle seyreden bir hastalıktır. Araştırmaların yöntemlerindeki farklılıklara rağmen prevalans (yaygınlık) ve insidans (sıklık) oranları yüksektir (19).

DSÖ' nün Hastalıkların Toplam Yüğü (The Global Burden of Disease) çalışması kapsamında 2000 yılında çökkünlüklere bağıli yetiyitiminin tüm hastalıklar içinde ilk sırada yer aldığı; bütün hastalıklara bağıli yetiyitimi ile geçen

yılların %12' sine karşılık geldiği, çökkünlüğün dünyada yetiyetimine yol açan dördüncü önemli hastalık olduğu ortaya çıkmıştır (20).

Türkiye' de İzmir' de 4000 kişinin 1 yıllık izlemi ile elde edilen verilere göre depresif bozukluk tanısının 12 aylık yaygınlığı %8.2, depresif bozukluk tanısını karşılamayıp depresif semptomları olanların oranı %4.2 saptanmıştır. Depresif bozukluk kadınlarda, düşük gelir ve eğitim seviyesi olanlarda, daha yüksek oranda saptanmıştır. Depresif bozukluk tanısı olanların 12 ay süresinde yalnızca üçte birinin düzenli kontrollere geldiği görülmüştür (21).

Kültürel farklılıklardan bağımsız olarak hemen hemen tüm ülkelerde kadınlarda depresif bozukluk görülme sıklığı erkeklerden iki kat fazladır. Bu farklılığın hormonal etkenler, toplumda kadına yüklenen sosyal sorumluluk, öğrenilmiş çaresizlik gibi faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir. Hayat boyunca kümülatif artış gösteren hastalığın başlangıç yaşı 29-43 aralığında değişkenlik göstermektedir. Boşanmış bireylerin depresif bozukluk için daha yüksek risk taşıdığı kabul edilmektedir. Eğitim seviyesi düşük, sosyoekonomik durumu kötü olanlarda, işsizlerde ve çalışamayanlarda 12 aylık yaygınlık daha yüksek saptanmıştır (22).

Depresyonun psikiyatrik hastalıklara ek olarak birçok fiziksel hastalıkla ilişkili olduğu; koroner arter hastalığı, inme, diyabet, miyokard enfarktüsü ve bazı kanser tiplerinin başlangıcında yordayıcı olup kötü prognostik belirteç olduğu gösterilmiştir (8). Depresif bozukluğu intihar riskini artırarak ve diğer hastalıklarla da ilişkisiyle beklenen yaşam ömründe kısaltmaya neden olduğu görülmektedir (23). Depresyon, toplumda yaygın görülmesi, yol açtığı yeti yitimi ve diğer kayıplar nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresyon hastalarına erken ve doğru tanı konulması, en uygun şekilde tedavinin ve hastaların izleminin sağlanması oldukça önemlidir (19).

2.5 Major Depresif Bozukluk Etiyolojisi

Depresyonun altında yatan mekanizmaların anlaşılmasındaki en önemli zorluklardan biri hastalığın heterojen doğasıdır. Etiyolojisi ve fenomenolojisi belirgin bir çeşitlilik göstermektedir. Etiyoloji; genetik, biyolojik ya da psikososyal

tek bir nedenle açıklanamamakta, hastalığın çeşitli faktörlerin arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğu düşünülmektedir (24).

2.5.1 Major Depresif Bozukluk ve Kalıtsal Etmenler

Depresyonun genetik geçişi yaklaşık %40' tır ve depresyonu olan bireylerin birinci derece yakınlarında depresyon riskinin 2-3 kat arttığı bildirilmiştir (25). Ancak depresyon gelişimini açıklayabilecek özgül bir gen tanımlanamamaktadır (2). Çökkünlüğün patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen genlerle yapılan çalışmalarda glukokortikoid reseptör geni, monoamin oksidaz A geni (MAO-A) , glutamaterjik genler, beyin derive nörotrofik faktör (BDNF) geni gibi birçok gen (aday genler) polimorfizmlerle bağlantı göstermiştir (26).

Genetik yatkınlık, çevresel stresörlerin depresyondaki etkisini belirleyebilmekte, bireyin strese yanıt biçimini, stresli olaylara maruz kalma olasılığını ve sıklığını değiştirebilmektedir. Bir doğum izlem çalışmasında, çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile genetik yapı arasındaki ilişki incelenmiş; serotonin geni kısa allelini taşıyan bireylerde eğer olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları gerçekleşmişse, serotonin geni uzun allelini taşıyan bireylere kıyasla daha fazla çökkünlük ve özkıyım girişimi görülmüştür. Bu risk tek başına olumsuz yaşam olayları ya da genetik yapı ile değil, belli bir genetik yapının çevresel etkenlerle (çocukluk çağı yaşantıları) etkileşimi ile açıklanabilmektedir (27).

Depresyondaki epigenetik değişikliklerin (histon modifikasyonları, DNA metilasyon değişiklikleri vb.) antidepresanların epigenetik süreçlere etkileri çok sayıda araştırmayla gösterilmiştir (28). Serotonin gen taşıyıcı bölgesinde uzun allele sahip olan bireylerde seçici serotonin geri alım inhibitörlerine daha iyi yanıt alındığı, daha az yan etki görüldüğü gösterilmiştir. Aday gen çalışmaları dışında genom boyu ilişkilendirme yaklaşımları da antidepresan yanıtını yordamaya yönelik çalışmalarda kullanılmakta ve verimli sonuçlar sağlamaktadır (26).

2.5.2 Major Depresif Bozukluk ve Nörobiyolojik Etmenler

Depresyonda biyokimyasal değişikliklerin olduğu yadsınamaz bir gerçek olsa da bu değişikliklerin neden mi yoksa organizamanın strese karşı tepki sürecinin getirdiği bir sonuç mu olduğu halen tartışılmaktadır (19).

Yapılan çalışmalarda pek çok nörotransmitter ve hormon sisteminde depresyonla ilişkilendirilen değişiklikler olduğu bildirilmiş olup bu nörotransmitterler ve hormonlar arasında serotonin, noradrenalin, dopamin, BDNF, glutamat, gama amino bütirik asit (GABA), asetilkolin (ACh), insülin benzeri büyüme faktörü (IGF), somatostatin, damar endoteli büyüme faktörü (VEGF), leptin, galanin, arjinopressin, nöropeptid-Y, oksitosin, P-maddesi, opioidler ve endokanobinoidler yer almaktadır (19,29). Depresyonda hastaların başta beyin-omurilik sıvısı (BOS) olmak üzere çeşitli vücut sıvılarında serotonin, noradrenalin ve dopamin metabolitlerinin azalmış bulunduğu uzun zamandır bilinmektedir. Günümüzde en yaygın kullanılan depresyon tedavilerinde hedeflenen moleküller olmaları nedeniyle bu üç monoamin depresyonun etiolojisinde ayrıca önem taşımaktadır (19,30).

Serotonin beynin birçok bölgesinde düzenleyici role sahip olan bir molekül olup depresyonda serotoninin beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asitin (5-HIAA) BOS' ta düşük olması, monoaminlerin yıkımında rol oynayan MAO-A enzim düzeylerinin yükselmesi, trombositlerde ve post-mortem beyin dokusunda serotonin-2 reseptör yoğunluğunda artış, serumda serotonin öncülü L-triptofan yoğunluğunun düşük olması, serotonin geri alımını önleyen ilaçlarla düzelen hastalarda serotonin yoğunluğunu düşüren bir girişim sonrası depresif belirtilerde alevlenme gözlenmesi, serotonin gen polimorfizmine göre bazı bireylerin erken dönem stresör yaşam olaylarına daha duyarlı olup ilerleyen yaşlarda çökkünlük geliştirmeye yatkın olmaları gibi bazı bulgular depresyonda serotonin hipotezini destekleyen verilerdir (31).

Dopamin insanda zevk alma yetisini düzenleyen ana nörotransmitter olup beyinde dopamin düşüklüğü ile giden Parkinson benzeri hastalıklarda bu yetinin etkilenmesiyle depresyon gözlenmesi sıktır. Depresyon hastalarının kranial

görüntüleme çalışmalarında ve post mortem incelemelerde dopamin transportunun azaldığının gözlenmesi, BOS' ta dopamin metabolit düzeylerinin düşük olması, dopamin transportunu artıran ilaçların antidepresan etkilerinin olması dopaminin depresyonda etkinliğini gösteren önemli verilerdir (31).

Noradrenalin, santral sinir sisteminde pek çok bölgede etkinlik gösteren, aşırı aktivasyonu ile anksiyete, korku, öfke ve öğrenilmiş çaresizlik gelişiminde rol oynayan ve etkinliğinin azalması depresyon oluşumunda etkili olan bir nörotransmitterdir. Depresyon hastalarında, monoamin yıkımında rol oynayan MAO-A etkinliğinde artma, BOS' ta ve idrarda noradrenalin yıkım ürünlerinde azalma, özkıyım sonucu ölen depresyon hastalarının korteksinde β -adrenerjik reseptörlerin yoğunluğunda artma bulunması ve noradrenalin geri alım inhibitörü olan ilaçların depresyon hastalarında tedavide yararlı olması bu varsayımı destekleyen bulgular arasındadır (31).

Hipotalamus-hipofiz-adrenal bez (HHA) ekseninde görülen değişiklikler, özellikle kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve kortizol salınımındaki değişiklikler çok sayıda araştırmanın konusu olmuş ve pek çok çalışmada depresyon hastalarında HHA ekseninin fazla çalıştığı, BOS' ta CRH düzeylerinin yüksek olduğu, frontal lobta CRF reseptör sayısının düşük bulunduğu, kortizol düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu, deksametazon supresyon testi (DST) sonuçlarının bozuk olduğu gösterilmiştir (19,31). Depresyonda hipotalamus-hipofiz- tiroid bezi ekseninde (HHT) de bazı değişiklikler meydana gelir. Tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) salınımına tiroid uyarıcı hormon (TSH) yanıtında azalma, kanda TSH düzeyinde azalma ve tiroksin düzeyinde artış saptandığı bildirilmekle birlikte depresyon ile hipotalamus-hipofiz-tiroid bezi ekseninde görülen değişikliklerin ilişkisi tam olarak netlik kazanmamıştır (32).

2.5.3 Major Depresif Bozukluk ve Toplumsal-Ruhsal Etmenler

İçinde yaşadığımız topluma ait unsurların ve çevresel etmenlerin duygularımızı önemli oranda etkileyerek kimi zaman depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırladığı kimi zamansa seyirinde önemli rol oynadığı yadsınamaz bir gerçektir. Bununla birlikte, her yaşam olayının her bireyi aynı

şekilde etkilemediği de bilinmektedir. Biyolojik yapının çevresel etkenlerle etkileşimi bu noktada önem taşımakta ve duygulanım değişikliklerinin ve/veya depresyonun ortaya çıkıp çıkmaması ve şiddeti bakımından da belirleyici olmaktadır (19).

Önemli ekonomik sorunlar, aile içi stresör etmenler, iş yaşamındaki çatışmalar, iş kaybı, emeklilik, önemli bir yakının vefatı, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha birçok fiziksel ya da psikososyal etmen duygudurum bozukluğunun ortaya çıkmasında ve süregelenleşmesinde rol oynamaktadır (19).

Farklı kuramcılar duygudurum bozukluklarını kendi kuramlarının bakış açısıyla ele almakta, tedavi seçeneği sunmaktadır. Psikanalitik kuram, bilişsel kuram, davranışçı kuram bu açıdan öne çıkan, ele alınacak kuramlar olarak bahsedilecektir.

2.5.3.1 Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramcılar depresyonun oluşumu ile ilgili çok çeşitli ve farklı kuramsal açıklamalarda bulunmuşlardır. Klasik psikanalitik görüşe göre, depresif eğilimler erken dönem kayıp deneyimleri ile ilişkilidir. Bu kişiler memeden çok erken/aniden kesilmiş veya uyum sağlama kapasitelerinin çok üzerinde erken dönem hayal kırıklıkları yaşamış ve oral nitelikler (oral doyumu seven, duygusal deneyimleri yiyecek ya da açlıkla ilgili benzetmelerle açıklayan vb.) gösteren bireylerdir (33).

Freud' un 'Yas ve Melankoli' eserinde yas ve çökkünlüğün ortak ve ayrılan yönleri ele alınmış, yasta gerçek bir sevgi nesnesi yitimi ve kayıp sonrası dış dünyanın bazı yönlerden eksilmiş olarak algılanması söz konusuysa; depresyonda gerçek bir sevgi nesnesinin yitimi olmadan da kendiliğin bir parçasının hasar görmüş ya da yitirilmiş olarak algılanabildiğine vurgu yapılmıştır. Depresyonda katı olan üst benlik zemininde kişinin ambivalan duyguları (sevgi ve nefret) iç içe geçmiştir. Ambivalan duygular taşınan sevgi nesnesi yitirildiğinde ya da yitim duygusu geliştiğinde uyarılarak kişinin kendisine kin ve nefret olarak yöneltilir. Birey kin ve nefret kendisine yöneltilince öz saygı düşer; kişi kendini

değersiz, suçlu görür, yaşam anlamını yitirir. Artık ölümü bile hak ettiğini düşünen kişide böylece ruhsal çökkünlük oluşmuştur (34).

Melanie Klein'a göre, çocuğun engelleyen anneye yönelik yıkıcı fantezisi sonrasında derin bir pişmanlık gelir; çünkü yok edilen nesne yalnızca kötü nesne değil aynı zamanda derin şükran duyduğu sevgi nesnesidir. Yani Klein'a göre, hepimiz fantezide, engellemelerin ve acıların kaynağı olarak yaşantıladığımız nesnelere yönelen yoğun yıkıcılığa mahkumuzdur. Depresyondaki kaygı, suçluluk ve sonu gelmez onarma isteğinin kaynağı sevilen nesnelere yönelen bu yıkıcılıktır (35).

Ego psikolojisi kuramcılarında Edward Bibring' e göre benliğin rahat, uyumlu ve değerli olabilmesi için her kişinin gerçekleştirmeye çalıştığı beklentileri, özsevisel erekleri vardır. Değerli, güçlü ve sevilen olmak olarak sayılabilecek bu erekler herhangi bir yaşam olayı ya da durum neticesinde zedelenir, gerçekleşemeyeceği duygusu gelişirse benlik içinde bir çatışma doğar. Bir yandan çok güçlü özsevisel erekler, bir yandan bunları gerçekleştirememeye duygusu ile benlik güçsüz ve çaresiz kalır. Öz saygı düşer, çökkünlük gelişir (19).

2.5.3.2 Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramın öncüsü Aeron T. Beck, 1960' lı yıllarda depresyonun bilişsel olarak kişinin kendisi, çevresi ve geleceğiyle ilgili olumsuz yargılara sahip olmasından kaynaklandığını öne sürer. Beck' in kuramına göre duygusal bir bozukluğun doğasını anlamak için kişinin olaylara verdiği tepkilere eşlik eden bilişsel içeriğe ya da düşünce akışına odaklanmak gerekir. Bireylerde güncel olaylar karşısında 'hepsi benim hatam', 'suçluyum', 'yetersizim' gibi kişisel değerlendirmeler, çevre ve dünyaya karşı 'hayatım berbat durumda', 'herşey çok kötü', 'kimse bana yardım edemez' gibi düşünceler, geleceğe dair 'bu hiç düzelmeyecek' şeklinde inanışlar söz konusudur. Hastanın düşünce içeriğinin temelinde önemli bir kayıp yer alır. Mutluluk veya huzuru için çok gerekli gördüğü birşeyleri kaybetmiş olduğunu algılar, her önemli girişimle ilgili olumsuz sonuçlar bekler; kendini başarıya ulaşabilmek için gerekli gördüğü yetilerden yoksun olarak görür (36).

2.5.3.3 Davranışçı Kuram

Depresyonu davranışçı kuramın bakış açısıyla ele almada Seligman' ın deneylerinden çıkarılan 'öğrenilmiş çaresizlik' görüşünü ele almak gerekir. Seligman tarafından yapılan deneylerin sonucunda ortaya çıkan öğrenilmiş çaresizlik kuramının temelinde, canlıların kontrol edemedikleri olaylarla tekrarlayan şekilde karşılaştıklarında, bu canlılarda teslimiyet gelişmesi ve bu teslimiyet halinin canlıların ilerleyen zamanlardaki davranışlarını da etkilemesi ilkesi yer alır. Buna göre depresyon, kişinin yaşamın erken dönemlerinden beri karşılaştığı acı veren durumlar karşısında bunlardan kaçamaması ve kurtulamaması sonucunda edinilen öğrenilmiş çaresizlik nedeniyle, yaşamının ilerleyen dönemlerinde yaşadığı benzer durumlar karşısında, kişinin beklentisinin davranışını belirlemesi ile ilişkilidir (37).

2.6 İnsomni (Uykusuzluk)

Uykusuzluk genel olarak uykuya başlamada güçlük, yeterli süre ve uygun ortam olmasına karşın uykunun süresinde, bütünlüğünde ve kalitesinde yetersizlik ve bu durumların gün içine yansıyan olumsuz sonuçları olarak tanımlanmaktadır (38).

2.6.1 İnsomni (Uykusuzluk) Tanısal Sınıflandırma

DSM-5 ve uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırmasının üçüncü baskısı (ICSD-3) ile uykusuzluk bozukluğunun tanı ve sınıflandırmasında önemli değişiklikler yapılmıştır. Önceki sınıflandırma sistemlerinde birincil ve ikincil uykusuzluk bağlamı tanımlanmış, genel tıbbi duruma ya da bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olan uykusuzluklar ikincil uykusuzluk olarak adlandırılmıştır. İkincil uykusuzlukların eşlik eden bir bozukluk olarak incelenmesi önerilmiştir. Bu ayırım yeni sistemlerde kaldırılmıştır. İkincil uykusuzluk olarak tanımlanan durumların zamanla bağımsız, kendi içinde süregelen nitelikteki doğası, birincil neden tedavi edilebilse de uykusuzluğun devam edebilmesi, devam eden uykusuzluğun tekrar birincil nedeni tetikleyebilmesi ya da belirtilerini şiddetlendirmesi nedeniyle uykusuzluk bozukluğunun birincil ya da ikincil

uykusuzluk yerine eş zamanlı var olan bir bozukluk olarak ele alınması, tedavisine ayrı bir dikkat gösterilmesi gerektiği düşünülmektedir (6,39).

Kronik uykusuzluk bozukluğu tanı ölçütleri (ISCD-3) (39):

A-F ölçütlerini karşılamalıdır.

A. Hastanın kendi bildiri mi ya da bakıcısının bildiriminde aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası olmalıdır.

1. Uykuya başlama güçlüğü,
2. Uykuyu sürdürme güçlüğü,
3. İstenilenden daha erken uyanma,
4. Uygun olan yatma zamanında uykuya direnç gösterme,
5. Aile ya da bakıcı müdahalesi olmadan uyuma güçlüğü,

B. Hastanın kendi bildiri mi ya da bakıcısının bildiriminde uyku güçlüğü ile ilgili olarak aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası olmalıdır.

1. Yorgunluk, halsizlik,
2. Dikkat veya bellek bozukluğu,
3. Sosyal, mesleki, akademik performansta bozulma,
4. Duygudurum bozuklukları/irritabilite,
5. Gündüz uykululuğu,
6. Davranışsal sorunlar (hiperaktivite, impulsivite, agresyon vb.),
7. Motivasyon güçlüğü, enerji ya da inisiyatif almada azalma,
8. Hata, kaza yapmaya eğilimli olma,
9. Uyku ile ilgili kaygılar ya da memnuniyetsizlik,

- C. Bildirilen yakınmalar salt yetersiz imkan ya da koşullar ile açıklanamaz.
- D. Uyku bozukluğu ve ilişkili gün içi bulgular haftada en az üç kez olmalıdır.
- E. Uyku bozukluğu ve ilişkili gün içi bulgular en az üç aydır mevcut olmalıdır.
- F. Uyku/uyanıklık güçlüğü diğer bir uyku bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

2.6.2 İnsomni (Uykusuzluk) Epidemiyolojisi

Bir belirti olarak uykusuzluk en sık görülen uyku yakınması olup haftanın birkaç günü yaşanan kısa süreli uykusuzluk olarak ele alındığında toplumda yaygınlığı %30-50 iken, kronik uykusuzluk bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan hastaların genel nüfustaki yaygınlığı %6-10' dur (40,41).

Uykusuzluk bozukluğunda yaş ve cinsiyet önemli risk etmenleridir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla uykusuzluk bozukluğu görülürken, özellikle 45 yaşından sonra menopoz ile yaygınlığı artar. Epidemiyolojik çalışmaların hemen hemen hepsinde yaşla beraber bozukluk artarken, 65 yaş üstü bireylerde bir belirti olarak uykusuzluk sıklığı %50' lere ulaşmaktadır. Düşük gelir seviyesi, düşük eğitim düzeyi, dul veya boşanmış olmak riski artıran faktörlerdir (41).

Kronik uykusuzluk bozukluğunun ikincil olarak diğer tıbbi ya da psikiyatrik bozukluklara eşlik etme oranı yüksektir. Psikiyatrik bozukluklara eşlik eden ek tanı olarak bulunma oranı %30-40 iken, diğer tıbbi veya nörolojik bozukluklarda %4-11' dir (42).

Epidemiyolojik çalışmalar uykusuzluk bozukluğu olan hastaların %30-60' ının psikiyatrik hastalığı düşündürür bulgulara sahip olduğunu, %36' sının psikiyatrik bir tanı aldığını göstermektedir. Major depresyon tanısı alan hastaların yaklaşık %80' inde, anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların ise %90' a yakınında uykusuzluk belirtileri eşlik etmektedir. Ayrıca tedavi edilmemiş süregelen uykusuzluk psikiyatrik bozukluk gelişme oranını artırmaktadır (38). Uykusuzluk

belirtisi olan genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada 3.5 yıl sonra yeniden yapılan değerlendirmede yeni bir depresyon geçirme riskinin dört kat arttığı gözlenmiştir (43). 50 yaş üzeri olguların değerlendirildiği bir yıllık takip çalışmasında tedavi edilmemiş uykusuzluğun major depresyon gelişim riskini sekiz kat artırdığı gözlenmiştir (42).

2.6.3 Major Depresif Bozukluk ve Uyku

Uyku bozuklukları duygudurum bozukluklarının tanı ölçütleri arasında yer almasının yanı sıra şiddet sınıflandırmalarında da kullanılır. Duygudurum bozukluklarına uyku bozukluğunun eşlik etmesi klinik gidişatı etkilemekte, tedaviye yanıtı zorlaştırmakta, yinelemelere neden olabilmektedir (38).

MDB hastalarının çoğunda insomni, hipersomni ya da rüyalarla ilgili yakınmalar bulunur. Erken uyanma ve uykuya dalamama sıklıkla yakınılan belirtilerdir (5). Çalışmalarda depresif hastalardaki insomni oranı %90 ' ları bulabilmektedir (9). MDB hastalarının yaklaşık %30' unda hipersomni görülmektedir (44). Hipersomni insomniye kıyasla daha az görülmele birlikte genç erişkinlikte ve mevsimsel özellikli depresyonda daha sık olup kötü prognoza işaret etmektedir (45).

Kötü uyku kalitesi tedaviye kötü yanıt ile (46); tedavi sonrasında öznel uyku kalitesinde artış ise düşük relaps hızı ile ilişkili görülmüştür (47). İdame tedavisinde olmayan, remisyona giren hastalarda uyku kalitesinde devam eden düşüklük yineleme için bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (48). İnsomni yineleme öncesinde ilk bulgu olabilir (49). Özetle uyku kalitesinde bozukluk epizod içindeki hastalarda tedaviye kötü uyku yanıt, remisyondayken ise yineleme için risk etkenidir.

2.6.4 Major Depresif Bozuklukta Rezidü Belirti Olarak İnsomni

Depresyon hastalarının yaklaşık üçte birinde ilk basamak antidepresan tedaviye yanıt alınabildiği, hastalığın yineleyici doğası dikkate alındığında eşik altı-rezidü belirtilerin iyileşme önündeki en önemli engeller olduğu düşünülmektedir (4). Klinik olarak remisyonda olan hastaların %45' i kendisini

düzelmiş olarak tanımlanamamaktadır (50). Klinik derecelendirme ölçeklerine göre belirlenen remisyondaki hastalarda görülen eşik altı belirtiler, uzun dönem hastalığın yinelemesinin en önemli nedenlerindedir (51). Güncel tedavi seçeneklerinin bu belirtileri tam olarak ortadan kaldıramadığı durumlarda, depresyon hastalarında klinik belirtilerde düzelme saptansa dahi işlevsel düzelme sağlanamadığından, hastalık öncesi hayat kalitesi yakalanamamaktadır (52).

Rezidüel semptomların prevalansını, relaps açısından prediktör etkisini değerlendiren Tayland' ta yapılan bir çalışmada, depresyonu olan 224 hasta çalışmaya dahil edilmiş, hastaların %93.3' ünde tedavi sonrası rezidü belirtiler kalmış, 3 ay sonra 114 hasta Hamilton depresyon testi (HAM-D) skorlarına göre remisyonda görülmüştür. Remisyondaki hastaların %38.6' sı (44 hasta) 6 ay sonraki değerlendirmede nüks etmiştir. Regresyon analizi rezidüel uykusuzluk semptomlarının bu nüks vakaları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (53). Rezidü insomninin depresyonda relaps açısından riskini değerlendiren bir çalışmada Japonya' da depresyon nedeniyle 2006-2017 yılları arasında tedavi alan 30.381 hastanın verileri incelendiğinde; rezidü insomnisi olan 4166 hastada tedavi sonrası birinci yılda relaps oranı %43.4 iken insomnisi olmayan 26.215 hastada bu oran %7.4 olarak tespit edilmiştir (54). Bu veriler ışığında depresyondaki hastalarda uzun dönem relaps riskini önlemek için tüm rezidüel belirtilerin ele alınıp tedavi edilmesine ihtiyaç vardır.

2.6.5 Major Depresif Bozuklukta Uyku Bozukluğunun Tedavisi

Hem farmakoterapi hem psikoterapi depresyondaki hastalarda uyku üzerine olumlu etkileri olan tedavi seçenekleridir (5).

Trisiklik ajanlar sedasyon yaratarak, REM uykusunu baskılayarak kullanılabilen ajanlar olmakla beraber yan etki profilleri açısından dikkatli olunmalıdır (5).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) REM uykusunu azaltıp REM latansını uzatarak uykunun sayısal değerlendirme ölçütleri üzerine olumlu etkisi olan ajanlardır (5).

Trazodon REM uykusuna katkı sağlamamakla beraber yavaş dalga uykusunu artırarak hastalarda derin bir uyku hissi yaratan, SSGİ' lerle beraber kullanıldığında SSGİ' lerin neden olduğu yavaş dalga uyku bozukluğunu da önleyebilen bir ilaçtır (55).

Mirtazapin düşük dozlarda sedatif etkili, uykuyu sürdürme üzerine olumlu etkileri olan, yavaş dalga uykusunu da artıran bir ajandır (5).

Uyku yoksunluğunun duygudurum bozukluğu olan hastaların %60' ında yararlı olduğu kabul edilmekle beraber geri dönüşlü etkileri nedeniyle tedavideki etkisi kısıtlıdır (38).

Işık terapisi sirkadiyen ritmi düzenleyerek duygudurumu düzelteren, özellikle mevsimsel duygudurum bozukluğu gösteren hastalarda iyi sonuçlar verdiği düşünülen bir tedavi olmakla beraber yöntemsel sorunlar nedeniyle rutin uygulamada yaygın kullanılmayan bir tedavidir (56,57).

2.7 Uyku Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar

Uyku bozuklukları sağaltımında ilaç tedavilerinin yanı sıra çevresel düzenlemeler ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Uyku bozuklukları arasında psikoterapi ve psikososyal düzenlemelerden en fazla fayda sağlayan yöntem uykusuzluk sorunudur (38).

Uykusuzluğun bilişsel davranışçı terapisi (BDT) etkili bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir. Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 2005 yılında geliştirilen tanı ve sınıflandırma sistemi ve 2008 yılında yayımlanan kılavuzu, insomni tedavisinde davranışçı yöntemlerin kullanımını daha fazla önermektedir. BDT, hasta bazında uyarlanmış davranışçı yöntemler ile bilişsel ve ruhsal eğitim yaklaşımlarını birleştirmiş, etkinliği uzun süre devam eden bir yöntemdir (38).

BDT' nin bileşenleri:

1. Bilişsel terapi,

2. Genel uyku hijyeni,
3. Gevşeme eğitimi,
4. Uyarıcı kontrol terapisi,
5. Uyku kısıtlama terapisi (38).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde başarıyla kullanılan BDT, uzun yıllar süren çalışmalar sonucunda uykusuzluk yakınması olan bireyler için de özgül bir yapıya evrilmiştir. Terapi programı 6-8 seanstan oluşan ortalama 8 hafta süren bir programdır. Uykusuzluk için etkinliği gösterilmiş gerek davranışçı gerek bilişsel tüm yöntemler kombine edilerek kullanılır. İlk basamakta insomni sorununun ayırıcı tanısı ve nedene yönelik tedavi planlanır. Sonrasında uyku hijyeni, uyaran kontrolü, uyku kısıtlama, problem çözme, uyku hakkında işlevsel olmayan inançların ele alınması, uyku hakkında kaygı verici düşüncelerin azaltılması gibi basamakları vardır (58–60).

BDT-İ (İnsomni BDT' si) olarak kısaltılan bu yöntemde amaç hastadaki kaygı, yineleyici düşünce ve işlevsiz inançları ele alarak bunların uykusuzluk yakınmasının sürmesindeki rolünü beraber değerlendirerek, bunların yerine daha az kaygı uyandıran düşünce ve inançlar oluşturmaktır. Araştırmalar uykusuzluk yaşayan bireylerin genellikle uykusuzluğun sonuçlarını daha fazla felaketeştirdiğini, kendilerini uyumaya zorladıklarını, uyuyamayacakları günün ertesi için performanslarının belirgin şekilde olumsuz etkileneceğine yönelik yoğun kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur (58) (59).

Uykusuzluk için uygulanan bilişsel davranışçı terapi süreci değerlendirme oturumu ile başlar. Bu oturumda hastanın yaşam olayları, duygu ve düşünceleri, davranışları ve sonuçları konuşularak uykusuzluk sorunun nasıl geliştiği, psikoterapinin hangi hedefleri ele alacağı, hangi müdahalelerin yapılacağı konuşulur. Hastaya uyku günlüğü tutması öğretilerek sonraki toplantıda bu günlüğün değerlendirilmesi planlanır (38).

Değerlendirme sonrası birinci oturumda uyku günlüğü verileri incelenerek hastanın yatağa girme zamanı, uykuya dalma süresi, zihninden geçen düşünceler, gece boyunca uyanıp uyanmadığı, sabah yataktan çıkma zamanı, gündüz uykululuğu olup olmadığı değerlendirilir. Uyku günlüğünden yola çıkılarak ilk oturumda ayrıca uykusuz kalınan bir gece sonrası duygu ve düşünceleri, yatağa geçmeden uyku hakkında zihninden geçen düşünceler BDT' nin A-B-C-D modeli ile olay, düşünce, duygu ve davranışlar olarak formülize edilir. Bu formülasyon ile uykusuzluğun kesitsel ve uzunlamasına değerlendirme ile nasıl geliştiği, tetiklendiği ve sürdürüldüğü etmenler üzerinden değerlendirilir. Bu oturumda otomatik düşünce kaydı ödevi verilerek hastanın uyku günlüğü tutmasına devam etmesi sağlanır. Bu şekilde devam edilen 8 seans sürecinde uyku kısıtlaması, gevşeme eğitimi verilir. Son seansta uykusuzluğun yinelemesi durumunda neler yapılacağı konuşularak tamamlanır (59).

2.7.1 Bilişsel İşleme Tipleri (Bilişsel Çarpıtmalar)

Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireyin düşünce sürecini etkileyerek psikopatolojiye özgü bilişsel sonuçlara yol açar. Literatürde bilişsel hata veya çarpıtma olarak adlandırılan bu durum aslında her insanda bir düzeye kadar bulunan normal bilişsel süreçlerdir. Ancak ruhsal rahatsızlıklarda ya da kişilik bozukluğu olan bireylerde daha sık, sistematik ve uygunsuz biçimde ortaya çıkarlar. Bu tür durumlarda yaşamı giderek zorlaştırarak duruma uygun olmayan olumsuz otomatik düşünceleri ve uygunsuz bilişsel işlemleri meydana getirirler. Bu düşünceleri oluşturan temel işlemin özelliklerinin sınıflandırılıp adlandırılmasıyla çeşitli bilişsel işlem kategorileri (bilişsel hata tipleri) ortaya çıkar (12).

2.7.1.1 Keyfi Çıkarsama

Destekleyici kanıtlar olmadığı ya da tersine kanıtlar olduğu durumlarda bile belli bir sonuca ulaşmadır (12).

2.7.1.2 Seçici Soyutlama

Olayları bağlamından kopararak detaya odaklanma, durumun daha belirgin diğer özelliklerini ihmal etme ve bu sınırlı özellik zemininde bütün yaşantıyı kavramsallaştırmadır (12).

2.7.1.3 Aşırı Genelleme

Sınırlı sayıda örneği baz alarak oluşturulmuş bir genel kurala inanmak ve bunu izlemektir (12).

2.7.1.4 Büyütme ve Küçültme

Durumların yorumlanmasına öznel ağırlıklar atfederek olumsuz olayların daha büyük ağırlık taşıdığını, buna kıyasla olumlu olayların daha az önem taşıdığı şeklinde bir düşünce tarzıdır (12).

2.7.1.5 İkili (Hep ya da Hiç Biçiminde) Düşünme

Her türlü deneyim ve yaşantının iki uç bağlamında değerlendirilmesi, iki uç arasında yer alan noktaların görülmemesidir (12).

2.7.1.6 Kişiselleştirme

Kişinin kendisiyle ilgili olmayan veya çok az ilgili olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi, olayın olumsuz sonuçlarından kendini sorumlu tutmasıdır (12).

2.7.1.7 Felaketleştirme

Küçük bir kanıttan yola çıkarak o kanıtı da yeterince değerlendirmeden ve olması muhtemel diğer sonuçları hesaba katmaksızın durumu hep olumsuz olarak öngörmedir (12).

2.7.1.8 Olmalı İfadeleri (-meli, -malı düşünce tarzı)

Kişinin kendisinin ve diğerlerinin nasıl davranması, dünyanın nasıl olması gerektiği konusunda katı kurallarının olduğu, bu kuralların gerçekleşmemesi halinde olacak kötü sonuçların abartıldığı düşünce biçimidir (12).

2.7.1.9 Zihin Okuma

Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların da bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine veya bilmeleri gerektiğine inanmaktır (12).

2.7.1.10 Duygudan Sonuca Ulaşma

Tersine kanıtlar olmasına rağmen bunları yok sayarak ya da ihmal ederek sadece öyle hissedildiği için bir şeyin doğru olduğuna inanma durumudur (12).

2.7.1.11 Etiketleme

Daha uygun ve gerçeği kapsayabilecek değerlendirmeler yapmak yerine kişinin kendisine veya diğerlerine genel etiketler yapıştırması ve bütün durumu bu nitelemenin ışığında değerlendirmesidir (12).

2.7.2 Uyku ile İlgili İşlevsiz Düşünce ve Varsayımların Ele Alınması

Bilişsel çarpıtmalar, uykusuzluğun kronikleşmesine yol açan etmenlerdir. Uykusuzluk ile ilgili bilişsel çarpıtmalar içerisinde uykusuzluğun sonuçlarını ve gündüz işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini felaketleştirme (katastrofize etme) önemli bir yer tutar (38).

Felaketleştirme, endişe ve ruminasyonla ilgili bir kavram olup hoş olmayan bir sonuç olasılığının olduğu herhangi bir durumun olası en kötü sonuçları üzerinde fazlaca durmayı içerir (61). Felaketleştirmedeki en önemli nokta gelecekteki olayların irrasyonel olarak olumsuz şekilde gerçekleşeceği yönündeki tahminlerdir (62).

Uykusuzluğa felaketleştirme bağlamında bakıldığında uykusuzluk yaşayan bireylerin, uykusuzluğun oluşturabileceği olumsuz sonuçların olma olasılığını olduğundan daha yüksek gördüğü, bu olasılığın üzerinde çok durup sonuçlarını abarttığı, sonuçlar ile baş edemeyeceğini düşündüğü, psikolojik uyarılmışlık hali ile uyku ile daha fazla meşgul olduğu, uyku durumunu daha yakından takip ettiği görülür. Bu durum fizyolojik olarak uyarılmışlığa yol açar. Fizyolojik uyarılmışlık uykusuzluğu artırır. Sonuç olarak uykusuzluğa atfedilen

işlevsel olmayan bilişlere inanç pekişir. Ardından pekişen işlevsel olmayan bilişler uykusuzluk kısır döngüsünü tekrardan başlatır (11,13).

Uykusuzluğun BDT' sinde hastanın ihtiyaç duyduğu uyku ve uykusuz kalmanın sonuçları hakkında yapılan eğitimlerle felaket düzeyinde yaşadığı olumsuz beklentiler ve bunların arkasındaki inançlar değiştirilebilir. Davranışçı yaklaşımlara ek olarak uykusuzlukla ilgili işlevsel olmayan bu inançların ele alınması tedaviden daha iyi sonuçlar alınmasına katkıda bulunur (38).

Bu inançlar hastanın deneyimleri ile pekiştirilmiş olduğu için yalnızca doğru olmadıklarının anlatılarak açıklanması yeterli olmaz. Bu inançların davranışsal deneyimler ile ele alınması gerekir. Hastaya özgü inançlar davranışsal ödevler ile incelenmeli, işlevsiz inançları oluşturan düşünceler zayıflatılmalıdır. Uyku ile ilgili tespit edilen varsayımlar tespit edildikten sonra bu varsayımlar durumu destekleyen kanıtlar ile incelenir. Olgunun anlattığı kanıtların gerçekçi olup olmadığı birlikte ele alınır. Sonrasında bu varsayımı desteklemeyen kanıtlar sıralanır, oturumun sonunda özgül varsayıma olan inancın geldiği nokta tekrar sorulur. Bu şekilde işlevsel olmayan inançların somut olarak azalması ve bunun ortaya konulması terapideki kazanımlardan biridir (38).

2.8 Afektif Mizaç

Huy (mizaç), karakter ve kişilik farklı oluşumları ifade eden kavramlardır. Mizaç; yapısal ve biyolojik özellik gösteren, kalıtımla geçen, yaşam boyu neredeyse hiç değişim göstermeyen çekirdek duygu, düşünce ve davranış kalıplarıdır. Karakter ise aile fertlerinin yaklaşımları, yetiştirilme şekli ve bireysel tecrübeler doğrultusunda gelişen, sonradan öğrenilen tutumlar olup devinime sahip olan doğası nedeniyle zamanla değişebilen özellikleri ifade etmektedir. Kişilik ise; mizaç ve karakterin bileşimi ile oluşan bireysel dışa vurumdur (63). Günümüzde mizaç, bireyin afektif yönünü belirtmek üzere kullanılır.

Hipokrat döneminden itibaren bireylerin farklı mizaçlara sahip olduğu bilinmektedir. Hipokrat'ın humoral teorisi farklı mizaç özelliklerini tanımlamıştır (63). Yaklaşık 2500 yıl önce ilk kez mizacı kan (sanguin), balgam (flegmatik), sarı

safralı (kolerik) ve kara safralıdan (melankolik) oluşan dört vücut sıvısıyla ilişkilendirilerek incelemiştir (64).

Krapelin'e göre bireylerde dört ana mizaç özelliği baskındır (depresif, siklotimik, irritable, hipertimik). Baskın mizaç özelliklerinin, duygudurum bozukluklarına yatkınlık oluşturduğunu söylemiştir. Akiskal ve arkadaşları ise afektif mizaçların, duygudurum bozukluklarının çekirdek özellikleri olduğunu belirtmiş ve Krapelin'in tanımladığı 4 ana mizaca 'anksiyöz' mizacı eklemiştir (65).

2.8.1 Akiskal'e Göre Afektif Mizaç Tipleri

Depresif Mizaç:

Erken yaşta başlangıç (<21), başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı ve düşük şiddette depresyon, çok uyuma alışkanlığı (günde 9 saatten fazla), derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin) gibi özelliklere ek olarak; ümitsiz, kötümser, neşesiz, sessiz, pasif, kararsız, şüpheli olma, aşırı eleştirme ve şikayet etme, derin derin düşünme ve endişelenme, vicdanlı olma, kendi kendini disipline etme, kendini eleştirme, cezalandırma ve küçültme, başarısızlıklar, yetersizlikler ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yorma gibi Schneiderian depresif kişilik özelliklerini içerir (65).

Siklotimik Mizaç:

Erken yaşta başlama (<21 yaş), nadiren ötiminin olduğu sık ve kısa döngüler, bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünüşler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli görünüme sahiptirler. Öznel görünüşlerdeki ani geçişler, bitkin ve halsiz/canlı ve öforik olma, kötümserlik/iyimserlik, zihinsel konfüzyon/keskinleşmiş ve yaratıcı düşünme, düşük özgüven/aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı gibi geçişler iken; davranışsal görünüşlerdeki ani geçişler ise azalmış sözel dışavurum ya da çok konuşma, hipersomni ya da uyku ihtiyacının azalması, nedensiz ağlama ya da aşırı neşeli olma, içe dönük olma ya da aşırı dışa dönüklük ve üretkenlikte belirgin değişkenlik şeklinde olabilir (65).

Klinik popülasyondaki ailesel-genetik, biyolojik ve tedavi yanıt çalışmalarının yanı sıra klinik izlem araştırmaları, siklotimik bozukluk, bipolar II bozukluk ve bipolar I bozukluğun kendi arasında (66); eşikaltı (subsendromal) depresyon, hafif depresyon/distimi ve unipolar major depresyonun kendi arasında bir süreğenlik olduğunu göstermiştir (67).

Afektif mizaç ve major duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki olduğu karmaşık olmasına rağmen, çalışmalarda genellikle bipolar I bozuklukta hipertimi ve siklotimik mizaç özellikleri hakimken (16); unipolar major depresyonda ise depresif mizaç öne çıkmıştır (17). Bununla birlikte, depresif predominant olan bipolar I hastalarında karakteristik mizaç tipi depresif mizaç iken manik atak sıklığı yüksek olanlarda hipertimik mizaç daha yaygındır (18).

Klinik çalışmaların sonucu olarak farklı afektif mizaç tiplerinde (siklotimik, hipertimik, depresif, irritabl ve anksiyöz) duygudurum bozukluklarının subklinik bulgularının olduğu, afektif mizaçların sıklıkla bipolar bozukluk veya major depresyonun öncüsü olabildikleri, bu premorbid duygusal mizaç tiplerinin aynı zamanda polaritenin yönü ve akut duygudurum ataklarında semptom oluşumu da dahil olmak üzere hastalıkların klinik evriminde önemli bir rol oynayarak uzun vadeli seyri ve sonucu etkileyebildikleri kabul edilmektedir (14).

Hipertimik Mizaç

Erken yaşta başlama (<21 yaş), nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşikaltı hipomanik özellikler, az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dahil), yadsımanın çok fazla kullanılması gibi özelliklere ek olarak; irritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu olma, saf, özgüveni yüksek olma, abartılı olma, azimli olma, çok plan yapma, tedbirsiz olma, bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturma, aşırı konuşkan ve sıcakkanlı olma, insancıl veya dışa dönük olma, aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokma, baskılanmama, uyaran arama veya rasgele cinsel ilişkide bulunma gibi Schneiderian hipomanik kişilik özelliklerini içerir (65).

İrritabl Mizaç:

Erken yaşta başlama (<21 yaş), nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar olma (irritabl ve çabuk kızan olma), derin düşüncelere dalmaya meyilli olma, aşırı eleştirme ve şikâyet etme, mizahtan yoksun şakalar yapma, istenmediği yer ve zamanlarda bulunarak çevresindekilere rahatsızlık verme, disforik olma ve yerinde duramama, dürtüsellik, antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olma, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu gibi özellikleri içerir (65).

Anksiyöz Mizaç:

Erken yaşta başlama (<21 yaş), davranışsal inhibisyona yatkınlık, yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar karşısında psikolojik tepkisellik, anksiyete duyularının zararlı biyolojik ve psikolojik sonuçların göstergesi olabileceğine inanç, günlük değişimlere adaptasyonda zorluk, uykuya dalmakta zorluk ve dinlendirici olmayan uyku, psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlık gibi özellikleri içerir (65).

2.8.2 Afektif Mizaç ve Uyku İlişkisi

Uyku bozuklukları ve afektif mizaç tipleri arasındaki ilişkiyi gösteren az sayıda çalışma vardır. Akiskal ve ark.' ları 1979 yılında yaptıkları çalışmada siklotimik mizaçlı bireylerde değişken (artan ve azalan) uyku ihtiyacını tanımlarken (68), 2005 yılında yaptıkları çalışmada hipertimik mizaca sahip olan bireyleri daha az uyuyan bireyler olarak tanımlamışlardır (69).

Buna karşılık Ottoni ve ark.' larının yaptığı çalışmada depresif ve siklotimik mizaca sahip olmanın uyku latansında uzama ve uyku esnasında sık uyanma durumu ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir (70). Rovai ve ark.' ları ise irritabl mizacın siklotimik mizaçla örtüştüğünü, irritabl mizacın uykusuzlukla ilişkisinde siklotimik mizaçla benzer bir rol oynadığını öne sürmüştür (71).

2.8.3 Afektif Mizaç ve Duygudurum Bozuklukları İlişkisi

Yapılan çalışmalarda, baskın afektif mizaç özelliklerinin minör ve majör duygudurum bozukluklarının eşik altı (subsendromal) belirtileri olduğu

gösterilmiştir. Her beş kişiden birinde, baskın mizaç özelliklerinin olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç daha sıkken, erkeklerde ise hipertimik ve irritabl mizaç daha yaygındır. Moleküler genetik çalışmalarda ise depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizacın serotonerjik; hipertimik mizacın ise dopaminerjik sistem ile ilişkisi bulunmuştur (14).



3 YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Etik İzin ve Örneklem

Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine 15.06.2022-01.03.2023 tarihleri arasında ayaktan başvuran, 18-65 yaş arası, DSM-5 tanı kriterlerine göre MDB tanısı alan, çalışmaya onam veren 90 hasta ile 18-65 yaş arası, ruhsal yakınması olmayan, çalışmaya katılmaya onam veren 90 sağlıklı bireyin dahil edildiği vaka-kontrol çalışmasıdır. Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.06.2022 tarih ve 10-16 sayılı etik kurul kararı ile onaylanmıştır.

Araştırma kapsamında kaç hasta ile çalışılacağını belirlemek ve baştan araştırmanın gücüne dair tahminleme yapabilmek için G*Power ile örneklem tahminlemesi yapılmıştır. Bu tahminlemede iki yönlü hipotez testi, H_1R^2 değeri '0.2', H_2R^2 değeri '0', 0.05 hata payı, %80 güç, çoklu doğrusal regresyon için yedi tahminci (predictor) değişken esas alındığında araştırmada minimum 79 major depresyon tanısı olan hasta ile çalışılması gerekliliği hesaplanmıştır.

3.2 Araştırmaya Alım Ölçütleri

Hasta Grubunda;

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak,
2. DSM-5 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı almak,
3. 18-65 yaş arası olmak,
4. Uyku kalitesini etkileyen başka bir farmakolojik ajan kullanmıyor olmak.

Kontrol grubunda;

1. 18-65 yaş arası olmak,
2. Aktif ruhsal yakınması olmamak,
3. Aktif psikiyatrik tedavi almamak.

3.3 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. Herhangi bir birincil uyku bozukluğu olması,
2. Kronik psikiyatrik hastalık eş tanısı olması (şizofreni, bipolar bozukluk, bilişsel bozukluk, mental retardasyon vb. tanılarından herhangi birinin olması),
3. Ruhsal durumunu ve uyku düzenini etkileyen ve son 6 ayda atak geçirmesine ya da tedavi doz değişikliğine neden olan ek tıbbi hastalığı olması (nörolojik hastalık, multipl skleroz, Huntington koresi, demans, serebrovasküler hastalık, sistemik lupus eritematozus, tiroid fonksiyon bozukluğu, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, onkolojik rahatsızlıklar, kronik obstruktif akciğer hastalığı, uyku apne sendromu, dekompanse kalp yetmezliği vb.),
4. Gebelik olması,
5. Psikotrop ajan kullanıyor olması,
6. Alkol-madde kullanım bozukluğu eş tanısı olması,
7. Ölçekleri doldurmasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi durumunun olması (görme-duyma, okuma-yazma engeli).

3.4 Uygulama ve Veri Toplama Araçları

3.4.1 Uygulama

DSM-5 tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı almış hastalar ile sağlıklı kontrollere, araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilip onam formu imzalatıldıktan sonra, sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Özbildirime dayalı olan ölçekler hakkında bilgilendirme yapılarak sonrasında tüm katılımcılardan BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ, UFÖ ve TEMPS-A mizaç envanterini doldurmaları istenmiştir. Her hastaya yaklaşık 45-60 dakika zaman ayrılmıştır.

3.4.2 Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda hasta ve kontrol grubunda yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni

durum, çocuk sayısı, yaşadığı yer, beraber yaşadığı kişiler, ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, sigara-alkol-madde kullanımı olup olmadığı, ek hastalık olup olmadığı, daha önce depresyon tanısı olup olmadığı, oldu ise geçirilen atak sayısı, intihar girişimi ve önceki tedavi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı sorgulanmaktadır.

2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve ark.' ları tarafından adolesan ve erişkin depresyonlu hastaların psikanalitik tedavileri sonucunda bu hastalarda sıkça görülen bilişsel, somatik, duyuşsal ve motivasyonla ilişkili belirtilere dayanılarak depresyonun şiddetini ölçmek, tedaviye yanıtı izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik-güvenilirlik çalışması Hisli ve Tegin tarafından yapılmıştır. Depresyona özgü semptom ve davranışlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve toplam 21 maddeden oluşan likert tipi ölçektir. Her madde 0-3 arası kademeli puan almaktadır. Toplam değer 0-63 arasında değişir. Alınan puanın artması hastanın depresyon belirtilerinin düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Türkiye'de genel olarak 15 ve üzeri puan depresyon olarak kabul edilmektedir. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach alfa değeri çalışma grubu için 0,83 ve kontrol grubu için 0,82 olarak hesaplanmıştır (72).

3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark.' ları tarafından 1988' de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0–3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0–63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları; Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach alfa değeri çalışma grubu için 0,91 ve kontrol grubu için 0,94 olarak hesaplanmıştır (73).

4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Buysse ve ark.' ları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, 1996'da Ağargün ve ark.' ları tarafından da Türkçe

geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Uyku bozukluğu olan kişileri sağlıklı kişilerden ayırt etmeye, uyku sorunlarını saptamaya, uyku niteliğini belirlemeye yarayan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Ölçeğin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur ve kalan 5 soru ise eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmak üzere hazırlanmıştır. Sözü edilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Öz bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19. soru) bir oda arkadaşının bulunup bulunmadığı ile ilgilidir; ancak ölçek toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Ancak uyku sorunu olan bireyin yakınının verdiği bilgileri de dikkate alır. Ölçeğin puanlanan toplam 18 sorusu 7 bileşenden oluşur; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu. Ölçeğin toplam puanının 5' ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterir (74).

5. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ): Bastien ve ark.' ları tarafından 2001 yılında geliştirilmiş, Boysan ve ark.' ları tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. İnsomni belirtilerinin şiddetini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir ve DSM-4' te yer alan insomni tanı grubunda tanımlanan belirtilerle uyumlu toplam 7 madde yer almaktadır. İlk maddede uykuya dalma güçlüğü, uykuyu sürdürme güçlüğü ve çok erken uyanma sorgulandıktan sonra, bu sorunların bireyin günlük yaşamını ve yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediği araştırılmaktadır. 5' li likert tipinde (0-4) öz bildirim ölçeği olup ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmektedir. Puanlar arttıkça uykusuzluk düzeyi önemsiz, alt eşik, orta düzey, şiddetli uykusuzluk gibi kategorilere karşılık gelmektedir (75).

6. Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği (UFÖ): Jansson-Fröjmark ve ark.' ları tarafından 2020 yılında geliştirilmiş, 6' lı likert tipinde öz bildirim ölçeğidir. 2021 yılında 2 farklı çalışma ile Türkçe geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir. Orijinali 17 sorudan oluşmakta olup 17 soruluk formu Kabadayı ve ark.' ları tarafından 17-29 yaş arası popülasyon için Türkçe geçerli-güvenilir olup; Uygur ve ark.' ları tarafından düzenlenen 12 maddelik formunun Türk toplumunda 18-65 yaş arası popülasyonda geçerlik-güvenilirliği tespit edilmiştir. Ölçek gece ve

gündüz formları olmak üzere iki farklı alt formdan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir form ayrı ayrı toplam puan vermektedir. UFÖ gece formunda yükselen puanlar, bireylerin gece boyunca uykusuzlukla ilişkili felaketleştirici düşüncelerinin artış eğiliminde olduğunu gösterir. UFÖ gündüz formunda yükselen puanlar, bireylerin gün içerisinde uykusuzlukla ilişkili felaketleştirici düşüncelerinin artış eğiliminde olduğunu gösterir. UFÖ son versiyonunun toplam, gece ve gündüz alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0.958, 0.941 ve 0.955 olarak bulunmuştur (76).

7. TEMPS-A Mizaç Ölçeği (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire): Ölçek Hagop Akiskal ve ark.' ları tarafından geliştirilmiş, Vahip ve ark.' ları tarafından 2005 yılında Türkçe geçerlik-güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu 'yaşamın büyük bir bölümü' için mizaç özelliklerini sorgulayan 99 sorudan oluşmakta, sorulara verilen doğruyanlış şeklindeki yanıtların değerlendirilmesi ile baskın mizaç tipi tanımlanmaktadır. 5 çeşit mizaca vurgu yapılır (depresif, siklotimik, hipertimik, irritable, anksiyöz mizaç). Her 5 kişiden birinin baskın afektif mizaç özellikleri olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (77).

3.5 İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS Paket Program 25.0 sürümü ile analiz edildi. Elde edilen verilerin özetlenmesi için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Sürekli (sayısal) değişkenler, yaş, UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları, BDÖ ve BAÖ puanları, UŞİ ve TEMPS-A mizaç ölçeği puanları dağılıma bağlı olarak ortalama \pm standart sapma veya medyan, minimum ve maksimum değerlerle ifade edilirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Sayısal değişkenlerin normallik durumları; *Shapiro-Wilk*, *Kolmogorov-Smirnov* ve *Anderson-Darling testleri* ile değerlendirildi.

Gruplar arasındaki kategorik değişkenlerin farklılıkları, beklenen gözlem değerleri 5 ve üzerinde olan 2x2 tablolar için *Pearson Ki-Kare testi*, beklenen gözlem değerleri 5'in altında olan tablolar için *Fisher's Exact Test* ve beklenen gözlem değerleri 5'in altında olan RxC tablolar için *Fisher Freeman Halton testi* ile analiz edildi.

Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki bağımsız iki grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda *Independent Samples T-Test*, normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Depresyon şiddeti grupları arasındaki bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda *Kruskall Wallis H testi* uygulandı. Parametrik olmayan testlerde ise gruplar arasındaki farklılıklar *Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi* ile değerlendirildi.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, her bir gruptaki değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda *Spearman's Rho korelasyon katsayısı* kullanıldı. Korelasyon analizleri, yaş, depresyon, anksiyete ve mizaç puanları ile UFÖ gece, gündüz ve toplam puanları arasında gerçekleştirildi.

Bu çalışmada UFO gündüz, gece ve toplam puanları ile demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkileri, doğrusal regresyon analizi ile incelendi. Bu analizlerde, yaş, BDÖ ve BAÖ puanları, UŞİ ve TEMPS-A mizaç ölçeği puanları arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

İstatistiksel analizler Jamovi (Version 2.3.24.0) ve JASP (Version 0.17.1) programları kullanılarak yapıldı. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-değeri) olarak dikkate alındı.

4 BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamıza major depresyon tanısı alan 90 hasta ile ruhsal yakınması olmayan 90 sağlıklı birey olmak üzere toplamda 180 katılımcı dahil edilmiştir.

Hem hasta hem kontrol grubunda katılımcıların %80' i kadın (n=72), %20' si erkektir (n=18). Hasta grubunun yaş ortalaması $32,2 \pm 13,6$; eğitim durumu olarak %55,6' sı (n=50) üniversite mezunu; %40' ı evli (n=36), %51,1' i bekar (n=46), %98,9' u (n=89) şehir merkezinde yaşamaktadır. Depresyon hastaları ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu bireyler çalışmaya dahil edilmiş, iki grup arasında meslek, medeni durum, çocuk sayısı ve yaşadıkları yer açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Sağlıklı kontrollerde, depresyon hastalarına kıyasla tek başına yaşama oranı daha yüksektir, ancak "diğer" kategori depresyon hastalarında kontrollerden daha sık görülmüştür ($p=0.017$). Depresyon hastalarında ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların oranı sağlıklı kontrollerden daha fazla iken, ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendiren bireylerin oranı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.016$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Depresyon hastaları ve sağlıklı kontroller arasındaki demografik değişkenlerin karşılaştırılması

	Grup		p-değeri
	Kontrol(n=90)	Vaka (n=90)	
Demografik Bilgiler ▼			
Cinsiyet †			
Kadın	72 (80,0)	72 (80,0)	0,999***
Erkek	18 (20,0)	18 (20,0)	
Yaş †	34,4 ± 13,4	32,2 ± 13,6	0,292*
Meslek †			
Çalışmıyor	12 (13,3)	22 (24,4)	0,059***
Öğrenci	33 (36,7)	33 (36,7)	
Memur	19 (21,1)	9 (10,0)	
İşçi	17 (18,9)	10 (11,1)	
Emekli	3 (3,3)	5 (5,6)	
Diğer (esnaf, kendi işi)	6 (6,7)	11 (12,2)	
Eğitim Durumu †			
İlköğretim	21 (23,3)	21 (23,3)	0,999***
Lise	19 (21,1)	19 (21,1)	
Üniversite	50 (55,6)	50 (55,6)	
Medeni Durum †			
Evli	39 (43,3)	36 (40,0)	0,891***
Bekar	44 (48,9)	46 (51,1)	
Dul	7 (7,8)	8 (8,9)	
Çocuk Sayısı §	0,0 [0,0- 4,0]	0,0 [0,0- 4,0]	0,923**
Yaşadığı Yer †			
Şehir merkezi	88 (97,8)	89 (98,9)	0,999***
Kırsal kesim	2 (2,2)	1 (1,1)	
Berber Yaşadığı †			
Tek başına	16 (17,8)	8 (8,9)	0,017***
Aile ile	62 (68,9)	56 (62,2)	
Diğer (yurtta arkadaşları ile vs)	12 (13,3)	26 (28,9)	
Ekonomik Durum †			
Kötü	5 (5,6)	17 (18,9)	0,016***
Orta	64 (71,1)	57 (63,3)	
İyi	18 (20,0)	16 (17,8)	
Çok iyi	3 (3,3)	0 (0,0)	

*. Independent Samples T-Test.

** . Mann-Whitney U test.

***. Pearson Chi-Square/Fisher's Exact test/Fisher Freeman Halton test.

‡: n (%), †: Ortalama ± Standart sapma, §: Medyan [Minimum-maksimum]

4.2 Klinik Özelliklere İlişkin Bulgular

Depresyon hastalarında sigara içme oranı, sağlıklı kontrollere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.007$). Alkol ve madde kullanımı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Depresyon hastalarında geçmişte yaşanan depresyon öyküsü, geçirilmiş

depresyon atakları ve intihar girişimi sağlıklı kontrollere göre daha fazla saptanmıştır ($p<0.05$). Buna karşın, ek hastalıklar ve ailedeki psikiyatrik hastalık öyküleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde yaşam tarzı alışkanlıkları ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Grup		p-değeri
	Kontrol(n=90)	Vaka (n=90)	
Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklar ▼ ‡			
Sigara, var	32 (35,6)	51 (56,7)	0,007**
Alkol, var	39 (43,3)	45 (50,0)	0,455**
Madde, var	1 (1,1)	0 (0,0)	0,999**
Depresyon Geçmişi ve Komorbidite Durumlar ▼ ‡			
Ek Hastalık, var ‡	14 (15,6)	19 (21,1)	0,441**
Depresyon Geçmişi, var ‡	21 (23,3)	56 (62,2)	<0,001**
Depresyon Atak Sayısı §	0,0 [0,0- 5,0]	1,0 [0,0- 10,0]	<0,001*
İntihar Girişimi, var ‡	3 (3,3)	15 (16,7)	0,006**
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü, var ‡	37 (41,1)	46 (51,1)	0,232**

*. Mann-Whitney U test.

**.. Pearson Chi-Square/Fisher's Exact test

‡: n (%), §: Medyan [Minimum-maksimum]

4.3 Klinik Ölçeklerin Karşılaştırılması

Depresyon hastalarında BDÖ skoru ortalaması 27,5 [10,0- 48,0] iken kontrol grubunun ortalaması 7.5 [0,0- 38,0] olup depresyon grubunda kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Depresyon hastalarında orta ve şiddetli depresyon daha sık görülürken, kontrollerde ise hafif depresyon veya depresyonun olmaması daha yaygındır. Depresyon hastalarında BAÖ skoru ortalaması 23 [6,0- 52,0] iken kontrol grubunun ortalaması 4 [0,0- 43,0] olup depresyon grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek tespit edilmiştir. Orta ve şiddetli anksiyete kategorileri depresyon hastalarında daha yaygınken, hafif anksiyete kategorileri gruplar arasında benzerdir. Kontrollerde anksiyete "yok" kategorisi, depresyon hastalarına göre daha sık görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 4.3).

PUKİ toplam skoru ortalaması 8.5 [1,0- 20,0], PUKİ alt bileşenlerinde öznel uyku kalitesi skoru ortalaması 2 [0,0- 3,0], uyku latansı skoru ortalaması 2 [0,0-

3,0], uyku süresi skoru ortalaması 1 [0,0- 3,0], uyku bozukluğu skoru ortalaması 2 [0,0- 3,0], gündüz işlevselliği skoru ortalaması 1 [0,0- 3,0], ve uyku etkinliği skoru ortalaması 0 [0,0- 3,0] olup kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha yüksektir (her biri için $p<0.05$). Uyku ilacı kullanım puanları ise benzerdir ($p=0.637$). Hasta grubunda UFÖ gece puan ortalaması 13 [0,0- 35,0], UFÖ gündüz puan ortalaması 9 [0,0- 25,0] ve UFÖ toplam puan ortalaması 24 [0,0- 55,0] olup kontrollere göre önemli ölçüde daha yüksektir ($p<0.001$) (Tablo 4.3).

Hasta grubunda TEMPS-A mizaç ölçeği bileşenlerinden depresif mizaç skoru ortalaması 9 [1,0- 16,0], irritabl mizaç skoru ortalaması 7 [0,0- 17,0], anksiyöz mizaç skoru ortalaması 14 [2,0- 23,0], siklotimik mizaç skoru ortalaması 12,5 [0,0- 19,0] olup kontrollerden önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertimik mizaç puan ortalaması kontrol grubunda 10 [0,0- 14,0], hasta grubunda 7 [1,0- 18,0] olup kontrollerde daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon grubunda depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç varlığı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksekken (her biri için $p<0.05$), siklotimik mizaç görülme sıklığı benzerdir ($p=0.444$). Hipertimik mizaç her iki grupta da gözlenmemiştir. Depresyon grubunda hastaların %26,7' sinde ($n=24$) yalnızca 1 baskın mizaç tespit edilirken, %14,4' ünde ($n=13$) 2 veya daha fazla baskın mizaç tespit edilmiştir. Kontrol grubunda bireylerin %4,4' ünde ($n=4$) yalnızca 1 baskın mizaç, %1,1' inde ($n=1$) 2 veya daha fazla baskın mizaç tespit edilmiştir. Depresyon hastalarında kontrol grubuna göre baskın mizaç daha sık görülürken, depresyon grubundaki baskın mizaç sayıları da kontrollerden daha yüksektir ($p<0.001$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde klinik, uyku ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

	Grup		p-değeri
	Kontrol(n=90)	Vaka (n=90)	
Depresyon ve Anksiyete Şiddeti Puanları ▼			
Beck Depresyon Ölçeği Skoru §	7,5 [0,0- 38,0]	27,5 [10,0- 48,0]	<0,001*
Beck Depresyon Kategorisi ‡			
Yok	56 (62,2)	0 (0,0)	
Hafif	21 (23,3)	12 (13,3)	<0,001**
Orta	11 (12,2)	39 (43,3)	
Şiddetli	2 (2,2)	39 (43,3)	
Beck Anksiyete Ölçeği Skoru §	4,0 [0,0- 43,0]	23,0 [6,0- 52,0]	<0,001*
Beck Anksiyete Kategorisi ‡			
Yok	62 (68,9)	1 (1,1)	
Hafif	16 (17,8)	15 (16,7)	<0,001**
Orta	7 (7,8)	39 (43,3)	
Şiddetli	5 (5,6)	35 (38,9)	
Uyku Problemleri ve Şiddeti ▼ §			
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	4,0 [0,0- 20,0]	14,0 [0,0- 26,0]	<0,001*
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skor	4,0 [0,0- 13,0]	8,5 [1,0- 20,0]	<0,001*
Öznel Uyku Kalitesi	1,0 [0,0- 8,0]	2,0 [0,0- 3,0]	<0,001*
Uyku Latansı (Uykuya Dalma Süresi)	1,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	<0,001*
Uyku Süresi	0,0 [0,0- 3,0]	1,0 [0,0- 3,0]	0,007*
Uyku Etkinliği (Uyandırmayan Uyku Süresi Yüzdesi)	0,0 [0,0- 3,0]	0,0 [0,0- 3,0]	<0,001*
Uyku Bozukluğu (Gece Uyanmaların Sıklığı)	1,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	<0,001*
Uyku İlacı Kullanımı	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 3,0]	0,637*
Gündüz İşlevselliği (Gündüz Uykululuk ve Enerji Düzeyi)	0,0 [0,0- 3,0]	1,0 [0,0- 3,0]	<0,001*
Uykusuzluğu Felaketeleştirme Ölçeği ▼ §			
UFÖ Gece	1,0 [0,0- 35,0]	13,0 [0,0- 35,0]	<0,001*
UFÖ Gündüz	2,5 [0,0- 25,0]	9,0 [0,0- 25,0]	<0,001*
UFÖ Toplam	4,5 [0,0- 60,0]	24,0 [0,0- 55,0]	<0,001*
Mizaç Özellikleri (TEMPS-A) ▼ ‡			
TEMPS-A Depresif, var	3 (3,3)	17 (18,9)	0,002**
TEMPS-A Siklotimik, var	2 (2,2)	5 (5,6)	0,444**
TEMPS-A İrritabl, var	1 (1,1)	8 (8,9)	0,034**
TEMPS-A Anksiyöz, var	2 (2,2)	23 (25,6)	<0,001**
TEMPS-A Baskın Mizaç			
Yok	85 (94,4)	53 (58,9)	
Yalnızca 1 mizaç	4 (4,4)	24 (26,7)	<0,001**
2 veya fazla baskın mizaç	1 (1,1)	13 (14,4)	
TEMPS-A Depresif Skor §	4,0 [0,0- 14,0]	9,0 [1,0- 16,0]	<0,001*
TEMPS-A Siklotimik Skor §	6,0 [0,0- 18,0]	12,5 [0,0- 19,0]	<0,001*
TEMPS-A Hipertimik Skor §	10,0 [0,0- 19,0]	7,0 [1,0- 18,0]	0,004*
TEMPS-A İrritabl Skor §	1,0 [0,0- 13,0]	7,0 [0,0- 17,0]	<0,001*
TEMPS-A Anksiyöz Skor §	4,0 [0,0- 18,0]	14,0 [2,0- 23,0]	<0,001*

*. Mann-Whitney U test.

** . Pearson Chi-Square/Fisher's Exact test/Fisher Freeman Halton test

‡: n (%), §: Medyan [Minimum-maksimum]

4.4 Hasta Grubunda Depresyon Şiddetine Göre Uyku ve Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hasta grubunda depresyon şiddetine göre (hafif-orta-şiddetli) gruplar arasında PUKİ alt bileşenleri karşılaştırıldığında öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (her biri için $p>0.05$). PUKİ toplam puanları, uyku latansı ve gündüz işlevselliği puanları, UŞİ puanları karşılaştırıldığında şiddetli depresyonu olan hastalarda hafif depresyonu olanlara göre önemli ölçüde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Depresyon şiddetine göre UFÖ gece puanları karşılaştırıldığında, en yüksek puanların şiddetli depresyonda olduğu ve ardından orta ve hafif şiddette depresyon gruplarının geldiği görülmektedir ($\$>O>H$, her bir ikili karşılaştırma için $p<0.05$). Depresyon şiddetine göre UFÖ gündüz puanları karşılaştırıldığında, şiddetli depresyon grubunda puanların hafif depresyon grubuna göre önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.015$). Depresyon şiddetine göre UFÖ toplam puanları karşılaştırıldığında ise, şiddetli ve orta düzeyde depresyonu olan hastaların, hafif depresyonu olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $p=0.020$ ve $p<0.001$) (Tablo 4.4).

Depresyon şiddetine göre mizaç özellikleri karşılaştırıldığında; depresif, siklotimik ve irritabl mizaç varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (her biri için $p>0.05$). Anksiyöz mizaç, şiddetli depresyon hastalarında en sık görülen mizaç olup, ardından orta ve hafif şiddette depresyon vakaları gelmektedir ($p=0.046$). Baskın mizaç açısından yapılan karşılaştırmalarda, en az bir baskın mizaç özelliğinin daha çok şiddetli depresyonda görüldüğü ve ardından orta ve hafif şiddette depresyon gruplarının geldiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde, iki veya daha fazla mizaç özelliği gözlenen depresyon şiddeti grupları sırasıyla şiddetli, orta ve hafif depresyon gruplarıdır ($p=0.006$) (Tablo 4.4).

TEMPS-A Mizaç ölçeği depresif mizaç puanları, orta ve şiddetli depresyonu olan hastalarda, hafif depresyonu olanlara göre önemli ölçüde daha

Tablo 4.4. Depresyon şiddetine göre uyku ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

	Depresyon			Post-Hoc Sonuçlar***			
	Hafif (n=12)	Orta (n=39)	Şiddetli (n=39)	p-değeri	H-O	H-Ş	O-Ş
Uyku Problemleri ve Şiddeti ▼ §							
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	9,0 [0,0- 16,0]	13,0 [0,0- 25,0]	15,0 [4,0- 26,0]	0,003*	0,106	0,003	0,150
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skor	5,5 [1,0- 14,0]	8,0 [1,0- 17,0]	10,0 [4,0- 20,0]	0,010*	0,257	0,013	0,127
Öznel Uyku Kalitesi	1,5 [1,0- 2,0]	2,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	0,097*	-	-	-
Uyku Latansı (Uykuya Dalma Süresi)	1,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	3,0 [0,0- 3,0]	0,011*	0,172	0,018	0,143
Uyku Süresi	0,5 [0,0- 3,0]	1,0 [0,0- 3,0]	1,0 [0,0- 3,0]	0,747*	-	-	-
Uyku Etkinliği (Uyandırmayan Uyku Süresi Yüzdesi)	0,0 [0,0- 3,0]	0,0 [0,0- 3,0]	0,0 [0,0- 3,0]	0,367*	-	-	-
Uyku Bozukluğu (Gece Uyanmaların Sıklığı)	1,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	2,0 [1,0- 3,0]	0,066*	-	-	-
Uyku İlacı Kullanımı	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 0,0]	0,0 [0,0- 3,0]	0,273*	-	-	-
Gündüz İşlevselliği (Gündüz Uykululuk ve Enerji Düzeyi)	1,0 [0,0- 2,0]	2,0 [0,0- 3,0]	2,0 [0,0- 3,0]	0,017*	0,168	0,012	0,360
Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği ▼ §							
UFÖ Gece	2,0 [0,0- 13,0]	11,0 [0,0- 35,0]	20,0 [0,0- 31,0]	<0,001*	0,011	<0,001	0,023
UFÖ Gündüz	4,5 [0,0- 15,0]	8,0 [0,0- 24,0]	10,0 [0,0- 25,0]	0,024*	0,179	0,015	0,447
UFÖ Toplam	6,0 [0,0- 26,0]	22,0 [0,0- 55,0]	32,0 [0,0- 53,0]	<0,001*	0,020	<0,001	0,065
Mizaç Özellikleri (TEMPS-A) ▼ ‡							
TEMPS-A Depresif, var	0 (0,0)	6 (15,4)	11 (28,2)	0,074**	-	-	-
TEMPS-A Siklotimik, var	0 (0,0)	2 (5,1)	3 (7,7)	0,999**	-	-	-
TEMPS-A İrritabl, var	0 (0,0)	3 (7,7)	5 (12,8)	0,629**	-	-	-
TEMPS-A Anksiyöz, var	1 (8,3)	7 (17,9)	15 (38,5)	0,046**	-	-	-
TEMPS-A Baskın Mizaç							
Yok	11 (91,7)	27 (69,2)	15 (38,5)		-	-	-
Yalnızca 1 Mizaç	1 (8,3)	7 (17,9)	16 (41,0)	0,006**	-	-	-
2 veya fazla baskın mizaç	0 (0,0)	5 (12,8)	8 (20,5)		-	-	-
Mizaç Özellikleri (TEMPS-A) ▼ §							
TEMPS-A Depresif Skor	6,0 [3,0- 10,0]	9,0 [1,0- 16,0]	11,0 [4,0- 16,0]	<0,001*	0,018	<0,001	0,108
TEMPS-A Siklotimik Skor	8,0 [0,0- 12,0]	12,0 [0,0- 19,0]	15,0 [4,0- 19,0]	<0,001*	0,007	<0,001	0,050
TEMPS-A Hipertimik Skor	5,5 [3,0- 16,0]	6,0 [2,0- 18,0]	7,0 [1,0- 15,0]	0,942*	-	-	-
TEMPS-A İrritabl Skor	3,5 [0,0- 11,0]	6,0 [0,0- 17,0]	9,0 [0,0- 15,0]	0,010*	0,082	0,012	0,268
TEMPS-A Anksiyöz Skor	9,0 [3,0- 21,0]	12,0 [2,0- 20,0]	16,0 [3,0- 23,0]	0,004*	0,074	0,009	0,110

*. Kruskal Wallis-H test.
**. Fisher Freeman Halton test.
***. Çoklu karşılaştırmalar için Dwass-Steel-Critchlow-Fligner
‡: n (%), §: Medyan [Minimum-maksimum]

yüksektir (sırasıyla $p=0.018$ ve $p<0.001$). TEMPS-A siklotimik mizaç puanları en yüksek değeri şiddetli depresyon grubunda gösterirken, onu sırasıyla orta ve hafif şiddette depresyon olguları takip etmektedir (her bir ikili karşılaştırma için $p<0.05$). TEMPS-A irritabl ve anksiyöz mizaç puanları ise şiddetli depresyonu olan hastalarda hafif depresyonu olanlara göre önemli ölçüde daha yüksektir (sırasıyla $p=0.012$ ve $p=0.009$). TEMPS-A hipertimik mizaç puanlarında ise depresyon şiddetine göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.942$) (Tablo 4.4).

4.5 Korelasyon Analizleri

Depresyon hastalarında UFÖ gece puanları ile yaş arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0.003$, $r=-0,307$). Ayrıca, BDÖ ($r=0,551$), BAÖ ($r=0,516$), UŞİ ($r=0,668$), PUKİ ($r=0,509$), TEMPS-A siklotimik mizaç puanları ($r=0,568$), TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,504$) ile UFÖ gece puanları arasında yüksek derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken; TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,337$), TEMPS-A irritabl mizaç puanları ($r=0.387$) ile UFÖ gece puanları arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (her biri için $p<0.05$). Bununla birlikte, TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ile UFÖ gece puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.661$) (Tablo 4.5).

Depresyon hastalarında UFÖ gündüz puanları ile yaş arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki bulunurken ($p<0.001$, $r=-0,357$), diğer yandan UŞİ ($r=0,542$) ile yüksek derecede anlamlı ilişki; BDÖ siklotimik mizaç puanları ($r=0,484$) ve TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,391$) ile orta düzeyde anlamlı ilişki; BAÖ ($r=0,296$), PUKİ ($r=0,282$), TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,287$) arasında düşük derecede anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (her biri için $p<0.05$). Ancak, TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ve TEMPS-A irritabl mizaç puanları ile UFÖ gündüz puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.280$ ve $p=0.164$) (Tablo 4.5).

Depresyon hastalarında UFÖ toplam puanları ile yaş arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki tespit edilirken ($p<0.001$, $r=-0,354$), diğer yandan BDÖ ($r=0,530$), UŞİ ($r=0,715$), TEMPS-A siklotimik mizaç puanları ($r=0,584$), TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,504$) ile UFÖ toplam puanları arasında yüksek derecede pozitif ilişki; BAÖ ($r=0,483$), PUKİ toplam skoru ($r=0,476$), TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,321$), TEMPS-A irritabl mizaç puanları ($r=0,307$) ile UFÖ toplam puanları arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır (her biri için $p<0.05$). TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ile UFÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p=0.978$) (Tablo 4.5).

Kontrol grubunda, UFÖ gece puanları ile BDÖ ($r=0,626$), BAÖ ($r=0,577$), UŞİ ($r=0,722$) PUKİ toplam skoru ($r=0,712$), TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,539$), TEMPS-A siklotimik mizaç puanları ($r=0,571$) arasında yüksek derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilirken; TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,356$), TEMPS-A irritabl mizaç puanları ($r=0,497$) arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (her biri için $p<0.05$). Yaş ve TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ile UFÖ gece puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.097$ ve $p=0.525$) (Tablo 4.5).

Kontrol grubunda UFÖ gündüz puanları ile yaş ($r=-0,302$) ve TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ($r=-0,204$) arasında düşük düzeyde negatif anlamlı ilişki bulunurken (sırasıyla $p=0.026$ ve $p=0.004$); BDÖ ($r=0,584$), BAÖ ($r=0,534$), UŞİ ($r=0,583$), PUKİ toplam skoru ($r=0,661$) ve TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,550$) ile UFÖ gündüz puanları arasında yüksek derecede anlamlı yönde ilişki; TEMPS-A siklotimik mizaç puanları ($r=0,414$), TEMPS-A irritabl mizaç puanları ($r=0,332$) ile UFÖ gündüz puanları arasında orta derecede anlamlı yönde ilişki; TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,295$) ile UFÖ gündüz puanları arasında düşük derecede anlamlı yönde ilişki tespit edilmiştir (her biri için $p<0.05$) (Tablo 4.5).

Kontrol grubunda UFÖ toplam puanları ile yaş arasında düşük düzeyde negatif anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.008$, $r=-0,279$). Ayrıca BDÖ ($r=0,666$), BAÖ ($r=0,613$), UŞİ ($r=0,725$), PUKİ toplam skoru ($r=0,775$), TEMPS-A siklotimik

Tablo 4.5. Depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerde UFÖ puanları ile yaş, klinik ve mizaç özellikleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Grup	Değişkenler	UFÖ Gece		UFÖ Gündüz		UFÖ Toplam	
		Spearman's rho	p	Spearman's rho	p	Spearman's rho	p
Vaka	Yaş	-0,307	0,003	-0,357	<0,001	-0,354	<0,001
	Beck Depresyon Ölçeği Skoru	0,551	<0,001	0,361	<0,001	0,530	<0,001
	Beck Anksiyete Ölçeği Skoru	0,516	<0,001	0,296	0,005	0,483	<0,001
	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	0,688	<0,001	0,542	<0,001	0,715	<0,001
	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skoru	0,509	<0,001	0,282	0,007	0,476	<0,001
	TEMPS-A Depresif Skoru	0,337	0,001	0,287	0,006	0,321	0,002
	TEMPS-A Siklotimik Skoru	0,568	<0,001	0,494	<0,001	0,584	<0,001
	TEMPS-A Hipertimik Skoru	0,047	0,661	-0,115	0,280	-0,003	0,978
	TEMPS-A İrritabl Skoru	0,387	<0,001	0,148	0,164	0,307	0,003
	TEMPS-A Anksiyöz Skoru	0,504	<0,001	0,391	<0,001	0,504	<0,001
Kontrol	Yaş	-0,176	0,097	-0,302	0,004	-0,279	0,008
	Beck Depresyon Ölçeği Skoru	0,626	<0,001	0,584	<0,001	0,666	<0,001
	Beck Anksiyete Ölçeği Skoru	0,577	<0,001	0,534	<0,001	0,613	<0,001
	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	0,722	<0,001	0,583	<0,001	0,725	<0,001
	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skoru	0,712	<0,001	0,661	<0,001	0,775	<0,001
	TEMPS-A Depresif Skoru	0,356	<0,001	0,295	0,005	0,369	<0,001
	TEMPS-A Siklotimik Skoru	0,571	<0,001	0,414	<0,001	0,521	<0,001
	TEMPS-A Hipertimik Skoru	-0,068	0,525	-0,234	0,026	-0,193	0,068
	TEMPS-A İrritabl Skoru	0,497	<0,001	0,332	0,001	0,440	<0,001
	TEMPS-A Anksiyöz Skoru	0,539	<0,001	0,550	<0,001	0,626	<0,001

Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı

mizaç puanı ($r=0,521$), TEMPS-A anksiyöz mizaç puanları ($r=0,626$) ile UFÖ toplam puanları arasında yüksek derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunurken; TEMPS-A depresif mizaç puanları ($r=0,369$) ve TEMPS-A irritabl mizaç puanları ($r=0,440$) ile UFÖ toplam puanları arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (her biri için $p<0.05$). TEMPS-A hipertimik mizaç puanları ile UFÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p=0.068$) (Tablo 4.5).

4.6 Regresyon Analizleri

UFÖ gece puanları üzerinde etkisi olabilecek faktörler tek tek incelendiğinde, yaşın negatif yönde etkili olduğu, BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ ve TEMPS-A anksiyöz, depresif, irritabl ve siklotimik mizaç puanlarının ise pozitif yönde ve anlamlı etkileri olduğu görülmektedir (her bir beta değeri için $p<0.05$). Buna göre, yaşta her bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.23 birimlik azalmaya; BDÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.62 birimlik artışa; BAÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.5 birimlik artışa; UŞİ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 1.12 birimlik artışa; PUKİ toplam puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 1.51 birimlik artışa; TEMPS-A anksiyöz mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.94 birimlik artışa; TEMPS-A depresif mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.9 birimlik artışa; TEMPS-A irritabl mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 0.89 birimlik artışa; TEMPS-A siklotimik mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gece puanlarında 1.21 birimlik artışa yol açmaktadır.

UFÖ gece puanları üzerinde bu faktörlerin etkisi çok değişkenli olarak değerlendirildiğinde ise, sadece UŞİ puanları ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, UŞİ puanlarında bir birimlik artış, UFÖ gece puanlarında 0.71 birimlik artışa neden olmaktadır (%95 GA 0,40-1,02 $p<0,001$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. UFÖ gece puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken: UFÖ Gece	Tek Değişkenli		p-değeri	Çok Değişkenli Düzeltilmiş		
	Beta	Katsayısı		Beta	Katsayısı	
	[%95 GA]			[%95 GA]	p-değeri	
Yaş	-0,23	[-0,37 – -0,08]	0,004	-0,10	[-0,22 – 0,03]	0,126
Beck depresyon	0,62	[0,43 – 0,82]	<0,001	0,15	[-0,07 – 0,37]	0,179
Beck anksiyete	0,50	[0,32 – 0,68]	<0,001	0,08	[-0,10 – 0,26]	0,413
Uykusuzluk Şiddeti Skor	1,12	[0,86 – 1,37]	<0,001	0,71	[0,40 – 1,02]	<0,001
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Skor	1,51	[1,01 – 2,02]	<0,001	0,31	[-0,18 – 0,81]	0,220
TEMPS-A Anksiyöz Skor	0,94	[0,59 – 1,29]	<0,001	0,27	[-0,10 – 0,64]	0,164
TEMPS-A Depresif Skor	0,90	[0,31 – 1,49]	0,004	-0,06	[-0,61 – 0,49]	0,843
TEMPS-A İrritabl Skor	0,89	[0,42 – 1,37]	<0,001	0,22	[-0,18 – 0,62]	0,291
TEMPS-A Siklotimik Skor	1,21	[0,82 – 1,60]	<0,001	0,05	[-0,43 – 0,53]	0,828

UFÖ: Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği, GA: Güven aralığı,

UFÖ gündüz puanları üzerinde etkisi olabilecek faktörler tek tek incelendiğinde, yaşın negatif yönde etkili olduğu, BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ toplam puanı ve TEMPS-A anksiyöz, depresif ve siklotimik mizaç puanlarının ise pozitif yönde ve anlamlı etkileri olduğu görülmektedir (her bir beta değeri için $p < 0.05$). Buna göre, yaşta her bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.19 birimlik azalmaya; BDÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.29 birimlik artışa; BAÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.21 birimlik artışa; UŞİ puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.66 birimlik artışa; PUKİ toplam puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.63 birimlik artışa; TEMPS-A anksiyöz mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.57 birimlik artışa; TEMPS-A depresif mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.54 birimlik artışa; TEMPS-A siklotimik mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.78 birimlik artışa yol açmaktadır.

UFÖ gündüz puanları üzerinde bu faktörlerin etkisi çok değişkenli olarak değerlendirildiğinde ise yaş ve UŞİ puanları ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, yaşta bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.16 birimlik azalmaya (%95 GA -0,26– -0,05 $p=0,005$), UŞİ Ölçeği puanlarında bir birimlik artış UFÖ gündüz puanlarında 0.63 birimlik artışa neden olmaktadır (%95 GA 0,36-0,89 $p < 0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. UFÖ gündüz puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken: UFO Gündüz	Tek Değişkenli		p-değeri	Çok Değişkenli		
	Beta	Katsayısı		Düzeltilmiş	Beta	
	[%95 GA]			Katsayısı	[%95	p-değeri
Yaş	-0,19	[-0,29 – -0,08]	<0,001	-0,16	[-0,26 – -0,05]	0,005
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	0,29	[0,13 – 0,45]	<0,001	-0,06	[-0,25 – 0,12]	0,492
Beck Anksiyete Ölçeği Skoru	0,21	[0,07 – 0,36]	0,005	-0,07	[-0,23 – 0,08]	0,354
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	0,66	[0,45 – 0,87]	<0,001	0,63	[0,36 – 0,89]	<0,001
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skor	0,63	[0,21 – 1,04]	0,004	-0,17	[-0,59 – 0,25]	0,425
TEMPS-A Depresif Skor	0,54	[0,10 – 0,97]	0,018	0,08	[-0,38 – 0,54]	0,738
TEMPS-A Siklotimik Skor	0,78	[0,48 – 1,07]	<0,001	0,16	[-0,24 – 0,56]	0,442
TEMPS-A Anksiyöz Skor	0,57	[0,30 – 0,83]	<0,001	0,29	[-0,02 – 0,6]	0,073

UFÖ: Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği, GA: Güven aralığı,

UFÖ toplam puanları üzerinde etkisi olabilecek faktörler tek tek incelendiğinde, yaşın negatif yönde etkili olduğu; BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ toplam puanı ve TEMPS-A anksiyöz, depresif, irritabl ve siklotimik mizaç puanlarının ise pozitif yönde ve anlamlı etkileri olduğu görülmektedir (her bir beta değeri için $p < 0.05$). Buna göre, yaşta her bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 0.19 birimlik azalmaya; BDÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 0.92 birimlik artışa; BAÖ puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 0.71 birimlik azalmaya; UŞİ puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 1.78 birimlik artışa; PUKİ toplam puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 2.14 birimlik artışa; TEMPS-A anksiyöz mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 1.51 birimlik artışa; TEMPS-A depresif mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 1.44 birimlik artışa; TEMPS-A siklotimik mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 1.99 birimlik artışa; TEMPS-A irritabl mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 1.11 birimlik artışa yol açmaktadır (Tablo 4.8).

UFÖ toplam puanları üzerinde bu faktörlerin etkisi çok değişkenli olarak değerlendirildiğinde ise, yaş (%95 GA -0,44– -0,04 $p=0,008$), TEMPS-A anksiyöz mizaç puanı (%95 GA 0,03– 1,14 $p=0,041$) ve UŞİ puanları (%95 GA 0,85– 1,78 $p < 0,001$) ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, yaşta bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 0.26 birimlik azalmaya; UŞİ puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam

puanlarında 1.31 birimlik artışa ve TEMPS-A anksiyöz mizaç puanlarında bir birimlik artış UFÖ toplam puanlarında 0.58 birimlik artışa neden olmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. UFÖ toplam puanları için demografik, klinik ve mizaç özelliklerinin yordayıcı etkilerine dair regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken: UFÖ Toplam	Tek Değişkenli		p-değeri	Çok Değişkenli Düzeltilmiş	
	Beta	Katsayısı		Beta	Katsayısı
	[%95 GA]			[%95 GA]	p-değeri
Yaş	-0,41	[-0,64 – -0,19]	<0,001	-0,26	[-0,44 – -0,07] 0,008
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	0,92	[0,61 – 1,23]	<0,001	0,10	[-0,23 – 0,42] 0,563
Beck Anksiyete Ölçeği Skoru	0,71	[0,43 – 1,00]	<0,001	0,01	[-0,27 – 0,27] 0,996
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Skoru	1,78	[1,40 – 2,17]	<0,001	1,31	[0,85 – 1,78] <0,001
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi Toplam Skoru	2,14	[1,33 – 2,95]	<0,001	0,20	[-0,54 – 0,93] 0,604
TEMPS-A Depresif Skoru	1,44	[0,54 – 2,35]	0,002	0,09	[-0,73 – 0,90] 0,836
TEMPS-A Siklotimik Skoru	1,99	[1,41 – 2,57]	<0,001	0,28	[-0,43 – 0,99] 0,439
TEMPS-A İrritabl Skoru	1,11	[0,36 – 1,86]	0,005	-0,06	[-0,66 – 0,53] 0,833
TEMPS-A Anksiyöz Skoru	1,51	[0,97 – 2,05]	<0,001	0,58	[0,03 – 1,14] 0,041

UFÖ: Uykusuzluğu Felaketteştirme Ölçeği, GA: Güven aralığı,

5 TARTIŞMA

Major depresyon; önemli bir halk sağlığı sorunu olup dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyerek yeti yitimine sebep olan, yeterli tedavi edilmediğinde rezidü belirtilerle tekrarlayan dönemlere sebep olarak kimi zaman kronikleşen bir hastalıktır. Bu çalışmada; rezidü belirtilerin tekrarlayan hastalık dönemlerine neden olmasından yola çıkarak en sık kalıntı belirtilerden biri olan uykusuzluk sorununun, uykusuzluğun kronikleşmesine sebep olan bilişsel çarpıtmalardan uykusuzluğu felaketleştirme bilişi ve bu felaketleştirici bilişlere sebep olabileceği düşünülen bileşenlerden affektif mizaç faktörü ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

5.1 Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Tartışılması

Çalışmamıza katılan major depresyon tanılı 90 hastanın %80' i kadın, %20' si erkektir. Literatüre baktığımızda epidemiyolojik çalışmalara göre yaşam boyu major depresyon prevalansı kadınlarda erkeklerden ortalama 2 kat daha fazladır (78,79) Ayrıca kadınların, erkeklere göre daha çok yardım arayışı içinde olmaları da depresyonun kadınlarda daha yaygın görülmesiyle ilişkili olabilir. Nitekim Kalkan ve Odacı' nın çalışmalarında, kadınların yardım arayışına daha olumlu baktıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada ayrıca kadınsılık rolü ile psikolojik yardım alma tutumu arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür (80). Batı dünyasında öne çıkan erkek sosyalleşme modellerinin metanet, kendine güven ve kısıtlayıcı duygusallık gibi geleneksel erkeksi normlara vurgu yapmasının da erkeklerde daha düşük depresyon teşhis oranlarını beraberinde getirdiği düşünülmektedir (81).

Literatüre göre depresyon daha çok 20-50 yaş aralığında izlenir (8). İlk epizodu ergenliğin ortalarından 40'ların ortalarına kadar uzanır, ancak neredeyse vakaların %40'ı 20 yaşından önceki ilk depresyon nöbetini yaşarken ,ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortalarında (2). Çalışmamızda da vaka grubunun yaş ortalamaları 32,2 olarak bulunmuştur.

Katılımcılara; ekonomik durumlarını nasıl tanımladıkları sorulduğunda vaka grubu bireylerin daha fazla 'kötü' yanıtı vermeleri, kontrol grubu bireylerde 'orta' yanıtının daha fazla olması ekonomik faktörlerin depresyon açısından önemli bir risk olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak yapılan birçok çalışmada, sosyoekonomik parametrelerin depresyon etyolojisi, tedavi uyumu ve prognozunda önemi gösterilmiştir. 34128 katılımcı ile gerçekleştirilen geniş çaplı bir çalışmada düşük sosyoekonomik statü depresyon gelişimi ile ilişkili bulunmuş, sosyoekonomik eşitliğin sağlanmasının ruh sağlığının iyileştirilmesindeki önemine vurgu yapılmıştır (82). Sosyoekonomik faktörlerin prognozla ilişkisini değerlendiren bir derlemede ise 9 çalışma gözden geçirilmiş, işsizliğin tedavide kötü prognozla ilişkisi tespit edilirken yaşam standartlarını belirleyen parametrelerden biri olan ev sahibi olmanın da iyi prognozla ilişkili olduğu gösterilmiştir (83) Kaya tarafından yapılan çalışmada da toplumsal ve ekonomik değişkenlerin psikiyatrik bozuklukların en önemli yordayıcısı olduğu; işsizlik, yoksulluk, göç, stresli yaşam olayları, travma, aile dinamikleri, cinsiyet rolleri ve kültürel özellikleri de kapsayan genel ekonomik zorlukların hem ruhsal bozuklukların ortaya çıkması hem de süreklilik kazanması açısından en güçlü değişkenler olduğu ortaya konmuştur (84).

Çalışmamızda vaka grubunu oluşturan bireylerin yaklaşık %25'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %36' sının da öğrenci olduğu, bireysel ekonomik özgürlüklerinin olmadığı görülmüştür. Yapılan birçok araştırma ruh sağlığının gelişiminde, korunmasında, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında bir dizi toplumsal belirleyicinin önemli olduğunu göstermektedir. İş, özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle önemli bir belirleyicidir (85). Ayrıca 1971 üniversite öğrencisi ile yapılan, üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenleri inceleyen bir çalışmada derslerdeki başarısızlığın ve eğitim masraflarını karşılamada çekilen zorlukların depresyon gelişiminde etkili olduğu sonucunu ortaya koymuştur (86). Ankara merkezli başka bir çalışmada da üniversite öğrencilerinde depresif belirtilerle ailelerin üniversite masraflarını karşılama gücü arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (87).

Vaka grubundaki bireylerin diğer sosyodemografik verilerinin değerlendirilmesinde eğitim durumuna bakıldığında katılımcıların daha çok üniversite mezunu olduğu, şehir merkezinde ikamet ettiği gözlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin çoğunlukla il merkezinde ikamet etmesi ve gelir düzeyleri, 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını kolaylaştırabilir. Özkorumak ve arkadaşlarının çok merkezli yürüttükleri çalışmada da benzer olarak yüksek eğitim düzeyi ve il merkezinde yaşayan katılımcılar çoğunluktadır (88). Ayrıca depresyona karşı tutumun değerlendirildiği bir çalışmada; kırsal kesimde yaşayanlarda depresyon kavramının yeterince anlaşılmadığı gözlenmiştir (89).

Çalışmamızda depresyon hastalarında sigara içme oranı sağlıklı kontrollerden fazla bulunmuştur. Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Sigara içmenin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini değerlendiren bir derlemede 148 çalışmanın sonuçları değerlendirilmiş, genel olarak, çalışmaların neredeyse yarısı başlangıçtaki depresyon/anksiyetenin daha sonraki bir tür sigara içme davranışıyla ilişkili olduğu bildirilirken, üçte birinden fazlası sigaraya maruz kalmanın daha sonraki depresyon/anksiyete ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar ortaya koymuş, çift yönlü sigara içme ve anksiyete modelini doğrudan destekleyen daha az sayıda çalışma bildirilmiştir (90). Alkol ve madde kullanımı açısından fark olmamasının sebebi dışlama kriterlerinde riskli alkol kullanımı, alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerin çalışmaya dahil edilmemesidir.

Vaka grubunda depresyon hastalarında geçmişte yaşanan depresyon öyküsü, atak sayısı ve intihar girişiminin sağlıklı kontrollere göre fazla olması diğer çalışmalarda da benzer şekilde gözlenmiştir (87,88). İntihar girişimlerinin en önemli nedenleri; geçmişte psikiyatrik bir hastalığın bulunması, tekrarlayan hastalık dönemleri, özellikle de depresyon ve daha önce intihar girişimi olması olarak sayılabilir (93,94).

5.2 Klinik Değerlendirme Ölçeklerinin Tartışılması

Çalışmamızda beklendiği üzere vaka grubunda BDÖ ve BAÖ skorları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ruhsal yakınması olup olmadığı sorusuna “hayır” yanıtını veren ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin

bir kısmında, anketlerin kesme puanının üzerinde değerlerin saptanması öz bildirim ölçeklerinin tanısal ölçekler olmaması, depresyonun oldukça sık karşılaşılan bir halk sağlığı problemi olması ve birçok bireyin var olan depresif belirtilerin bir hastalıkla ilişkili olduğunu düşünmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Lemma ve ark.' larının yaptığı çalışmada ayaktan farklı birimlere başvuran psikiyatrik tedavi almayan 314 hasta değerlendirilmiş, hastaların %15' inde depresyon belirti ve bulguları saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesi, kötü yaşam koşulları, madde kullanımı ve zayıf sosyal desteği olan bireylerin depresif belirtileri tanımayıp başvuruları olmadığı görülmüştür (95).

Vaka grubunda uykuya dair bileşenleri değerlendiren testlerden UŞİ, PUKİ toplam skoru ve bu testin uyku ilacı kullanımını sorgulayan 6. bileşeni hariç diğer bileşenlerin skorları kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Epidemiyolojik araştırmalarda da, depresyonu olan hastaların %90'ından fazlasının uyku problemlerinden muzdarip olduğu, çoğunda uykusuzluk ve depresif dönemlerin bir arada ortaya çıktığı, izole uykusuzluk bozukluğu olan hastalarda depresyon gelişiminin daha sık olduğu gösterilmiştir (5,42). Uyku kalitesini iyileştirmenin mental sağlığa katkısı olup olmadığını araştıran 65 çalışmadaki 72 müdahalenin gözden geçirildiği bir meta-analizde uyku kalitesi üzerinde yapılan iyileştirmelerin depresyon, anksiyete ve ruminasyon üzerine olumlu etkileri olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (96). Gruplar arasında uyku ilacı kullanımı açısından fark olmamasının nedeni, çalışmaya katılan bireylerin son bir ay içerisinde uyku ilacı kullanmış olmasının dışlama kriteri olarak ele alınmasıdır.

Bizim çalışmamızda bireylerde uykusuzluğu felaketleştiren bilişleri sorgulayan UFÖ gece alt puanı, gündüz alt puanı ve toplam skoru, vaka grubunda kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek saptanmıştır. Harvey' in 2002' de uykusuzluğun kısır döngüsüne dair ortaya koyduğu bilişsel modelde olası uyku eksiklikleri ve uyku bozukluğu gündüz ve gece aşırı tekrarlayıcı düşünmeye sebep olmakta, bu durum kişide strese yol açarak seçici dikkatle uyku ile ilgili tehditlerin izlenmesinde artışa yol açmaktadır. Bu seçici dikkat, aynı zamanda uyku bozukluğunun ve gündüz sonuçlarının olduğundan fazla tahmin edilmesiyle sonuçlanır, bu durum uyku hakkında tekrarlayan düşünmeyi sürdürür ve fizyolojik uyarılmayı artırarak uykuda ve gündüz işleyişinde gerçek bozulmaya neden olur (11). Çalışmamızın sonucunda da depresyonu olan hastaların gece ve gündüz

uykuya dair felaketleştirici bilişlerinin kontrol grubundan anlamlı derecede fazla saptanmasının Harvey' in bilişsel modeli ile uyumlu olduğu görülmektedir. Harvey' in bilişsel modeli hem gündüz hem de gece tekrarlayıcı düşünmenin uyku problemlerinin altında yatan uyarılmayı, dikkati ve algı önyargılarını beslediğini ortaya koymakla beraber, tekrarlayıcı düşünme zamanlamasının uyku bozukluğu üzerindeki rolünü araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Wicklow ve Espie' nin yaptığı çalışmada 21 katılımcıdan ard arda üç gece boyunca spontan düşüncelerin ses bandı kayıtları ve uyku parametrelerinin tahmin edileceği aktigrafik verileri elde edilmiştir. 63 kaydın yazıya dökülmüş ses bantlarının içerikleri korelasyon ve regresyon analizleri ile değerlendirildiğinde, uyku ve yetersiz uykunun beklenen sonuçları hakkında düşünmenin nesnel uyku gecikmesinin en güçlü belirleyicileri olduğu saptanmıştır (97). Bu çalışmada uykusuzluk hakkındaki işlevsel olmayan düşüncelerin gece boyutu ele alınmıştır. Hem gece hem gündüz uykuya dair bilişlerin uykusuzluk üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan Lancee ve ark. 'larının gerçekleştirdiği iki aşamalı bir çalışmanın birinci aşamasında 139 bireyde uyku bozukluğunda sürekli ruminasyon ve sürekli endişenin rolü araştırılmış; yaş, depresyon ve anksiyete kontrol edildiğinde sürekli ruminasyon ve sürekli endişe ile uyku bozukluğu arasında bir ilişki bulunamamıştır. 2. aşama 64 katılımcı ile gerçekleştirilmiş, gündüz ve gece uyku ile ilgili endişenin uyku bozukluğu üzerindeki etkileri daha fazla araştırılmıştır. Zamanlamaya daha çok vurgu yapan bu ikinci aşamada gece uykusuyla ilgili endişenin uykuya dalmada güçlük, gece boyunca daha uzun süre uyanık kalma ve daha az verimli uyuma ile ilişkili olduğu, gündüz uykuya dair endişelerin bu durumlarla ilişkili olmadığı, gündüz uykuya dair olan endişenin uyku kalitesiyle ters yönde korele olduğu sonucuna varılarak geceleri olan uykuya dair endişenin tedavi sürecinde önce çıkarılmasına vurgu yapılmıştır (98). Çalışmamızdan farklı olarak gündüzleri olan uykuya dair endişenin uyku kalitesi dışında diğer uyku parametrelerini etkilemiyor görünmesi o çalışmadaki bireylerin üçte birine yakın kısmının uyku ilacı kullanıyor olması nedeniyle olabilir.

TEMPS-A mizaç ölçeği sonuçları gruplar arasında değerlendirildiğinde baskın afektif mizaç sıklığı ve bireylerdeki baskın afektif mizaç sayısı hasta grubunda kontrol grubundan daha fazla saptanmıştır. Literatüre baktığımızda, baskın afektif mizaç

özelliklerinin minör ve majör duygudurum bozukluklarının eşik altı (subsendromal) belirtileri olduğu görüşü öne sürülmektedir (14). Bu durum vaka grubu bireylerde baskın afektif mizaç varlığı ve baskın afektif mizaç sayısının kontrol grubundan daha fazla olmasını açıklayabilir. Bipolar bozukluk (BPB), MDB, dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu (DEHB), sınır durum kişilik bozukluğu (SKB) ve sağlıklı kontrol (SK) grubunu oluşturan hasta yakınlarında TEMPS-A mizaç ölçeği sonuçlarını değerlendiren geniş çaplı bir meta-analizde 26 çalışma gözden geçirilmiş, siklotimik ve irritabl mizaç puanları MDB hastalarında sağlıklı kontrollerden anlamlı yüksek saptanmıştır (99). Çalışmamızda vaka grubunda depresif, anksiyöz, ve irritabl mizaç sıklığı ve mizaç puanları kontrol grubundan yüksek saptanırken, siklotimik mizaç skorları vaka grubunda daha yüksek olup sıklık açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun sebebi çalışmadaki hasta sayısının kısıtlı olmasından ve siklotimik mizaca sahip az sayıda hasta saptanmasından kaynaklı olabilir. Aslan ve ark.' larının yaptığı çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç depresyon hastalarında en sık gözlenen üç afektif mizaç olarak bulunmuş, hipertimik mizaç her iki grupta da gözlenmemiş, siklotimik mizaç sıklıkları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (100). Akdeniz ve ark. 'nın duygudurum bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada, siklotimik mizaç, hasta grubunda kontrol grubundan daha sık bulunmuştur (101). Bu farkın nedeni, o çalışmada iki uçlu duygulanım bozukluğu olan bireylerin de çalışmaya dahil edilmesi, siklotimik mizacın iki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda daha sık görülmesi olabilir. Çalışmamıza depresyon döneminde olan bipolar bozukluk tanılı hastalar dahil edilmemiştir. TEMPS-A ölçeği hipertimik mizaç özellikleri açısından yapılan değerlendirmede her iki grupta da hipertimik mizacı olan birey saptanmamış olsa da hipertimik mizaç puanları kontrol grubunda vaka grubundan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Hipertimik mizacın her ne kadar bipolarite ile ilişkili olduğu öne sürülse de (102), depresyon üzerinde koruyucu etkisi olduğu da düşünülmektedir (103). Depresif hastalarda ödül sisteminde nöral bir hipoaktivasyon olduğu, ödül sistemine duyarlılığın azaldığı, azalan ödül duyarlılığının hipertimik mizaçla ters yönde ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (104). Ödül sistemindeki duyarlılığının azalması bireyleri günlük yaşamda depresyonun temel bileşenlerinden biri olan hayattan zevk almama kavramına yakınlaştırabilir. Diğer açıdan bakıldığında da hipertimik mizacın depresyona karşı

koruyucu yönünün nörobiyolojik bir temeli olduğu düşünülebilir. Mizacın genetik arka planını inceleyen araştırmalarda hipertimik mizacın klinik ve biyolojik olarak diğer dört mizaçtan farklı olduğu (101,102); depresif, anksiyöz, siklotimik ve irritabl mizacın hepsinin bir dereceye kadar depresif bileşenler içerdiği gösterilmiştir (107).

5.3 Depresyon Şiddetine Göre Vaka Grubunda Klinik Ölçeklerin Tartışılması

Hafif-orta-şiddetli depresyon grupları arasında depresyon şiddeti arttıkça UŞİ, PUKİ toplam puanları, uyku latansı ve gündüz işlevselliğinde bozulma puanlarının da anlamlı ölçüde arttığı görülmüştür. Çalışmamızın hipotezlerinden biri de tüm depresyon hastalarında uykusuzluk şiddetinin değişken olduğudur. Depresyon şiddeti arttıkça uykuya dair bileşenlerde artan bozulma gözlenmesi ağır depresyonu olan hastalarda hafif şiddette depresyonu olan hastalara kıyasla uyku bozukluklarının daha fazla olması, ölçek puanlarının giderek yükselmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda uykuya dair bir diğer derecelendirme ölçeği olan UFÖ skorlarının gece-gündüz alt bileşenleri ve toplam skorlarının depresyon şiddeti arttıkça anlamlı düzeyde yükseldiği görülmüştür. Bu durum hastalık şiddeti arttıkça artan uykusuzluğun psikolojik olarak uyarılmayı artırması, psikolojik uyarılmışlık halinin uyku ile daha fazla meşgul olmaya sebep olarak fizyolojik uyarılmayı doğurması, fizyolojik uyarılmanın uykusuzluğun devamına katkı sağlayarak uykusuzluk kısır döngüsünü devam ettirmesi ile açıklanabilir.

Depresyon şiddetine göre mizaç açısından yapılan değerlendirmede depresyon grupları arasında depresif, siklotimik ve irritabl mizaç varlığı açısından anlamlı farklılık yokken, anksiyöz mizacın şiddetli depresyonu olan hastalarda anlamlı ölçüde en sık gözlenen mizaç olduğu görülmüştür. Literatürde unipolar depresyon haslarında en sık depresif mizaç gözlenmekte, 2. sırada ise anksiyöz mizaç gelmektedir (14). Çalışma grubumuzda bu iki mizaç arasında sıralama değişikliği olmasının sebebi hasta sayımızın evreni temsil etmiyor olması, kısıtlı sayıda vakayı değerlendiriyor olmamız olabilir. Mizaç skorları açısından değerlendirildiğinde ise hipertimik mizaç skorları dışında diğer tüm alt mizaç puanlarında depresyon şiddeti arttıkça puan artışı olması beklenen bir sonuçtur.

Depresif, anksiyöz, siklotimik ve iritabl mizacın her birinin bir dereceye kadar depresif bileşenler içerdiği gösterilmiştir (107).

5.4 Depresyon Hastaları ve Kontrol Grubunda UFÖ Puanları Arasındaki Korelasyonların Tartışılması

Çalışmamızda kullanılan uykusuzluğa dair çarpıtılmış düşünceleri gece ve gündüz alt bileşenleri ile ayrı ayrı değerlendiren Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği (UFÖ) 2020 yılında Jansson-Fröjmark tarafından geliştirilmiş, 2021 yılında Uygur ve ark.' ları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ülkemiz için yapılmıştır. İncelediğimiz literatürde bu ölçeği kullanan çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla bu anlamda depresyon hastalarında bu testi uygulayan ilk çalışmadır.

Depresyon hastalarında UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları ile yaş arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır. Yaşla beraber değişen uyku fizyolojisine bakıldığında (108,109) uyku-uyanıklık siklusu yaş ile değişkenlik gösterir. Yaşın ilerlemesi ile total uyku zamanında azalma olur. Yaşlılar yatak içerisinde daha fazla zaman harcarlar fakat daha az uyurlar. Uyku etkinliği azalır. Yaşla beraber REM uykusu dramatik olarak azalır. Yavaş uyku zamanı da yaşın ilerlemesi ile azalır ve çok yaşlı bireylerde yavaş dalga uykusu tam olarak kaybolabilir. Yaşlılarda uyanıklığın sıklığının arttığı bilinir, uyandıktan sonra yeniden uykuya dalmak güçtür. Bu durum gece boyunca gece uyanıklığında artma ile de birliktedir. Yaşlanmayla beraber uykuda oluşan bir kısmı fizyolojik ancak uyku kalitesini etkileyen değişikliklere rağmen felaketleştirici bilişlerin azalmasının sebebi uyku fizyolojisinin değişmesi ancak durumun kronikleşmesi ile bireylerin bu durumu kabullenmesi ve normalize etmesi olabilir. Vitiello ve ark.' larının hiçbir uyku sorunu bildirmeyen 150 sağlıklı yaşlı yetişkin ile yaptıkları, nesnel olarak ölçülen uykuyu inceledikleri bir çalışmada kadınların %33' ü ve erkeklerin %16' sında nesnel olarak ölçülen uykuda bozulma olduğu saptanmıştır (110). Yaşlı yetişkinler yaşlandıkça uykularının daha az konsolide olmasını bekleyebilir, yaşlanmayla birlikte "kabul edilebilir" sağlık algılarının değişmesi nedeniyle bazı fark edilebilir uyku değişikliklerini normal yaşlanmanın bir parçası olarak kabul edebilirler (111).

Uykusuzluk ile depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklar çift yönlü bir ilişkiye sahiptir (112). Bu durum hem vaka hem kontrol grubunda artan depresyon ve anksiyete skorları karşısında uykuya dair çeşitli bileşenleri ölçen PUKİ, UŞİ ve UFÖ skorlarında artışın birlikteliğini açıklayabilir. Levenson ve ark.' larının yaptığı çalışmada bulgularımızı destekler şekilde; uykusuzluk yakınması bildiren depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında depresyonu olan grupta uykusuzluk odaklı ruminasyonun daha fazla olduğu, tedavi sürecinde uykusuzluk semptomu odaklı ruminasyonlar ile ayrıca çalışılmasına vurgu yapılmıştır (113).

Depresyon grubunda UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları ile BDÖ, BAÖ, UŞİ, PUKİ ve TEMPS-A depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç puanları arasında düşük-yüksek korelasyonlar tespit edilmiştir. UFÖ gündüz puanları ile TEMPS-A irritabl mizaç puanları arasında ve UFÖ gündüz, UFÖ gece ve UFÖ toplam puanları ile TEMPS-A hipertimik mizaç puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Depresyonu olan bireylerin %80-90' ında uyku sorunları olduğu düşünüldüğünde anksiyete ve depresyon puanları arttıkça uyku sorunlarının artması, uyku sorunları arttıkça uykuya dair UŞİ ve PUKİ ölçek puanlarının artarak felaketleştirici bilişlerin devam etmesi ile sonuçlanan kısır döngünün başlaması ilişki varlığını açıklayabilir. Hipertimik mizaca sahip bireylerin mizacın Akiskal' in tanımındaki üzere (69) sıklıkla 6 saatten az uyuyan ve enerjik olmayı sürdüren, iyimser bireyler olmaları uykusuzluğu felaketleştirmeye yatkın olmalarını ve korelasyon saptanmamasını açıklayabilir.

Kontrol grubunda UFÖ gece, UFÖ gündüz, UFÖ toplam puanları ile yaş arasında düşük düzeyde negatif korelasyon, ayrıca UFÖ gece puanları ve hipertimik mizaç puanları arasında da düşük düzeyde negatif korelasyon tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşlanan yetişkinlerin, uyku kalitesini iyi algılamaya eğilimli oldukları gözlenmiştir (114). Bu durum yaş artsa da uyku fizyolojisinde değişmeye ve bazı parametrelerde bozulmaya rağmen olumlu algılama sayesinde beklenen düzeyde yakınma olmamasını ve katastrofize etmeme durumunu açıklayabilir. Hipertimik mizaç puanları ile UFÖ gece skorları arasında negatif ilişki olması iyimser yaklaşım arttıkça olumsuz bilişsel yaklaşımların ve felaketleştirmenin azalması ile açıklanabilir.

5.5 Regresyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması

Vaka grubunda, UFÖ gece, UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları üzerinde etkili olabilecek faktörlerin etkisi çok değişkenli olarak değerlendirildiğinde; UFÖ gece puanları ile sadece UŞİ puanları arasında anlamlı ilişki, UFÖ gündüz puanları ile yaş ve UŞİ arasında anlamlı ilişki, UFÖ toplam puanları ile yaş, TEMPS-A anksiyöz mizaç ve UŞİ puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Depresyon hastalarında uykusuzluk şiddetinin UFÖ' nün toplam puan ve her iki alt bileşeni için de yordayıcı bir faktör olduğu görülmüştür. Araştırmalar uykusuzluk ve depresyonu olan hastaların uyku hakkında yardımcı olmayan inançları, eşlik eden depresyon olmadan uykusuzluk yaşayanlara göre daha fazla bildirdiğini göstermektedir (115). Bu tür inançlar tedaviye dirençli uykusuzlukla bağlantılı görülmüştür (116–118). Örneğin gündüz işlevselliği sürdürmek için yaklaşık sekiz saat uyunması gerektiğini düşünen bireylerin sekiz saatten daha az uyuduklarında kaygılarında artış ve buna bağlı olarak işe odaklanma ve işi sürdürmede güçlük yaşadıkları gözlenmiştir (119). Depresyonda sık görülen ruminasyon eğilimi hem kötü uyku kalitesi hem de uykusuzluğun gündüz işlevselliği üzerine olan sonuçları hakkında olumsuz düşünme ile yakından ilişkilidir (115). Depresyonda uykuyu da kapsayan işlevsiz bilişler ve ruminasyonlar bilişsel terapiler yoluyla ele alınabilir.

Çalışmamızda vaka grubunda yaş faktörünün UFÖ gündüz ve UFÖ toplam puanları için negatif ilişkili bir yordayıcı faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşla beraber uyku fizyolojisinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle (121) yaşlanan bireylerin bu fizyolojiyi kabullenmeleri ve yaşla beraber uyku miktarında ve kalitesinde olan azalmayı normalize etmeleri , subjektif olarak daha az uyku yakınmaları bildirmeleri (110), depresif belirtilerin somatik belirtilerin ardında örtük kalması (122) bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda bir diğer yordayıcı olarak anksiyöz mizaca sahip olmanın UFÖ toplam puanlarında artış ile ilişkili olması hipotezimizle de uyumlu olarak sonuçlanmıştır. Uykusuzluğun bilişsel modelinde kritik bir unsur olan uyku hakkında uygunsuz endişe ve uykuyla ilgili sonuçlar, uyarılmaya neden olarak uykusuzluğu sürdürür (11). McGowan ve ark.' larının yüksek endişeli 50 bireyi hem gün içinde hem de uyku başlangıcından hemen

önce uyku ve endişe açısından değerlendirdikleri bir çalışmada belirli bir günde yaşanan endişenin o gece artan uyku bozukluğunu ön gördüğünü göstermişlerdir (123). Japon işçilerde afektif mizaç, mesleki stres ve uykusuzluğu değerlendiren bir başka çalışmada anksiyöz mizaca sahip olmak uykusuzluk ile ilişkili bulunmuştur (124). Klinik olmayan bir örnekleme afektif mizaç ve uykusuzluk ilişkisini değerlendiren bir çalışmada regresyon analizleri sonucunda anksiyöz ve siklotimik mizacın uykusuzluk için yordayıcı mizaç tipleri olduğu sonucuna varmışlardır (125).

6 SINIRLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; çalışmanın tek merkezde yapılmış, görece vaka sayısının kısıtlı olması, katılımcıların büyük bir kısmının kadın cinsiyette olması sayılabilir. Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerden olan UFÖ ve alt bileşenleri puanları için bir kesme değeri olmaması nedeniyle net bir kategorik ayırım yapılamamaktadır. Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin öz bildirim ölçekleri olması nedeniyle çeşitli yanlılıklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Depresyon, uykusuzluğa dair felaketleştirici bilişler ve afektif mizaç tipleri arasındaki ilişkinin daha iyi saptanabilmesi için, örneklem grubunun daha büyük, cinsiyet dağılımının homojen olduğu, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7 SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılan depresyonu olan bireylerin %80' inin kadın olduğu, kadınların daha fazla psikososyal ve çevresel stresör etmene maruz kalarak depresyona erkeklerden daha yatkın oldukları; aynı zamanda daha fazla yardım arayışında olarak tedavi alma talebinde buldukları görülmüştür. Vakaların yaş ortalamasının 32.2 olarak saptanması çalışmalarla uyumlu olarak depresyonun genç-orta yaş grubunda prezente olduğunu bir kez daha göstermiştir.
2. Vaka grubu bireyler hastalık şiddetine göre kendi içinde gruplandırıldığında da depresyon şiddeti arttıkça uyku parametrelerinin daha fazla bozulduğu, uykusuzluğa dair felaketleştirici bilişlerin arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar major depresyon tanısı alan bireylerin hastalık şiddetine göre kategorize edilerek uykuya

dair yakınmaları açısından detaylı değerlendirilmeleri, farmakoterapötik müdahalelerin yeterli olmadığı durumlarda hastalık şiddeti göz önünde bulundurularak hastaların felaketleştirici bilişler açısından değerlendirilmesi gerektiğinin önemine vurgu yapmaktadır.

3. Depresyonu olan bireylerde uykusuzluk, uykusuzluğa dair işlevsiz bilişler ve mizacı daha yakından incelemeyi hedefleyen çalışmamızda, yapılan regresyon analizleri sonucunda bireylerin uykusuzluk şiddeti arttıkça uykusuzluğu felaketleştirici bilişlerin gece ve gündüz bileşenleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde her ikisinin de arttığı, uykusuzluk şiddetinin uykusuzluğu felaketleştirici bilişler için yordayıcı bir faktör olduğu görülmüştür. Bu durum depresyonu olan tüm hastalarda uyku sorunları açısından eksiksiz bir değerlendirme yapılması, nesnel yöntemlerle uykusuzluk şiddetinin ölçülmesi ve uykusuzluk şiddeti daha yüksek olan bireylerde farmakoterapötik müdahalelere ek olarak gerektiğinde bilişsel açıdan da çalışmalar yapılması gerektiğini ortaya koymuştur.
4. Depresyonu olan bireylerde yaş arttıkça felaketleştirici bilişlerin azaldığı, yaşın uykuya dair felaketleştirici bilişler açısından negatif bir yordayıcı faktör olduğu tespit edilmiştir. Bu durum yaşla beraber uykudaki doğal fizyolojik değişikliklerin bireylerce tolere edilmesi olarak değerlendirilebileceği gibi; daha genç ve kendisinden daha fazla işlevsellik beklenen bireylerin uykusuzluğun sonuçlarına daha olumsuz baktıkları, uykusuzluğu daha az tolere edebildiklerini de düşündürmektedir. Bu açıdan genç bireylerde tedavi sürecinde bu bilişleri ayrıca ele almak, işlevsiz bilişleri tespit ederek bu bilişler üzerine çalışmak gerekebilir.
5. Depresyonu olan bireylerde uykuya dair felaketleştirici bilişlerin mizaç özellikleri ile ilişkisi değerlendirildiğinde anksiyöz mizaç puanlarının felaketleştirici bilişlerin toplam puanları için yordayıcı bir faktör olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar anksiyeteye yatkın bireylerin uykusuzluğun sonuçlarını daha fazla felaketleştirdiklerini ortaya koymuştur. Bu durum depresyon tanısı konan bireylerin mizaç özellikleri açısından da ele alınması gerektiğini, anksiyöz özelliklere sahip

hastaların uykusuzluğun sonuçları hakkında daha fazla olumsuz düşünceler geliştirerek uykusuzluk kısır döngüsünde kalabileceklerini, bu hatalı bilişlerin uykusuzluk semptomunu, dolayısıyla depresyonu sürdürerek iyileşmenin önünde engel olabileceğini göstermiştir. Mizaç açısından anksiyeteye yatkın bireylerle uykusuzluk belirtisi özelinde katastrofize edici bilişler açısından çalışmaların yapılması faydalı olabilir.

Özetle çalışmamız tüm depresyon hastalarında uykusuzluğa dair detaylı bir değerlendirme yapmanın önemini vurgulamıştır. En sık kalıntı belirtilerden biri olarak hastalık remisyonunu engelleyen, ilerleyen dönemlerde de nükse yol açan uykusuzluk belirtisinin sürdürülmesinde önemli rol oynayan uykuya dair işlevsiz felaketleştirici bilişleri saptamanın gerekliliğini ortaya koymuştur. Depresyonu olan bireylerde uykusuzluğa dair felaketleştirici bilişleri yordayan uykusuzluk şiddeti, yaş ve anksiyöz mizaç kavramlarının tedavi sürecinde nasıl ele alınabileceği hakkında önerilerde bulunulmuştur. Çalışmamız gelecekte bu alanda yapılacak daha kapsamlı incelemeler için yol gösterici olan önemli bir çalışmadır.

KAYNAKÇA

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, vd. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med. Kasım 2013;10(11):e1001547.
2. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet. Kasım 2018;392(10161):2299-312.
3. Pitanupong J, Sathaporn K, Tepsuan L. Residual symptoms and their associated factors among Thai patients with depression: a multihospital-based survey. Ann Gen Psychiatry. 16 Aralık 2022;21(1):50.
4. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, vd. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. Am J Psychiatry. Kasım 2006;163(11):1905-17.
5. Buysse DJ, Germain A, Nofzinger EA, Kupfer DJ. Mood Disorders and Sleep. İçinde: The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2006. s. 717-37.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. bs. 2013.
7. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. J Cell Mol Med. Nisan 2019;23(4):2324-32.
8. Kaplan and Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11. bs. 2017.
9. Spiegelhalder K, Regen W, Nanovska S, Baglioni C, Riemann D. Comorbid Sleep Disorders in Neuropsychiatric Disorders Across the Life Cycle. Curr Psychiatry Rep. 02 Mayıs 2013;15(6):364.
10. Yasugaki S, Okamura H, Kaneko A, Hayashi Y. Bidirectional relationship between sleep and depression. Neurosci Res. 26 Nisan 2023;S0168-0102(23)00087-1.
11. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther. 01 Ağustos 2002;40(8):869-93.
12. Türkçapar MH. Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. İstanbul: Epsilon; 2018.
13. Morin CM, Stone J, Trinkle D, Mercer J, Remsberg S. Dysfunctional beliefs and

attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging*. 1993;8:463-7.

14. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry*. Ocak 2010;23(1):12-8.

15. Akiskal HS. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1998;393:66-73.

16. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Kelsoe JR, Akiskal HS. A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short TEMPS-A. *J Affect Disord*. 01 Mart 2005;85(1):147-51.

17. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JM, Bourgeois ML, Sechter D, vd. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *J Affect Disord*. 01 Mart 2005;85(1):29-36.

18. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord*. 01 Aralık 1999;56(2):103-8.

19. Öztürk O., Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. bs. Ankara; 2015.

20. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. Mayıs 2004;184(5):386-92.

21. Topuzoğlu A, Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Aksu Tanık F, Zağlı N, vd. The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *J Affect Disord*. 01 Ağustos 2015;181:78-86.

22. Altınbaş K,. *Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi*. Konya; 2020.

23. De Jonge P, Rosmalen JGM, Kema IP, Doornbos B, van Melle JP, Pouter F, vd. Psychophysiological biomarkers explaining the association between depression and prognosis in coronary artery patients: A critical review of the literature. *Neurosci Biobehav Rev*. 01 Eylül 2010;35(1):84-90.

24. Ceylan D, Özerdem A. *Depresyon Bilgisi ve Tedavisinde Yenilikler-Olgularla Depresyonda Yeni Gelişmeler*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayın. 2022;12(3):209-19.

25. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression. *Dialogues Clin*

Neurosci. 31 Aralık 2019;21(4):397-405.

26. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet Lond Engl.* 17 Mart 2012;379(9820):1045-55.

27. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, vd. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science.* 18 Temmuz 2003;301(5631):386-9.

28. Menke A, Klengel T, B. Binder E. Epigenetics, Depression and Antidepressant Treatment. *Curr Pharm Des.* 13 Ekim 2012;18(36):5879-89.

29. Chávez-Castillo M, Núñez V, Nava M, Ortega Á, Rojas M, Bermúdez V, vd. Depression as a Neuroendocrine Disorder: Emerging Neuropsychopharmacological Approaches beyond Monoamines. *Adv Pharmacol Sci.* 2019;2019:7943481.

30. Villas Boas GR, Boerngen de Lacerda R, Paes MM, Gubert P, Almeida WL da C, Rescia VC, vd. Molecular aspects of depression: A review from neurobiology to treatment. *Eur J Pharmacol.* 15 Mayıs 2019;851:99-121.

31. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am.* Mart 2012;35(1):51-71.

32. Dayan CM, Panicker V. Hypothyroidism and depression. *Eur Thyroid J.* Eylül 2013;2(3):168-79.

33. McWilliams N. Psikanalitik Tanı. 6. baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2017.

34. Sigmund Freud. Yas ve Melankoli. 1.basım. Cem Yayınevi; 2019.

35. Melanie Klein. Haset ve Şükran. Metis Yayınları; 2020.

36. Türkçapar MH. Depresyon, Klinik Uygulamada Bilişsel ve Davranışçı Terapi. 5. baskı. Ankara: Epsilon;

37. Türkçapar MH. Bilişsel Terapi. Ankara: HYB Yayıncılık; 2017.

38. Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı. 2. baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021.

39. International classification of sleep disorders, 3rd edition (ICSD-3). 2014.

40. Aslan S, Gulcat Z, Selda Albayrak F, Maral I, Yetkin S, Sutçigil L, vd. Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey. *Int J Psychiatry*

Clin Pract. 01 Ocak 2006;10(1):52-8.

41. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. Nisan 2002;6(2):97-111.

42. Ohayon MM, Guilleminault C. Epidemiology of Sleep Disorders. İçinde: Sleep: A Comprehensive Handbook. John Wiley & Sons, Ltd; 2005. s. 73-82.

43. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry. 15 Mart 1996;39(6):411-8.

44. Kaplan KA, Harvey AG. Hypersomnia across mood disorders: A review and synthesis. Sleep Med Rev. 01 Ağustos 2009;13(4):275-85.

45. Kaplan KA, McGlinchey EL, Soehner A, Gershon A, Talbot LS, Eidelman P, vd. Hypersomnia subtypes, sleep and relapse in bipolar disorder. Psychol Med. Haziran 2015;45(8):1751-63.

46. Dew MA, Reynolds CF III, Houck PR, Hall M, Buysse DJ, Frank E, vd. Temporal Profiles of the Course of Depression During Treatment: Predictors of Pathways Toward Recovery in the Elderly. Arch Gen Psychiatry. 01 Kasım 1997;54(11):1016-24.

47. Buysse DJ, Reynolds CF, Hoch CC, Houck PR, Kupfer DJ, Mazumdar S, vd. Longitudinal Effects of Nortriptyline on EEG Sleep and the Likelihood of Recurrence in Elderly Depressed Patients. Neuropsychopharmacology. Nisan 1996;14(4):243-52.

48. Reynolds CF, Buysse DJ, Brunner DP, Begley AE, Dew MA, Hoch CC, vd. Maintenance nortriptyline effects on electroencephalographic sleep in elderly patients with recurrent major depression: Double-blind, placebo- and plasma-level-controlled evaluation. Biol Psychiatry. 01 Ekim 1997;42(7):560-7.

49. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. J Affect Disord. 1997;42:209-12.

50. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, Carlini M, Faravelli L. Cognitive impairment in major depression. Eur J Pharmacol. 10 Ocak 2010;626(1):83-6.

51. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman ATF. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. Acta Psychiatr Scand. Eylül 2010;122(3):184-91.

52. Shilyansky C, Williams LM, Gyurak A, Harris A, Usherwood T, Etkin A. Effect of

antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: a randomised longitudinal study. *Lancet Psychiatry*. Mayıs 2016;3(5):425-35.

53. Hiranyatheeb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookkamana P, Pinyopornpanish M, vd. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3175-81.

54. Inada K, Enomoto M, Yamato K, Marumoto T, Takeshima M, Mishima K. Effect of residual insomnia and use of hypnotics on relapse of depression: a retrospective cohort study using a health insurance claims database. *J Affect Disord*. 15 Şubat 2021;281:539-46.

55. Stahl SM. *Stahl' s Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press; 2013.

56. Mårtensson B, Pettersson A, Berglund L, Ekselius L. Bright white light therapy in depression: A critical review of the evidence. *J Affect Disord*. 15 Ağustos 2015;182:1-7.

57. Levitt AJ, Lam RW, Levitan R. A comparison of open treatment of seasonal major and minor depression with light therapy. *J Affect Disord*. 01 Eylül 2002;71(1):243-8.

58. Harvey AG, Tang NKY, Browning L. Cognitive approaches to insomnia. *Clin Psychol Rev*. Temmuz 2005;25(5):593-611.

59. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide*. Springer Science & Business Media; 2005. 206 s.

60. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Springer Science & Business Media; 2007. 184 s.

61. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books; 1985.

62. Startup HM, Davey GCL. Mood as input and catastrophic worrying. *J Abnorm Psychol*. 2001;110:83-96.

63. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. Temmuz 1983;40(7):801-10.

64. Yılmaz ED, Gençer G. Dokuz tip mizaç modeli ile psikobiyolojik kişilik modeli ve affektif mizaç modeli arasındaki ilişki. C. 16. İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2017.

65. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment

implications. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(1):68-73.

66. Akiskal HS, Djenderedjian AH, Rosenthal RH, Khani MK. Cyclothymic disorder: Validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry.* 1977;134:1227-33.

67. Judd LL, Akiskal HS. Delineating the Longitudinal Structure of Depressive Illness: Beyond Clinical Subtypes and Duration Thresholds. *Pharmacopsychiatry.* Ocak 2000;33(1):3-7.

68. Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A. Cyclothymic Temperamental Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 01 Aralık 1979;2(3):527-54.

69. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord.* 01 Mart 2005;85(1):231-9.

70. Ottoni GL, Lorenzi TM, Lara DR. Association of temperament with subjective sleep patterns. *J Affect Disord.* Ocak 2011;128(1-2):120-7.

71. Rovai L, Maremmanni AGI, Rugani F, Bacciardi S, Pacini M, Dell'Osso L, vd. Do Akiskal & Mallya's affective temperaments belong to the domain of pathology or to that of normality? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* Ağustos 2013;17(15):2065-79.

72. N H. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol.* 1989;7:3-13.

73. Ulusoy M, hisli sahin N, Erkmén H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q.* 01 Ocak 1998;12.

74. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi' nin Geçerliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 7(2). 1996;107-15.

75. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Psychometric properties of the Insomnia Severity Index in Turkish sample. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 09 Temmuz 2013;11:248-52.

76. Uygur ÖF, Hursitoğlu O, Uygur H, Aydın EF, Orhan FÖ. Turkish adaptation and psychometrics properties of Insomnia Catastrophizing Scale (tur). *J Clin Psychiatry.* 2022;25(1):101-11.

77. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective

- temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 01 Mart 2005;85(1):113-25.
78. Noble RE. Depression in women. *Metabolism.* 01 Mayıs 2005;54(5, Supplement):49-52.
79. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry.* Şubat 2017;4(2):146-58.
80. Kalkan M, Odacı H. Cinsiyet ve Cinsiyet Rolünün Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarla İlişkisi. *Gender and Sex Role in Relation with Attitudes Toward Seeking Psychological Help.* 2005;
81. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 01 Kasım 2016;49:106-18.
82. Li W, Ruan W, Peng Y, Lu Z, Wang D. Associations of socioeconomic status and sleep disorder with depression among US adults. *J Affect Disord.* 01 Aralık 2021;295:21-7.
83. Buckman JEJ, Saunders R, Stott J, Cohen ZD, Arundell LL, Eley TC, vd. Socioeconomic Indicators of Treatment Prognosis for Adults With Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 01 Mayıs 2022;79(5):406-16.
84. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış.
85. Dollard M, Winefield A. Mental health: Overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. *Adv Ment Health.* 01 Aralık 2002;1.
86. Çelikel ÇF, Erkorkmaz Ü. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arş.* 2008;45(4):122-9.
87. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oguzhanoglu N. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 01 Ocak 2002;3.
88. Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir mi?
89. Şen F, Taskin E, Özmen E, Aydemir O, Demet M. The public attitudes towards depression in a rural area in Turkey. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 01 Ocak 2003;4:133-43.
90. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette

Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. Ocak 2017;19(1):3-13.

91. Pereira AS, Wilhelm AR, Koller SH, Almeida RMM de. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cienc Saude Coletiva*. Kasim 2018;23(11):3767-77.

92. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. Mayıs 2018;212(5):279-86.

93. Park CHK, Lee JW, Lee SY, Moon J, Jeon DW, Shim SH, vd. Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *J Psychiatr Res*. Aralık 2020;131:1-8.

94. Holman MS, Williams MN. Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2022;26(1):137-54.

95. Lemma A, Mulat H, Nigussie K, Getinet W. Prevalence of unrecognized depression and associated factors among medical outpatient department attendees; a cross sectional study. *PloS One*. 2021;16(12):e0261064.

96. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. Aralık 2021;60:101556.

97. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. Temmuz 2000;38(7):679-93.

98. Lancee J, Eisma MC, van Zanten KB, Topper M. When Thinking Impairs Sleep: Trait, Daytime and Nighttime Repetitive Thinking in Insomnia. *Behav Sleep Med*. 02 Ocak 2017;15(1):53-69.

99. Solmi M, Zaninotto L, Toffanin T, Veronese N, Lin K, Stubbs B, vd. A comparative meta-analysis of TEMPS scores across mood disorder patients, their first-degree relatives, healthy controls, and other psychiatric disorders. *J Affect Disord*. 15 Mayıs 2016;196:32-46.

100. Aslan S, Demir EY. Yineleyici ve Tek Dönem Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik ve Affektif Mizaç Özellikleri.

101. Vahip S, Kesebir S, Gönül AS, Akdeniz F. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Derg.* 2004;15(3):183-90.
102. Akiskal HS. Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *J Personal Disord.* 1992;6:326-42.
103. Karam EG, Itani L, Fayyad J, Hantouche E, Karam A, Mneimneh Z, vd. Temperament and suicide: A national study. *J Affect Disord.* 15 Eylül 2015;184:123-8.
104. Ogura Y, Wakatsuki Y, Hashimoto N, Miyamoto T, Nakai Y, Toyomaki A, vd. Hyperthymic temperament predicts neural responsiveness for monetary reward. *J Affect Disord.* 01 Ocak 2023;320:674-81.
105. Gonda X, Rihmer Z, Zsombok T, Bagdy G, Akiskal KK, Akiskal HS. The 5HTTLPR polymorphism of the serotonin transporter gene is associated with affective temperaments as measured by TEMPS-A. *J Affect Disord.* 01 Nisan 2006;91(2):125-31.
106. Gonda X, Fountoulakis KN, Rihmer Z, Lazary J, Laszik A, Akiskal KK, vd. Towards a genetically validated new affective temperament scale: A delineation of the temperament 'phenotype' of 5-HTTLPR using the TEMPS-A. *J Affect Disord.* 01 Ocak 2009;112(1):19-29.
107. Rihmer Z, Erdos P, Ormos M, Fountoulakis KN, Vazquez G, Pompili M, vd. Association between affective temperaments and season of birth in a general student population. *J Affect Disord.* 01 Temmuz 2011;132(1):64-70.
108. Roehrs T. Sleep physiology and pathophysiology. *Clin Cornerstone.* 2000;2(5):1-15.
109. Li J, Vitiello MV, Gooneratne N. Sleep in Normal Aging. *Sleep Med Clin.* Mart 2018;13(1):1-11.
110. Vitiello MV, Larsen LH, Moe KE. Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *J Psychosom Res.* Mayıs 2004;56(5):503-10.
111. Brouwer WBF, van Exel NJA, Stolk EA. Acceptability of less than perfect health states. *Soc Sci Med* 1982. Ocak 2005;60(2):237-46.
112. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *J Psychosom Res.* Nisan 2008;64(4):443-9.

113. Levenson JC, Benca RM, Rumble ME. Sleep Related Cognitions in Individuals with Symptoms of Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 Ağustos 2015;11(8):847-54.
114. Gooneratne NS, Bellamy SL, Pack F, Staley B, Schutte-Rodin S, Dinges DF, vd. Case-Control Study of Subjective and Objective Differences in Sleep Patterns in Older Adults with Insomnia Symptoms. *J Sleep Res.* Eylül 2011;20(3):434-44.
115. Carney CE, Edinger JD, Manber R, Garson C, Segal ZV. Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance. *J Psychosom Res.* Şubat 2007;62(2):179-88.
116. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther.* Temmuz 2002;40(7):741-52.
117. Tremblay V, Savard J, Ivers H. Predictors of the effect of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia comorbid with breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* Ağustos 2009;77(4):742-50.
118. Cvengros JA, Crawford MR, Manber R, Ong JC. The relationship between beliefs about sleep and adherence to behavioral treatment combined with meditation for insomnia. *Behav Sleep Med.* 2015;13(1):52-63.
119. Asarnow LD, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Med Clin.* Haziran 2019;14(2):177-84.
120. Carney CE, Edinger JD, Meyer B, Lindman L, Istre T. Symptom-focused rumination and sleep disturbance. *Behav Sleep Med.* 2006;4(4):228-41.
121. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in Normal Aging. *Sleep Med Clin.* Haziran 2022;17(2):161-71.
122. Gottfrieds CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression?: *Int Clin Psychopharmacol.* Eylül 1998;13:S13-8.
123. McGowan SK, Behar E, Luhmann M. Examining the Relationship Between Worry and Sleep: A Daily Process Approach. *Behav Ther.* 01 Temmuz 2016;47(4):460-73.
124. Deguchi Y, Iwasaki S, Ishimoto H, Ogawa K, Fukuda Y, Nitta T, vd. Relationships between temperaments, occupational stress, and insomnia among Japanese workers.

PloS One. 2017;12(4):e0175346.

125. Oniszczenko W, Rzeszutek M, Stanisławiak E. Affective Temperaments, Mood, and Insomnia Symptoms in a Nonclinical Sample. *Behav Sleep Med.* 2019;17(3):355-63.



EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu (Vaka)



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (VAKA)					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

1. Çalışmanın adı:

Major Depresif Bozukluk Hastalarında Uykusuzluğu Felaketleştirme ve Mizaç Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Arş. Gör. Dr. Hilal SEZER SOYLU, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç. Dr Erhan AKINCI, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç. Dr Hülya ERTEKİN, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Depresyon, genellikle derin üzüntülü bazen bunaltının da eşlik ettiği bir duygudurumla birlikte; isteksizliğin, etkinliklerden eskisi kadar keyif alamamanın, uyku ve iştah değişikliklerinin, değersizlik ve karamsarlık düşüncelerinin bulunduğu, kişide bilişsel işlevlerin ve hareketlerin yavaşlaması ile belirginleşen genel bir yavaşlama ve durgunluk halinin, bazen de sıkıntılı ve tedirgin bir görünümün olduğu, toplumda yaygın olarak görülen ve yüksek yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Mevcut tedavilerle bu belirti ve bulguların tamamında düzelme saptanması hedeflenmesine rağmen çoğu zaman bu hedefe ulaşılamamaktadır. Bu kapsamda uykusuzluk kimi zaman başvuru nedeni olmakta, kimi zaman da tedavi sonrası kalıntı belirti olarak devam etmekte, öznel iyi olamama haline ve ilerleyen dönemde nökslere sebep olabilmektedir. Çalışmamızın amacı depresyon hastalarında uykusuzluk sıklığını, uykusuzluk kısır döngüsüne neden olan bilişleri ve bunların mizaç özellikleri ile ilişkisini saptamak, sağlıklı kontrol grubu hastalarla karşılaştırma yapmaktır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Major depresif bozukluk tanısı ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde takip edilmeniz sebebiyle dahil edildiniz.

- 5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**
Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstediğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.
- 6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**
Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size anket formları verilecektir. Anketlerin toplam cevaplama süresi 30-60 dakikadır. Müsait polikliniklerimizde formları doldurabilirsiniz.
- 7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**
Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.
- 8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**
Araştırmaya katıldığınız için uygulanan anketlerin sonuçları tedavi ekibine yol gösterecek, tedavinizin düzenlenmesinde gereği halinde kullanılacaktır.
- 9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için bedeli var mı?**
Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel ödemeyeceksiniz.
- 10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**
Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.
- 11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**
Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.
- 12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**
Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.
- 13. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Hilal SEZER SOYLU'ya danışabilirsiniz**
- 14. Teşekkür:** Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Major Depresif Bozukluk Hastalarında Uykusuzluğu Felaketleştirme ve Mizaç Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 2: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu (Kontrol)



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL)					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

1. Çalışmanın adı:

Major Depresif Bozukluk Hastalarında Uykusuzluğu Felaketleştirme ve Mizaç Özellikleri ile İlişkinin Değerlendirilmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Arş. Gör. Dr. Hilal SEZER SOYLU, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç. Dr Erhan AKINCI, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç. Dr Hülya ERTEKİN, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Depresyon, genellikle derin üzüntülü bazen bunaltının da eşlik ettiği bir duygudurumla birlikte; isteksizliğin, etkinliklerden eskisi kadar keyif alamamanın, uyku ve iştah değişikliklerinin, değersizlik ve karamsarlık düşüncelerinin bulunduğu, kişide bilişsel işlevlerin ve hareketlerin yavaşlaması ile belirginleşen genel bir yavaşlama ve durgunluk halinin, bazen de sıkıntılı ve tedirgin bir görünümün olduğu, toplumda yaygın olarak görülen ve yüksek yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Mevcut tedavilerle bu belirti ve bulguların tamamında düzelme saptanması hedeflenmesine rağmen çoğu zaman bu hedefe ulaşılamamaktadır. Bu kapsamda uykusuzluk kimi zaman başvuru nedeni olmakta, kimi zaman da tedavi sonrası kalıntı belirti olarak devam etmekte, öznel iyi olamama haline ve ilerleyen dönemde nükslere sebep olabilmektedir. Çalışmamızın amacı depresyon hastalarında uykusuzluk sıklığını, uykusuzluk kısır döngüsüne neden olan bilişleri ve bunların mizaç özellikleri ile ilişkisini saptamak, sağlıklı kontrol grubu hastalarla karşılaştırma yapmaktır.

4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

herhangi bir psikiyatrik hastalık tanınız olmaması sebebiyle çalışmamıza dahil edildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstediğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size anket formları verilecektir. Anketlerin toplam cevaplama süresi 30-60 dakikadır. Müsait polikliniklerimizde formları doldurabilirsiniz.

7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Araştırmada doldurduğunuz anket sonuçları hasta gruplarının anket sonuçları ile karşılaştırılacak, bilime katkı sunacak veriler sağlayacaktır.

9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel ödemeyeceksiniz.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

13. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Hilal SEZER SOYLU'ya danışabilirsiniz

14. Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Major Depresif Bozukluk Hastalarında Uykusuzluğu Felaketleştirme ve Mizaç Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 3: Sosyodemografik Veri Formu

Ad Soyad:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Eğitim durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite/ Yüksek Lisans/ Doktora

Medeni durum: () Evli () Bekar
() Boşanmış () Eşi vefat etmiş

Çocuk sayısı:

Yaşadığı yer: () İl merkezi () İlçe () Köy

Berber yaşadığı kişiler: () Tek başına () Aile ile () Diğer

Haneye giren toplam gelir: () 5000 TL ve altı () 5000-10000 TL arası () 10000 TL ve üstü

Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı: () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

Sigara kullanımı: () Var () Yok

Alkol kullanımı: () Var () Yok

Madde kullanımı: () Var () Yok

Ek hastalıklar:

Kullandığı ilaçlar:

Daha önce depresyon tanısı olup olmadığı: () Var () Yok

-Varsa geçirilen atak sayısı:

İntihar girişimi öyküsü: () Var () Yok

Daha önce antidepresan kullanımı: () Var () Yok

Daha önce uyku ilacı (hipnotik) kullanımı: () Var () Yok

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: () Var () Yok (kimde, hangi tanı olduğu.....)

EK 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

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

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-**0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-**0. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
 3. Şimdi hep sinirliyim.
- 12-**0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-**0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-**0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-**0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-**0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20-0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 5: Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:Tarih:.....

	Hiç	Hafif düzeyde: Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde: Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde: Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 6: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

İsim: _____

Tarih: _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok memnun	Memnun	Nötr	Memnun değil	Hiç memnun değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışımapotansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duyu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle engelleyici değil	Biraz engelleyici	Oldukça engelleyici	Çok engelleyici	Çok fazla engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle fark edilemez	Biraz fark edilebilir	Oldukça fark edilebilir	Çok fark edilebilir	Çok fazla fark edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle endişelendirmiyor	Biraz endişelendiriyor	Oldukça endişelendiriyor	Çok endişelendiriyor	Çok fazla endişelendiriyor
0	1	2	3	4

EK 7: Uykusuzluğu Felaketleştirme Ölçeği

UFÖ (Gece): Herkesin iyi uyuyamadığı geceler olur. Bu gecelerde aklınıza uykunuzun ne kadar kötü olduğu ve bunun sonuçları hakkında düşünceler gelebilir. Lütfen ne sıklıkta böyle düşündüğünüzü en iyi açıklayan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.						
Uyuyamadığınız gece boyunca aşağıdakileri ne sıklıkta düşünürsünüz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Çoğu zaman	Her zaman
1. Uyku problemim hep devam edecek	0	1	2	3	4	5
2. Uykuya dalmak için yapabileceğim hiçbir şey yok	0	1	2	3	4	5
3. Bu düşünceler gece boyunca zihnimde dönüp duracak	0	1	2	3	4	5
4. Uyku problemim daha da kötüye gidecek	0	1	2	3	4	5
5. Fiziksel görünüşüm olumsuz yönde etkilenecek	0	1	2	3	4	5
6. Uyuyabilmemin üzerindeki kontrolümü kaybedeceğim	0	1	2	3	4	5
7. Uyku problemim ruh sağlığımı olumsuz yönde etkileyecek	0	1	2	3	4	5
UFÖ (Gündüz): Herkesin iyi uyuyamadığı geceler olur. Bu gecelerden sonra gün boyunca aklınıza ne kadar kötü uyuduğunuz ve bunun sonuçları hakkında düşünceler gelebilir. Lütfen ne sıklıkta böyle düşündüğünüzü en iyi açıklayan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.						
Uyuyamadığınız gecelerden sonra gün içinde aşağıdakileri ne sıklıkta düşünürsünüz?	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Çoğu zaman	Her zaman
8. Bütün gün kötü hissedeceğim	0	1	2	3	4	5
9. Uyku problemimin bugün ciddi sonuçları olacak	0	1	2	3	4	5
10. Gün boyunca performansım kötü olacak	0	1	2	3	4	5
11. Günlük aktivitelerim olumsuz etkilenecek	0	1	2	3	4	5
12. İşlerimi idare etme becerim kötüleşecek (örn. iş, fiziksel aktivite, ev işi)	0	1	2	3	4	5

EK 8: TEMPS-A Mizaç Envanteri

(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego –Autoquestionnaire):
Yaşamınızın büyük bir bölümü için size “kesinlikle uyuyorsa” -> (D) Doğru, “tam olarak uymuyor” ya da “yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa” -> (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyusukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.

29. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
30. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
31. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
32. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
33. D Y Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
34. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
35. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
36. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
37. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
38. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
39. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
40. D Y Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
41. D Y Kendime müthiş güvenirim.
42. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
43. D Y Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
44. D Y Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
45. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
46. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
47. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
48. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
49. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
50. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
51. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
52. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
53. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
54. D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
55. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
56. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
57. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.

58. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
59. D Y Çok yakınırım.
60. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
61. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
62. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
63. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
64. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
65. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
66. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
67. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
68. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
69. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
70. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki, buna dayanamıyorum.
71. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
72. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
73. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
74. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
75. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
76. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
77. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir durumum.
78. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
79. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
80. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
81. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
82. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
83. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
84. D Y Sık sık midem bozulur.
85. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
86. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
87. D Y Heyecanlandığımda tualete daha sık gitmek zorunda kalırım.
88. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
89. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
90. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
91. D Y Uykum dinlendirici değil.
92. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.

93. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
95. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
96. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
97. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmışgibi bir korku duyarım.
98. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

EK 9: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

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

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
- Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

<input type="checkbox"/> ₀ Çok iyi	<input type="checkbox"/> ₁ Oldukça iyi	<input type="checkbox"/> ₂ Oldukça kötü	<input type="checkbox"/> ₃ Çok kötü
---	---	--	--
- Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

<input type="checkbox"/> ₀ Hiç	<input type="checkbox"/> ₁ Haftada 1'den az	<input type="checkbox"/> ₂ Haftada 1 - 2 kez	<input type="checkbox"/> ₃ Haftada 3'ten çok
---	--	---	---
- Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

<input type="checkbox"/> ₀ Hiç	<input type="checkbox"/> ₁ Haftada 1'den az	<input type="checkbox"/> ₂ Haftada 1 - 2 kez	<input type="checkbox"/> ₃ Haftada 3'ten çok
---	--	---	---
- Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

<input type="checkbox"/> ₀ Hiç problem oluşturmadı	<input type="checkbox"/> ₂ Bir dereceye kadar problem oluşturdu
<input type="checkbox"/> ₁ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	<input type="checkbox"/> ₃ Çok büyük bir problem oluşturdu
- Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

<input type="checkbox"/> ₀ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	<input type="checkbox"/> ₂ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
<input type="checkbox"/> ₁ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	<input type="checkbox"/> ₃ Partner aynı yatakta
- Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

