

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU (OSAS) İLE
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mervenur ERDÖL

Danışman
Doç. Dr. Canan TANIDIR

İstanbul – 2021

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Mervenur ERDÖL

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans Tezi

Tezin Tarihi : 28.07.2021

Sayfa Sayısı : 75

Tez Danışmanları : Doç. Dr. Canan TANIDIR

Dizin Terimleri : Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Depresyon, Anksiyete

Türkçe Özet : Bu araştırmanın amacı Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısı alan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek ve OSAS ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakmaktır.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmza

Mervenur ERDÖL

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU (OSAS) İLE
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mervenur ERDÖL

Danışman
Doç. Dr. Canan TANIDIR

İstanbul – 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mervenur ERDÖL

...../...../2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Mervenur ERDÖL'ün Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Doç. Dr. Canan TANIDIR
(Danışman)

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜNEŞ

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../ ... / 2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), hipopne veya apne ataklarına yol açan tekrarlayan üst solunum yolu tıkanıklıkları ile karakterize uyku ile ilişkili bir solunum hastalığıdır. OSAS'ın travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi bazı psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın amacı Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısı konulmuş bireylerde depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmaya 18-70 yaşları arasında Obstrüktif Uyku Apne Sendromu tanısı konulmuş 61 (kadın n=24 Erkek n=37) birey dâhil edilmiştir. Araştırmada verilerin elde edilmesi için sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 25.0 istatistik programı kullanılmıştır.

Katılımcıların %19,7'sinde hafif, %41,0'inde orta ve %39,3'ünde ağır düzeyde OSAS Varlığı bulunmaktadır. Katılımcıların %59'u OSAS tanısı sonrası tedavi olmuştur. Katılımcıların %19,7'si depresyon ya da anksiyete tanısı almıştır. Anksiyete seviyelerinin cinsiyete göre farklılaştığı ve OSAS'lı kadınların daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon düzeylerinin ise sadece eğitim durumuna bağlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. OSAS'lı bireylerde depresyon ve anksiyete arasında kuvvetli ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buna göre OSAS'lı bireylerde depresyon düzeyleri arttıkça/azaldıkça anksiyete düzeyleri ise artmakta/azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Depresyon, Anksiyete

SUMMARY

Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is a sleep-related respiratory disease characterized by recurrent upper airway obstructions leading to episodes of hypopnea or apnea. OSAS has also been found to be associated with some psychiatric disorders such as post-traumatic stress disorder, anxiety and depression.

The aim of the study is to examine the relationship between depression and anxiety in individuals diagnosed with Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS). 61 (female n=24 male n=37) individuals diagnosed with Obstructive Sleep Apnea Syndrome between the ages of 18-70 were included in the study. Sociodemographic information form, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were used to obtain data in the study. SPSS 25.0 was used for data analysis.

OSAS was mild in 19.7%, moderate in 41.0%, and severe in 39.3% of the participants. After OSAS diagnosis 59% of the participants received treatment. Participant rate diagnosed with depression or anxiety is 19.7%. It was found that anxiety levels differed according to gender and women with OSAS had higher anxiety levels. It was determined that the depression levels differed only depending on the education level. A strong and positive relationship was found between depression and anxiety in individuals with OSAS. Accordingly, as depression levels increase/decrease in individuals with OSAS, their anxiety levels increase/decrease.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Depression, Anxiety

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	2
1.2. Araştırmanın Problemi.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.4. Varsayımlar.....	4
1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS).....	6
2.1.1. Tanım.....	6
2.1.2. Tanı Ölçütleri.....	6
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Patogenez.....	8
2.1.5. Klinik Bulgular	9
2.2. Depresyon	10
2.2.1. Tanımı.....	10
2.2.2. Depresyon Modelleri	11
2.2.3. Tanı Kriterleri	13
2.3. Anksiyete	14
2.3.1. Tanımı.....	14
2.3.2. Etiyolojisi	15
2.3.3. Anksiyete Belirtileri	17
2.3.4. Anksiyete Patofizyolojisi.....	20
2.4. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun (OSAS) Depresyon ve Anksiyete Belirtileri İle İlişkisi	21

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli.....	27
3.2. Çalışma Grubu.....	27
3.3. Veri Toplama Araçları.....	28
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	28
3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	28
3.3.3. Kişisel Bilgi Formu	28
3.4. İstatiksel Analiz	29

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

4.1. Araştırma Bulguları	30
--------------------------------	----

TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA	42
-----------------------	-----------

EKLER.....	56
-------------------	-----------

KISALTMALAR

AHI	:	Apne-Hipopne İndeksi
BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	:	Gama-Aminobütirik Asit
MCH	:	Korpüsküler Hemoglobin
MDB	:	Major Depresyon Bozukluğu
NIMH	:	Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
OSAS	:	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PSG	:	Polisomnografi
RBC	:	Kırmızı Kan Hücresi
SNRI	:	Serotoninnorepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SPHB	:	Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
SSRI	:	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TTD	:	Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu
VKİ	:	Vücut Kitle İndeksi
WBC	:	Beyaz Kan Hücresi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ölçeklerle ilgili Cronbach Alpha katsayı değerleri	29
Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet, medeni ve eğitim durumu ile ilgili sonuçlar	30
Tablo 3. Katılımcıların OSAS derecesi ve tedavi alma ile ilgili bilgileri.....	30
Tablo 4. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve çeşidi ile ilgili bilgileri.....	31
Tablo 5. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma ile ilgili bilgileri.....	31
Tablo 6. Katılımcıların OSAS tanı, belirti ve tedavi süresi ile ilgili bilgileri.....	32
Tablo 7. Katılımcıların depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları.....	32
Tablo 8. Katılımcıların cinsiyete göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	33
Tablo 9. Katılımcıların medeni durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları .	33
Tablo 10. Katılımcıların eğitim durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları.	33
Tablo 11. Katılımcıların OSAS derecesine göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	34
Tablo 12. Katılımcıların tedavi olma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	35
Tablo 13. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	35
Tablo 14. Katılımcıların herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi alma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	35
Tablo 15. Katılımcıların anne veya babasının psikiyatrik tanı alma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	36
Tablo 16. Katılımcıların depresyon ya da anksiyete tanısı alma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları	36
Tablo 17. Katılımcıların OSAS tanı, belirti ve tedavi süresi ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki korelasyon.....	36
Tablo 18. Katılımcıların depresyon ile anksiyete puan ortalamaları arasındaki korelasyon .	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın modeli.....	27
-----------------------------------	----



ÖNSÖZ

Sevgili babacığma, biricik anneciğime, canım ablama ve canım abime bu süreçte bana verdikleri her türlü destek için minnettarım.

Tezin hazırlanmasında emeği geçen değerli hocam Doç. Dr. Canan TANIDIR'a, Özel Levent Hastanesi uyku laboratuvarı sorumlu hekimi Yrd. Doç. Dr. Mehmet Sabri ERDÖL'e ve teknikerleri Reyhan KESKİN, Meryem BAŞTÜRK, Özge Nur ERBAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Mervenur ERDÖL



GİRİŞ

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), hipopne veya apne ataklarına yol açan tekrarlayan üst solunum yolu tıkanıklıkları ile karakterize uyku ile ilişkili bir solunum hastalığıdır. Oksijen satürasyonunda azalmaya ve / veya uykudan uyanmaya neden olur (Lee ve ark., 2019). İleri yaş, erkek cinsiyet, aile öyküsü ve üst hava yolu yapısal anormallikleri OSAS gelişiminde etkilidir. Yaşla birlikte vücut yağ dağılımındaki değişiklikler, doku esnekliği ve ventilasyon kontrolündeki değişiklikler gibi çeşitli risk faktörleri OSAS gelişimini kolaylaştırır (Kerner ve Roose, 2016). Erkeklerde OSAS insidansı kadınlara göre daha yüksektir. Yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) arttıkça insidans oranı artar (McNicholas, 2019).

OSAS, obezite, hiperlipidemi, glukoz intoleransı, alkol ve sigara gibi vasküler risk faktörleri ile ilişkilidir (Kerner ve Roose, 2016). OSAS'ın travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi bazı psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olduğu bulunmuştur (Garbarino ve ark., 2018; Hobzova ve ark., 2017; Povitz ve ark., 2014). Ancak OSAS'ın depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yol açtığı konusunda farklı görüşler vardır. Bazı araştırmacılar, depresyon ve OSAS arasında komorbid bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Chen ve ark., 2013; BaHamam ve ark., 2016; LaGrotte ve ark., 2016). Bazı çalışmalar ise OSAS'ın depresyon ile ilişkili olmadığını göstermiştir (Shoib ve ark., 2017). Anksiyete ve depresyon hastalarının incelenmesi uyku düzenlerinin düzensiz olduğunu göstermiştir (Andrews ve Oei, 2004). Yetişkin popülasyonda depresyon insidansının % 3 ile % 10 arasında olduğu bildirilirken (Ohayon, 2006), bazı çalışmalar OSAS hastalarında depresyon insidansının % 20-40 arasında olduğunu göstermiştir (Ünlü ve Sezer, 2008; Kerner ve Roose, 2016). OSAS uyku kaybı, uyku bozukluğu ve aralıklı hipokseminin neden olduğu bilişsel değişiklikler yoluyla depresyona neden olabilirken, depresyona bağlı kilo alımı ve uyku kesintisi OSAS'a neden olabilir (Povitz ve ark., 2014). Son sistematik inceleme ve meta-analiz, OSAS, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin, muhtemelen iki yönlü bir ilişkiyi paylaşan ruhsal bozuklukları iyileştirmek için OSAS'ın erken teşhisi ve tedavisinin önemli olduğunu göstermiştir (Garbarino ve ark., 2018).

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısı alan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek ve OSAS ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakmaktır. Araştırmanın uzun vadede amacı Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun (OSAS) ruh sağlığı üzerine olası etkilerinin önemini kavramak ve tedavi sürecinde daha etkin bir yol izlenmesine katkı sağlamaktır.

Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun (OSAS) tıbbi durumlarla bağlantısı kayda değer bir oranda araştırılmışken ruh sağlığıyla ilişkili olabilecek olası durumlar daha az çalışılmıştır (Hıdıroğlu ve ark., 2012). OSAS tanısı, polisomnografik (PSG) değerlendirme sonucu konulabilir. Kişiler bu hastalığın belirtilerine sahip olsalar bile %80-90 gibi bir oranda kişilerin tanı bile almadan yaşamlarını bu hastalıkla geçirdikleri düşünülmektedir (Karaaslan, 2018). OSAS'ta uyku sırasında beyinde oksijen saturasyonun düşmesiyle depresyon oluşumunun ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu iki durumun birbirini etkileyip etkilemediği ya da birlikte görüldüğü durumların rastlantı mı olduğu hala kesin olarak bilinmemektedir. OSAS tanılı kişilerin uyanık kalmada zorlandıkları bu nedenle de kendisinin ve yakın çevresinin bu durumun hastalığın belirtilerinden biri olduğunu bilmemeleri sebebiyle bu durumu ciddiye almayıp gülünç bulabilirler. Bu nedenle de bireyin depresyona girme olasılığı artabilir (Köktürk, 2000).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada OSAS tanısı olan hastalarda anksiyete belirtileri ve şiddetinin sağlıklı kontrollerden düşük olduğuna işaret ederken, anksiyete belirtileri ve OSAS arasında bir bağlantı tespit etmeyen araştırmalar da vardır (Fidan ve ark., 2006). Bu araştırmanın OSAS tanısı olan bireylerdeki depresyon ve anksiyete düzeyini yordamak, alandaki bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara anlamlı bir katkı sağlayabilmek ve OSAS'lı bireylerin tedavisinde olası ruh sağlığı problemlerini atlamamak ile bu problemlerin tedavisinin önemine dikkat çekmek açısından değerli olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Problemi

Bu araştırmanın problemi Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığıdır. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, uykuda tekrar eden tam ya da kısmi üst solunum yollarında tıkalı nöbetler ve bu duruma eşlik eden kan oksijen saturasyonunda düşüş ile karakterize bir sendromdur (ICSD-2, 2005).

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS), sık karşılaşılan uyku bozukluklarından biri olup her iki cinste ve tüm sosyoekonomik düzey, etnik gruplar ve yaşta görülebilir. OSAS'ın Türk toplumunda görülme sıklığının %0.9-1.9 olduğu belirtilmiştir (Yücege, 2016).

OSAS'ın yan etkileri olarak oluşan hastalıkların varlığının ruhsal hastalıklara da zemin hazırladığı bilinmektedir. OSAS, enerji düşüklüğü, dikkati toplama güçlüğü, huzursuz hissetme, yorgunluk ve kişilik değişimlerine neden olabilmektedir (Saraç ve ark., 2015; Aydın, 2018).

OSAS'la ilgili semptomların, birçok ruhsal durum ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Krieger ve ark., 2002). Depresyonun önemli belirtilerinden biri uyku ile ilgili sorunlardır. Kronik uyku bozukluğunun da depresyona neden olabileceği bildirilmiştir. OSAS tanısı olan bireylerde depresyon riskinin arttığına işaret eden birçok çalışma mevcuttur (Karaaslan, 2018; Asghari ve ark., 2012; Guichard ve ark., 2018; Vanek ve ark., 2020). OSAS tanılı bireylerde depresyonun yaygınlığı %40 ile %60 olduğu ve genel toplumla kıyaslandığında yüksek olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra %8 gibi daha düşük olduğu saptanan çalışmalar da vardır (Shoib ve ark., 2017; Hobzova ve ark., 2017).

OSAS'ta anksiyete belirtileri depresyona kıyasla daha az araştırılmış olmasına rağmen sıklığı nadir görülmemektedir. Literatür taraması yapıldığında anksiyete şiddetinin ve belirtilerinin OSAS'la ilişkisine dair farklı sonuçlar belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda anksiyetenin OSAS ile ilişkisi vurgulanmış ve önem verilmesi gereken bir durum olduğuna işaret edilmiştir (Economou ve ark., 2018; Jackson ve ark., 2019). Bazı çalışmalarda ise anksiyete belirtilerine rastlanılmış ama CPAP tedavisi ile bu belirtilerde gerileme gözleniyorsa dikkate değer olmadığı belirtilir (Mohammadien ve ark., 2019; Bilyukov ve ark., 2018; Timkova ve ark., 2019).

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısı olan kişilerin hissettikleri depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek midir? Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısının olması depresyon ve anksiyete üzerinde anlamlı bir ilişkiye işaret ediyor mu? Araştırmanın hipotezi kaliteli bir uyku uyuyamamanın kişinin yaşam kalitesinin düşmesine neden olacağı ve bu durumun da depresyonu ve anksiyeteyi arttıracığı yönündedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir:

H1. OSAS olan katılımcıların depresyon düzeyleri ile bazı sosyodemografik değişkenleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

H2. OSAS olan katılımcıların anksiyete düzeyleri ile bazı sosyodemografik değişkenleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

H3. OSAS olan katılımcılarda depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır.

H4. OSAS hastalığının bazı özelliklerine göre depresyon ve anksiyete düzeyleri değişmektedir.

1.4. Varsayımlar

- Çalışmaya dâhil edilen bireylerin kendilerine yöneltilen soruları doğru ve eksiksiz yanıtladıkları düşünülmektedir.
- Araştırmaya dâhil edilen kişilerin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Çalışmada uygulanacak olan ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’, ‘‘Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)’’ ve ‘‘Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)’’ çalışmayla ilgili değişkenleri güvenilir ve geçerli olarak değerlendirilmiştir.

1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar

- Çalışmanın evreni 18-70 yaşları ile sınırlandırılmıştır.
- Çalışmanın örneklemini 18-70 yaşları arasında araştırmaya katılım konusunda gönüllü 61 kişi ile sınırlıdır.

- Elde edilecek veriler ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’, ‘‘Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)’’ ve ‘‘Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)’’ ile sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS)

2.1.1. Tanım

Uykuda solunum bozuklukları santral uyku apne sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu, uykuya ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromlar ve diğer uykuya ilişkili solunum bozuklukları olarak sınıflanmaktadır (Dempsey ve ark., 2010). Bu hastalıklar içinde en sık görüleni OSAS' tır (Javaheri ve ark., 2017).Uyku sırasında üst solunum yolunun tıkanması sonucu uykudan uyanma ve düşük oksijen saturasyonunun eşlik ettiği tekrarlayan solunum duraklamaları OSAS olarak ifade edilmektedir. OSAS konusunda yapılan çalışmalara göre, OSAS orta yaş grubunun %2-4' ünü etkilemektedir (Peppard ve ark., 2013).

2.1.2. Tanı Ölçütleri

Türk Toraks Derneği'nin yayımladığı OSAS TANI ve Tedavi Uzlaşısı Raporuna göre OSAS tanısı için gerekli kriterler verilmiştir. Tanı için A+B+D veya C+D olması gerekmektedir (TTD, 2012).

A)En az 1'i:

1. Uyanık kalınması gereken dönemde uyuyakalma, gün içi uykululuk, dinlendirici olmayan uyku, insomni veya aşırı yorgunluk
2. Hastanın soluk tutma, gürültülü soluma veya boğulma hissiyle uyanması
3. Eşin gürültülü horlama, soluk durmaları veya her ikisini de bildirmesi

B) Polisomnografi (PSG)

1. Skorlanan solunum bozuklukları (apne, hipopne veya RERA: Apne hipopne kriterlerine uymayacak şekilde en az 10 saniye boyunca artan solunum çabası veya nasal basınç sinyalinde düzleşme sonrası uyarılma) ≥ 5 /sa

2. Solunum olaylarının bir kısmı veya tümünde solunum çabası (RERA: özofagus manometresi) veya

C) PSG

1. Skorlanan solunum bozuklukları (apne, hipopne veya RERA) ≥ 15 /sa
2. Solunum olaylarının bir kısmı veya tümünde solunum çabası (RERA: özofagus manometresi)

D) Başka bir açıklayıcı neden (uyku bozukluğu, sistemik veya nörolojik hastalık, ilaç veya madde kullanımı) yok.

OSAS'ın evrelemesi için kullanılan apne-hipopne indeksi(AHI) ne göre AHI: 5-15/sa ise hafif düzeyde OSAS; AHI: 15-30/sa ise orta düzeyde OSAS; AHI: > 30 /sa ise ağır OSAS denilmektedir (TTD, 2012).

OSAS riskini artıran temel etkenler obezite ve erkek cinsiyet olmakla beraber, sigara, alkol, sedatif madde kullanımı, ırk (siyah ırkta daha yaygın), eşlik eden bazı hastalıklar (diyabetes mellitus, amyotrofik lateral skleroz, multiple skleroz, hipotroidi gibi bazı hastalıklar) genetik diğer risk faktörlerindedir(TTD, 2012).

OSAS'ın en sık görülen semptomları; horlama, tanıklı apne, gündüz aşırı uyuklama hali, boğulma hissi ile uyanma ve uykusuzluktur. Yalnızca klinik bulgularla tanı konulma olasılığı %50-70 aralığında değişmektedir. Hastalığın kesin tanısı polisomnografidir. Ancak yol gösterici olarak bazı anketler geliştirilmiştir. Berlin uyku anketi, STOP ve STOP-BANG anketleri, Epworth uykululuk ölçeği, Pitsburg uyku kalitesi ölçeği bu anketlerdir (TTD, 2012).

2.1.3. Epidemiyoloji

OSAS'ın varlığı ve ciddiyeti tipik olarak apne sayısı artı uyku saati başına hipopne sayısı (veya ev testleri için kayıt saati) olarak tanımlanan apne-hipopne indeksi (AHI) ile ölçülür. OSAS prevalansı, hipopnelerin tanımına bağlı olarak değişir. Hipopneyi tanımlamak için kan oksijen satürasyonunda % 4 düşüş gerektiren konservatif tanımı kullanan Wisconsin Uyku Kohort Çalışması, ABD'de 30 ila 70 yaşları arasındaki kadınların % 17.4'ünün ve erkeklerin % 33.9'unun en az hafif OSAS'a sahip olduğunu tahmin etmektedir. Uyku saatinde 5 ila 14.9 olaylık bir AHI, kadınların % 5.6'sında ve erkeklerin % 13.0'ında orta (AHI 15-29.9) veya şiddetli (AHI 30) OSAS varlığını göstermiştir (Peppard ve ark., 2013).

OSAS prevalansı, kadınlarda % 4,2 ve erkeklerde % 7,5 mutlak artışla, 1990 ve 2010 yılları arasında yaklaşık % 30 artmıştır (Peppard ve ark., 2013). OSAS prevalansı

yaşla birlikte artar ve erkeklerde kadınlara göre yaklaşık iki kat daha yaygındır. ABD'de OSAS prevalansı, 30 ila 49 yaşları arasındaki bireylerde erkeklerde yaklaşık % 26.6 ve kadınlarda yaklaşık % 8.7 iken 50 ila 70 yaşlarındaki erkeklerde yaklaşık % 43.2 ve kadınlarda % 27.8'dir. 50 ila 80 yaşları arasındaki Afrika kökenli Amerikalı yetişkinler arasında OSAS yaygınlığının % 53,6 olduğu ve orta ila şiddetli OSAS oranının % 20.4 olduğu belirtilmiştir (Johnson ve ark., 2018).

54 ila 93 yaş arasındaki aterosklerozlu yetişkinlerde OSAS prevalansı % 60 oranında olduğu belirtilmiştir. Beyaz bireylerin % 30,3'ünde, Afrikalı Amerikalıların % 32,4'ünde, Hispanik bireylerin % 38,2'sinde ve Çin kökenli katılımcıların % 39,4'ünde orta ila şiddetli OSAS prevalansı bildirilmiştir (Chen ve ark., 2015; Tufik ve ark., 2010; Arnardottir ve ark., 2016; Fietze ve ark., 2019; Heinzer ve ark., 2015).

OSAS, aşırı kilo ve obezite ile ilişkilidir. Vücut kitle indeksi (VKİ) 25'in altında olan 30 ila 49 yaşları arasındaki bireyler arasında, OSAS prevalansı erkeklerde % 7.0 ve kadınlar arasında % 1.4 olarak belirtilmiştir. Ayrıca VKİ oranları 30 ila 39.9b- arasında olan erkeklerde % 44.6 ve kadınlarda % 13.5 oranında OSAS prevalansı bildirilmiştir (Peppard ve ark., 2013). OSAS prevalansının obezite ve erkek cinsiyeti ile ilişkisi yaşla birlikte azalmaktadır (Young ve ark., 2002; Peppard ve ark., 2013; Arnardottir ve ark., 2016).

2.1.4. Patogenez

OSAS, uyku sırasında üst hava yolunun tekrarlayan kısmi veya tam kollapsı ile karakterize olup, solunum çabasına rağmen hava akışında epizodik azalma (hipopne) veya durma (apne) ile sonuçlanır. İspirasyon sırasında hava yolu açıklığını korumak için üst hava yolu dilatör kaslarının kasılması gereklidir. En önemli üst hava yolu dilatör kası, levator ve tensör palatinimuscles ve geniohyoid ve stylopharyngeus kasları (lateral faringeal duvarların medial çökmesine karşı) tarafından desteklenen, dilin posterior kollapsını önlemek için her inspirasyonla büzülen genioglossus kasıdır. OSAS'lı çoğu insan, tipik olarak parafaringeal yağ yastıklarında ve faringeal kaslarda yağ birikiminin neden olduğu kraniofasiyal yapıdaki anormalliklerle dar bir üst hava yoluna sahiptir (Schwab ve ark., 2003; Kim ve ark., 2014). Bu anormallikler arasında hem mikrognati ve retrognati gibi klinik olarak belirgin anatomik anormallikler hem de küçük bir maksillomandibular hacimle sonuçlanan hyoid kemiğin alt pozisyonu ve

daha kısa mandibular ve maksiller uzunluk gibi ince radyografik bulgular bulunur (Punjabi, 2008).

Yumuşak doku ve kemik anormalliklerinin OSAS'a göreceli katkısı bireyler arasında ve popülasyonlar arasında farklılık gösterir. Örneğin, OSAS'ın aynı şiddeti için, Kafkasyalı bireyler daha fazla kilolu olma eğilimindeyken, Çinli bireyler daha fazla kraniofasiyal kemik kısıtlamasına sahiptir (Lee ve ark., 2010). Küçük bir faringeal hava yolunun varlığında, bir birey aktivite tarafından uyandırıldığında faringeal dilatör kaslarının üst hava yolu çökmesi önlenir. Uyku sırasında hem bazal hem de telafi edici dilatör kas tonusunda bir azalma hava yolu kollapsına izin verir (Jordan ve White, 2008; Dempsey ve ark., 2010).

Obstrüktif apneler ve hipopneler, intratorasik basınçta, aralıklı hipoksehide ve uykudan uyanmada büyük değişikliklere neden olur. Bu uyarılmalar genellikle hastayı uyandırmasa da, bu uyku parçalanması OSAS'lı bireylerde aşırı uykululuğun birincil nedenidir. Aralıklı hipoksemi, özellikle eşzamanlı hiperkapniyle birlikte, sempatik sinir sistemini harekete geçirir ve kan basıncının hem akut hem de kronik yükselmesine en büyük katkı sağlar (Dempsey ve ark., 2010; Somers ve ark., 2008). Artan katekolamin seviyeleri insülin duyarlılığını azaltır. Tekrarlayan hipoksemi atakları reaktif oksijen türlerini artırır ve bu da vasküler hastalığa, metabolik anormalliklere ve iltihaplanma gibi semptomların ortaya çıkmasına neden olur (Briançon-Marjollet ve ark., 2015; Reutrakul ve Mokhlesi, 2017).

2.1.5. Klinik Bulgular

OSAS'ın en yaygın semptomu, uyku kliniklerine sevk edilen OSAS hastalarının % 90'ına varan oranlarda bildirilen aşırı uyku hali ile aralıksız uykudur (Guilleminault ve ark., 2000). Hastalar ayrıca yorgunluk veya enerji eksikliği de rapor edebilir (Chervin, 2000). Bazı çalışmalarda, bu semptomlar uykululuktan daha yaygındır. Aşırı uykululuk, genel popülasyon taramasıyla belirlenen OSAS'lı kişilerin % 15 ila % 50'si tarafından rapor edilmiştir (Kapur ve ark., 2005; Fietze ve ark., 2019; Heinzer ve ark., 2015).

Bazı hastalar nefes nefese veya boğulma eşliğinde uyanma yaşarken, eşlik eden semptomlar olmadan uyanmalar daha tipiktir. Sistemik bir derleme, öykü ve fizik muayenede, geceleri nefes nefese kalmanın veya boğulmanın OSAS'ın en güvenilir

göstergesi olduğu sonucuna varmıştır (Myers ve ark., 2013). Bir popülasyon çalışması, AHI'si en az 20 olan bireylerin % 37.4'ünde gecede en az 2 kez noktüri bildirilirken, AHI'si saatte 20'den az olanların % 25.6'sında noktüri varlığı bildirilmiştir (Martin ve ark., 2016).

Kronik sabah baş ağrısı (günlerin en az yarısında meydana gelir), OSAS'lı bireylerde genel popülasyona göre iki kat daha yaygındır (Russel ve ark., 2014). İki taraflı bir basınç hissi ile karakterize edilen bu baş ağrıları, uyandıktan sonraki saatler içinde geçer ve nedeni bilinmemektedir. Nokturnal gastroözofageal reflü, genel popülasyonda OSAS'lı hastalarda yaklaşık iki kat daha yaygındır (Lim ve ark., 2018). Uykuya dalmada güçlük OSAS'tan kaynaklanmamaktadır (Björnsdóttir ve ark., 2013). OSAS'ın tipik belirtileri arasında, OSAS olanların % 50 ila % 60'ında görülen alışılmış horlama bulunmaktadır (Young ve ark., 2002; Arnardottir ve ark., 2016).

Son çalışmalar, dirençli hipertansiyonu olan kişilerde OSAS prevalansını % 73 ila % 82 (Muxfeldt ve ark., 2014; Martínez-García ve ark., 2013), atriyal fibrilasyonu olan kişilerde % 76 ila % 85 (Abumuamar ve ark., 2018), tip 2 diyabetli kişilerde % 65 ila % 85 (Foster ve ark., 2009), inme geçiren bireylerde % 71 (Seiler ve ark., 2019) ve obezite cerrahisi geçiren hastalarda % 71 ila % 77 (Sareli ve ark., 2011; Peromaa-Haavisto ve ark., 2016) arasında olduğu belirtilmiştir.

2.2. Depresyon

2.2.1. Tanımı

Depresyon, depresif duygulanım, çarpık düşünceler ve biyolojik rahatsızlıkları içeren bir duygudurum bozukluğudur (Luyten ve ark., 2017). Rol işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olan önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (Kessler ve Bromet, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) (2017) göre depresif insan sayısı 2005 ile 2015 yılları arasında % 18,4 artarak 332 milyona ulaşmıştır. Bu da dünya nüfusunun yaklaşık % 4,4'ünün bir tür depresyonla yaşadığı anlamına gelmektedir. Aynı zamanda kronik, tekrarlayan bir hastalıktır, bu da yüksek nüks oranlarına sahip olduğu anlamına gelir (Kessler ve Bromet, 2013). Büyük depresyonun seyri genellikle kronik olarak tekrar eder. Başlangıç yaşı ortalama 32 olarak belirtilmiş olup, toplam vakaların sadece % 10'u 55 yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir (Gotlib ve Hammen, 2008). Ek olarak, gençlerin depresyona

yaşlılara göre daha yatkın olduğu görülmüştür (DSÖ, 2017). Epidemiyolojik çalışmaların çoğu, cinsiyet ve medeni durumu depresyonla ilişkili diğer faktörler olarak bulmuştur. Kadınlar, erkeklere kıyasla neredeyse iki kat daha fazla majör depresyon riskine sahiptir. Ayrılmış veya boşanmış insanlar, evli olanlara göre depresyona daha çok yatkındır (Kessler ve Bromet, 2013).

Majör depresif bozukluk, aşırı üzüntü biçiminden farklıdır; insanların günlük işleyişine müdahale eder. Biliş, davranış ve hatta bağışıklık sistemi dahil olmak üzere hem beyin hem de vücut üzerinde etkisi olan bir bozukluktur (Lingiardi ve McWilliams, 2017). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition'a (APA, 2013) göre, majör depresif bozukluğa sahip olmak için, bireyin 2 hafta içinde aşağıdaki semptomlardan beş veya daha fazlasını yaşamaması gerekir. Bu semptomlardan en az biri depresif ruh hali veya ilgi kaybı olmalıdır. Diğer semptomlar ikincil semptomlar olarak kabul edilir. Bu semptomlar önemli kilo kaybı veya alma veya iştah değişiklikleri, psikomotor ajitasyon veya gerilik, enerji kaybı veya yorgunluk, düşünme veya konsantre olma becerisinde azalma, değersizlik veya suçluluk hissi, uykusuzluk veya aşırı uyku, tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar planları şeklinde belirtilmiştir.

Lingiardi ve McWilliams (2017) ise depresyon belirtileri olarak ağlama krizleri, daha önce zevkli aktivitelere ilgi kaybı, sosyal etkileşime kayıtsızlık, kişisel bakım ve fiziksel görünüm ihmal, pasif veya içe dönük davranış, huzursuzluk ve yavaş hareket, düşünce ve / veya konuşma gibi bazı semptomlar eklemiştir.

2.2.2. Depresyon Modelleri

2.2.2.1. Psikodinamik depresyon teorileri

Depresyon bazen patolojik yaslanmaya benzeyebilir, ancak normal kederde insanlar, normal olarak işlev görebilecekleri bu zamanlar dışında dalgalar halinde ağrılı bir ruh hali yaşarlar (Lingiardi ve McWilliams, 2017). Aslında Freud, depresif koşullar ile yas arasında net bir ayrım yapan ilk kuramcıydı (McWilliams, 2011).

Ona göre kişi keder içindeyken dış dünyanın bir şekilde küçüldüğünü tecrübe eder, depresif durumlarda kişi kendini başarısız veya kendini kaybetmiş hisseder (McWilliams, 2011). Freud (1917), ya oral fiksasyonun ya da süperego dinamiklerinin

depresyon üzerinde bir rol oynadığını savunmuştur. Bu nedenle, ya sevilme, istenmeyen ve terk edilme gibi yoğun duygular ya da suçluluk ve başarısızlığa neden olan yoğun öz-değer kaygısı iki bağımsız kaynaktır (Luyten ve ark., 2017). Bu noktayı takiben, Blatt (1974) depresyonun “anaklitik” (bağımlı) ve “içe dönük” (öz-eleştirel) boyutları arasında bir ayrım oluşturmuştur.

Bağımlı depresif insanlar kronik olarak kendilerini yalnız, yetersiz, çaresiz ve zayıf hissederler; terk edilme ve tecrit edilme konusunda aşırı korkuları vardır (Luyten ve ark., 2017). Diğer insanları güvenilmez ve dengesiz olarak görürler; bu nedenle olası terk edilmekten kaçınmak için öfke ve eleştiriyi dışa değil içe doğru yönlendirirler (Lingiardi ve McWilliams, 2017). Ne pahasına olursa olsun ilişkileri korumak için hareket ettikleri için birçokları tarafından beğenilir ve beğenilirler (McWilliams, 2011). Öte yandan, içe dönük depresif insanlar kendilerini sert bir şekilde eleştirirler; birincil duyguları suçluluk, aşağılık ve başarısızlıktır (Luyten ve ark., 2017). Korkuları başkalarının 'onayını' kaybetmek ve başkaları tarafından eleştirilmektir; bu nedenle başarı ve mükemmellik için mücadele ederler (Luyten ve ark., 2017). Başkalarını yargılayıcı olarak gördükleri için, savunma mekanizması olarak başkalarına karşı kritik olabilirler (Lingiardi ve McWilliams, 2017). Bu bireylerin kendinden şüphe duyma, suçluluk ve değersizlik eğilimi, kendine zarar verici davranışlar ve intihar için bir risk faktörü oluşturur (Lingiardi ve McWilliams, 2017)

Bağımlı alt tipin aksine, içe dönük depresif kişilerin çok fazla arkadaşı yoktur, başkaları tarafından düşmanca ve rekabetçi olarak algılanırlar (Luyten ve ark., 2017). Bazen bu iki depresif alt tip aynı kişilerde bir arada bulunur. Bu bireyler daha ağır depresyon belirtileri gösterirler (Luyten ve ark., 2017).

2.2.2.2. *Bilişsel depresyon teorileri*

Aaron T. Beck depresyon için bilişsel bir model önermiştir. Bu model temelde insanların a) benlik, b) dünya ve c) gelecek hakkındaki temel ve olumsuz inançlarının onları depresyona yatkın hale getirdiği varsayımına dayanır (Beck, 1979). Beck'e (1979) göre, bu müdahaleci ve tekrarlayan olumsuz görüşler, tüm depresyon türlerinin özü olan "olumsuz bilişsel üçlü" oluşturur. Ciddi durumlarda, bu düşünceler o kadar baskın hale gelir ki, insanlar herhangi bir günlük aktiviteye konsantre olamazlar.

Beck'in depresyon modelinde, insanların işlevsiz inançları savunmasızlık faktörleri olarak hareket eder, insanlar stresli olaylara maruz kaldıklarında, bu inançlar insanları olumsuz bilişsel üçlü yaratan olumsuz ve çarpıtılmış şekillerde değerlendirmeye yönlendirir. Son olarak, olumsuz bilişsel üçlü diğer depresyon belirtilerine neden olur. Beck (1976), olumsuz bilişsel üçlü çözülürse ikincil semptomların otomatik olarak çözüleceğine inanmaktadır.

2.2.3. Tanı Kriterleri

Psikiyatrik teşhis, modern kültürde kişiliği inşa etmenin yaygın bir yolu haline gelmiştir. İnsanlar bir tanı ile deneyimlerine ve duygularına anlam verir ve her zaman "insani sorunların yersiz tıbbileştirilmesi ve patolojikleştirilmesi" ile sonuçlanır (Brinkmann, 2017). Tanının damgalanma ile geldiği ve bu eğilime paralel olarak damgalanmanın iki düzeyde eleştirildiği görülmektedir. İlk olarak, damgalanma karşıtı görüş biyomedikal modelden kaynaklanmaktadır ve ruhsal bozukluğun fiziksel bir hastalık gibi algılanması gerektiğini öne sürmektedir (Malla, Joobar ve Garcia, 2015; Lane, 2018). İkincisi, psikososyal anlayış ruhsal bozukluğa karşı gelişir ve psikiyatrik sorunlar travmatik olaylara verilen doğal tepkiler olarak görülebilir (Cook, 2017; Lane, 2018). İnsan psikolojisi hakkındaki tüm söylemler, günlük yaşam aktivitelerini ve kişiliğin günlük düşüncesini etkiler.

Depresyon terimi günümüz psikiyatrisinde çeşitli kullanımlara sahiptir. Türkçapar (2018) depresyonun en yaygın üç anlamını bir etki, bir belirti ve bir psikiyatrik bozukluk olarak sınıflandırmaktadır.

- Bir etki olarak depresyon: Depresyon her insanda olabilecek normal bir duygudur. Yaşam döngüsünde çok sık ortaya çıkabilir. Günlük dilde depresyon yerine bazen üzüntü, mutsuzluk veya hayal kırıklığı kullanılır (Türkçapar, 2018).
- Bir belirti olarak depresyon: Bu anlamda depresyon bir belirti gibidir ve diğer bazı hastalıklara eşlik edebilir. Psikiyatride depresyon, günlük yaşamın mutsuz olduğu alışılmadık bir ruh halini tanımlamak için kullanılır. Depresif belirtiler, çevresel değişikliklere veya ciddi yaşam olaylarına uyum sağlayan bir kişinin tepkisi olarak sayılabilir (Türkçapar, 2018).

- Psikiyatrik bir bozukluk olarak depresyon: Depresyon, belirli bir grup semptomu olan ve bazen döngüsel bir doğası olan ruhsal bir hastalıktır (Türkçapar, 2018).

2.3. Anksiyete

2.3.1. Tanımı

Anksiyete; Latince kökü ‘anx’ olan ‘anxious’tan köken almaktadır. Kaygı ve üzüntü hali anlamında kullanılmaktadır. Yine başka bir tanımlamaya göre ‘anx’ kökü ‘angere’den gelmekte olup nefesi kesilmek ve boğulmak manasına gelmektedir. Anxious, kelime anlamıyla anksiyeteye sahip kişilerin yaşadığı boğulma hissini ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Türkçe halk dilinde anksiyete kelimesini en doğru tanımlayan kelimeler; bunalmak, bunaltı, bungunluk, daralma, sıkıntı benzeri sözcüklerdir (Öztürk, 2015).

Kaygı ve korku duygusunun ortaya konup çokta kolay olmayan bir şekilde hissedilmesi anksiyete olarak adlandırılmaktadır. Kişiyeye özel bazı semptomlar bu hisle beraber ortaya çıkabilir. Terleme, ürperme, göğüste daralma, taşıkardi ve tedirgin olma anksiyetede en fazla görülen fiziksel semptomlardır (Türkçapar, 2004). Daha farklı şekilde ifade etmek gerekirse anksiyete; belli belirsiz, kişiyeye huzursuzlaştıran olumsuz bir duygudur. Anksiyete durumu tüm insanlarda meydana gelebilir ve görülme oranı çok sıktır. Bu esnada ortaya çıkan semptomlar bireye hastır. Endişe kişinin yaşama uyumunu etkileyip, ruhsal durumunu olumlu yönde değiştirebilir.

Fakat bunun tam tersi şekilde kişinin yaşama uyumunun negatif bir yansıması da ortaya çıkabilir. Kişide bu durumdan kaynaklanan etkinin ne zaman yararlı ne zaman zararlı bir durum olduğu net olarak ortaya konmalıdır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Anksiyetenin meydana gelmesinde; genetik faktörlerin, biyolojik, nörobiyolojik ve bilişsel durumdaki değişikliklerin, çocukluk çağında yaşanan bazı olayların, negatif yaşantıların, geçmişte yaşanan travmaların ve kişinin karakteristik özellikleri gibi çeşitli nedenlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerden başka psikanalitik bakış açısı, öğrenme kuramı, bilişsel-davranışçı ve varoluşçu kuramlar da nedenlerini kendi yaklaşımlarıyla ortaya koymaktadır (Işık ve Taner, 2006).

Anksiyete bozuklukları, en yaygın veya en sık ortaya çıkan ruhsal bozukluklardır (Munir ve ark., 2019). Ruh halinin veya duygusal tonun temel bozukluğu olarak aşırı veya patolojik kaygıyı paylaşan bir grup durumu kapsar. Normal korkunun patolojik karşılığı olarak anlaşılacak anksiyete, ruh halinin yanı sıra düşünme, davranış ve fizyolojik aktivite bozuklukları ile kendini gösterir. Anksiyete bozuklukları arasında panik bozukluğu (agorafobi öyküsü olan ve olmayan), agorafobi (panik bozukluğu öyküsü olan ve olmayan), genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu ve travmatik stres bozukluğu. Ayrıca anksiyete özelliklerine sahip uyum bozuklukları, genel tıbbi durumlara bağlı bozukluklar ve madde kaynaklı anksiyete bozuklukları vardır (Greenberg ve ark., 2001).

Teşhis kriterleri, aşırı kaygı ve en az altı ay endişelenmeyi, endişeyi kontrol etmede güçlüğü içerir. Anksiyete, en az 6 ay boyunca aşağıdaki semptomlardan üç veya daha fazlasıyla ilişkilidir: huzursuzluk, sıkışmış veya gergin hissetme, kolayca yorulma, konsantre olmada zorluk veya zihnin boş kalması, sinirlilik, kas gerginliği, uyku bozukluğu ve sinirlilik (Munir ve ark., 2019).

2.3.2. Etiyolojisi

Anksiyetenin etiyojisi stres, diyabet gibi fiziksel durumları veya depresyon, genetik, genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu olan birinci derece akrabalar (% 25) gibi diğer komorbiditeleri, çocuk istismarı gibi çevresel faktörleri ve madde bağımlılığını içerebilir (Munir ve ark. ., 2019). Anksiyete bozuklukları o kadar heterojendir ki, bu faktörlerin göreceli rollerinin farklı olması muhtemeldir. Panik bozukluğu gibi bazı anksiyete bozuklukları, diğerlerinden daha güçlü bir genetik temele sahip gibi görünmektedir. Diğer anksiyete bozuklukları, stresli yaşam olaylarına daha çok bağlıdır.

Bazı teoriler gonadal steroidler için bir rol önermesine rağmen, kadınların neden çoğu anksiyete bozukluğunun erkeklerden daha yüksek oranlara sahip olduğu açık değildir. Kadınların strese tepkileri üzerine yapılan diğer araştırmalar, kadınların, özellikle kendilerini veya yakın aile üyelerini etkileyenler olmak üzere, daha sınırlı sayıda stresli olaylara tepki gösteren erkeklere kıyasla daha stresli yaşam olayları yaşadıklarını göstermektedir (Maciejewski ve ark., 2001).

Sayırsız anksiyete bozukluğunun ortak noktası, artan bir uyarılma veya korku durumudur. Anksiyete bozuklukları sıklıkla, uyarılmanın anormal veya abartılı bir versiyonu olarak kavramsallaştırılır. Akut stres tepkisi olarak da adlandırılan “savaş ya da kaç tepkisi” denen hayvanlarda ve insanlarda onlarca yıl süren çalışmalar nedeniyle uyarılma hakkında çok şey bilinmektedir. Akut stres tepkisi, stresörlere verilen normal tepkiyi anlamak için kritik öneme sahiptir ve araştırmaları harekete geçirmiştir, ancak kaygıyı anlamadaki sınırlamaları son yıllarda ön plana çıkmıştır (El-Solh ve ark., 2017).

Genel bir tabirle, “stres” terimi, doğası gereği fiziksel veya psikososyal olabilen dış stres etkeni ve aynı zamanda stres yapıcıya verilen iç tepkiyi ifade eder. Yine de araştırmacılar, stres etkeni uyarıcı ve vücudun tepkisini stres tepkisi olarak adlandırarak ikisini birbirinden ayırıyor. Bu önemli bir ayrımdır çünkü birçok anksiyete durumunda ani bir dış stres unsuru yoktur. Aşağıdaki paragraflar, akut stres tepkisinin biyolojisini ve insan kaygısını anlamadaki sınırlamalarını açıklamaktadır. Anksiyetenin nörobiyolojisi hakkında ortaya çıkan görüşler, merkezi ve çevresel sinir sisteminin yapısı ve işlevi ile ilgili olarak kaygı ve davranışa ilişkin psikososyal görüşleri bütünleştirmeye ve anlamaya çalışır (El-Solh ve ark., 2017).

Birkaç ana psikolojik anksiyete teorisi vardır: psikanalitik ve psikodinamik teori, davranış teorileri ve bilişsel teoriler (Thorn ve ark., 1999). Psikodinamik teoriler, altta yatan çatışmaların bir ifadesi olarak semptomlara odaklanmıştır (Rush ve ark., 2008; Thorn ve ark., 1999). Bu psikodinamik teorileri destekleyen deneysel çalışmalar olmamasına rağmen, bunlar bilimsel çalışmaya uygundur (Kandel, 1999) ve bazı terapistler bunları yararlı bulmaktadır. Örneğin, ritüel kompulsif davranış, psişik enerjiyi çatışmalı veya yasak dürtülerden uzaklaştırmaya hizmet eden belirli bir savunma mekanizmasının bir sonucu olarak görülebilir. Fobik davranışlar da benzer şekilde yerinden edilmenin savunma mekanizmasının bir sonucu olarak görülmüştür. Psikodinamik perspektiften, kaygı genellikle yakın ilişkilerdeki veya öfke ifadelerindeki daha temel, çözülmemiş çatışmaları yansıtır.

Daha yeni davranış teorileri, iki tür öğrenmenin önemini vurgulamıştır: klasik koşullanma ve dolaylı veya gözlemsel öğrenme. Bu teorilerin, onları destekleyecek bazı ampirik kanıtları vardır. Klasik koşullanmada, nötr bir uyarın, korkutucu (koşulsuz) bir uyarınla tekrarlanan eşleşmelerden sonra bir korku tepkisi ortaya

çıkarma yeteneği kazanır. Dolaylı öğrenmede, korkulu davranış, başkalarının korku uyandıran uyarılara tepkilerini gözlemleyerek kazanılır (Cheng ve McCarthy, 2018). Genel anksiyete bozukluğunda, öngörülemez olumlu ve olumsuz pekiştirme, özellikle kişi kaçınma davranışlarının etkili olup olmadığından emin olmadığı için kaygıya yol açıyor olarak görülmektedir.

Bilişsel faktörler, özellikle insanların stresli olayları yorumlama veya düşünme şekli, anksiyetenin etiolojisinde kritik bir rol oynar. Belirleyici faktör, tepkiyi yoğunlaştırabilen veya azaltabilen bireyin algısıdır (Weierich ve ark., 2008; Öhman ve Wiens, 2004).

Anksiyetede en dikkat çekici olumsuz bilişlerden biri kontrol edilemezlik duygusudur. İstenilen sonuçları tahmin etme, kontrol etme veya elde etme konusunda algılanan yetersizlikten kaynaklanan bir çaresizlik durumu ile tipiktir (Turner, 2012).

Olumsuz bilişler sıklıkla anksiyeteli bireylerde bulunur. Anksiyetenin birçok modern psikolojik modeli, hem genetik hem de edinilmiş yatkınlıkları içeren bireysel savunmasızlık rolünü içerir. Kadınların erkeklere kıyasla sıkıntılı yaşam olayları hakkında daha fazla düşünebildiklerine dair kanıtlar vardır, bu da bilişsel bir risk faktörünün onları daha yüksek anksiyete ve depresyon oranlarına yatkın hale getirebileceğini düşündürmektedir (Glas, 2020; Spielberger, 2013; Moore ve Buchwald, 2018).

2.3.3. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır.

Bilişsel Belirtiler: Duyusal ve algısal belirtiler; aklını toplayamama, duyusal olarak kendini verememe, etrafındaki maddeleri kendine olduğundan uzakta gibi görme veya tam olarak seçememe, aşırı uyanıklık (hipervijilans), sıklıkla kendini gözleme ve izleme, çevrenin olduğundan farklı ve yaşanan çevrenin gerçek dışı görülmesi, gerçeğe uygun olmayan duygu ve düşüncelerdir (Köknel, 2013).

Düşünce bozuklukları; bireyin kendisi için önemli birtakım şeyleri aklına getiremememe, bilinç bulanıklığı (konfüzyon), düşünmeyi kontrol altına alamama, konsantre olamama, dikkat eksikliği ve dağınıklığı, düşüncüyü toparlayamama ve ifade edememe, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür (Leahy, 2007).

Kavramsal sorunlar; olaylara karşı kendi kontrolünü kaybetme korkusu, olaylara karşı baş edememe duygusu, kendine zarar verileceği ve öleceği korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının kendisini olumsuz algılayacağı korkusu, tekrarlayıcı korku dolu fikirler, korkutucu görsel halüsinasyonlar, bilişsel olarak yanlış değerlendirmelerdir (Akıncı ve ark., 2003).

Duygusal Belirtiler: Korku, sinirlilik, endişe, gerginlik, dehşete kapılma, çaresizlik, huzursuzluk, belirsizlik, alarm durumuna geçme durumudur (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008).

Davranışsal Belirtiler: Normal davranışların artması ya da baskılanması biçiminde görülen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amacı taşıırken daha sonrasında anksiyeteyi arttıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; olduğu yerde hareketsiz kalma, huzursuzluk, konuşmada bozulma, kaçma, kaçınma, koordinasyon bozukluğudur (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008)

Fizyolojik Belirtiler: Fizyolojik belirtilerden bazıları şunlardır;

- Kalp-damar sistemi belirtileri; taşikardi, çarpıntı, aritmi, bayılma hissi, kan basıncı değişiklikleri, bayılma, yüz kızarmasıdır.
- Solunum sistemi belirtileri; nefes darlığı, solunum sayısında artma, hava açlığı hissi, kesik solumadır.
- Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; hiperrefleksi, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, kaslarda gerginlik ve spazm, yorgunluk hissi, huzursuzluk, yalancı romatizmal ağrılar, çabuk yorulma, titreme, uykuya dalma güçlüğü ve uyuklama halidir.
- Sindirim sistemi belirtileri; bulantı-kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, ağızda kuruma, yutma güçlüğü, ishaldir.
- Ürogenital sistem belirtileri; cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrara çıkmadır.
- Cilt belirtileri; sıcak ve soğuk basma nöbetleri, yaygın terleme, kaşınma krizleri, soğuk ve nemli ellerdir (Işık ve Uzbay, 2008).

Kısaca özetlemek gerekirse anksiyete hastalarının sahip olduğu psikolojik ve fizyolojik belirtiler aşağıda verilmiştir;

Psikolojik belirtiler:

- Aşırı endişe, tasa ve kaygı,
- Huzursuzluk ve sinir,
- Konsantrasyonda azalma,
- Kötü haber alacağı hissi,
- Çabuk irkilme,
- Tahammülsüzlük,
- Kontrolünü yitirme hissi,
- Çabuk yorulma,
- Ölüm korkusu,
- Çıldırma hissi,
- Kişinin kendisini dış dünyaya yabancı hissetmesi,
- Kişinin bedeninin bütününe ya da bir kısmına yabancı hissetmesi,

Bedensel belirtiler:

- Terleme,
- Kalp çarpıntısı,
- Ağız kuruluğu,
- Ellerde titreme,
- Tıkanma ve boğulma hissi,
- Nefes almada güçlük,
- Göğüste rahatsızlık ve ağrı hissi,
- Kaslarda gerginlik,
- Kas ağrıları şeklindedir.

2.3.4. Anksiyete Patofizyolojisi

Kesin mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Anksiyete, çocuklarda normal bir fenomen olabilir. Anksiyete yedi ila dokuz aylıkken başlar (Munir ve ark., 2019). Anksiyete semptomlarının ve ortaya çıkan bozuklukların, merkezi sinir sistemi içindeki bozulmuş modülasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu düzensizliğin fiziksel ve duygusal tezahürleri, değişen derecelerde artan sempatik uyarılmanın sonucudur (Munir ve ark., 2019).

Çeşitli nörotransmitter sistemlerinin, ilgili modüle edici adımların birinde veya birkaçında rol oynadığı belirtilmiştir. En yaygın olarak kabul edilenler serotonerjik ve noradrenerjik nörotransmitter sistemleridir. Çok genel bir ifadeyle, serotonerjik sistemin yetersiz aktivasyonunun ve noradrenerjik sistemin aşırı aktivasyonunun rol oynadığı düşünülmektedir (Ressler ve Nemeroff, 2000, Munir ve ark., 2019). Bu sistemler beynin çeşitli bölgelerindeki diğer yollar ve nöronal devreler tarafından düzenlenir, bu da fizyolojik uyarılmanın düzensizliğine ve bu uyarılmanın duygusal deneyimine neden olur (Ressler ve Nemeroff, 2000). Birçoğu, düşük serotonin sistemi aktivitesinin ve yüksek noradrenerjik sistem aktivitesinin, gelişiminden sorumlu olduğuna inanıyor. Bu nedenle, tedavisi için birinci basamak ajan olan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleridir (SNRI) (Munir ve ark., 2019). Gama-aminobütirik asit (GABA) sisteminin bozulması, birçok anksiyete spektrum bozukluğunun benzodiazepinlerle tedaviye verdiği yanıt nedeniyle de ortaya çıkmıştır (Nutt, 2001). Kortikosteroid regülasyonunun rolü ve bunun korku ve anksiyete semptomlarıyla ilişkisine biraz ilgi vardır. Kortikosteroidler, yalnızca stres altındaki davranışı değil, aynı zamanda beynin korku uyandıran uyarınları işlemlerini de etkileyerek belirli sinir yollarının aktivitesini artırabilir veya azaltabilir (Korte, 2001). Kolesistokininin uzun zamandır duygusal durumların düzenlenmesinde rol oynayan bir nörotransmitter olarak görülmüştür (Korte, 2001).

Bu nörotransmitterler arasında o kadar dikkatli bir düzenleme vardır ki, bir nörotransmitter sistemindeki değişiklikler, kapsamlı geri bildirim mekanizmaları da dahil olmak üzere diğerinde değişmez bir şekilde değişiklikleri ortaya çıkarır. Serotonin ve GABA, stres tepkisini susturan inhibe edici nörotransmitterlerdir (Coplan ve Lydiard, 2008; Rush ve ark., 2008). Tüm bu nörotransmitterler, terapötik ajanlar için önemli hedefler haline gelmiştir.

Birçok çalışma, anksiyete bozukluğu geliştirmeye genetik bir yatkınlığın muhtemel olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, çevresel stres faktörleri çeşitli derecelerde açıkça bir rol oynamaktadır. Tüm bozukluklar bir şekilde dış ipuçlarından ve bunların nasıl işlendiğinden ve nasıl tepki verildiğinden etkilenir (Munir ve ark., 2019).

Çeşitli çalışmalar, depresyonlu ve endişeli bireyler arasında artmış WBC (Beyaz Kan Hücreleri) sayısını bulmuştur (Kobrosly ve van Wijngaarden, 2010; Duivis ve ark., 2013; Aydın ve ark., 2016; Shafiee ve ark., 2017). Shafiee ve ark.(2017), erkeklerde depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddeti arttıkça ortalama WBC sayısının arttığını bildirdi. Şiddetli anksiyete semptomları olan erkekler kırmızı kan hücresi (RBC)'nin anlamlı olarak daha yüksek değerlerine sahiptir ($p < 0.001$). Ayrıca, RBC ile ortalama korpüsküler hemoglobin (MCH) ve depresyon/anksiyete semptomları arasında negatif bir ilişki vardı. Pitsavos ve ark.(2006), anksiyete puanının erkeklerde değil, kadınlarda WBC sayısı ile pozitif korelasyon gösterdiğini gözlemledi.

WBC sayısı, ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıkların bağımsız bir prediktörü olduğundan (Shafiee ve ark., 2017). RBC, mortalitenin güçlü bir öngörücüsüdür ve çeşitli kardiyovasküler ve trombotik bozukluklarla ilişkilidir (Montagnana ve ark., 2012; Shafiee ve diğerleri, 2017). Bu nedenle, depresif ve endişeli bireyler arasında daha yüksek RBC seviyeleri, bu hastalarda kardiyovasküler hastalık geliştirme riskini daha fazla öngörebilir (Shafiee ve ark., 2017).

Shafiee ve ark.(2017), depresyon/anksiyete semptomları ile potansiyel karıştırıcıların ayarlamasına rağmen devam eden WBC ve RBC dâhil hematolojik inflamatuvar belirteç seviyeleri arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır.

2.4. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun (OSAS) Depresyon ve Anksiyete Belirtileri İle İlişkisi

Depresyon ve obstrüktif uyku apnesinin birçok semptomu örtüşerek depresif hastalarda OSAS eksik tanısına neden olur. OSAS hastaları majör depresif semptomlarla başvurabilir, ancak birinci basamak hekiminin hastayı sadece depresif olarak teşhis etmek yerine depresyonun altta yatan nedenini belirlemesi gerekir. OSAS hastalarının genel popülasyona göre daha yüksek bir depresyon prevalansı vardır (Ejaz ve ark., 2011). Hastalara farklı anketler (Beck depresyon envanteri) (BDI) sunularak

majör depresif bozukluk ekarte edilebilir (Lewis ve ark., 2017). Bu anketlerin cevapları, hastaların semptomları ve klinik değerlendirme ile birlikte analiz edilmelidir (Balasubramanian ve ark., 2017; Kroenke ve ark., 2001).

Majör depresyon bozukluğu (MDB) beraberinde % 18 ilişkili OSAS prevalansını taşır. OSAS hastaları % 17,6 oranında MDB'ye sahiptir. OSAS ile MDB arasında eş doğrusal bir ilişki vardır. Her iki durum da ortak duygudurum semptomları, anksiyete, huzursuzluk, yorgunluk ve zayıf konsantrasyon ile kendini gösterir. OSAS hastalarında, bir tedavi rejimi uygulanmadan önce MDB ekarte edilmelidir (Peppard ve ark., 2006). Bu birbiriyle ilişkili sorunların etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için doğru şekilde teşhis edilmesi gerekir (Ohayon, 2003). Bazı OSAS hastaları depresyon semptomları ile başvurur ve bu semptomlar sürekli pozitif havayolu basıncı (SPHB) tedavisinin uygulanmasıyla iyileşir (Schwartz ve ark., 2005). Bazı OSAS hastaları hem OSAS hem de depresyon semptomları ile başvurur; bu hastalarda her iki durumun da tedavi edilmesi gerekir (Means ve ark., 2003). OSAS olan yaşlı kadınlar, OSAS 'sız olanlara göre bilişsel işlevde daha fazla düşüş göstermektedir (Yaffe ve ark., 2011). OSAS ile birlikte majör depresyon semptomları olan hastalar sürekli pozitif havayolu basıncı tedavisine yanıt verir ve depresyon semptomları yavaş yavaş düzelir; hastanın yaşam kalitesi iyileşir (Sánchez ve ark., 2001). Birçok hasta hem OSAS hem de majör depresyon ile birlikte gelir (Yaffe ve ark., 2011). OSAS ve depresyonun en yaygın semptomları yorgunluk ve uyku bozukluğudur. Bu sorunların her ikisi de benzer semptomları nedeniyle birbirini gizleyebilir, ancak belirli bir hastalığın semptomlarını tedavi etmek ve altta yatan nedeni belirlemek klinisyenin sorumluluğundadır (harris ve ark., 2009). OSAS'lı hastalar daha yüksek bir depresyon oranına sahiptir ve bu nedenle trafik kazalarına ve işyeri kazalarına yol açabilen gün boyunca zayıf konsantrasyon ve uyanıklığa sahiptir (Sforza ve ark., 2002).

Genel popülasyona kıyasla OSAS ve obez hastalarda daha fazla bilişsel işlev bozukluğu vardır (Aloia ve ark., 2005). MDB tanısı almış, tedaviden sonra hala bazı kalıntı depresyon belirtileri gösteren ve OSAS 'nın bazı risk faktörlerini gösteren hastalar, polisomnografi (PSG) kullanılarak OUA için taranmalıdır. Antidepresan tedavi aldıktan sonra iyileşmeyen ve OSAS semptomları olan hastalar OSAS için taranmalıdır (Cai ve ark., 2017; Habukawa ve ark., 2010). MDB tanısı alan ve antidepresanlarla tedavi edilen ancak iyileşme görmeyen hastalar, tedavi almaya

başladıklarında depresyon semptomlarının düzeldiğini görmeye başladılar (Ohayon, 2003). OSAS ile ilişkili duygudurum bozukluğu ve depresif belirtiler SPHB tedavisi ile iyileştirilebilir, ancak tedavinin etkisi duygudurum belirtilerinin varyasyonlarına ve ciddiyetine bağlı olarak daha uzun sürebilir (Saunamäki ve Jehkonen, 2007). OSAS'daki depresif belirtiler, SPHB tedavisinden sonra büyük ölçüde iyileşir. OSAS hastalarında hipoksemi tedavisi uyku bozukluğunu ve uyku apnesine bağlı psikolojik stresi hafifletir (Bardwell ve ark., 2007). MDB'de SPHB tedavisi, eğer hasta da OSAS ile ilişkiliyse, majör depresyonun kalan semptomlarının tedavisinde hayati bir rol oynar (Habukawa ve ark., 2010). SPHB tedavisine ek olarak, VKİ'deki azalmanın OSAS ve depresif semptomlar üzerinde çok yararlı bir etkisi vardır (Stubbs ve ark., 2016). OSAS hastalarında, OSAS olmayan hastalara kıyasla beyin farklı bölümlerinde nöral yaralanmalar kaydedilmiştir. Depresif hastalar ayrıca gri madde kaybı gösterir. Depresyon, OSAS ile daha çok ilişkili olan nöral yaralanmaları şiddetlendirir (Cross ve ark., 2008). Depresyon ve OSAS, normal insanlara kıyasla bir hastanın yaşam kalitesini düşüren durumlardır (Waterman ve ark., 2016).

Gupta ve Simpson (2015) majör depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerde OSAS prevalansının arttığını göstermiştir. Klinik çalışmalar OSAS ile depresyon arasındaki ilişkinin çok faktörlü olduğunu göstermiştir (Flemons ve Tsai, 1997).

İnanç ve ark. (2017) OSAS'lı hastaların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Ancak OSAS ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (Özkurt ve ark., 2013). Özkurt ve ark (2013) araştırmasında OSAS şüphesi ile başvuran hastalar apne-hipopne indekslerine (AHI) göre basit, hafif-orta ve şiddetli OSAS olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara anksiyete ve depresyon, stresle başa çıkma ve beceri kaybı ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmaya göre orta ve şiddetli OSAS hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Hamamcı ve ark. (2020)'nin çalışmasında OSAS hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri bulmuş ve bilişsel işlevler ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki saptamıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde

araştırma sonuçları, OSAS'a bağlı anksiyete ve depresyonun zayıf bilişsel performansın nedeni olabileceği vurgulanmıştır.

Geçil ve Ermiş (2019)'in araştırmasına hafif OSAS'lı 166 hasta dahil edilmiştir. Hastalar Anksiyete-Depresyon Ölçeği ve Epworth Uykululuk Ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresyon puanları, REM ile ilişkili OSAS'lı hastalarda NREM ile ilişkili OSAS grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışma sonuçları, REM ile ilişkili OSAS'lı hastalarının, REM ile ilişkili olmayan OSAS hastalarına göre daha yüksek depresyon ve anksiyete oranlarına sahip olduğunu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca REM ilişkili OSAS hastalarında REM uyku süresini ve yoğunluğunu azaltan tedaviler uygulanarak depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komplikasyonların önüne geçmenin mümkün olabileceği ifade edilmiştir.

Vanek ve ark.(2020)'nin araştırmasında Ocak 1990-Ağustos 2018 arasında OSAS ile depresyon ve anksiyete ile ilgili yayınlanan 125 makale incelenmiştir. Depresyon, anksiyete ve OSAS semptomlarında önemli bir örtüşme olduğu belirtilmiştir. Çalışmalar ayrıca OSAS'da dikkat, işleyen bellek, epizodik bellek ve yürütücü işlevlerin azaldığını göstermektedir. Tedavi edilmeyen OSAS, duygulanım bozukluklarını etkiler ve sıklıkla bilişsel işlevlerin azalmasına ve hatta kalıcı beyin hasarına yol açar. OSAS ile duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları arasındaki bağlantıyı ve bilişsel işlevler üzerindeki etkisini özellikle CPAP tedavisi bağlamında daha ayrıntılı incelemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Edwards ve ark. (2020)'nin meta-analiz araştırmasında OSAS ile depresyon arasındaki ilişkiyi gözden geçirmeyi ve OSAS'lı olan ve olmayan kişilerde depresyon prevalansını karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen 11 makaleden 6 kesitsel çalışmadan elde edilen veriler, OSAS ve depresyon arasında ilişki varlığının olmadığını göstermiştir. Ancak 5 boylamsal çalışmanın meta-analizi OSAS olan kişiler, olmayanlara göre depresyon geliştirme riski daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda OSAS'ın depresyon riskini artırabileceği hipotezinin doğru olduğu vurgulanmıştır.

Yosunkaya ve ark. (2016)'nin kesitsel çalışmasında OSAS olmayan ve hafif-orta-ağır OSAS saptananlara Epworth uykululuk ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Apne-hipopne indeksine göre nonapne-hipopne grubunda 36 kişi (%18.0), hafif OSAS grubunda 28 (%14.0), orta OSAS grubunda 63 kişi (%31.5) ve şiddetli OSAS grubunda 73 kişi (%36.5) bulunmuştur. Çalışmaya katılan 31 kişide (%15,5) depresyon varlığı saptanmıştır. Depresyonu olanların %12,9'unu nonapne-hipopne grubu, %16,1'ini hafif OSAS grubu, %22.6'sını orta OSAS grubu ve depresif olguların %48,4'ünü ağır OSAS grubu oluşturmuştur. Sonuç olarak azalan derin uyku süresi, artmış uyarılma indeksi ve oksijen satürasyonu %90'ın altında olan uyku süresinin tüm uyku süresine oranının yüksek olması OSAS'lılarda gündüz uykululuğunu ve depresif belirtileri artırmakta ve bu durum genel sağlığı ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

Rezaeitalab ve ark. (2014)'nın araştırmasında OSAS tanısı konan 178 yetişkin birey üzerinde kesitsel bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Psikolojik durum, Beck anksiyete envanteri ve Beck depresyon envanteri puanlamasına göre hastalar değerlendirilmiştir. Solunum bozukluğunun şiddeti, gece boyunca yapılan polisomnografi ile tespit edilen apne-hipopne indeksine (AHI) göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. Anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülme sıklığına bakıldığında, bireylerin %53,9'u bir dereceye kadar kaygı yaşarken, %46.1'i depresif belirtiler göstermiştir. OSAS şiddeti açısından, bu çalışma OSAS şiddetinin anksiyete, boğulma ve uykululuk sıklığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Polisomnografik sonuçlara göre, anksiyete ve boğulma şikayeti olan hastaların çoğunluğunda şiddetli OSAS bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre cinsiyetten bağımsız olarak OSAS hastalarında anksiyete sıklığının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu ve OSAS hastalarının kliniklere tipik semptomlardan daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri ile başvurduğu bildirilmiştir.

Asghari ve ark. (2012)'nin araştırmasında farklı OSAS şiddetlerinde en sık görülen psikolojik rahatsızlıklar olan depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti değerlendirilmiştir. OSAS tanısı konulmuş 685 hasta üzerinde kesitsel bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar Beck depresyon envanteri, Beck anksiyete envanteri ve Epworth uykululuk ölçeği yardımıyla değerlendirilmiştir. Hastaların yarısından fazlasında belli derecelerde depresyon ve anksiyete varlığı bulunmuştur. Katılımcılarda depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlarda depresif ve anksiyete

belirtilerinin şiddeti anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. OSAS, depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddeti ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir.

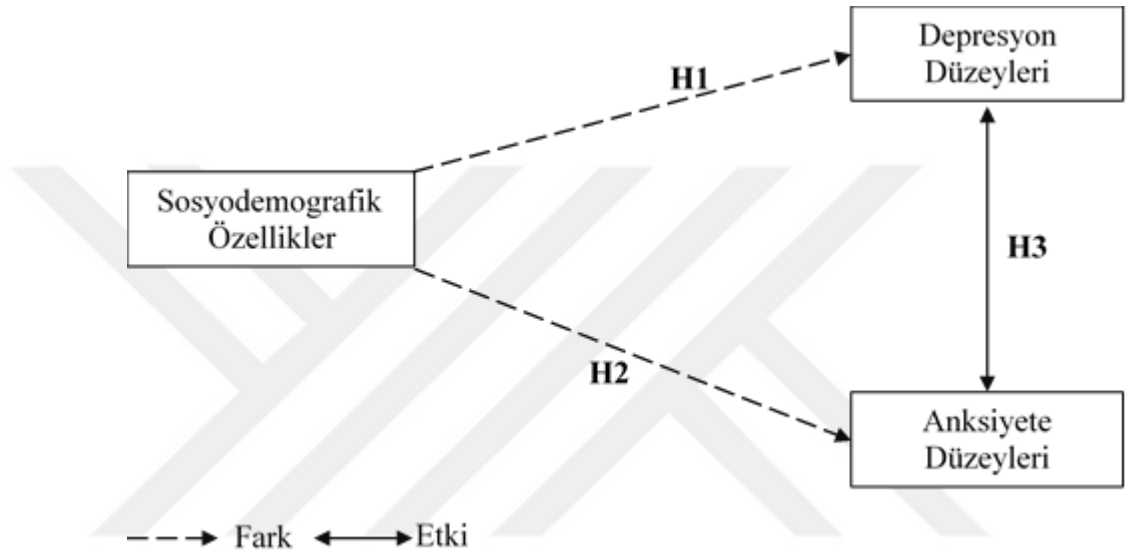


ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma için katılımcılardan gönüllü onam formu ve çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul izni alınmıştır (EK-1).



Şekil 1. Araştırmanın modeli

3.2. Çalışma Grubu

Bu araştırmada Özel Levent Hastanesi Nöroloji bölümünde OSAS tanısı almış 61 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışma yüzyüze ya da online olarak yapılmıştır. Kişilerden gönüllü olduklarını belirten yüzyüze ya da online onayları alınmış ve kişiler çalışmaya bu şekilde dahil edilmiştir. Katılımcılar 18-70 yaşları arasında Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) tanısı almış kişilerdir. Çalışmaya dâhil edilen kişilerin gönüllülük esasına uygun olmasına dikkat edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck (1961) tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonla bağlantılı olan bilişsel, duygusal ve motivasyonel alanda fark edilen semptomların düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. İçeriğinde 21 maddeyi barındıran bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddelerin her biri, depresyonla karakterize olan davranışsal örüntüleri içeren ve azdan çoğa doğru derecelendirilen cümleleri kapsamaktadır. Ölçüm, dörtlü likert tipinde yapılmaktadır. En az 0, en çok 63, kişinin bu ölçekten alabileceği puan aralığıdır. Depresyon belirtilerine işaret eden ifadelerden bazıları şunlardır: ağlama isteği, uyku bozukluğu, suçluluk duygusu, depresif hissetme, iştahta azalma, sosyal izolasyon, karar verme güçlüğü, somatik uğraşlar ve cinsel istek kaybı. Beck Depresyon Ölçeği Envanterinin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, sırayla Teğin (1980), Hisli (1988,1989) tarafından yapılmıştır (Özer ve ark., 2001) (EK-2). Araştırmada Beck Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayı değeri 0,899 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Kişilerin anksiyete belirtilerinin düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmaktadır. Likert tipi ve 0-3 aralığında puanlanan, 21 madde içeren bir değerlendirme ölçeğidir. Ölçek sonucunda alınan puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetli olduğuna işaret eder. Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçeğin, ülkemizde güvenilirliği ve geçerliliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmayla yapılmıştır (Canan ve ark., 2010) (EK-3). Araştırmada Beck Anksiyete Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayı değeri 0,937 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

3.3.3. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcıların cinsiyet, medeni, eğitim, OSAS tanısı durumu, belirti süresi, tedavi durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ile ilgili bilgilerin elde edildiği sorular bulunmaktadır (EK-4).

Tablo 1. Ölçeklerle ilgili Cronbach Alpha katsayı değerleri

Ölçülen Değişkenler	Madde sayısı	Güvenirlilik Değeri (Cronbach Alpha)
Beck Depresyon Ölçeği	21	0,899
Beck Anksiyete Ölçeği	21	0,937

3.4. İstatiksel Analiz

Araştırmamız kapsamında toplanan verilerin analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanılarak tanımlayıcı ve anlam çıkarıcı istatistik yöntemlerine başvurulmuştur. Sosyodemografik bilgiler belirlenirken frekans analizi ile ortalama ve standart sapma gibi dağılım analizleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesi ise %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yapılacaktır. Buna göre, nonparametrik özellikteki verilerin değerlendirilmesinde ikili gruplarda Mann-Whitney U ve ikiden fazla olan gruplarda Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin ortaya konulmasında ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Araştırma Bulguları

Araştırmada yapılan analiz ile elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir. Tablo 2’de katılımcılarla ilgili cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile ilgili bilgiler verilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet, medeni ve eğitim durumu ile ilgili sonuçlar

		N	%
Cinsiyet	Kadın	24	39,3
	Erkek	37	60,7
Medeni durum	Evli	47	77,0
	Bekâr	14	23,0
Eğitim durumu	İlkokul	5	8,2
	Ortaokul	4	6,6
	Lise	20	32,8
	Önlisans	6	9,8
	Lisans	23	37,7
	Lisansüstü	3	4,9

Katılımcıların %39,3’ü kadın ve %60,7’si erkektir. Katılımcıların %77,0’si evli ve %23,0’ü bekardır. Eğitim durumu değerlendirmesinde katılımcıların %32,8’inin lise ve %37,7’sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların OSAS derecesi ve tedavi alma ile ilgili bilgileri

		N	%
OSAS derecesi	Hafif	12	19,7
	Orta	25	41,0
	Ağır	24	39,3
OSAS tanısı konulduktan sonra tedavi oldunuz mu?	Evet	36	59,0
	Hayır	25	41,0

Katılımcıların %19,7'sinde hafif, %41,0'inde orta ve %39,3'ünde ağır düzeyde OSAS Varlığı bulunmaktadır. Katılımcıların %59'u OSAS tanısı sonrası tedavi olurken, %41'i OSAS tanısı sonrası tedavi olamamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve çeşidi ile ilgili bilgileri

		N	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	33	54,1
	Hayır	28	45,9
Kronik hastalık çeşidi	Hayır	33	54,1
	Tansiyon	12	19,7
	Kalp damar hastalığı	6	9,8
	Diyabet	4	6,6
	Diğer	6	9,8

Katılımcıların %54,1'inde kronik hastalık bulunurken, %45,9'unda kronik hastalık bulunmamaktadır. Katılımcıların %19,7'sinde kronik hastalık olarak tansiyon ve %9,8'inde kalp damar hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma ile ilgili bilgileri

		N	%
Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi aldınız mı?	Evet	13	21,3
	Hayır	48	78,7
Anne ya da babanızın herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mıydı?	Evet	9	14,8
	Hayır	52	85,2
Şimdiye kadar depresyon ya da anksiyete tanısı aldınız mı?	Evet	12	19,7
	Hayır	49	80,3

Katılımcıların %21,3'ü psikiyatrik ya da psikolojik destek almıştır. Ailede psikiyatrik hastalığı varlığı oranı %14,8'dir. Katılımcıların %19,7'si depresyon ya da anksiyete tanısı almıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların OSAS tanı, belirti ve tedavi süresi ile ilgili bilgileri

	N	ort	std
OSAS tanısı ne zamandan beri var? (ay)	61	38,97	24,36
OSAS tanısı konulmadan önce OSAS belirti ve bulgu süresi? (ay)	61	58,87	56,14
Kaç yıldır OSAS tedavisi görüyorsunuz? (yıl)	61	1,52	1,21

Katılımcıların OSAS tanı süresi ortalama $38,97 \pm 24,36$ ay, belirti ve bulgu süresi $58,87 \pm 56,14$ ay ve tedavi görme süresi $1,52 \pm 1,21$ yıl olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamaları

	N	ort	std
Beck Depresyon Ölçeği	61	11,66	9,11
Beck Anksiyete Ölçeği	61	14,08	11,89

Katılımcılar Beck Depresyon Ölçeğinden ortalama $11,66 \pm 9,11$ puan almıştır. Beck Depresyon Ölçeğinden en düşük 0 ve en yüksek 63 puan alınabilmektedir. Buna göre katılımcıların depresyon düzeylerinin çok düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Katılımcılar Beck Anksiyete Ölçeğinden ortalama $14,08 \pm 11,89$ puan almıştır. Beck Anksiyete Ölçeğinden en düşük 0 ve en yüksek 63 puan alınabilmektedir. Buna göre katılımcıların anksiyete düzeylerinin çok düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri

	N	%	
Depresyon	Minimal depresyon (0-9 puan)	30	49,2
	Hafif depresyon (10-16 puan)	19	31,1
	Orta depresyon (17-29 puan)	7	11,5
	Şiddetli depresyon (30-63 puan)	5	8,2
Anksiyete	Anksiyete yok (0-7 puan)	21	34,4
	Hafif anksiyete (8-15 puan)	19	31,1
	Orta anksiyete (16-25 puan)	10	16,4
	Şiddetli anksiyete (26-63 puan)	11	18,0

Katılımcıların %49,2'sinde minimal, %31,1'inde hafif, %11,5'inde orta ve %8,2'sinde şiddetli depresyon saptanmıştır. Katılımcıların % 34,4'ünde anksiyete

bulunmamıştır. Fakat katılımcıların %31,1’inde hafif, %16,4’ünde orta ve %18’inde şiddetli anksiyete saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların **cinsiyete göre** depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Kadın	24	13,75	8,73	-1,880	0,060
	Erkek	37	10,30	9,22		
Anksiyete	Kadın	24	18,83	13,98	-2,379	0,017*
	Erkek	37	11,00	9,27		

* $p < 0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Anksiyete düzeyleri ise kadınlarda ortalama $18,83 \pm 13,98$ ve erkeklerde ortalama $11,0 \pm 9,27$ olarak bulunmuş olup, cinsiyete göre anksiyete düzeyleri istatistiksel anlamda farklılık göstermektedir, kadınlarda anksiyete düzeyleri erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların **medeni durumuna göre** depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Evli	47	11,53	9,41	-0,447	0,655
	Bekâr	14	12,07	8,37		
Anksiyete	Evli	47	12,89	11,15	-1,373	0,170
	Bekâr	14	18,07	13,82		

* $p < 0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri medeni duruma göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	X ²	p*
Depresyon	İlkokul ^a	5	12,00	4,24	11,264	0,046* c>d,e,f b>d,e,f
	Ortaokul ^b	4	16,00	5,48		
	Lise ^c	20	14,90	9,85		
	Önlisans ^d	6	9,50	8,83		
	Lisans ^e	23	9,09	9,64		
	Lisansüstü ^f	3	7,67	3,79		
Anksiyete	İlkokul	5	11,20	8,53	6,335	0,275
	Ortaokul	4	17,25	16,13		
	Lise	20	18,75	13,03		
	Önlisans	6	9,00	7,24		
	Lisans	23	12,43	11,57		
	Lisansüstü	3	6,33	5,77		

* $p < 0.05$, *Kruskal-Wallis Testi*

Katılımcıların anksiyete düzeyleri eğitim durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde ise en yüksek depresyon puan ortalaması $16,00 \pm 5,48$ ile ortaokul mezunu olanlarda ve en düşük puan ortalaması $7,67 \pm 3,79$ ile lisansüstü mezunu olanlarda bulunmuştur. Katılımcıların depresyon düzeyleri eğitim durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık göstermektedir ($p < 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların OSAS şiddetine göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

	OSAS Şiddeti	N	ort	ss	X ²	p*
Depresyon	Hafif	12	11,67	9,94	0,008	0,996
	Orta	25	12,60	10,80		
	Ağır	24	10,67	6,77		
Anksiyete	Hafif	12	12,00	9,21	3,971	0,137
	Orta	25	18,44	14,13		
	Ağır	24	10,58	9,19		

* $p < 0.05$, *Kruskal-Wallis Testi*

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri OSAS derecesine göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Katılımcıların **tedavi olma durumuna göre** depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Evet	36	10,89	8,21	-0,595	0,552
	Hayır	25	12,76	10,35		
Anksiyete	Evet	36	13,42	12,61	-0,932	0,331
	Hayır	25	15,04	10,96		

* $p<0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri tedavi olma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Katılımcıların **kronik hastalık varlığına göre** depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

	Kronik hastalık	N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Evet	33	10,39	9,15	-1,799	0,072
	Hayır	28	13,14	9,00		
Anksiyete	Evet	33	12,12	11,23	-1,478	0,139
	Hayır	28	16,39	12,43		

* $p<0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri kronik hastalık varlığına göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Katılımcıların herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi alma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Evet	13	13,38	10,28	-0,768	0,442
	Hayır	48	11,19	8,83		
Anksiyete	Evet	13	13,08	9,13	-0,018	0,986
	Hayır	48	14,35	12,61		

* $p < 0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi alma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Katılımcıların anne veya babasının psikiyatrik tanı alma durumuna göre depresyon ve anksiyete puan ortalamaları

		N	ort	ss	z	p*
Depresyon	Evet	9	11,33	4,53	-0,816	0,415
	Hayır	52	11,71	9,72		
Anksiyete	Evet	9	11,78	8,27	-0,214	0,799
	Hayır	52	14,48	12,43		

* $p < 0.05$, Mann-Whitney U testi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri anne veya babasının psikiyatrik tanı alma durumuna göre istatistiksel anlamda farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Katılımcıların OSAS tanısı, belirti ve tedavi süresi ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki korelasyon

		Depresyon	Anksiyete
OSAS tanısı ne zamandan beri var (ay)	r	-0,140	-0,010
	p	0,283	0,940
	N	61	61
OSAS belirti ve bulgu süresi (ay)	r	0,139	0,055
	p	0,286	0,672
	N	61	61
Kaç yıldır OSAS tedavisi görüyorsunuz (yıl)	r	0,048	-0,024
	p	0,712	0,854
	N	61	61

Spearman Korelasyon Analizi

Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile OSAS tanısı, belirti ve tedavi süresi arasında korelasyon varlığı bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Katılımcıların depresyon ile anksiyete puan ortalamaları arasındaki korelasyon

		Anksiyete
Depresyon	r	,669**
	P	0,000
	N	61

***. Korelasyon $p<0.01$ düzeyinde anlamlıdır. Spearman Korelasyon Analizi*

Katılımcıların depresyon ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur ($r= 0,669$ $p= 0,000$) (Tablo 18).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Tartışma

Bu araştırmada da OSAS'lı bireylerde OSAS ile ilişkili bazı faktörlerin depresyon ve anksiyete belirtileri ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Araştırmamızda OSAS'lı katılımcılarda minimal düzeyde depresyon ve anksiyete varlığı bulunmuştur. Araştırmamızda sadece katılımcıların %8,2'sinde şiddetli depresyon ve %18'inde şiddetli anksiyete saptanmıştır. Depresyon gibi psikiyatrik bozukluklara yol açan OSAS konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar depresyon ve OSAS arasında komorbid bir ilişki olduğunu (Chen ve ark., 2013; BaHammam ve ark., 2016; LaGrotte ve ark., 2016) bazıları ise bu ilişkinin önemsiz olduğunu bildirmişlerdir (Shoib ve ark., 2017). Anksiyete ve depresyonu olan hastaların muayenesi uyku düzenlerinin düzensiz olduğunu göstermiştir (Andrews ve Oei, 2004). Yetişkin popülasyonda depresyon insidansının %3 ile %10 arasında olduğu bildirilirken (Ohayon, 2003), bazı çalışmalar OSAS'lı hastalarda depresyon insidansının %20-40 arasında olduğunu göstermiştir (Ünlü ve Sezer, 2008; Basta ve ark., 2008). Depresyon ve anksiyetesi olan bireylerin analizi, uyku düzenlerinin önemli ölçüde düzensiz olduğunu göstermiştir (Andrews ve Oei, 2004). Serotoninerjik sistem, bireyin ruh halinde, uyku döngüsünde ve uyku sırasında üst solunum yollarındaki kas tonusunun kontrolünde merkezi bir rol oynar. Depresyon, azalmış serotonerjik nörotransmitter fonksiyonları ile ilişkilidir. Fonksiyonlardaki söz konusu azalma, sıklıkla değişen uyku döngüleri ile ilişkilidir (Kalia, 2006). Farklı çalışmalarda OSAS'ın depresyon ile ilişkisine dikkat çekmiştir. Bunlardan ilki, OSAS hastalarının yüksek düzeyde depresyon yaşadığını iddia ederken, ikincisi depresyon eştanısının tesadüfi olduğunu ve anlamlı olmadığını belirtmiştir. Üçüncüsü OSAS'ın depresyon ile ilişkili olmadığını belirtmiştir (Cai ve ark., 2017). Toplam depresyon puanları ile OSAS arasında negatif bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Bjorvatn ve ark., 2018; Dominici ve Gomes, 2009). OSAS'ta depresif duygudurumun önemli ölçüde yüksek olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Xu ve ark., 2018; Bjorvatn ve ark., 2018). Bazı çalışmalar obstrüktif uyku apne sendromunun depresyonda bağımsız bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (Peppard ve ark., 2016).

Millman ve ark. (2009) OSAS'lı hastaların %45'inin depresif belirti puanlarının daha yüksek olduğunu, hastalık şiddeti ile depresyon puanı arasında ilişki olmadığını ve nazal SPHB uygulamasının puanları normal seviyelere indirdiğini saptamışlardır. Bu bulguya dayanarak, araştırmacılar OSAS'ın kendisinin tedavi ile düzelebilecek olan depresyon semptomlarına yol açabileceğini bildirmişlerdir. Farklı araştırmacılar ayrıca OSAS ile depresyon arasında tersinir bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (Shoib ve ark., 2017). İnanç ve ark. (2017)'nin araştırmasında da OSAS olan hastaların hafif düzeyde anksiyete ve depresif belirtiler gösterdikleri belirtilmiştir. Literatürde OSAS'lı hastalarda depresyon ve anksiyete varlığı ile ilgili farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarımız bazı literatür çalışmaları ile uyum sağlarken bazı çalışma sonuçları ile farklılık göstermiştir. Bu durumun araştırmaların uygulandığı bireylerin OSAS derecesi, tanı yılı ve sosyodemografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca pandemi nedeniyle katılımcı sayımızın az olması da sonuçlarda farklılık yaratmış olabilir.

Araştırmamızda cinsiyete göre depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. Fakat kadınlarda anksiyete düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Pillar ve Lavie (2008) tarafından 2271 OSAS'lı bireyde psikiyatrik belirtilerin incelendiği bir çalışmada, erkeklerde OSAS varlığı veya şiddeti ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca, şiddetli OSAS'lı kadınların, hafif OSAS'lı kadınlara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon puanları olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalar OSAS ile psikiyatrik semptomlar arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Literatürde depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi içe atım bozukluklarının kadınlarda daha yüksek oranda olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarımız literatür ile uyum sağlamaktadır, kadın katılımcılardaki anksiyete düzeylerinin erkek katılımcılardan daha yüksek olması OSAS ile ilişki gibi durmamaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri OSAS derecesine göre farklılık göstermemiştir. Fidan ve ark. (2006) PSG uygulanan 204 hasta ile yapılan bir çalışmada BAÖ, BDÖ ve semptomları sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Kontrol grubu hafif, orta ve şiddetli OSAS olan gruplarla karşılaştırıldığında, en yüksek depresyon puanı orta OSAS grubunda görülürken, bunu kontrol ve hafif OSAS grupları izlemiştir. En düşük depresyon puanı şiddetli OSAS

grubunda belirlenmiştir. Anksiyete ve depresyon puanları ile OSAS şiddeti arasında negatif bir ilişki vardı. Bunun şiddetli OSAS hastalarında bilişsel işlevler üzerindeki etkiye bağlı olabileceği, anksiyete ve depresyonu değerlendiren ölçeklerin bulguları etkilemiş olabileceği belirtilmiştir. OSAS hastaları ile kontrol grubu arasında anlamlı yaş farkı olan başka bir çalışmada OSAS şiddeti ile anksiyete ve depresif belirtiler arasında negatif korelasyon saptanmıştır (Rezaeitalab ve ark., 2014). OSAS ile depresif bozukluk ilişkisini inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında OSAS şiddeti ile depresif belirtilerin ilişkili olduğu belirtilmiştir (O'Hara ve Schröder, 2016). Özetlersek literatürde birbirinden tutarsız sonuçlar bulunmaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Yazıcı (2011)'nin araştırmasında da çalışmamızda olduğu gibi OSAS sendromu olan katılımcılarda ek hastalığı olup olmaması ile anksiyete ve depresyon durumu arasındaki ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Oysa kronik hastalık varlığının depresyon ve anksiyete bozuklukları için bir stres dolayısıyla bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu açıdan sonuçlarımız literatürle uyumlu görünmemektedir. Burada yine örneklemimizin küçük olması böyle bir sonuca sebep olmuş olabilir.

Araştırmamızda katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi alma durumuna göre farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Memetali (2010)'nin araştırmasında da depresyon ve anksiyete düzeylerinin psikiyatrik tanı alma durumuna göre farklılık göstermediği belirtilmiştir.

Araştırmamızda OSAS'lı bireylerde depresyon ve anksiyete arasında kuvvetli bir korelasyon varlığı bulunmuştur. LaGrotte ve ark. (2016), 336 yetişkin hastada depresyon ve OSAS arasında anlamlı bir ilişki bildirmemiştir. Asgari ve ark. (2012) OSAS'lı 685 hasta ile BDÖ ve BAÖ'ni kullanarak, katılımcılarda anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma, hastaların yarısında depresif belirti ve anksiyetenin mevcut olduğunu, ancak OSAS'ın depresyon veya anksiyete ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Depresyon tanısı için kullanılan DSM 5 kriterleri psikolojik ve somatik belirtileri içerir ve belirli depresyon ve OSAS belirtileri ile tutarlı olduğunu bildirmiştir (Bucks ve ark., 2018). Pillar ve Lavie (2008) tarafından yapılan çalışmada da OSAS'lı hastalarda depresyon ve anksiyete arasında korelasyon olduğu

bildirilmiştir. Yakın zamanda yapılan sistematik inceleme ve meta-analiz, OSAS, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin, muhtemelen iki yönlü bir ilişkiyi paylaşan ruhsal bozuklukları iyileştirmek için erken tanı ve OSAS tedavisinin değerini gösterdiğini göstermiştir (Garbarino ve ark., 2018). İnaç ve ark. (2017)'nin araştırmasında da OSAS'lı bireylerde anksiyete ve depresyon arasında kuvvetli korelasyon varlığı bildirilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde katılımcılarda minimal düzeyde depresyon ve anksiyete varlığı bulunmuştur. Ayrıca katılımcılarda sosyodemografik özellikler ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmada genel olarak farklılık bulunmamıştır. Anksiyete seviyelerinin cinsiyete göre farklılaştığı ve OSAS'lı kadınların daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon düzeylerinin ise sadece eğitim durumuna bağlı olarak farklılaştığı saptanmıştır. Depresyon düzeylerinin eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak azaldığı saptanmıştır. OSAS'lı bireylerde depresyon ve anksiyete arasında kuvvetli ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buna göre OSAS'lı bireylerde depresyon düzeyleri arttıkça/azaldıkça anksiyete düzeyleri ise artmakta/azalmaktadır.

Öneriler

Araştırma sonuçları katılımcı sayısı ile sınırlıdır. Alan da yapılacak olan çalışmalarda daha geniş bir örneklemin kullanılması araştırma sonuçlarının etkinliğini arttırabilir.

Daha geniş örnekleme yapılan çalışmalara ve takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Çalışma sonuçlarına baktığımızda yine de orta ve şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri olan katılımcıların olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla OSAS'lı bireylerin depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından da değerlendirilip, gerekiyorsa psikolojik bir destek almaları sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abumuamar, A. M., Dorian, P., Newman, D., ve Shapiro, C. M. (2018). The prevalence of obstructive sleep apnea in patients with atrial fibrillation. *Clinical cardiology*, 41(5), 601-607.
- Aloia, M. S., Arnedt, J. T., Smith, L., Skrekas, J., Stanchina, M., ve Millman, R. P. (2005). Examining the construct of depression in obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep medicine*, 6(2), 115-121.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, J. G., ve Oei, T. P. (2004). The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Clinical psychology review*, 24(8), 1031-1049.
- Arnardottir, E. S., Bjornsdottir, E., Olafsdottir, K. A., Benediktsdottir, B., ve Gislason, T. (2016). Obstructive sleep apnoea in the general population: highly prevalent but minimal symptoms. *European respiratory journal*, 47(1), 194-202.
- Arter, J. L., Chi, D. S., Girish, M., Fitzgerald, S. M., Guha, B., ve Krishnaswamy, G. (2004). Obstructive sleep apnea, inflammation, and cardiopulmonary disease. *Front Biosci*, 9(9), 2892-2900.
- Asghari, A., Mohammadi, F., Kamrava, S. K., Tavakoli, S., Farhadi, M. (2012). Severity of depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 269(12), 2549-2553.
- Asghari, A., Mohammadi, F., Kamrava, S. K., Tavakoli, S., ve Farhadi, M. (2012). Severity of depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 269(12), 2549-2553.
- Asghari, A., Mohammadi, F., Kamrava, S. K., Tavakoli, S., ve Farhadi, M. (2012). Severity of depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 269(12), 2549-2553.
- Aydın, Ş. (2018). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavisinde Güncel Güçlükler. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*, 11(2), 161-7.
- Aydin Sunbul, E., Sunbul, M., Yanartas, O., Cengiz, F., Bozbay, M., Sari, I., ve Gulec, S. (2016). Increased Neutrophil/Lymphocyte Ratio in Patients with Depression

- is Correlated with the Severity of Depression and Cardiovascular Risk Factors. *Psychiatry investigation* 13, 121-126.
- BaHammam, A. S., Kendzerska, T., Gupta, R., Ramasubramanian, C., Neubauer, D. N., Narasimhan, M., ... ve Moscovitch, A. (2016). Comorbid depression in obstructive sleep apnea: an under-recognized association. *Sleep and Breathing*, 20(2), 447-456.
- Balasubramanian, B. A., Cohen, D. J., Jetelina, K. K., Dickinson, L. M., Davis, M., Gunn, R., ... ve Green, L. A. (2017). Outcomes of integrated behavioral health with primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(2), 130-139.
- Bardwell, W. A., Norman, D., Ancoli-Israel, S., Lored, J. S., Lowery, A., Lim, W., ve Dimsdale, J. E. (2007). Effects of 2-week nocturnal oxygen supplementation and continuous positive airway pressure treatment on psychological symptoms in patients with obstructive sleep apnea: a randomized placebo-controlled study. *Behavioral sleep medicine*, 5(1), 21-38.
- Basta, M., Lin, H. M., Pejovic, S., Sarrigiannidis, A., Bixler, E. O., ve Vgontzas, A. N. (2008). Lack of regular exercise, depression, and degree of apnea are predictors of excessive daytime sleepiness in patients with sleep apnea: sex differences. *Journal of clinical sleep medicine*, 4(1), 19-25.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bilyukov, R. G., Nikolov, M. S., Pencheva, V. P., Petrova, D. S., Georgiev, O. B., Mondeshki, T. L., Milanova, V. K. (2018). Cognitive impairment and affective disorders in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Frontiers in psychiatry*, 9, 357.
- Bjorvatn, B., Rajakulendren, N., Lehmann, S., ve Pallesen, S. (2018). Increased severity of obstructive sleep apnea is associated with less anxiety and depression. *Journal of sleep research*, 27(6), e12647.

- Björnsdóttir, E., Janson, C., Sigurdsson, J. F., Gehrman, P., Perlis, M., Juliusson, S., ... ve Benediktsdóttir, B. (2013). Symptoms of insomnia among patients with obstructive sleep apnea before and after two years of positive airway pressure treatment. *Sleep*, 36(12), 1901-1909.
- Young, T., Palta, M., Dempsey, J., Skatrud, J., Weber, S., Badr, S. (1993). The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 328(17):1230-1235.
- Briançon-Marjollet, A., Weiszenstein, M., Henri, M., Thomas, A., Godin-Ribuot, D., Polak, J. (2015). The impact of sleep disorders on glucose metabolism: endocrine and molecular mechanisms. *Diabetol Metab Syndr*. 7:25
- Bucks, R. S., Nanthakumar, S., Starkstein, S. S., Hillman, D. R., James, A., McArdle, N., ... ve Skinner, T. C. (2018). Discerning depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea: the effect of continuous positive airway pressure therapy on Hamilton Depression Rating Scale symptoms. *Sleep*, 41(12), zsy178.
- Cai, L., Xu, L., Wei, L., Sun, Y., ve Chen, W. (2017). Evaluation of the risk factors of depressive disorders comorbid with obstructive sleep apnea. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 155.
- Canan, F., ve Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11(38), 38-43.
- Chen, X., Wang, R., Zee, P., Lutsey, P. L., Javaheri, S., Alcántara, C., ... ve Redline, S. (2015). Racial/ethnic differences in sleep disturbances: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Sleep*, 38(6), 877-888.
- Chen, Y. H., Keller, J. K., Kang, J. H., Hsieh, H. J., ve Lin, H. C. (2013). Obstructive sleep apnea and the subsequent risk of depressive disorder: a population-based follow-up study. *Journal of clinical sleep medicine*, 9(5), 417-423.
- Cheng, B. H., McCarthy, J. M. (2018). Understanding the dark and bright sides of anxiety: A theory of workplace anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 103(5), 537.
- Chervin, RD.(2000). Sleepiness, fatigue, tiredness, and lack of energy in obstructive sleep apnea. *Chest*. 118(2):372-379
- Cıstullı, P. A. (1996). Craniofacial abnormalities in obstructive sleep apnoea: implications for treatment. *Respirology*, 1(3), 167-174.

- Cross, R. L., Kumar, R., Macey, P. M., Doering, L. V., Alger, J. R., Yan-Go, F. L., ve Harper, R. M. (2008). Neural alterations and depressive symptoms in obstructive sleep apnea patients. *Sleep*, 31(8), 1103-1109.
- Dempsey, J. A., Veasey, S. C., Morgan, B. J., ve O'Donnell, C. P. (2010). Pathophysiology of sleep apnea. *Physiological reviews*.
- Dominici, M., ve Gomes, M. D. M. (2009). Obstructive sleep apnea (OSA) and depressive symptoms. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 67(1), 35-39.
- Duivis, H.E., Kupper, N., Penninx, B.W., Na, B., de, J. P., ve Whooley, M.A. (2013). Depressive symptoms and white blood cell count in coronary heart disease patients; Prospective findings from the Heart and Soul Study. *Psychoneuroendocrinology* 38, 479-487.
- Economou, N. T., Ilias, I., Velentza, L., Papachatzakis, Y., Zarogoulidis, P., Kallianos, A., Trakada, G. (2018). Sleepiness, fatigue, anxiety and depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Obstructive Sleep Apnea–Overlap–Syndrome, before and after continuous positive airways pressure therapy. *PLoS one*, 13(6), e0197342.
- Edwards, C., Almeida, O. P., ve Ford, A. H. (2020). Obstructive sleep apnea and depression: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 142, 45-54.
- Ejaz, SM., Khawaja, IS., Bhatia, S., Hurwitz, TD. (2011). Obstructive sleep apnea and depression: a review. *Innov Clin Neurosci*. 8(8):17–25.
- El-Solh, A. A., Vermont, L., Homish, G. G., Kufel, T. (2017). The effect of continuous positive airway pressure on post-traumatic stress disorder symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder and obstructive sleep apnea: a prospective study. *Sleep medicine*, 33, 145-150.
- Erdal, I., ve Tayfun, U. (2008). Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara, Golden medya.
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Pala, E., ve Geçici, Ö. (2006). Obstrüktif uyku apne sendromu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki. *Toraks Dergisi*, 7(2), 125-129.
- Fietze, I., Laharnar, N., Obst, A., Ewert, R., Felix, S. B., Garcia, C., ... ve Penzel, T. (2019). Prevalence and association analysis of obstructive sleep apnea with gender and age differences–Results of SHIP-Trend. *Journal of sleep research*, 28(5), e12770.

- Flemons, WW., Tsai, W. (1997). Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol.* 99(2):S750-6
- Force, E. T., McNicholas, W. T., ve Kriegar, J. (2002). Public health and medicolegal implications of sleep apnea. *Eur Respir J*, 20, 1594-1609.
- Foster, G. D. (2009). Sleep AHEAD Research Group. Obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 32, 1017-1019.
- Garbarino, S., Bardwell, W. A., Guglielmi, O., Chiorri, C., Bonanni, E., ve Magnavita, N. (2020). Association of anxiety and depression in obstructive sleep apnea patients: a systematic review and meta-analysis. *Behavioral sleep medicine*, 18(1), 35-57.
- Geckil, A. A., ve Ermis, H. (2019). The relationship between anxiety, depression, daytime sleepiness in the REM-related mild OSAS and the NREM-related mild OSAS. *Sleep and Breathing*, 1-5.
- Glas, G. (2020). An enactive approach to anxiety and anxiety disorders. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(1), 35-50.
- Gotlib, I. H., ve Hammen, C. L. (2008). Handbook of depression. Guilford Press
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... ve Fyer, A. J. (2001). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Guichard, K., Marti-Soler, H., Micoulaud-Franchi, J. A., Philip, P., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P., Heinzer, R. (2018). The NoSAS score: a new and simple screening tool for obstructive sleep apnea syndrome in depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 227, 136-140.
- Guilleminault, C. (2005). Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea-hyponea syndrome. *Principles and practice of sleep medicine*.
- Guilleminault, C., Black, JE., Palombini, L., Ohayon, M. (2000). A clinical investigation of obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) and upper airway resistance syndrome (UARS) patients. *Sleep Med.* 1(1):51-56
- Gupta, M. A., ve Simpson, F. C. (2015). Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(2), 165-175.
- Habukawa, M., Uchimura, N., Kakuma, T., Yamamoto, K., Ogi, K. (2010). Effect of CPAP treatment on residual depressive symptoms in patients with major

- depression and coexisting sleep apnea: Contribution of daytime sleepiness to residual depressive symptoms. *Sleep Med.* 11(6):552–557.
- Hamamcı, M., İntepe, Y. S., ve Çiftçi, B. (2020). Evaluation of Cognitive Functions in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(1), 29-35.
- Harris, M., Glozier, N., Ratnavadivel, R., Grunstein, RR. (2009). Obstructive sleep apnea and depression. *Sleep Med Rev.* 13(6):437–444.
- Heinzer, R., Vat, S., Marques-Vidal, P., Marti-Soler, H., Andries, D., Tobback, N., ... ve Haba-Rubio, J. (2015). Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(4), 310-318.
- Hobzova, M., Prasko, J., Vanek, J., Ociskova, M., Genzor, S., Holubova, M., ... ve Latalova, K. (2017). Depression and obstructive sleep apnea. *Neuroendocrinology Letters*, 38(5).
- Hobzova, M., Prasko, J., Vanek, J., Ociskova, M., Genzor, S., Holubova, M., Latalova, K. (2017). Depression and obstructive sleep apnea. *Neuroendocrinology Letters*, 38(5).
- Işık, E., ve Taner, Y. I. (2006). Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. Asimetrik Paralel Kitabevi, İstanbul, 2006, s.36-40
- Jackson, M. L., Muruganandan, S., Churchward, T., Tolson, J., Worsnop, C. (2019). Cross-sectional examination of gender differences in depression and anxiety symptoms in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep and Biological Rhythms*, 17(4), 455-458.
- Johnson, D. A., Guo, N., Rueschman, M., Wang, R., Wilson, J. G., ve Redline, S. (2018). Prevalence and correlates of obstructive sleep apnea among African Americans: the Jackson Heart Sleep Study. *Sleep*, 41(10), zsy154.
- Jordan, A. S., ve White, D. P. (2008). Pharyngeal motor control and the pathogenesis of obstructive sleep apnea. *Respiratory physiology ve neurobiology*, 160(1), 1-7.
- Kalia, M. (2006). Neurobiology of sleep. *Metabolism*, 55, S2-S6.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American journal of Psychiatry*, 156(4), 505-524.

- Kapur, VK., Baldwin, CM., Resnick, HE., Gottlieb, DJ., Nieto FJ. (2005). Sleepiness in patients with moderate to severe sleep-disordered breathing. *Sleep*. 28 (4):472-477
- Karaaslan, Ö. (2018). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Psikiyatri. *Bozok Medical Journal*, 34.
- Karaaslan, Ö. (2018). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Psikiyatri. *Bozok Medical Journal*, 34.
- Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kerner, N. A., ve Roose, S. P. (2016). Obstructive sleep apnea is linked to depression and cognitive impairment: evidence and potential mechanisms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 496-508.
- Kessler, R. C., ve Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- Kim, A. M., Keenan, B. T., Jackson, N., Chan, E. L., Staley, B., Poptani, H., ... ve Schwab, R. J. (2014). Tongue fat and its relationship to obstructive sleep apnea. *Sleep*, 37(10), 1639-1648.
- Kobrosly, R., ve van, W E. (2010). Associations between immunologic, inflammatory, and oxidative stress markers with severity of depressive symptoms; an analysis of the 2005–2006 National Health and Nutrition Examination Survey. *Neurotoxicology* 31, 126-133.
- Korte, S.M. (2001). Corticosteroids in relation to fear, anxiety and psychopathology. *Neurosc. Biobehav. Rev.*; 25(1), 17-42.
- Köknel, Ö. (2013). Kaygıdan Korkuya. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kroenke, K, Spitzer, RL., Williams, JB. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 16(9):606–613.
- LaGrotte, C., Fernandez-Mendoza, J., Calhoun, S. L., Liao, D., Bixler, E. O., ve Vgontzas, A. N. (2016). The relative association of obstructive sleep apnea, obesity and excessive daytime sleepiness with incident depression: a longitudinal, population-based study. *International Journal of Obesity*, 40(9), 1397-1404.
- Lee, R. W., Vasudavan, S., Hui, D. S., Prvan, T., Petocz, P., Darendeliler, M. A., ve Cistulli, P. A. (2010). Differences in craniofacial structures and obesity in

- Caucasian and Chinese patients with obstructive sleep apnea. *Sleep*, 33(8), 1075-1080.
- Lee, T. H., Yen, T. T., Chiu, N. Y., Chang, C. C., Hsu, W. Y., Chang, Y. J., ve Chang, T. G. (2019). Depression is differently associated with sleep measurement in obstructive sleep apnea, restless leg syndrome and periodic limb movement disorder. *Psychiatry research*, 273, 37-41.
- Lewis, G., Kounali, D. Z., Button, K. S., Duffy, L., Wiles, N. J., Munafò, M. R., ... ve Lewis, G. (2017). Variation in the recall of socially rewarding information and depressive symptom severity: a prospective cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 489-498.
- Lim, KG., Morgenthaler, TI., Katzka, DA. (2018). Sleep and nocturnal gastroesophageal reflux: an update. *Chest*. 154(4):963-971.
- Lingiardi, V., ve McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM-2)*. New York: The Guilford Press
- Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., Blatt, S. J., ve Target, M. (2017). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. Guilford Publications.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., ve Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological medicine*, 31(4), 593-604.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., ve Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 53(2), 159-168.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., ve Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 984-992.
- Martin, SA., Appleton, SL., Adams, RJ. (2016). Nocturia, other lower urinary tract symptoms and sleep dysfunction in a community-dwelling cohort of men. *Urology*. 97:219-226
- Martínez-García, M. A., Capote, F., Campos-Rodríguez, F., Lloberes, P., de Atauri, M. J. D., Somoza, M., ... ve Spanish Sleep Network. (2013). Effect of CPAP on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea and resistant hypertension: the HIPARCO randomized clinical trial. *Jama*, 310(22), 2407-2415.

- McNicholas, W. T. (2019). Obstructive sleep apnoea and comorbidity—an overview of the association and impact of continuous positive airway pressure therapy. *Expert review of respiratory medicine*, 13(3), 251-261.
- McNicholas, WT. (2019). Obstructive sleep apnoea and comorbidity - an overview of the association and impact of continuous positive airway pressure therapy. *Expert Rev Respir Med*. 13(3):251–261.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Means, M. K., Lichstein, K. L., Edinger, J. D., Taylor, D. J., Durrence, H. H., Husain, A. M., ... ve Radtke, R. A. (2003). Changes in depressive symptoms after continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea. *Sleep and Breathing*, 7(1), 31-42.
- Memetali, S. (2010). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi İle Bunların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri*, Tıpta Uzmanlık, İstanbul Üniversitesi.
- Millman, R. P., Fogel, B. S., McNamara, M. E., ve Carlisle, C. C. (1989). Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: reversal with nasal continuous positive airway pressure. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Mohammadien, H. M., Abd-elbaset, M. S., Mohamed, F. H., h Mohamed, F., Abdelrahman, A. M. (2019). Quality of life, fatigue, anxiety and depression among Egyptian patients with obstructive sleep apnea. *The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 68(3), 296.
- Montagnana, M., Cervellin, G., Meschi, T., ve Lippi, G. (2012). The role of red blood cell distribution width in cardiovascular and thrombotic disorders. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 50, 635-641.
- Moore, K. A., Buchwald, P. (2018). *Stress and anxiety: Theories and realities*. Logos Verlag.
- Munir, S., Gondal, A.Z., ve Takov, V., (2019). Generalized anxiety disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870>
- Muxfeldt, ES., Margallo, VS., Guimarães, GM., Salles, GF. (2014). Prevalence and associated factors of obstructive sleep apnea in patients with resistant hypertension. *Am J Hypertens*. 27(8):1069- 1078.

- Myers, KA., Mrkobrada, M., Simel, DL. (2013). Does this patient have obstructive sleep apnea? The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA*.310(7):731-741.
- Nutt, D.J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 62(11), 22-7.
- O'Hara, R., Schröder, C. (2016). Unraveling the relationship of obstructive sleep-disordered breathing to major depressive disorder. *Sleep Med*, 7:101-3.
- Ohayon, M. M. (2003). The effects of breathing-related sleep disorders on mood disturbances in the general population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(10), 1195-1200.
- Öhman, A., Wiens, S. (2004). The concept of an evolved fear module and cognitive theories of anxiety. In *Feelings and emotions: The Amsterdam symposium* (pp. 58-80). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Özer, S. K., Demir, B., Tuğal, Ö., ve Kabakçı, E. (2001). Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-94.
- Özkurt, S., Öztürk, E., Yıldız, Aİ., Dursunoğlu, N., Özdel, O., Akdağ, B. (2013). Psychiatric evaluation in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Tuberk Toraks*. 61(3):216-20
- Öztürk, M.O., ve Uluşahin, A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, U. (2015). Bağlantıda Kalmak Ya Da Kalmamak İşte Tüm Korku Bu: İnternetsiz Kalma Korkusu ve Örgütsel Yansımaları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 8. 629-638.
- Patel, K.V., Ferrucci, L., Ershler, W.B., Longo, D.L., ve Guralnik, J.M. (2009). Red blood cell distribution width and the risk of death in middle-aged and older adults. *Archives of internal medicine* 169, 515-523.
- Peppard, P. E., Szklo-Coxe, M., Hla, K. M., ve Young, T. (2006). Longitudinal association of sleep-related breathing disorder and depression. *Archives of internal medicine*, 166(16), 1709-1715.
- Peppard, P. E., Young, T., Barnet, J. H., Palta, M., Hagen, E. W., ve Hla, K. M. (2013). Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *American journal of epidemiology*, 177(9), 1006-1014.

- Peromaa-Haavisto, P., Tuomilehto, H., Kössi, J., Virtanen, J., Luostarinen, M., Pihlajamäki, J., ... ve Victorzon, M. (2016). Prevalence of obstructive sleep apnoea among patients admitted for bariatric surgery. A prospective multicentre trial. *Obesity surgery*, 26(7), 1384-1390.
- Pillar, G., ve Lavie, P. (2008). Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome: effects of gender and respiratory disturbance index. *Chest*, 114(3), 697-703.
- Povitz, M., Bolo, C. E., Heitman, S. J., Tsai, W. H., Wang, J., ve James, M. T. (2014). Effect of treatment of obstructive sleep apnea on depressive symptoms: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 11(11), e1001762.
- Punjabi, N. M. (2008). The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(2), 136-143.
- Ressler, K.J., ve Nemeroff, C.B. (2000). Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 12(1), 2-19.
- Reutrakul, S., Mokhlesi, B. (2017). Obstructive sleep apnea and diabetes: a state of the art review. *Chest*. 152(5):1070-1086
- Rezaeitalab, F., Moharrari, F., Saberi, S., Asadpour, H., ve Rezaeetalab, F. (2014). The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(3), 205.
- Rezaeitalab, F., Moharrari, F., Saberi, S., Asadpour, H., ve Rezaeetalab, F. (2014). The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(3), 205.
- Rush, A. J., Stewart, R. S., Garver, D. L., ve Waller, D. A. (2008). Neurobiological bases for psychiatric disorders. *Comprehensive neurology*, 555-603.
- Russell, MB., Kristiansen, HA., Kværner, KJ. (2014). Headache in sleep apnea syndrome: epidemiology and pathophysiology. *Cephalalgia*. 34(10): 752-755.
- Sánchez, AI., Buéla-Casal, G., Bermúdez, MP., Casas-Maldonado, F. (2001). The effects of continuous positive air pressure treatment on anxiety and depression levels in apnea patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 55(6):641–646.

- Saraç, S., Afşar, G. Ç., Oruç, Ö., Kırbaş, G., Görgüner, A. M. (2015). Obstruktif uyku apne sendromlu hastalarda ek hastalıklar ile obezite ilişkisi. *Van Medical Journal*, 22(4), 246-51.
- Sareli, A. E., Cantor, C. R., Williams, N. N., Korus, G., Raper, S. E., Pien, G., ... ve Schwab, R. J. (2011). Obstructive sleep apnea in patients undergoing bariatric surgery—a tertiary center experience. *Obesity surgery*, 21(3), 316-327.
- Saunamäki, T., Jehkonen, M. (2007). Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand.* 116(5):277–288.
- Schwab, R. J., Pasirstein, M., Pierson, R., Mackley, A., Hachadoorian, R., Arens, R., ... ve Pack, A. I. (2003). Identification of upper airway anatomic risk factors for obstructive sleep apnea with volumetric magnetic resonance imaging. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 168(5), 522-530.
- Schwartz, DJ., Kohler, WC., Karatinos, G. (2005). Symptoms of depression in individuals with obstructive sleep apnea may be amenable to treatment with continuous positive airway pressure. *Chest*. 128(3):1304–1309.
- Seiler, A., Camilo, M., Korostovtseva, L., Haynes, A. G., Brill, A. K., Horvath, T., ... ve Bassetti, C. L. (2019). Prevalence of sleep-disordered breathing after stroke and TIA: a meta-analysis. *Neurology*, 92(7), e648-e654.
- Sforza, E., de Saint Hilaire, Z., Pelissolo, A., Rochat, T., Ibanez, V. (2002). Personality, anxiety and mood traits in patients with sleep-related breathing disorders: effect of reduced daytime alertness. *Sleep Med.* 3(2):139–145.
- Shafiee, M., Tayefi, M., Hassanian, S. M., Ghaneifar, Z., Parizadeh, M. R., Avan, A., ve Moohebaty, M. (2017). Depression and anxiety symptoms are associated with white blood cell count and red cell distribution width; A sex-stratified analysis in a population-based study. *Psychoneuroendocrinology*, 84, 101-108.
- Shoib, S., Malik, J. A., Masoodi, S. (2017). Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(3), 346.
- Shoib, S., Malik, J. A., ve Masoodi, S. (2017). Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(3), 346.
- Somers, VK., White, DP., Amin, R. (2008). Sleep apnea and cardiovascular disease: an American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Scientific Statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research Professional Education Committee, Council on

- Clinical Cardiology, Stroke Council, and Council on Cardiovascular Nursing. *J Am Coll Cardiol.* 52(8):686-717
- Spielberger, C. D. (2013). *Anxiety and behavior*. Academic Press.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Solmi, M., Gaughran, F., Manu, P., ... ve Fornaro, M. (2016). The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 197, 259-267.
- Thorn, G.R., Chosak, A., Baker, S.L., ve Barlow, D.H. (1999). Psychological theories of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP (Editors), *Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms*. London: Martin Dunitz Ltd, pp. 93-108.
- Timkova, V., Nagyova, I., Reijneveld, S. A., Tkacova, R., van Dijk, J. P., Bültmann, U. (2019). Are disease severity, sleep-related problems, and anxiety associated with work functioning in patients with obstructive sleep apnoea?. *Disability and rehabilitation*, 41(18), 2164-2174.
- Tufik, S., Santos-Silva, R., Taddei, J. A., ve Bittencourt, L. R. A. (2010). Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo epidemiologic sleep study. *Sleep medicine*, 11(5), 441-446.
- Turner, S. M. (2012). *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Springer Science & Business Media.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri, *Klinik Psikiyatri*, 4, s.12-16.
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., ve Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J. Cogn. Psychother*, 12(2), 163-172.
- Ünlü, M., Sezer, M. (2008). Obstrüktif uyku apne sendromunun sonuçları-ii (kardiyovasküler sistem dışı sonuçları). *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*. 1 (1):82.
- Vanek, J., Prasko, J., Genzor, S., Ociskova, M., Kantor, K., Holubova, M., ve Sova, M. (2020). Obstructive sleep apnea, depression and cognitive impairment. *Sleep Medicine*, 72, 50-58.
- Vanek, J., Prasko, J., Genzor, S., Ociskova, M., Kantor, K., Holubova, M., Sova, M. (2020). Obstructive sleep apnea, depression and cognitive impairment. *Sleep Medicine*, 72, 50-58.

- Waterman, L., Stahl, S. T., Buysse, D. J., Lenze, E. J., Blumberger, D., Mulsant, B., ve Karp, J. F. (2016). Self-reported obstructive sleep apnea is associated with nonresponse to antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. *Depression and anxiety*, 33(12), 1107-1113.
- Weierich, M. R., Treat, T. A., Hollingworth, A. (2008). Theories and measurement of visual attentional processing in anxiety. *Cognition and emotion*, 22(6), 985-1018.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- Xu, J., Pang, K. P., ve Rotenberg, B. (2019). Should patients with obstructive sleep apnea be screened for depression?. *The Laryngoscope*, 129(8), 1729-1730.
- Yaffe, K., Laffan, A. M., Harrison, S. L., Redline, S., Spira, A. P., Ensrud, K. E., ve Stone, K. L. (2011). Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *Jama*, 306(6), 613-619.
- Yazıcı, O. (2011). *Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Eşlerinde Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyonun Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi.
- Yosunkaya, S., Kutlu, R., ve Cihan, F. G. (2016). Evaluation of depression and quality of life in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Nigerian journal of clinical practice*, 19(5), 573-579.
- Young, T., Shahar, E., Nieto, F. J., Redline, S., Newman, A. B., Gottlieb, D. J., ve Sleep Heart Health Study Research Group. (2002). Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. *Archives of internal medicine*, 162(8), 893-900.
- Yücege, M. B. (2016). Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromları. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 24.

EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ: 25.02.2021
TOPLANTI SAYISI: 2021-06

KARAR NO: 2021-06-48: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 190624012 numaralı Mervenur ERDÖL' ün "Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, İGÜ Etik Kurulumuzun 03.12.2020 tarih ve 2020-29 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy çokluğu ile karar verildi.

EK-2: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgidim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
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)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-4: Kişisel Bilgi Formu

Ad Soyad:

1) Yaş:

2) Cinsiyet : Kadın Erkek

3) Medeni durum: Evli Bekar

4) Eğitim durumu:

5) OSAS tanısı ne zamandan beri var?

6) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) derecesi

Hafif

Orta

Ağır

7) OSAS tanısı konulmadan önce OSAS belirti ve bulguları ne zamandan beri var?

8) OSAS tanısı konulduktan sonra tedavi oldunuz mu?

Evet

Hayır

9) Hangi tip OSAS tedavisi uygulanmıştır?

Cerrahi Tedavi

Ağız içi aparat

CPAP

BPAP

10) Kaç yıldır OSAS tedavisi görüyorsunuz?

1 yıldan az

1-5 yıl arası

5 yıldan fazla

11) OSAS hastalığınız dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır

12) Daha önce herhangi bir nedenle psikiyatrik ya da psikolojik bir destek ve tedavi aldınız mı?

Evet Hayır

13) Anne ya da babanızın herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mı?

Evet Hayır

14) Şimdiye kadar depresyon ya da anksiyete tanısı aldınız mı?

Evet Hayır

