T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ŞEHİR HASTANESİ UYKU ÜNİTESİNE BAŞVURAN OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA KRONİK HASTALIKLAR SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

Hazırlayan
Hasan TÜLE

Danışman
Prof. Dr. Elçin BALCI

Doktora Tezi

Mart, 2026
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ŞEHİR HASTANESİ UYKU ÜNİTESİNE BAŞVURAN OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA KRONİK HASTALIKLAR SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

Doktora Tezi

Hazırlayan
Hasan TÜLE

Danışman
Prof. Dr. Elçin BALCI

Mart, 2026
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı : Hasan TÜLE

İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"**Bir Şehir Hastanesi Uyku Ünitesine Başvuran Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Kronik Hastalıklar Sıklığı ve Yaşam Kalitesi**" adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	Danışman
Hasan TÜLE	Prof. Dr. Elçin BALCI

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Prof. Dr. Elçin BALCI danışmanlığında Hasan TÜLE tarafından hazırlanan **"Bir Şehir Hastanesi Uyku Ünitesine Başvuran Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Kronik Hastalıklar Sıklığı ve Yaşam Kalitesi"** adlı bu çalışma jürimiz tarafından **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora tezi** olarak kabul edilmiştir.

09.03.2026

JÜRİ **İmza**

Danışman: Prof. Dr. Elçin BALCI

Üye: Prof. Dr. Sevda İSMAİLOĞULLARI

Üye: Prof. Dr.Arda BORLU

Üye: Doç.Dr. Şemsinnur GÖÇER

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Muhammet BAYRAKTAR

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……...… tarih ve ……. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

……. /……../ ……

Prof. Dr. Aydın ALAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez projesinin planlanması, yürütülmesi ve yazılması hususlarında göstermiş olduğu destek ve yardımlarından ötürü tez danışmanım Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Elçin BALCI'ya teşekkürlerimi sunarım. Tezin başlama dönemlerinde danışmanlığımı yürüten emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet Öztürk'e, alanda yetişmeme katkı veren anabilim dalının tüm öğretim üyelerine, tez izleme komitesinde görev alan hocalarım Prof. Dr. Sevda İSMAİLOĞULLARI ve Prof. Dr. Arda BORLU'ya ve aileme minnet ve şükranlarımla.

Hasan TÜLE

Kayseri, Mart 2026

BİR ŞEHİR HASTANESİ UYKU ÜNİTESİNE BAŞVURAN OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA KRONİK HASTALIKLAR SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

Hasan TÜLE

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Mart 2026

Danışman: Prof. Dr. Elçin BALCI

ÖZET

Bu tez çalışması, bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran hastalarda kronik hastalıklar sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş olan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma, Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir şehir hastanesinin uyku ünitesine uyku bozuklukları, horlama, uykuda boğulma, uyuklama, gündüz uykululuk hali vb. gibi şikâyetler ile başvurup uyku testi yapılan 18-85 yaş arasındaki 484 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12)'ni içeren veri toplama formu ve hasta polisomnografi (PSG) raporları kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha güvenirlik analizi, tanımlayıcı istatistik testleri, Ki-Kare testi, Bağımsız Gruplarda t testi, Tek Yönlü ANOVA Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Analizi ve Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi $P < 0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırmada, hastaların ortalama 48.35±11.32 (18-85 yaş) yaşında, %49,8'inin orta yaş (46-65) aralığında, %71,1'inin erkek, %89,5'inin evli, %91,3'ünün en az bir çocuğa sahip olduğu, %47,7'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %61,8'inin çalıştığı, %46,5'inin işçi olduğu ve %65,9'unun gelirinin giderine denk ve %61,0'inin obez olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %66,3'ünde tanısı konulmuş en az bir kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda en sık DM, HT, astım ve KOAH ile kalp hastalıkları tanısı, en az ise inme ve kanser tanısı olduğu saptanmıştır. Grubun Yaşam kalitesi Kısa Formu SF-12'nden ortalama 72.59±19.45 puan aldıkları ve yaşam kalitesi düzeylerinin iyi seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastaların Apne Hipopne İndeks (AHİ) değeri ortalama 44.48±34.26 puan olduğu ve %89,0'unda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) bulunduğu, OUAS olduğu belirlenenlerin ise %53,7'sinde ağır şiddette OUAS olduğu saptanmıştır. Hastaların AHİ puanları ile SF-12 toplam puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişki olduğu, AHİ değerlerindeki bir birim artışın hastaların yaşam kalitesini 0.174 kat anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; araştırmada uyku ünitesine başvuran hastaların çoğunluğunda kronik hastalık tanısı olduğu, PSG raporlarından elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastalarında çoğunluğunun OUAS tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin iyi seviyede olduğu ancak AHİ'ndeki artışın yaşam kalitesini anlamlı düzeyde azalttığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Kronik Hastalık; Obstrüktif Uyku Apne Sendromu; Yaşam Kalitesi.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FREQUENCY OF CHRONIC DISEASES AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME ADMITTED TO THE SLEEP UNIT OF A CITY HOSPITAL

Hasan TÜLE

Erciyes University, Institute of Healthy Sciences
Department of Public Health
Doctoral Thesis, March 2026 Supervisor: Prof. Dr. Elçin BALCI

ABSTRACT

This thesis is a descriptive study conducted to determine the frequency of chronic diseases and quality of life in patients admitted to the sleep unit of a city hospital.
The study was conducted with 484 patients aged 18-85 years who applied to the sleep unit of a city hospital in the Central Anatolia Region of Türkiye with complaints such as sleep disorders, snoring, choking during sleep, dozing, and excessive daytime sleepiness, and who underwent a sleep test. The study data were obtained using a data collection form that included a Personal Information Form, the Quality of Life Scale (SF-12), and patients' polysomnography (PSG) reports. Cronbach Alpha reliability analysis, descriptive statistical tests, Chi-Square test, Independent groups t-test, One-way ANOVA Analysis of Variance, Pearson Correlation Analysis and Linear Regression Analysis were used to evaluate the data. In the study, the significance level was taken as $P < 0.05$.
In the study, it was determined that the mean age of the patients was 48.35±11.32 years (18-85 years), 49,8% were in the middle age range (46-65), 71.1% were male, 89.5% were married, 91.3% had at least one child, 47.7% had high school education or higher, 61.8% were employed, 46.5% were workers, 65.9% had an income equal to their expenses and 61.0% were obese. It was determined that 66.3% of the patients participating in the study had at least one diagnosed chronic disease. The most common diagnoses were DM, HT, asthma, COPD and heart diseases, while the least common diagnoses were stroke and cancer. It was determined that the group received an average score of 72.59±19.45 from the Quality of Life Short Form SF-12 and their quality of life levels were at a good level. The mean Apnea Hypopnea Index (AHI) value of the patients was 44.48±34.26 points, 89.0% had Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), and 53.7% of those with OSAS had severe OSAS. It was determined that there was a negative and low level relationship between the AHI scores of the patients and the SF-12 total score, and a one unit increase in AHI values significantly decreased the quality of life of the patients by 0.174 times.
As a result, it was determined that the majority of the patients who applied to the sleep unit in the study had a diagnosis of chronic disease, and the majority of the patients were diagnosed with OSAS in line with the results obtained from PSG reports. It was determined that the quality of life levels of the patients were at a good level, but the increase in AHI significantly decreased the quality of life.
Keywords: Chronic Disease; Obstructive Sleep Apnea Syndrome; Patient; Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI ii
ONAY iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET vii
ABSTRACT viii
İÇİNDEKİLER ix
KISALTMALAR ve SİMGELER xii
TABLO LİSTESİ xiv
ŞEKİL LİSTESİ xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. UYKU 5
2.1.1. Uykunun Tanımı 5
2.1.2. Uykunun Fizyolojisi 5
2.1.3. Uyku Evreleri 6
2.1.4. Uyku Kalitesi 7
2.1.5. Uyku Hijyeni 9
2.1.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler 9
2.1.7. Uyku Bozuklukları 10
2.2. OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU (OUAS) 12
2.2.1. OUAS Tanımı 12
2.2.2. OUAS İçin Tanımlamalar 12
2.2.3. OUAS Tarihçesi 13
2.2.4. OUAS Risk Faktörleri 13
2.2.5. OUAS Epidemiyolojisi 15
2.2.6. OUAS Prevalansı 16
2.2.7. OUAS Etiyolojik Faktörler ve Patogenez 17
2.2.8. OUAS Klinik Bulgular 17
2.2.9. OUAS Fizik Muayene Bulguları 18

2.2.10. OUAS Türleri 19
2.2.11. OUAS Tanı ve Polisomnografi 20
2.2.12. OUAS Tedavisi 20
2.3. KRONİK HASTALIKLAR 21
2.3.1. Kronik Hastalık Tanımı 21
2.3.2. Terminoloji 21
2.3.3. Kronik Hastalıkların Türkiye ve Dünya'daki Durumu 22
2.3.4. Risk Faktörleri ve Etiyolojisi 23
2.3.5. Çevresel Risk Faktörleri 23
2.3.6. Davranışsal Risk Faktörleri 23
2.3.7. Metabolik Risk Faktörleri 24
2.4. YAŞAM KALİTESİ 27
2.4.1. Tanımı 27
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 28
2.4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler 28
2.4.4. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar 29
2.4.5. Kronik Hastalar ve Yaşam Kalitesi 31
2.4.6. OUAS'lı Hastalarda Yaşam Kalitesi 32
3. GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ 34
3.2. ARAŞTIRMANIN YERI VE ZAMAN ÖZELLIKLERI 34
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENI VE ÖRNEKLEMI 34
3.3.1. Araştırmanın Evreni 34
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi 34
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞIŞKENLERI 35
3.4.1. Bağımsız Değişkenler 35
3.4.2. Bağımlı Değişkenler 35
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHIL EDILME VE DIŞLANMA-ÇIKARILMA KRITERLERI 35
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 35
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma-Çıkarılma Kriterleri 35
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 36

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-1) 36
3.6.2. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-2) 36
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERILERIN TOPLANMASI . 37
3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 38
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU..... 39
3.10. ARAŞTIRMANIN GENELLENEBILIRLİĞİ VE SINIRLILIKLARI 39
4. BULGULAR 40
5. TARTIŞMA 67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 84
6.1. SONUÇLAR 84
6.2. ÖNERILER 87
7. KAYNAKLAR 89
EKLER
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

AHİ : Apne Hipopne İndeksi

BGOF : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

CDC : Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

CMS : Amerikan Sağlık Sigorta Hizmetleri Kuruluşu (The Centers for Medicare and Medicaid Services)

Dİ : Desatürasyon İndeksi

DM : Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EEG : Elektroensefalografi

EKG : Elektrokardiyografi

EMG : Elektromiyografi

EOG : Elektrookülografi

ESS : Epworth Uykululuk Ölçeği (Epworth Sleepiness Scale)

HT : Hipertansiyon

İKH : İskemik Kalp Hastalığı

İR : İnsülin Direnci

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KKH : Koroner Kalp Hastalığı

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler Hastalık

MUAS : Merkezi (Santral) Uyku Apne Sendromu

Non-REM (NREM) : Non-Rapid Eye Movement

OUAS : Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

PAP : Pozitif Havayolu Basıncı

PM : Partiküler Madde

PSG : Polisomnografi

QOLS : The Quality Of Life Scale

(Yaşam Kalitesi Ölçeği)

RAAS : Renin Anjiyotensin Aldesteron Sistemi

REM : Rapid Eye Movement

SF-12 : Short Form (Kısa Formu)12

SF-36 : Kısa Form Sağlık Araştırması

TTD : Türk Toraks Derneği

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

WSC : The Wisconsin Sleep Cohort

YKÖ : Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Bireylerin 24 saatlik süre için uyku ihtiyaçları 8

Tablo 2.2. OUAS Klinik Bulguları 18

Tablo 2.3. Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLS) orijinal kavramsal kategorileri ve ölçek maddeleri..... 29

Tablo 3.1. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bileşenlerine Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri 37

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=484)..... 40

Tablo 4.2. Hastaların Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=484) . 42

Tablo 4.3. Hastaların VKİ Gruplarına Göre Dağılımları (N=484) 42

Tablo 4.4. Hastaların Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanılarına Göre Dağılımları (n=484) 43

Tablo 4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12)'e İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları..... 44

Tablo 4.6. Hastaların Polisomnografi (PSG) Sonuçları 45

Tablo 4.7. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Polisomnografi (PSG) Parametrelerinin Karşılaştırılması 47

Tablo 4.8. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Polisomnografi (PSG) Parametrelerinin Karşılaştırılması (Devamı) 48

Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması 51

Tablo 4.10. Hastaların VKİ'ne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması..... 55

Tablo 4.11. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması 56

Tablo 4.12. Hastaların OUAS Düzeyine Göre VKİ'nin Karşılaştırılması..... 58

Tablo 4.13. Hastaların OUAS Durumu ve OUAS Düzeyine Göre VKİ Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 58

Tablo 4.14. Hastaların Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanılarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması 60
Tablo 4.15. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Hastalık Sıklıklarının Karşılaştırılması 63
Tablo 4.16. Hastaların OUAS Durumu ve OUAS Düzeyine Göre Hastaların Yaşam Kalitesi 64
Tablo 4.17. Hastaların PSG'den Edilen AHİ Puanlarının Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeyi Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Lineer Regresyon Analiz Sonuçları 65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. OUAS risk faktörlerini gösteren bir diyagram. 14

Şekil 2.2. Hipertansiyon ve obstrüktif uyku apnesi (OUAS) ile ilişkili faktörler 27

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolma süreci olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda insan vücudunun bedensel ve ruhsal olarak dinlendiği, hücrelerin yenilendiği, hafıza fonksiyonlarının kontrol edildiği, öğrenmenin sürdürüldüğü, yeni deneyimlere hazırlığın başladığı dinlenme dönemidir (Saraç ve ark., 2015). Uyku döngüsü sırasında solunum, dolaşım, sinir sistemi gibi yaşamsal sistemlerin yanı sıra kas ve iskelet sistemlerindeki bozukluklar onarılmaktadır. Uyku uyanıklık döngüsünün bozulması, uyku kalitesinin düşmesine neden olmakta ve bu durum insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır (Gökpınar, 2015; Dursun, 2009; Güneş ve ark., 2009). Uyku bozuklukları günlük yaşamda trafik ve iş kazaları gibi birçok olumsuz duruma neden olmaktadır. Fidan ve diğerleri, (2007) uzun mesafede kamyon şoförü olan 316 erkeğin dahil edildiği çalışmada, şoförlerin demografik özellikleri, sağlık durumları, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) semptomları ve trafik kazalarıyla ilgili durumlarını araştırımışlardır. Araştırma sonucunda, kamyon şoförlerinde görülen en sık semptomların horlama (%52,8) ve gündüz aşırı uyku hissi (%25,6) olduğu, şoförlerin %9,8'ine OUAS tanısı konulduğu bildirilmiştir. Katılımcıların % 29,7'si bir trafik kazasına karıştıklarını ve % 29,8'i de bu kazada can kayıpları olduğunu bildirmişlerdir (Fidan ve ark., 2007). Kohort veya vaka kontrolü ile yapılan 18 meta analizde OUAS'ın motorlu taşıt kazalarındaki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (Tregear ve ark., 2009).

Üst solunum yollarının tekrarlayan tam (apne) veya kısmi (hipopne) tıkanması ile karakterize olan OUAS, uyku desatürasyonu ve tekrarlayan uyanmalarla (uyarılma) ilişkili bir hastalıktır (Öktem Ayık ve ark., 2011).

OUAS'lı kişiler tarafından sıklıkla bildirilen semptomlar arasında uyku sırasında horlama, gündüz aşırı uyku hali, gece uyanırken boğulma hissi, huzursuz uyku ve sabah baş ağrıları yer alır. Hastanın uyku apnesini gözlemlemek yani tanıklı apneyi anlamak çok önemli bir bulgudur ve genellikle eşleri tarafından fark edilir. Horlama OUAS hastalarında en sık görülen semptomdur ve görülme sıklığı %70,0-%95,0 arasındadır. Araştırmalara göre genel popülasyonda horlamanın görülme sıklığı kadınlarda %15,0-%28,0, erkeklerde ise %35,0-%45,0 arasında değişmektedir. OUAS hastalarının %6,0'sında ise horlama gözlemlenmemiştir. Horlama en sık görülen semptom olmasına rağmen toplumda farklı nedenlerle sık görülür ve bu nedenle hastalığın teşhisinde pek yardımcı olmaz. Yüksek sesli horlama hastanın eşini, ailesini, hatta komşularını bile rahatsız edebilir. Bu gürültü kirliliği ve bunun sonucunda ortaya çıkan sorunlar (sosyal uyumsuzluk ve evlilikte bozulma tehlikesi gibi), tıbbi yardım aramanın en önemli nedenleridir (Schlosshan ve Elliott., 2004).

Asya ve Avrupa ülkelerinde uyku ünitelerine başvuran ve OUAS ön tanısı alan bireylerde yapılan çalışmalarda OUAS prevalansı %62,0-%88,0, ülkemizdeki prevalansı ise %66,4-%87,5 olarak bulunmuştur (Al-Terki ve ark., 2018; Karkinski ve ark., 2017; Li ve ark., 2017; Nilius ve ark., 2017; Xie ve ark., 2017; Abad ve ark., 2016; İnönü Köseoğlu ve ark., 2016; İntepe ve ark., 2016; Korucuoğlu Valandova, 2016; Seyfettin Çelik ve ark., 2016; Sezgin, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kronik hastalıklar "uzun süre devam eden ve yavaş ilerleyen hastalıklar" olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre çevresel ve yaşam tarzından kaynaklı, genetiksel ve bir enfeksiyon ajanı görülmeden oluşan hastalıklar olarak tanımlanır. Kronik hastalıklar, uzun süre tıbbi bakım ve tedavi isteyen, geri dönüşümsüz değişikliklere sebebiyet veren hastalıklardır. En sık kullanılan tanımı ise; bireyin yaşamının uzun bir süresinde var olan, normal fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşsüz ve ilerleyici olarak hasarlara neden olabilen ve tıbbi tedavi ve bakımın sürekliliğini gerekli kılan, bulaşıcı olmayan hastalıklardır (Akalın ve ark., 2012; Türkmen, 2012; Akdemir, 2011). Kronik

hastalıklar belirli yaş gruplarında özellikle yaşlılarda ve beraberinde ailelerinde yüksek morbidite, yüksek mortalite gibi nedenlerden dolayı küresel çapta büyük bir önem arz eder, hastaya ve hastanın ailesine ekonomik açıdan büyük bir yük oluşturma gücüne sahiptir (Haakenstad ve ark., 2022; Nugent, 2019). Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin hareket kabiliyetinin ve çalışma kapasitesinin azalmasına ve sosyal izolasyona yol açmakta; aile yaşam tarzlarını ve ilişkilerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Türkmen, 2012; Akdemir ve Akkuş, 2006).

Bireyin hayatında öznel tatmini ve mutluluğu olarak ifade edilen yaşam kalitesi (quality of life) kavramı, kişinin kendi ilgi alanları doğrultusunda durumunu, beklentilerini, standartlarını, hedeflerini ve deneyimlerini nasıl gördüğü olarak tanımlanmaktadır. Uyku, kişiyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkilemekte, yaşam kalitesi ve insan sağlığı açısından önemli bir rol oynamaktadır. Gündelik, temel ve yeri doldurulamaz bir hayat aktivitesidir. (Çoban ve ark., 2011). İnsanın temel ihtiyaçlarından biri olan uyku; İnsan yaşamında önemli bir fizyolojik ihtiyaç olmasına rağmen, refah ve yaşam kalitesini mühim derecede etkilemektedir (Akerstedt ve Wright, 2009). Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen OUAS, bireylerin kolayca sinirlenmesine, başkaları ile ilişkilerinde sıkıntılar yaşamasına, yol açmaktadır. OUAS hastalarının önemli bir kısmında sosyal uyum sorunları, aile sorunları, okul veya iş performanslarında düşüş yaşanmakta ve yaşam kaliteleri önemli ölçüde düşmektedir (Yılmaz, 2003).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen OUAS, kronik hastalıkların yükünü ve sağlık bakım maliyetlerini artırmakta, uyku bozukluklarına neden olmakta, kronik ve sistemik hastalıkların seyrini ve şiddetini etkilemekte, komorbiditeleri artırmaktadır (Appleton ve ark., 2018). OUAS'ta erkek cinsiyet, obezite, ileri yaş, sigara ve alkol tüketimi gibi değişkenlerin önemli rolü bulunmaktadır (Çelik, 2015; Arısoy ve ark., 2014; TTD, 2012; Öktem Ayık ve ark., 2011). Özellikle solunum yolu hastalıkları, kalp damar hastalıkları, diyabetes mellitus (DM), metabolik hastalıklar ve diğer sistemik hastalıklar OUAS görülme sıklığını artırabildiği gibi hastalıkların varlığı da OUAS'ın ilerlemesini etkileyebilmektedir (Appleton ve ark., 2018; Sharma ve ark., 2017; Sünnetçioğlu ve ark., 2014; Öktem Ayık ve ark., 2011). İngiltere'de yapılan bir çalışmada OUAS ile

obezite ve hipertansiyon (HT) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Ohayon ve ark., 1997). Özdemir ve arkadaşlarının (2005) 5846 kişiyle yaptığı çalışmada OUAS görülme sıklığı %6,4 olarak bulunmuştur. Ayrıca HT' si olan kişilerde uyku apnesi sorunlarının 9 kat, aşırı kilolu kişilerde ise 12 kat daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Özdemir ve ark., 2005). Fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok soruna neden olabilen OUAS, subjektif bir kavram olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve çeşitli hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Konuyla ilgili yapılan literatür taraması sonucunda, OUAS'lı hastalarda kronik hastalık sıklığı ile yaşam kalitesinin araştırıldığı çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada, bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran bireylerde, OUAS ile kronik hastalıklar görülme sıklığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYKU

2.1.1. Uykunun Tanımı

Uyku, temel insan gereksinimlerinin başında gelen ve canlıların dinlenmek ve yeniden enerji toplamak amacıyla günde belli bir süre boyunca devam ettirdiği doğal bir durumdur (Güneş, 2018; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Bilincin durduğu ve bedensel işlevlerin yavaşladığı uyku eylemi sayesinde, vücut ve zihnin dinlenmesi, fizyolojik işlevlerin düzenlenmesi, hafızanın güçlenmesi ve genel olarak sağlığın sürdürülmesi gibi süreçler desteklenir (Keskin ve Tamam, 2018; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Bu bağlamda uykunun beynin özel bir faaliyeti olduğu anlaşılmaktadır. Sirkadiyen bir süreç olduğu ifade edilen uyku, birbirini tetikleyen birçok biyolojik süreç tarafından desteklenir (Bilsel, 2023; Saygın ve Özgüner, 2020). İnsan yaşamında gerçekleşen diğer birçok eylem gibi uyku da insanın yaşamsal konforu için fiziksel, bilişsel ve sağlığı idame ettirme noktalarında hayati öneme sahiptir (Bilsel, 2023; Saygın ve Özgüner, 2020; Keskin ve Tamam, 2018)

2.1.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ile ilgili araştırmalar 20. yüzyılın başlarında yoğunlaşmaya başlamıştır. Geçmişten günümüze uyku araştırmaları için milat sayılabilecek en önemli çalışma ise 1929 yılında Alman nörolog Hans Berger tarafından gerçekleştirilen elektroensefalografi (EEG) uygulaması olarak ifade edilmektedir (Saygın, 2021; Kocaaslan ve ark., 2010). Berger çalışmasında ilk kez insan beynindeki elektriksel aktiviteyi kaydeden ve EEG olarak bilinen bu yöntemi geliştirmiştir. Bu çalışmanın beyin dalgalarının farklı durumlar ve uyku aşamaları gibi çeşitli koşullar altında nasıl değiştiğinin anlaşılmasına yardımcı olduğu rapor edilmektedir (Öniz ve İnanç, 2022).

Uyku fizyolojisi, uyku sürecinin ve uyku sırasında vücutta meydana gelen fizyolojik değişikliklerin incelendiği süreçleri değerlendirir. Uyku karmaşık bir süreçtir ve uyku sırasında vücutta birbiri ile ilintili fizyolojik etkiler meydana gelir. Uyku fizyolojisinin temel bileşenleri: uyku evreleri, beyin dalgaları, solunum ve kalp atışı, kas tonusu, vücut ısısı, hormon salgıları ve uyku döngüleri olarak sıralanabilir (Güneş, 2018; Gökçay ve Arda, 2012; Kocaaslan ve ark., 2010).

Uyku iki ana evreden oluşur. Bunlar, uyku sırasında rüya görülmediği ve gözlerin hızlıca hareket etmediği evre olan Non-Rapid Eye Movement (Non-REM - NREM) evresi ve gözlerin hızlı ve düzensiz bir şekilde hareket ettiği ve beyin aktivitesinin uyanıklık düzeyine benzeyebileceği evre olan Rapid Eye Movement (REM) evresidir (Patel ve ark., 2022). Uyku fizyolojisinde en önemli kısmını uyku evreleri oluşturur. Diğer bileşenler genellikle uyku evrelerinde oluşan farklılıklar ile ele alınmaktadır. Örneğin uyku sırasında beyindeki elektriksel aktivitenin ölçülmesi sonucunda Non-REM evrelerinde yavaşlamış beyin dalgaları gözlenirken, REM evresinde daha hızlı ve desenkronize dalgalar ortaya çıktığı görülmektedir (Güneş, 2018; Kocaaslan ve ark., 2010; Bora ve Bican, 2007). Aynı şey solunum ve kalp atışı için de geçerlidir. Uyku sırasında solunum hızı ve kalp atış hızı değişir. REM evresinde solunum hızının artış gösterebileceği ve kalp atışı düzensizliği görülebileceği ifade edilmektedir (Kabeloğlu ve Reyhani, 2021). Ayrıca bir diğer bileşen olan kas tonusu konusunda; REM evresinde kaslar genellikle felç durumundadır, vücudumuz hareket edemez. Non-REM evrelerinde ise bu tür bir duruma genellikle rastlanmaz (Güneş, 2018; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

2.1.3. Uyku Evreleri

Non-REM (NREM) Evresi

NREM uykusu kendi içinde farklı evrelere ayrılmış durumdadır. 3 evreden oluşan NREM uykusu toplam uykunun yaklaşık %75,0'ini oluşturur (Spielman ve ark., 2021).

NREM Uyku Evreleri

- **Uyanıklık:** Bu evre, uyanık olunduğu zaman dilimini ifade eder. Beyin aktivitesi uyanıklık halinde en yüksektir.
- **NREM Evresi 1*:*** Bu evre uykuya dalmaya başlandığı anı ifade eder. Kaslar gevşer, göz hareketleri yavaşlar ve alfa dalgaları yavaş yavaş yerini daha yavaş teta dalgalarına bırakır. Bu evre genellikle uykunun hafif bir uyku başlangıcıdır (Spielman ve ark., 2021).
- **NREM Evresi 2*:*** Bu evre ile birlikte uyku derinleşir. Hızlı göz hareketleri yoktur ve beyin dalgaları daha da yavaşlar. Uykuda geçirilen zamanın çoğunu bu evrede geçirildiği düşünülmektedir (Spielman ve ark., 2021).
- **NREM Evresi 3:** Bu evre, delta dalgalarının ağırlıkta olduğu derin uyku aşamasıdır. Vücut dinlenir, fiziksel iyileşme gerçekleşir ve büyüme hormonu salgılanır (Spielman ve ark., 2021).

REM Evresi

Toplam uyku miktarının %25,0'ine denk geldiği kabul edilen REM uykusu, rüya görmeyle ilişkilidir ve dinlendirici bir uyku aşaması olarak kabul edilmez (Kaya ve ark., 2023). REM uykusu, genellikle uykuya daldıktan 90 dakika sonra başlar ve REM döngülerinin her biri gece boyunca devam eder (Della Monica ve ark., 2018). İnsanlar özellikle sabah saatlerinde REM uykusunun bir bölümü sırasında kendiliğinden uyanma eğilimindedir. Beyin, REM uykusu boyunca oldukça aktiftir ve beyin metabolizmasını %20,0'ye kadar artırır (Peever ve Fuller, 2017).

2.1.4. Uyku Kalitesi

Uyku, insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için kaliteli bir uyku düzenine sahip olmak oldukça önemlidir. Uyku kalitesi, bireyin uyku deneyiminin tüm yönleriyle ilgili kişisel tatmini olarak tanımlanmaktadır (Fabbri ve ark., 2021; Şayık ve ark., 2021). Literatürde uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki olumlu ilişkiyi ve pozitif geri bildirimi ifade eden birçok çalışma yer almaktadır (Segon ve ark., 2022; Fabbri ve ark., 2021). Uyku, beynimiz ve vücudumuz üzerinde ciddi etkilere sahiptir (Can, 2019). Uyku sürecinde beyin faaliyetleri ve vücudumuzdaki belli başlı fizyolojik sistemler kendini yenilemekte

iken uykusuzluk halinde ise sözü edilen süreçler aksadığı için ciddi sıkıntılar baş göstermektedir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uyku yoksunluğu ya da başka bir deyişle uykusuzluk durumunda oluşan hastalıkların bazıları şeker hastalığı, obezite, kalp krizi, alzheimer, intihara varabilen asabiye problemler olarak ifade edilmektedir (Liew ve Aung, 2021).

Uyku kalitesi ve uyku miktarı doğrudan bir korelasyona sahip değildir. Yani insanlar uzun süre uyuyabilir ancak uykuları bozulabilir ve bu nedenle uzun süreli uyku, kaliteli uyku sayılmaz. Uyku kalitesi ve miktarı farklı ölçüler olsa da her ikisi de uyku hijyeninden etkilenir. Uyku kalitesinin birbiriyle ilişkili dört özelliği vardır. Bunlar: uyku verimliliği, uyku gecikmesi, uyku süresi ve uyku başlangıcından sonra uyanma olarak ifade edilmektedir (Liew ve Aung, 2021). Uyku kalitesinin değerlendirilmesinde değerlendirilen ilk unsur uyku miktarıdır. Uyku miktarı, bir insanın 24 saati kapsayan sürede genellikle gece boyunca kaç saat uyuduğunu ifade eden kavramdır ve Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) raporlarına göre bireylerin uyku ihtiyaçları Tablo 1' de özetlenmiştir (Ohayon ve ark., 2013).

Tablo 2.1. Bireylerin 24 saatlik süre için uyku ihtiyaçları

Birey Grubu	**Birey Yaş Aralığı**	**Önerilen Uyku Süresi**
Yenidoğan	0 - 3 Ay	14 - 17 Saat
Bebekler	4 - 12 Ay	12 - 16 Saat*
Yürümeye başlayan çocuklar	1 - 2 Yaş	11 - 14 Saat*
Okul Öncesi Çocuklar	3 - 5 Yaş	10 - 13 Saat*
Okul Çağı Çocukları	6 - 12 Yaş	09 - 12 Saat
Genç Bireyler	13 - 18 Yaş	08 - 10 Saat
Yetişkin Bireyler	18 - 64 Yaş	07 - 09 Saat**
Yaşlı Bireyler	65 Yaş Üstü	07 - 08 Saat**

*Gündüz uykuları da dahil edilmektedir.

**Gece saatlerini kapsayan toplam uyku süresi ifade edilmektedir.

2.1.5. Uyku Hijyeni

Uyku hijyeni, sağlıklı ve kaliteli bir gece uykusuna sahip olmak için gün içinde uygulanabilecek sağlık alışkanlıkları olarak tanımlanmaktadır (Güneş, 2018). Uyku hijyeni ile uyku kalitesi arasında net bir korelasyon olmamakla birlikte kişilerin uyumak için tercih ettiği odanın fiziki özellikleri, gün içindeki ve yatmadan önceki alışkanlıkları gibi değişkenler uyku hijyeni ve kalitelerini doğrudan etkilemektedir (Güneş, 2018; Odabaşıoğlu ve ark., 2017). Uyku hijyeninin uyku kalitesi üzerindeki etkinliği, kişilerin gerek günlük yaşamında gerekse iş yaşamındaki gereksinimlerini karşılamaları bakımından oldukça önem arz etmektedir. Yeterince iyi olmayan uyku hijyeni, bireylerin uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesiyle birlikte birçok hastalık ve huzursuzluk gibi istenmeyen durumların oluşmasına olanak tanımaktadır. Buna karşın iyi bir uyku hijyeni ile mükemmele yakın uyku kalitesi yakalanması muhtemeldir. İyi bir uyku hijyeni kişilerde ruh halinin iyileşmesine, konsantrasyonun artmasına ve hafızanın güçlenmesine, sağlıklı ve ideal kilonun korunmasına ve uyku bozukluğu hastalıklarına yakalanmamaya yardımcı olur (Güneş, 2018). Ayrıca iyi uyku hijyeni sayesinde ciddi sağlık sorunları (diyabet ve kalp hastalığı vb.) gelişme riski azalmaktadır. İyi uyku hijyeni sağlıklı yaşam ile doğrudan ilintili olduğu için birçok hastalığa yakalanma ya da hastalık sonrası prognoz süreçlerinde kişilerin daha dirençli olmalarına olanak tanımaktadır (Gümüştakım ve ark., 2020).

2.1.6. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında ilk sırayı uyku miktarı almaktadır. Ancak genel olarak uyku ve uyku kalitesini etkileyen diğer faktörler de söz konusudur (Güneş 2018; Aysan ve ark., 2014). Bunlar, uyku başlangıç gecikmesi, uyku sürekliliği, uyku verimliliği, uyku zamanlaması, uyku saatleri sırasında uyanma ve uyku memnuniyeti olarak ifade edilmektedir (Yıldırım ve ark., 2020; Regestein ve Monk, 1995).

- **Uyku Başlangıç Gecikmesi:** Uyku başlangıcı gecikmesi, uykuya ne kadar hızlı ve kolay dalabileceğimiz anlamına gelir. Çoğu insan yattıktan 20 dakika sonra uykuya dalabilir.

- **Uyku Sürekliliği:** Uyku sürekliliği, uykuya daldığınızda uykuda kalma yeteneğini ifade eder. Kaliteli uyku süreklidir. Geceleri bölünen uyku, genel olarak daha az canlandırıcı uykuyla ilişkilidir.
- **Uyku Verimliliği:** Uyku verimliliği, bir kişinin uyku halinde geçirdiği süre ile uykuya giriş dâhil olmak üzere uykuya ayrılan toplam süre arasındaki oran ile ifade edilmektedir. Bazı araştırmacılar toplam zamanınızın en az %85,0'ini yatakta uyumaya çalışarak geçirmeyi uyku kalitesi için minimum bir ölçüt olarak görmektedir. (Mazza ve ark., 2020).
- **Uyku Zamanlaması:** Zamanlama, belirli bir 24 saatlik süre içinde ne zaman uyuduğunuzu ifade eder. Kişilerin sirkadiyen ritmi, kendi iç saatini belirler ve bu ritim kişinin belirli zamanlarda (genellikle gündüz) uyanık, diğer zamanlarda (genellikle gece) uykulu hissetmesini sağlar. Yüksek kaliteli uyku vücudun sirkadiyen ritimleriyle uyumludur. Bu ifade her gün aynı saatlerde uyuyup uyanmak olarak ifade edilmektedir.
- **Uyanma Saatleri Sırasında Uyanıklık:** Kaliteli uykunun bir diğer göstergesi, vücudun gün boyunca uyanık kalma yeteneğidir; buna uyanık kalabilmenin yanı sıra bilişsel ve fiziksel kapasitenin tamamıyla çalışaması da dâhildir.
- **Uyku Memnuniyeti:** Memnuniyet hem uyanınca hem de gün boyunca ne kadar dinlenmiş hissedilmesiyle ölçülür.

2.1.7. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları genel olarak bireylerin gece saatlerinde alması gereken uykunun kalitesini, miktarını ve zamanlamasını etkileyen durumları ifade eder (Pavlova ve Latreille, 2019; Güneş, 2018; Roepke ve Ancoli-Israel, 2010). Uyku bozuklukları, vücudun ihtiyaç duyduğu dinlenmeyi sağlama ve uyanıklığı koruma yeteneğini doğrudan etkilemektedir. Her birey zaman zaman uyku problemi yaşayabilir ancak bazı durumlarda bu problemin kalıcı olduğu ve bir uyku bozukluğunun varlığını işaret ettiği ifade edilmektedir. Kişinin düzenli olarak haftada birkaç seferden fazla kez uyumakta zorluk çekmesi, gece uykusu için bildirilen en az süreyi uykuda tamamlamış olmasına rağmen gün içinde yorgunluk hissetmesi ve düzenli gündüz aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanması gibi durumlarda bir uyku bozukluğu yaşıyor olma ihtimali oldukça yüksektir (Pavlova ve Latreille, 2019).

Uyku bozukluklarının 80'den fazla türü olduğu ifade edilmekle birlikte en yaygın olan uyku bozukluğu grupları; insomniler, hipersomniler, parasomniler, uykuyla ilişkili solunum bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları ve uyku ile ilişkili hareket bozuklukları olarak sıralanabilir (Selvi ve Coşar, 2022; Foldvary-Schaefer, 2009).

- **İnsomniler:** İnsomni (insomnia), en sık görülen uyku bozukluğudur ve uykuya dalma (erken insomni), uykuyu devam ettirme (orta insomni) ve istenilen saatten önce uyanma (geç insomni) anlarındaki zorluklar şeklinde kendini gösterebilir (Selvi ve Coşar, 2022; Ree ve Harvey, 2004).
- **Hipersomniler:** Bazı türleri narkolepsi Tip 1, narkolepsi Tip 2, idiyopatik hipersomni, yetersiz uyku sendromu ve ilaç ya da madde kullanımının neden olduğu hipersomni şeklinde ifade edilebilir (Selvi ve Coşar, 2022).
- **Parasomniler:** Uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan "istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler" olarak tanımlanan parasomniler, NREM ilişkili parasomniler, REM ilişkili parasomniler ve diğer parasomniler şeklinde alt sınıflara ayrılmaktadır (Selvi ve Coşar, 2022).
- **Uykuyla ilişkili solunum bozuklukları:** Uykuyla ilişkili solunum bozukları patofizyolojik mekanizmalarına göre iki kısma ayrılır. Bunlardan ilki pediatrik ve erişkin olmak üzere obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ve diğeri merkezi (santral) uyku apne sendromu (MUAS) türleridir.
- **Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları:** Çevresel ve sosyal koşullara uygun uyku ritminin bozulduğu durumları içeren sirkadiyen ritim bozuklukları, gecikmiş ve erken uyku-uyanıklık faz bozukluğu, vardiyalı çalışma bozukluğu ve jet lag bozukluğu gibi alt türlere sahiptir (Selvi ve Coşar, 2022; Erdinç ve ark., 2014).
- **Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları:** Bu tür uyku bozukluklarının en yaygın görülen türü huzursuz bacak sendromudur. Diğer türlerin bazıları ise uyku ilişkili bacak krampları, uyku ilişkili ritmik hareket bozukluğu, uyku başlangıcında propriospinal miyoklonus ve infantın benign uyku miyoklonusu olarak ifade edilmektedir (Selvi ve Coşar, 2022).

2.2. OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU (OUAS)

2.2.1. OUAS Tanımı

OUAS horlama, tekrarlayan apneler, sık uyanma nedeniyle uykunun bozulması ve bazılarında gündüz uykululuğuyla karakterize, son derece yaygın bir uyku bozukluğudur (Franklin ve Lindberg, 2015). OUAS, üst solunum yollarında tam tıkanma ya da kısmi tıkanma nedeniyle uyku esnasında kandaki oksijen seviyesinin düşmesidir (Ursavaş, 2014). OUAS, çeşitli klinik etkilerle birlikte önemli fizyolojik rahatsızlıklara neden olabilen tam veya kısmi hava yolu tıkanıklığıdır. Tedavi edilmeyen OUAS, yaşam kalitesinin azalması, psikolojik semptomlar, insülin direnci ve artan kardiyovasküler hastalık ve ölüm riski dâhil olmak üzere olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.

2.2.2. OUAS İçin Tanımlamalar

OUAS ile ilişkili bazı tanımlar şu şekilde özetlenebilir;

Apne: Bir kişinin nefes almasını sağlayan hava akışının uyku sırasında en az 10 saniye boyunca %90,0'ın üzerinde azalması ya da tamamen kesilmesini ifade eder.

Obstrüktif Apne: Kişinin solunum çabası sürmesine rağmen hava akımının olmaması durumudur.

Santral Apne: Kişinin uyku sırasında hem solunum çabasının hem de hava akımının olmaması durumudur.

Miks (Karışık) Apne: Başlangıçta santral tipte olan apne ile birlikte olmayan solunum çabasının daha sonra başlamasına karşın apnenin devam etmesi durumudur.

Hipopne: Nazal kanülün başlangıç değerine oranla en az 10 saniye boyunca minimum %30,0 azalması ve aynı zamanda satürasyon değerinin en az %3,0 oranında azalması durumunu ifade eder.

Apne Hipopne İndeksi (AHİ): Hastanın uyku sırasında saptanan apne ve hipopne sayısını belirtmek için kullanılan terimdir (Gleeson ve ark., 1990). Apne ve hipopnelerin toplamı bir saate bölünerek apne-hipopne indexi (AHİ) değeri bulunur. AHİ değeri 5 - 15 arasında ise hafif OUAS, 15 - 30 arasındaki değerlerde orta OUAS

ve 30 değerinin üzerinde ise ağır OUAS olarak değerlendirilir (Sarıman ve ark., 2009).

Desatürasyon İndeksi (Dİ): Kişinin uykuda birim saatteki desatürasyon sayısıdır (Türkan, 2021).

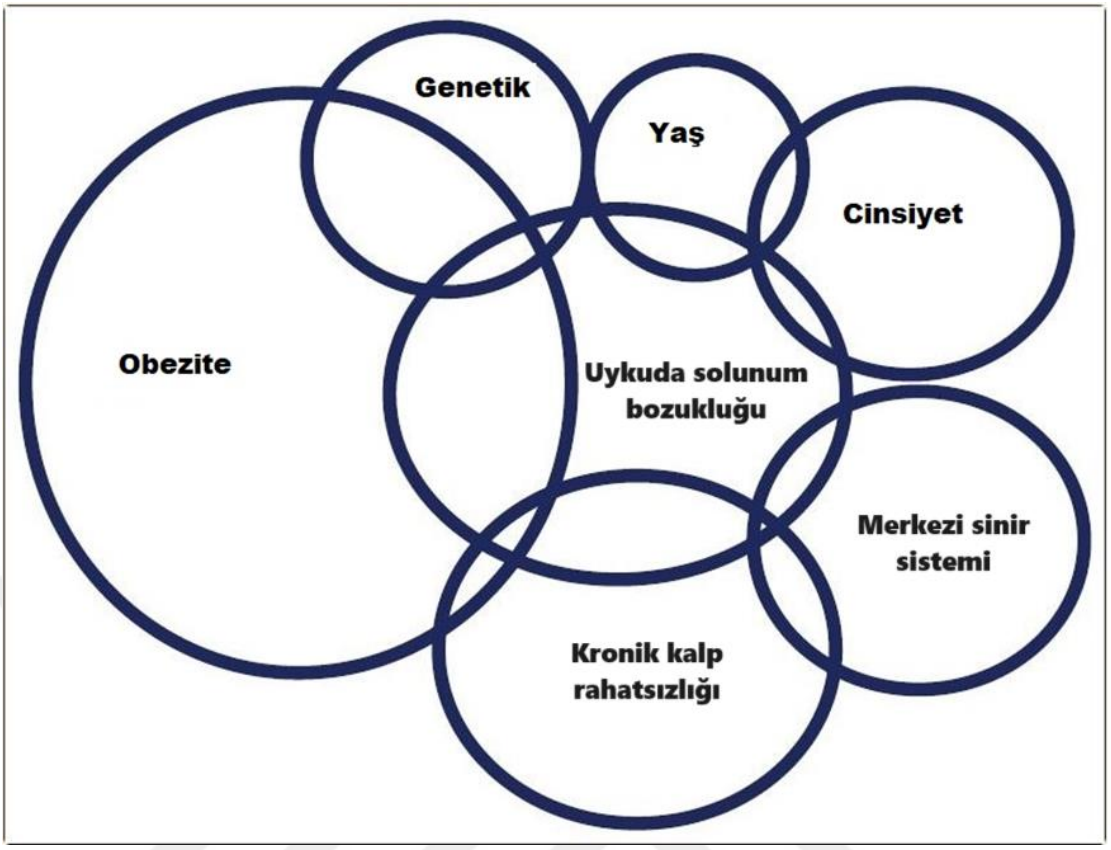
Arousal (Beyin Uyanıklığı): Kişilerin uykudayken aniden uyanması ya da yüzeysel uyku fazına aniden geçişi ifade eder.

2.2.3. OUAS Tarihçesi

OUAS'ın adlandırılması ilk olarak 1956 yılında Bickelmann ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışma ile gerçekleşmiştir. Bickelmann ve arkadaşları çalışmalarında, 1836 yılında Charles Dickens tarafından yazılan romanda yer alan Joe karakterine ithafen, Pickwick Sendromu'nu tanımlanmıştır. 1956 yılında gerçekleştirilen çalışmada araştırmacılar Pickwick Sendromu kavramı altında aşırı uykululuk, obezite ve solunum problemleri arasında bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir (Bickelmann ve ark., 1956). OUAS terimi ise Guilleminault ve ark. tarafından 1973 yılında gerçekleştirilen bir çalışma ile kullanılmaya başlanmıştır (Fairbanks ve Fujita, 1994; Guilleminault ve ark., 1973).

2.2.4. OUAS Risk Faktörleri

OUAS için bildirilen risk faktörlerinin en başında obezite gelmekle beraber cinsiyet, yaş, genetik faktörler, sigara ve/veya alkol kullanımı ve son olarak sedatif ya da uyuşturucu etki sağlayan ilaçların kullanımı da ilgili risk faktörleri olarak rapor edilmektedir (Cistulli ve Sutherland, 2019). OUAS risk faktörlerini ve birbirleriyle ilişkilerini özetleyen bir diyagram Şekil 1'de gösterilmiştir (Kumar, 2019).



Şekil 2.1. OUAS risk faktörlerini gösteren bir diyagram. (Kumar, 2019)

Obezite: Obezite, vücutta sağlığı olumsuz yönde etkileyecek kadar fazla yağ birikmesi olarak tanımlanan ve farengeal duvarlarda yağ birikiminin artması sonucu üst solunum yollarının daralmasına yol açan bir hastalıktır (Tishler ve ark., 2003). Obez kişilerde azalmış olan akciğer kapasiteleri, vücut kitle indeksi (VKİ) ve boyun çevresi ölçümlerindeki artış gibi istenmeyen durumlar OUAS prevalansında artış görülmesine sebep olmaktadır. Literatürde bildirilenlere göre obez olan hastaların tamamı OUAS'lı olmayabilir ancak OUAS'lı bireylerin neredeyse hepsi obezdir (Tishler ve ark., 2003). OUAS riskinin obezite ile arttığı bilinmekte olup VKİ değeri 40'dan büyük olan morbid obezlerde OUAS riski oldukça yüksektir (Başoğlu ve ark., 2011).

Cinsiyet: OUAS için cinsiyet faktöründe en riskli grubu erkek bireyler oluşturur (Kappert ve ark., 2012). Tüm yaş aralıklarında, erkek bireylerin OUAS riski

kadınlara göre oldukça yüksek olup OUAS görülme sıklığı genel olarak erkeklerde premenapozal kadınlara göre 2-3 kat daha fazladır (Sünnetçioğlu ve ark., 2014).

Yaş: OUAS risk faktörlerinden bir diğeri de yaş parametresi olup, yaştaki artış ile birlikte üst solunum yollarındaki kas tonusu azalırken farengeal direnç ve horlamada artış görülür. Bu sebeplerden kaynaklı olarak orta yaş ve üzeri bireylerde OUAS prelavansı gençlere göre 2 - 3 kat daha fazladır. Tüm bu durumların aksine 65 yaş civarında sakin seyreden prevalans değeri 65 yaş üzerinde azalma eğilimindedir. Bu durum yaş alma ile birlikte vücut yağ dağılımı, solunum kontrolü, kardiyovasküler fonksiyonlardaki değişim gibi sebeplere dayandırılmaktadır (Dülek ve ark., 2018).

Genetik Faktörler: Genetik faktörlerin OUAS üzerinde gözle görülür bir etkisi olduğu bilinmektedir (Patel ve ark., 2018; Benjamin ve ark., 2017; Bachmann ve ark., 2012). Bu konuda yapılan araştırmalarda retrognatizm ve hyoid kemiğin geriye yerleşik olmasına da neden olan Fragil x, Prader Willi Sendromu gibi çok sayıda genetik hastalığın OUAS oluşumunda etkin olduğu rapor edilmektedir (Benjamin ve ark., 2017; Heussler ve ark., 2008; Sesso ve ark., 2001).

Sigara, Alkol ve Sedatif Kullanımı: OUAS için risk faktörü olan bir başka değişken de kişilerin alkol, sigara ve sedatif kullanımıdır. Sigara kullanımının üst solunum yolu ve hava yolu inflamasyonunu arttırıcı etkisi vardır. Ayrıca alkol ve sedatif kullanımı üst solunum yollarında nöromüsküler aktiveyi azaltır. Her iki durumun da kişilerde OUAS görülmeyi kolaylaştıracağı rapor edilmektedir (Arısoy ve ark., 2014).

2.2.5. OUAS Epidemiyolojisi

OUAS, zorlu solunum, kandaki oksijen seviyesindeki düşüş ve normal uykunun içerisinde uyanma şeklinde karakterize edilmektedir ve solunum yolu hastalıkları grubunda astımdan sonra ikinci en sık görülen hastalıktır (Mone ve ark., 2022; Salman ve ark., 2020; Lindberg, 2010; Köktürk, 2008). Bazı vakalarda sağlık açısından yüksek risk göstermekte ve hastalar gün içerisinde aşırı uykululuk, sabah erken saatlerde baş ağrısı, dikkat dağınıklığı, sosyal problemler ve sistemik düzensizlikler yaşayabilmektedirler. Bu hastalığın yaygınlığı yetişkin nüfusta % 2,0 - %4,0 civarındadır. En yaygın hasta grubunun orta yaşlı erkek bireyler olduğu ifade

edilmektedir. Yetişkinlerin yaklaşık %72,0' sinde başka bir deyişle her 7 bireyin 5'inde orta düzey, 15 kişiden 1'inde ise ağır OUAS varlığı rapor edilmektedir (Mone ve ark., 2022).

2.2.6. OUAS Prevalansı

OUAS prevalansı ile ilgili ilk büyük çalışma nüfus sağlığı bilimleri profesörü olan Paul Peppard tarafından 1989 ile 1993 yılları arasında yönetilen "The Wisconsin Sleep Cohort (WSC)" çalışmasıdır (Güven ve ark., 2013). WSC, dört yıllık süreçte aralıklarla 1500 Wisconsin eyalet çalışanınım gece boyunca laboratuvar içi uyku çalışmalarını değerlendiren ve başta uyku apnesi olmak üzere uyku bozukluklarının nedenleri, doğal seyri üzerine devam eden çalışmaların temelini oluşturur. Bu çalışmada OUAS prevalansı erkek bireylerde %4,0, kadınlarda ise %2,0 olarak bildirilmiştir. Araştırmacılar çalışmalarında orta-ağır OUAS prevalansının 30 - 49 yaş aralığındaki erkeklerde %10,0, 50 - 70 yaş aralığındaki erkeklerde ise %17,0 olduğunu, aynı yaş aralıklarındaki kadınlarda ise sırasıyla % 3,0 ve % 9,0 olduğunu rapor etmektedir (Kantekin, 2018).

OUAS, genel olarak toplum içinde tüm yaş grupları için %2,0 - %4,0 oranında olduğu tahmin edilen yaygın bir kronik hastalık olup, prevalans bildirimleri toplum içerisinde yapılan lokal çalışmalar ile sınırlıdır. Prevalans oranlarının hesaplanmasında OUAS tanısı için ele alınan kıstasın seçildiği referans değer oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar incelendiğince AHİ değerindeki değişim, değerlendirmeye tabi tutulan hastanın yaş ve cinsiyeti gibi değişkenlerin prevalansı doğrudan değiştirdiği görülmektedir. Literatüre kaydedilen çalışmaların çoğunda ileri yaş ile bireylerde OUAS prevalansının arttığı ifade edilmektedir (Salman ve ark., 2020; Kantekin, 2018; Güven ve ark., 2013). 65 yaş üzeri bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, OUAS prevalansının yaklaşık olarak %62,0 olduğu bildirilmektedir. Bu veri her ne kadar literatürdeki sonuçlar ile benzerlik gösterse de yaş kriterinin tek başına ele alındığında OUAS riskini artırıp artırmadığı tam olarak açıklanamamıştır (Mone ve ark., 2022; Salman ve ark., 2020; Güven ve ark., 2013; Ancoli-Israel ve ark., 1991). OUAS'ın ölüme sebep olduğu ve yaşla birlikte gerilediği konusunda yeterince kanıt bulunmamaktadır.

2.2.7. OUAS Etiyolojik Faktörler ve Patogenez

OUAS ve birçok solunum kaynaklı uyku bozukluğunda görülen faringeal daralma ve kapanma oldukça karmaşık bir olgu olup OUAS patogenezinde de aktif olarak rol alması muhtemeldir (Kantekin, 2018; Yıldırım ve ark., 2018; Schwab ve ark., 1998). Uyku sırasında azalan solunum dürtüsü ve nöromüsküler anatomik risk faktörleriyle sinerjistik olarak uyku sırasında üst hava yolu tıkanıklığında etkin bir durumdadır (Schwab ve ark., 1998). Faringeal daralmayı teşvik eden anatomik faktörler arasında geniş boyun çevresi, yumuşak doku, kemik veya damarlar bulunur (Salık Şengül, 2008). Bu yapıların çoğu, üst hava yolunu çevreleyen basıncın artmasına yol açarak faringeal kollapsa ya da uyku sırasında üst hava yolunun bir kısmında hava akışını sağlamak için yetersiz alana neden olabilir. Ayrıca üst solunum yolu kas tonusu azaldığında, tekrarlayan total veya kısmi hava yolu kollapsı ortaya çıkmasında rol oynar (Eckert ve Malhotra, 2008).

2.2.8. OUAS Klinik Bulgular

Horlama ve gündüz uykululuk OUAS ‘ın en sık bulgularıdır. Semptomların sensitivitesi %80,0-%90,0 olmakla birlikte spesifitesi %50,0 gibi düşüktür. OUAS tanısının konulmasında en yararlı semptomun noktürnal boğulma veya nefes darlığı olduğu düşünülmekle birlikte sensitivitesi %52,0, spesifitesi %84,0‘tür (İnönü Köseoğlu ve ark., 2015; Malow, 2005). Uyku kalitesinin düşük olması, gürültülü horlama ile sonlanan sessiz uyku periyodları, halsizlik, azalmış konsantrasyon, noktürnal anjina, noktüri ve sabah baş ağrıları diğer semptomlardır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2.‘ye ek olarak hikâye, anamnez ve bulgular arasında hafıza bozukluğu, noktüri, depresyon, fibromyalji semptomları, gastro özefageal reflü hastalığı, polikistik over sendromu öyküsü sayılabilir (Çakmak ve ark., 2010; Çetin ve ark., 2009; Fidan ve ark., 2006).

Tablo 2.2. OUAS Klinik Bulguları (İnönü Köseoğlu ve ark., 2015; Malow, 2005).

Semptomlar	**Muayene Bulguları**
• Gün içi uykululuk hali • Dinlendirmeyen uyku • Gürültülü horlama • Yatak partneri tarafından şahit olunan apneler • Boğulma hissi ile uyanma • Gece huzursuzluğu • Sık uyanmaların eşlik ettiği insomnia • Konsantrasyon eksikliği • Kognitif defisitler • Ruh hali değişiklikleri • Sabah baş ağrıları • Canlı, garip veya tehdit edici rüyalar • Gastroözofageal reflü • Nokturi	• Dar veya dolgun havayolu • Obezite • Geniş boyun çevresi • Sistemik hipertansiyon • Hiperkapni • Kardiyovasküler hastalık • Serebrovasküler hastalık • Kardiyak disaritmi • Pulmoner hipertansiyon • Kor pulmonale • Polistemi • Sarkık gözkapağı sendromu

2.2.9. OUAS Fizik Muayene Bulguları

OUAS'ın hastaya ve hastalığa özgü tanı koydurucu bir fiziki muayene bulgusu bulunmamakla birlikte özellikle VKİ değeri 30 kg/m^2 değerinden yüksek olan obezler ve tıkalı orofaringeal havayolu dışında fizik muayene çoğunlukla normaldir (Yosunkaya ve Öztürk, 2012; Köktürk, 2008). Fizik muayene, özellikle OUAS' a yol açan herhangi bir fonksiyonel ya da anatomik patoloji olup olmadığını incelemek ve erkenden müdahale etmek açısından oldukça önemlidir. Fiziksel muayene için hastanın boy, kilo, boyun bölgesi ölçümü gibi OUAS risk faktörlerini içeren tam bir vital bulgu serisi ele alınmalıdır. OUAS için gerçekleştirilen fiziki muayeneler

sonucu obez, kalın ve kısa boyunlu vücut yapısına sahip bireylerin OUAS hastası olduğu rapor edilmektedir (Yüksel, 2014). Ayrıca bu muayenede, septal deviasyon, tonsiller hipertrofi ve retrognati gibi anatomik bozuklukların sebep olduğu üst solunum yolu ve nazal pasajın açıklığı araştırılmalıdır (Dikmenoğlu, 2015).

OUAS için fizik muayene ile elde edilen bulgular aşağıdaki gibi özetlenebilir (Dikmenoğlu, 2015);

- Özellikle sabah saatlerinde hipertansiyon oldukça önemlidir (hastaların yarısına yakını hipertansiyon hastasıdır)
- Periferal ödem, kor pulmonale bulguları ile elde edilen patolojiler kontrol edilmelidir
- OUAS'lı hastalarda görülmesi yüksek bir ihtimal içeren kronik akciğer hastalıkları gibi gün içi hipokseminin eşlik ettiği patolojiler de değerlendirilmelidir.

2.2.10. OUAS Türleri

Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu (OUAS): Uyku apnesi hastalıklarının en yaygın türüdür ve uyku apnesi tanılarının yaklaşık %84,0'ünü oluşturur (Salman ve ark., 2020). Obstrüktif uyku apnesi vakalarının çoğunda, üst solunum yolundaki, yani burun veya boğazdaki bir tıkanıklık nedeniyle akciğerlere hava akışı durur. Üst solunum yolundaki hava akışının durmasının bilinen en yaygın sebepleri: uyku sırasında kasların çok fazla gevşemesi, boynun ağırlığı ile hava yolunu daraltması, bademcik iltihabı veya diğer geçici nedenler ve burun, boyun veya çene şekli gibi yapısal nedenler şeklinde sıralanabilir (İnönü Köseoğlu ve ark., 2015).

Merkezi (Santral) Uyku Apne Sendromu (MUAS): OUAS' a göre nadir görülür ve opioidler gibi ağrı tedavisinde kullanılan bazı ilaç tedavilerine ek olarak kalp yetmezliği, beyni ilgilendiren felç, beyin tümörü ya da viral beyin enfeksiyonu gibi bir hastalıktan da kaynaklanabilir (Salman ve ark., 2020). MUAS vakalarında esasen hava yolu açıktır ancak hasta tarafından nefes almak için hiçbir çaba gösterilmediğinden havanın akciğerlere akışı durur. Bunun temel nedeni beyin ile vücut arasındaki iletişimin kaybolması ve dolayısıyla nefes alma otomatik

hareketinin durmasıdır. MUAS'lı kişiler sıklıkla horlamazlar, bu nedenle bu durum çoğunlukla fark edilmez ya da geç fark edilir (Kasai, 2012).

2.2.11. OUAS Tanı ve Polisomnografi

OUAS tanısında en doğru sonuca ulaşmak için temel gereklilikler; doğru anamnez ve aile hikâyesinin eksiksiz şekilde kaydedilmesidir (Sarı ve ark., 2011). OUAS teşhisinde sıkça kullanılan teknik; uyku durumu, bacak hareketleri, oksimetri, horlama ve elektrokardiyogramların değerlendirildiği PSG olarak ifade edilmektedir (Arısoy ve ark., 2014). Polisomnografi (PSG) genellikle hastanın ağız ve burnundan hava akışının izlenmesi, kan basıncı, EKG aktivitesi, kan oksijen seviyesi, beyin dalga hareketleri, göz hareketleri, solunum, kas ve bacaklarda hareket değişikliklerinin kaydını içerir. PSG bunlara ek olarak uykunun aşamalarının dağılımını, uyanma sayısını, apne ve hipopne sayılarını, uykunun başlangıç zamanı, etkin uyku süresini ve son olarak AHİ değerini kaydetmektedir. Bunların içinde AHİ oldukça önemlidir. AHİ değeri 30'u aşmış ise apne çok fazladır, 15 - 30 arasındaki AHİ orta düzeydeki apneyi işaret ederken 5 - 15 arasındaki AHİ değeri ise hafif apneyi ifade etmektedir (Selçuk ve ark., 2011).

2.2.12. OUAS Tedavisi

OUAS tedavisinde son yıllarda mekanik olarak üst havayollarının genişletilmesi işlemi tercih edilmektedir (Kara, 2011). Hastalara kilo verme, sigara bırakma ve alkol bırakma, sedatif ilaçlardan kaçınma gibi yaşam tarzı değişikliği ile önlemler aldırılması önerilmektedir (Köktürk, 2008). Bunların dışında en çok kabul gören tedavi ise pozitif havayolu basıncı (PAP) uygulamasıdır. Bu tedaviyle sürekli pozitif hava yolu basıncı sağlayan cihazlar kullanılarak üst havayollarındaki kollaps kolayca eradike edilmektedir (Türkan, 2021). Bunların dışında daha az tercih edilen ve ağır OUAS olgularında etkinliği yetersiz bulunan bir diğer tedavi ise ağıziçi araç uygulamalarıdır (Lakadamyalı, 2020).

OUAS için cerrahi tedavi de mümkündür ancak yüksek komplikasyon ihtimali, başarı oranının düşüklüğü ve yetersiz uzun dönem etkinliği nedeniyle sıkça tercih edilmez (Türkan, 2021). OUAS'ın cerrahi tedavisi hastaya ve yaşadığı semptomlara göre değişiklik gösterebilir. Cerrahi müdahale ile OUAS tedavisinde genellikle burun

eğriliği, bademcikler, dil kökü ya da yumuşak damağı kapsayan müdahaleler söz konusudur (Lakadamyalı, 2020). OUAS tedavisinde her kadar solunum bozukluğunun tedavisine odaklanılsa da OUAS ile birlikte mevcut olan bir ya da birden fazla hastalık olması ihtimaline karşı doğru ve etkin bir tedavi usulü tercih edilmelidir. Birçok hastada OUAS olgusuna eşlik eden obezite, metabolik bozukluk ya da insülin direnci (İR) gibi hastalıklar bulunmaktadır. Bu şekilde olan hastalara yönelik tedavilerde tercih edilecek stratejiler kardiyovasküler komplikasyonların riskini azaltmada önemlidir (Köktürk ve Kanbay, 2013).

2.3. KRONİK HASTALIKLAR

2.3.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalık, bir kişide yerleştikten sonra günümüz tıbbi olanaklarıyla kesin iyileştirilmesi mümkün olmayan ya da sınırlı olan hastalıklar olarak ifade edilmektedir (Akpınar ve Ceran, 2019). Kronik hastalığa sahip bireylere uygulanacak doğru tanı, tedavi ve sürekli izlemler sayesinde yaşam süreleri belirli miktarlarda uzatılabilir (Selçuk ve Avcı, 2016).

2.3.2. Terminoloji

Kronik hastalıklar çoğunlukla non-enfeksiyöz sebepleri olan ve özellikleri bakımından yavaş seyreden hastalıklardır. Sürerli bir periyoda sahip olan kronik hastalıklar, kalp hastalığı, KOAH, DM, kanser ve depresyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıkları olmak üzere birden fazla tür hastalığı içinde barındırır (Candan, 2021). Kronik hastalık kavramı, farklı disiplinlerde farklı karşılıklara sahip olduğu için terminolojisi zor yapılabilen bir kavramdır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Örneğin CDC, kalp hastalığı, kanser, obezite, tip 2 diyabet ve artrit gibi hastalıkları kronik hastalıklar olarak sınıflandırırken Amerikan sağlık sigorta hizmetleri kuruluşlarından biri olan The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) HIV, alzheimer hastalığı, depresyon ve buna benzer 19 kronik hastalığı daha içeren geniş bir kronik hastalık listesi yayımlamıştır (Şengül, 2022; Ceyhan ve Ünsal, 2018). DSÖ ise dört grupta topladığı kronik hastalıkları kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olarak sınıflandırmıştır (Kandemirer, 2018).

2.3.3. Kronik Hastalıkların Türkiye ve Dünya'daki Durumu

Kronik hastalıklar, uzun ve yavaş seyirli, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümcül seyredilebilen veya sakatlığa yol açabilen, izleme ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklardır. Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) genellikle genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin birleşiminin sonucu oluşur (Değer, 2023). Küresel olarak, yetişkinlerin yaklaşık üçte biri, birden fazla kronik rahatsızlıktan muzdariptir. Kronik hastalıkların yaygınlığı dünya genelinde giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların mortalitesine bakıldığında tüm dünyadaki ölümlerin en başta gelen nedenleri arasında olduğu görülmektedir (Aydemir ve Çetin, 2019). Araştırmacılar, kronik hastalıkların tüm dünyada yılda yaklaşık 41 milyon ölüme neden olduğunu, bunun da dünya çapındaki tüm ölümlerin %71,0'ine eşdeğer olduğunu ileri sürmektedir (Değer, 2023; Aydemir ve Çetin, 2019). Her yıl 30 ila 69 yaşları arasındaki 15 milyondan fazla kişinin kronik hastalıkları sebebiyle hayatını kaybettiği iddia edilmektedir. Kronik hastalıklardan ölümlerin yaklaşık %80,0'i (29 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmüştür (Aydemir ve Çetin, 2019).

DSÖ yayınladığı raporda, Türkiye'deki tüm ölümlerin büyük bir kısmının kronik hastalık kaynaklı olduğunu ifade etmektedir. Rapora göre, 2012 yılında tüm ölümlerin %86,0'sı kronik hastalık kaynaklıdır. 2012 yılında gerçekleşen kronik hastalık kaynaklı ölümlerin %47,0'si kardiyovasküler hastalıklar, %22,0'si kanserler, %8,0'i kronik solunum yolu hastalıkları, %2,0'si diyabet ve %7,0'si diğer hastalıklar olarak ifade edilmektedir (Aşkar, 2017). 2016 yılında kronik hastalık kaynaklı ölümlerin oranı %3,0'lük artış ile toplam ölümlerin %89,0'u olarak gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %34,0'ü kardiyovasküler hastalıklar, %23,0'ü kanserler, %7,0'si kronik solunum yolu hastalıkları, %5,0'i diyabet ve %21,0'i diğer kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Aşkar, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan rapora göre ise 2019 yılında kronik hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümler arasında en yüksek oran %36,8 ile kardiyovasküler hastalıklara aittir. Aynı yıl için en yüksek ölümle sonuçlanan diğer kronik hastalık vakaları %18,0 ile kanserler ve yaklaşık %13,0 ile solunum sistemi hastalıkları olarak rapor edilmiştir (Aydemir ve Çetin, 2019).

2.3.4. Risk Faktörleri ve Etiyolojisi

Risk faktörü, bireyin bir hastalık veya yaralanmaya maruz kalma olasılığını artıran herhangi bir özelliği, ya da özelliğe maruziyetidir (Kılıç, 2011). Kronik hastalıkların sahip olduğu risk faktörleri ve etiyolojisi için gerçekleştirilen çalışmalar birçok risk faktörleri ile ilintili olduğu ortaya koymaktadır (Akpınar ve Ceran, 2019; Aydemir ve Çetin, 2019). Kronik hastalıklar, genel olarak değiştirilebilir dört risk faktörüne sahiptir. Bunlar; sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, aşırı alkol kullanımı ve fiziksel hareketsizlik olarak ifade edilebilir (Aydemir ve Çetin, 2019). Bu risk faktörleri çoğu zaman aşırı kilo ve obezite, yüksek kan basıncı ve kan şekeri, yüksek kolesterol seviyeleri gibi diğer önemli metabolik ve fizyolojik problemlere predispozanlık etkisi oluşturabilir (Kılıç, 2011).

Kronik hastalıklara neden olan risk faktörleri çevresel, davranışsal ve metabolik risk faktörleri olarak üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır (Sağlam Pınar, 2021; Aydemir ve Çetin, 2019).

2.3.5. Çevresel Risk Faktörleri

Kronik hastalıklara neden olan çevresel risk faktörlerinin en başında çevresel hava kirliliği gelmektedir. Hava kirliliği birçok hastalığa yakalanmayı kolaylaştıran ve hastalığın progranozu noktasında olumsuz etkiler oluşturan bir çevresel risk etmenidir (Beyer ve Namin, 2023). Ev içi hava kirliliği ve mesleki kanserojen madde maruziyeti de bilinen diğer çevresel risk etmenlerinden bazılarıdır. Hava kirliliği indikatörleri olan partikül maddelerin çoğu nazofarenksi geçemeyecek kadar büyüktürler. Ancak PM 2,5 adı verilen 2,5 mikrometre ve altındaki partiküller akciğer dokusuna kadar ilerleyebilmektedir. Bu partikül maddeler tanecik özellikleri gereği, solunum yolu hastalıklarına ve kanserlere zemin hazırlamaktadır (Kardeşoğlu ve ark., 2011).

2.3.6. Davranışsal Risk Faktörleri

Kronik hastalıkların davranışsal risk faktörlerinin bazıları sigara ya da tütün kullanımı, aşırı alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilir riskler olarak ifade edilebilir (Kılıç, 2011). Sağlıklı yaşam için DSÖ'nün önerdiği fiziksel aktivite; haftada 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel

aktivite ya da haftada 75 dakika şiddetli fiziksel aktivite olarak bildirilmektedir (Lane-Cordova ve ark., 2022). Ayrıca bunlara eşdeğer orta ve şiddetli fiziksel aktivite kombinasyonları da kabul görmektedir. DSÖ, kan basıncı regülasyonu için ve ayrıca koroner kalp hastalığı ve felç riskini azaltmak için tuz alımını günde 5 g'ın altına (2 g/gün sodyuma eşdeğer) düşürmeyi önermektedir (Yavuz, 2017).

Sigara kullanımı ve sigara dumanının pasif etkilediği durumlardan kaynaklı olarak her yıl gerçekleşen ölüm sayısı 7,2 milyondan daha fazla olmaktadır (Tuncer ve ark., 2022). Alkol kullanımına atfedilebilen dünya çapında yıllık 3,3 milyon ölümün yarısından fazlası kanser dahil kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Memiş, 2020). Yıllık 4,1 milyon ölüm, aşırı tuz-sodyum alımına bağlı olmaktadır. Yılda 1,6 milyon ölüm, yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle gerçekleşmektedir. Alkol tüketimi, birçok kronik hastalık açısından önemlidir. Ayrıca, travma, morbidite ve mortalite üzerinde de nedensel bir etkisi vardır. Bununla birlikte obezite, diyabet, kanser, inme ve iskemik kalp hastalığı gibi birçok sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Taşçı, 2011).

2.3.7. Metabolik Risk Faktörleri

Kronik hastalıkların metabolik risk faktörlerinin en başında hipertansiyon, aşırı kilo/obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi gibi durumlar gelmektedir (Kalan ve Yeşil, 2010). Hipertansiyonun değerlendirmesi ve yönetimi, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için kritik öneme sahiptir (Arıcı ve ark., 2015). Küresel olarak önde gelen metabolik risk faktörü küresel ölümlerin yaklaşık %19,0'una tekabül eden hipertansiyondur. Bu hastalığı daha düşük oranlarda ölüme sebebiyet veren aşırı kilo/obezite ve hiperglisemi izlemektedir (Kalan ve Yeşil, 2010).

2.3.1. OUAS ve Kronik Hastalıklar İlişkisi

Kronik hastalıkların erken ölüm ve hastalıkta giderek daha yaygın bir rol üstlenmesi nedeniyle, uyku sağlığının kronik hastalıkların gelişimi ve tedavisindeki rolüne olan ilgi her geçen gün artmaktadır. OUAS gibi yetersiz ve kalitesiz uyku sebebiyle bir dizi kronik rahatsızlığa yakalanma riskinde artış olacağı öngörülmektedir. Bu hastalıkların bazıları tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, depresyon ve

son olarak hipertansiyon şeklinde ifade edilmektedir (Karakoç ve ark., 2008). Yapılan araştırmalarda OUAS sözü edilen bu hastalıkların gelişimi ve tedavisi üzerinde etkinliği tespit edilmiştir.

- **Diyabet**

Uyku kalitesi ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi değerlendirilen birçok çalışmada yetersiz uyku durumunun tip 2 diyabet gelişimi riskinin artmasıyla bağlantılı olduğu ifade edilmektedir (Ersoy, 2019). Spesifik olarak uyku süresi ve kalitesi, kan şekeri kontrolünün önemli bir indikatörü olan "Hemoglobin A1c" düzeylerinin belirleyicileri olarak ortaya çıkmıştır. Son araştırmalar, tip 2 diyabetli kişilerde uyku süresini ve kalitesini optimize etmek için kan şekeri kontrolünü iyileştirmek gerektiğini ifade etmektedir (Şenel ve ark., 2020).

- **Kalp-damar hastalığı**

Uyku apnesi olan kişilerin özellikle hipertansiyon, felç, koroner kalp hastalığı ve düzensiz kalp atışlarının (kardiyak aritmiler), uyku bozukluğu olanlarda, uyku bozukluğu olmayan akranlarına göre daha yaygın olduğu ifade edilmektedir. Benzer şekilde, uyku apnesi ve arterlerin sertleşmesi (ateroskleroz) bazı ortak fizyolojik özellikleri paylaşıyor gibi görünmektedir; bu da uyku apnesinin kardiyovasküler hastalığın önemli bir göstergesi olabileceğini ortaya koymaktadır (Kara, 2011).

- **Obezite**

Çeşitli araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen laboratuvar çalışmaları, kısa uyku süresinin obeziteyle bağlantılı olabilecek metabolik değişikliklere yol açtığını rapor etmektedir (Lam ve ark., 2012). Toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalar da kısa uyku süresi ile aşırı vücut ağırlığı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu ilişki tüm yaş gruplarında rapor edilmiştir ancak özellikle çocuklarda belirgin haldedir (Ersoy, 2019).

- **Depresyon**

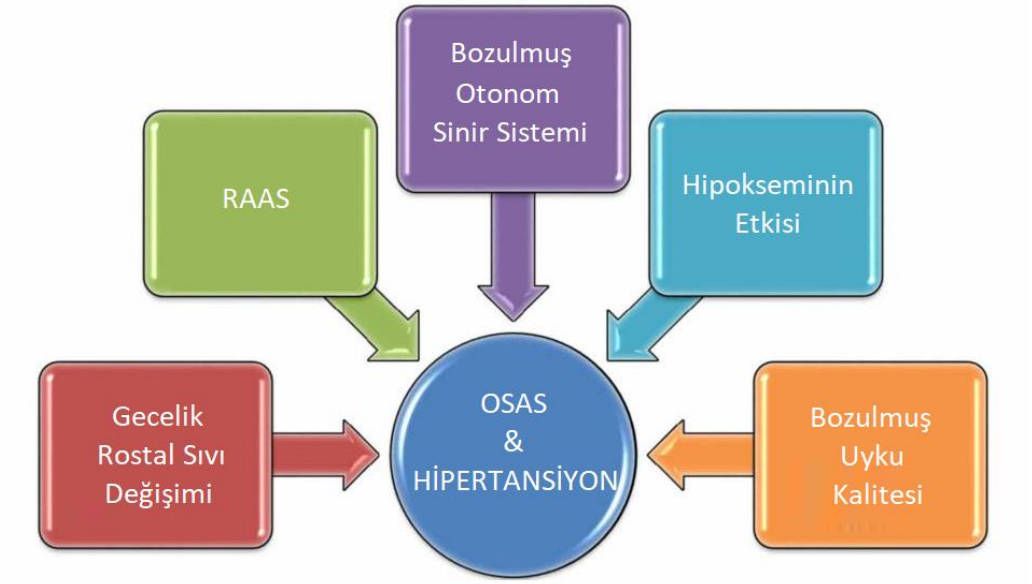
Uyku ve depresyon arasındaki ilişki karmaşık olmakla birlikte uyku bozukluğu uzun süredir depresyonun önemli bir belirtisi olarak kabul edilmektedir (Erdöl, 2021). Son araştırmalar, uyku apnesi etkili bir şekilde tedavi edildiğinde ve yeterli uyku

sağlandığında depresif belirtilerin azalabileceğini göstermektedir (Vanek ve ark., 2020). Uyku ve depresyon arasındaki ilişki, depresyonu olan kişilerin uyku yeterliliğinin değerlendirilmesinin ve uyku bozukluğu olan kişilerde depresyon belirtilerinin izlenmesinin önemli olduğunu göstermektedir (Keskin ve Tamam, 2018).

- **Hipertansiyon**

OUAS ile hipertansiyon arasındaki ilişki birçok çalışmada ayrıntılı olarak araştırılmış ve OUAS'ın şiddeti ile kan basıncındaki yükselmenin derecesi arasında bir doz-etki ilişkisi olduğu rapor edilmiştir (Bayram ve ark., 2007). OUAS'ın kan basıncına katkıda bulunduğu patofizyolojik mekanizmalar birden fazla faktörü bir arada barındırır. İlk olarak OUAS'ın neden olduğu hipoksemi sistematik inflamasyona ve oksidatif strese neden olur. Bu durum nitrik oksit üretiminin azalmasına, arteriyel periferik direncin artmasına ve kan basıncının yükselmesine neden olur. Kan basıncını artıran ikinci neden, periyodik hipoksemi, sık uyanma ve uyku yoksunluğu, sempatik sinir aktivasyonu olarak ifade edilir. Sözü edilen vakalarda kalp debisinin artması ve periferik damarların daralması sonucu kan basıncı yükselir (Sönmez, 2006). Kan basıncını artıran son faktör ise OUAS'ı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, OUAS'lı kişilerde efferent renal sempatik sinir aktivasyonuyla indüklenen renin oluşumunun anlamlı derecede artması durumudur. Bu vakalarda renin anjiyotensin aldesteron sistemi (RAAS) obstrüktif uyku apnesi sendromu sebebiyle yaşadığı etkiden kaynaklı olarak plazma anjiyotensin-II ve aldosteron düzeylerinde artışlara sebep olur (Kara, 2011).

Hipertansiyon ile OUAS arasındaki ortak faktörlerin bazıları Şekil 2.2.'deki gibi özetlenebilir (Turan, 2018).



Şekil 2.2. Hipertansiyon ve obstrüktif uyku apnesi (OUAS) ile ilişkili faktörler

2.4. YAŞAM KALİTESİ

2.4.1. Tanımı

Yaşam kalitesi, aynı anda pek çok alanı kapsadığı için tanımı zor yapılan bir kavramdır. Son yıllarda oldukça yoğun kullanım alanı olan yaşam kalitesi birçok araştırmacı tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır. Calman ve ark. yaşam kalitesi tanımlarını, hastaların beklentileri ve elde ettikleri arasındaki mutlak fark üzerine temellendirmiştir (Müezzinoğlu, 2005). Başka bir araştırmada ise Hunt ve ark. yaşam kalitesini gereksinimlerin teşhis edilmesi olarak tanımlamaktadır (Demir ve Özer, 2014). Başka bir tanımlamada ise yaşam kalitesi hastaların kişisel algısı olarak ifade edilmektedir (Görgünbaran, 2008). Son olarak DSÖ ise kişinin kendi yaşamıyla ilgili yaşam kalitesinin değerlen-dirilmesine odaklanarak yaşam kalitesini hastanın kendi amaç, beklenti, standart ve endişeleri ile içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler noktasında kişisel algısı olarak tanımlamıştır (Dinç ve ark., 2018; Müezzinoğlu, 2005). Tüm bu tanımlardan ve genel kanıdan hareketle yaşam kalitesinin taşıdığı unsurların bazıları, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik, hastalık ve tedavi ilintili yakınmalar olarak ifade edilmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Günümüzde yaşam kalitesi ölçümleri sağlık sonuçları değerlendirmesinin hayati ve sıklıkla gerekli bir parçası haline gelmiş durumdadır. Kronik hastalığı olan popülasyonlar için yaşam kalitesinin ölçümü, tedavi mümkün olmadığında sağlık hizmetlerinin etkisini belirlemek için anlamlı bir yol sağlar (Oğuz, 2016).

2.4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için farklı soru ve değerlendirme unsurları içeren çok sayıda ölçek olduğu bilinmektedir. Birçok araştırma, yararlanıcılar tarafından yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde tercih edilen 150'yi aşkın araç ve ölçek olduğunu ifade etmektedir (Pınar, 2015). Yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçekler, çoğu zaman birden fazla soru içerebildiği gibi özellikle tıbbi bağlamda değerlendirmenin söz konusu olduğu analizlerde "Yaşam kaliteniz nedir?" şeklinde tek bir sorudan dahi oluşabilmektedir (Gözen ve Buz, 2020; Oğuz, 2016). Sözü edilen bu ölçekler yaygın olarak kullanılmasına rağmen, belirli alanlara ya da insanların bu alanlara verdikleri göreceli öneme değinmemesi gibi kısıtlar içermektedir. Bu bağlamda birçok araştırmacı yaşam kalitesini değerlendirmek için bir dizi öğe (araç veya indeks) içeren ölçekleri tercih etmektedir. Daha sonra bu öğelerin ortalamasını alarak yaşam kalitesinin değerlen-dirilmesi için nihai bir puan belirlenmektedir. Bu tür araçlar ilişkiler, yaşam koşulları, profesyonel yaşam vb. gibi çeşitli alanlarda yaşam kalitesini değerlendirmeye imkân tanıyan çeşitli alt ölçeklere sahip oldukları için tercih edilme oranları oldukça yüksektir.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla ilk olarak 1970'li yıllarda Amerikalı psikolog John Flanagan tarafından oluşturulan Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Quality of Life Scale- QOLS), kronik hastalık gruplarında kullanılmak üzere uyarlanmıştır (Oğuz, 2016). YKÖ, başlangıçta yaşam kalitesinin maddi ve fiziksel refah, diğer insanlarla ilişkiler, sosyal, toplumsal ve sivil faaliyetler, kişisel gelişim ve tatmin ve son olarak eğlence olmak üzere beş kavramsal alanını ölçen 15 maddelik bir araç olarak ifade edilmektedir. Bu kavramsal kategoriler ve ölçek öğeleri Tablo 2.3.'te gösterilmiştir (Erci, 2010).

Tablo 2.3. Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLS) orijinal kavramsal kategorileri ve ölçek maddeleri.

Kavramsal Kategori	**Ölçek Öğesi**
Maddi ve Fiziksel Refah	Maddi refah ve finansal güvenlik Sağlık ve kişisel güvenlik
Diğer İnsanlarla İlişkiler	Anne-baba, kardeşler ve diğer akrabalarla ilişkiler Çocuk sahibi olmak ve büyütmek Eş veya diğer önemli kişilerle ilişkiler Arkadaşlarla ilişkiler
Sosyal, Topluluk ve Sivil Faaliyetler	Başkalarına yardım etmek veya teşvik etmekle ilgili faaliyetler Yerel ve ulusal hükümetle ilgili faaliyetler
Kişisel Gelişim ve Gerçekleşme	Entelektüel gelişim Kişisel anlayış Mesleki rol Yaratıcılık ve kişisel ifade
Yeniden yaratma	Sosyalleşme Pasif ve gözlemsel rekreasyon faaliyetleri Aktif ve katılımcı rekreasyon faaliyetleri

2.4.4. Yaşam Kalitesini Azaltan ve Artıran Durumlar

Bireylerin yaşam kalitesini artıran ve azaltan durumları ifade etmek için gerçekleştirilen çalışmalar, yaşam kalitesinin nelere bağlı olduğunu belirleme üzerinde yoğunlaşmıştır (Yeşil ve ark., 2016). Bir kişinin yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, akıl ve ruh sağlığı, sosyal destek, ekonomik özgürlük ve finansal istikrar, sağlık hizmetlerine erişim, meslek ve eğitim düzeyi ve çevre gibi faktörlere bağlıdır. Sözü edilen faktörlerin yaşam kalitesini ne yönde etkilediği her bir faktör için aşağıdaki gibi özetlenebilir (Gözen ve Buz, 2020).

- **Fiziksel sağlık:** Bir kişinin fiziksel sağlığı, yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir faktördür. Kronik hastalıklar ve engellilik, kişinin günlük aktivitelere

katılma ve çalışma yeteneğini büyük ölçüde azaltarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir.

- **Akıl ve ruh sağlığı:** Bir kişinin duygusal ve psikolojik refahı da dahil olmak üzere zihinsel sağlığı yaşam kalitesinde önemli bir rol oynar. Depresyon ve anksiyete gibi zihinsel sağlık koşulları, kişinin hayattan keyif alma ve günlük aktivitelere katılma yeteneğini büyük ölçüde etkileyebilir.
- **Sosyal destek:** Bir kişinin ailesi, arkadaşları ve içinde bulunduğu topluluk dahil olmak üzere sosyal destek ağı, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilir. Güçlü bir destek ağına sahip olan kişiler, olmayanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olma eğilimindedir.
- **Ekonomik özgürlük ve finansal istikrar:** Finansal istikrar, kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilir. Finansal istikrarı ve güvenliği olan insanlar, temel ihtiyaçlarını karşılayabildikleri için finansal istikrarı olmayanlara göre genellikle daha iyi bir yaşam kalitesine sahip durumdadır.
- **Sağlık hizmetlerine erişim:** Kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, sağlığın ve yaşam kalitesinin korunması açısından kritik öneme sahiptir. Kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi olan kişilerin, hastalıkları ve yaralanmaları önleyebilecek veya yönetebilecek ve daha iyi yaşam kalitesine yol açabilecek zamanında ve uygun bakımı alma olasılıkları daha yüksektir.
- **Çevre:** Bir kişinin yaşadığı ortam yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilir. Güvenli barınmaya erişim, temiz su ve hava kalitesi gibi faktörler, kişinin fiziksel ve duygusal sağlığını büyük ölçüde etkileyebilir.
- **Meslek ve eğitim:** Kişilerin ifa ettiği meslek ve eğitim, aynı zamanda finansal istikrar, özgüven, sosyal etkileşim ve amaç duygusu sağlayabileceğinden yaşam kalitesini de etkileyebilir. Bu etkinin olumsuz ya da olumlu olacağı içinde bulunan duruma göre değişiklik gösterir.

Yaşam kalitesi kavramı, karmaşık bir kavramdır ve birçok faktörden etkilenme olasılığı varıdır. Bu nedenle bu hususta yapılan çalışmalar, bireylerin deneyimleri, öncelikleri ve refahları için önemli gördükleri şeylerin de yaşam kalitelerine ilişkin algılarını büyük ölçüde etkilediğini ifade etmektedir (Pınar, 2015).

2.4.5. Kronik Hastalar ve Yaşam Kalitesi

Geçmişten günümüze değişen ve artış gösteren kronik hastalıklar, bu hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitesi başta olmak üzere birçok hayati ihtiyacını olumsuz yönde etkilemektedir. 20. yüzyılda insanların daha iyi korunma talebi, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, tıbbi teknolojik gelişmeler gibi iyileştirmeler yanında nüfusun genel olarak yaşlanması sonucunda kronik bozuklukların prevalansında bir artış görülmektedir (Yelboğa ve Aslan, 2020). Bu nedenle giderek artan sayıda insan, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek kronik hastalıklara maruz kalmaktadır. Bilindiği üzere kronik hastalıkların ilerlemesi genel olarak yavaştır ve uzun süreli tıbbi tedavi gerektirir. Kronik hastalıkların çoğunluğu, hastaların iyi yaşama kapasitelerini sınırlayarak, fonksiyonel durumlarını, üretkenliklerini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini sınırlandırarak genel sağlıklarını kötüleştirme potansiyeline sahiptir ve sağlık bakım maliyetlerine önemli bir katkıda bulunurlar.

Devins ve arkadaşları tarafından 1990 yılında gerçekleştirilen çalışmada araştırmacılar kronik hastalığın bireyin yaşamını bozduğunu ve bu bozulmanın refah ya da yaşam kalitesi üzerindeki etkisi açısından yorumlanabileceğini iddia etmektedir (Devins ve ark., 1990). Araştırmacılara göre, psikososyal refah, iki sınırlama nedeniyle tehlikeye atılmaktadır: bunlardan ilki, değerli faaliyetlere katılımın olumlu pekiştirici sonuçlarının ve kişisel kontrol duygularının azaltılması ve diğeri olumlu sonuçlar elde etmek veya olumsuz olanlardan kaçınma becerisinin sınırlandırılması olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bu etkinin yaşam kalitesi alanları açısından değerlendirilebileceğini öne sürmektedirler (Devins, 2010; Devins ve ark., 1990).

Kronik hastalıkların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde birebir görüşme ya da anket yolu tercih edilebilir. Görüşme usulleri açık uçlu veya yarı yapılandırılmış yöntemler olarak iki türden oluşmaktadır ve bu yöntem, sorunları keşfetmek ve hastaların deneyimlerini tanımlamak için daha sonra anketlerde kullanılacak öğelerin ilk oluşturulmasında oldukça faydalıdır (Kumsar ve Yılmaz, 2014). İkinci yöntem olarak tercih edilebilecek anketlerle ilgili olarak da iki ana tür kullanılır: Bunların ilki farklı popülasyonlarda yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan genel yaşam kalitesi anketleri ve ikincisi belirli koşulları olan hastalarda

yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ve daha duyarlı olduğu iddia edilen spesifik yaşam kalitesi anketleri olarak ifade edilmektedir (Tekkanat, 2008). İkinci türdeki anketler belirlenen hasta popülasyonuyla ilgili maddeleri içerirler.

Kronik hastalık taşıyan bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ölçütlerden bazıları 36 Maddeli Tıbbi Sonuç Çalışması Kısa Form Sağlık Araştırması (SF-36), Nottingham Sağlık Profili (NHP) ve EuroQol'dur (EQ-5D) skalası olarak ifade edilmektedir (Silva ve ark., 2016). Bu araçlar birçok dile çevrilmekte ve birçok ülkede kullanılmaktadır. SF-36'nın (Kısa Form-36) Türkçe güvenirlik testi Koçyiğit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Koçyiğit ve ark., 1999). Literatürde en sık kullanılan SF-36 ölçeği içinden seçilen 12 sorudan oluşan SF-12 de yaşam kalitesini değerlendirmede sıkça kullanılmaktadır. Bu çalışmada yaşam kalitesini değerlendirmek üzere kullanılan ölçek SF-12 olup bu ölçek sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten 0-100 arasında puan alınabilmekte ve alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Özdemir, 2019).

2.4.6. OUAS'lı Hastalarda Yaşam Kalitesi

OUAS hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar, OUAS durumunun oluşturduğu olumsuz durumların birçoğunun yaşam kalitesine etki ettiğini ortaya koymaktadır (Ülkü, 2009). Bu olumsuz durumlar içerisinde yaşam kalitesi üzerinde en çok etki sağlayan kısım, gündüz aşırı uykululuk hali olarak ifade edilse de yapılan birçok çalışma birçok başka olumsuz durumun da yaşam kalitesini etkilediği rapor etmektedir (Antic ve ark., 2011; Ülkü, 2009; Baldassari ve ark., 2008). Araştırmacılar OUAS ile yaşam kalitesi arasındaki bağlantıyı ifade ederken uykululuk haline ek olarak gündüz semptomları, gece semptomları, aktivite sınırlaması, duygusal fonksiyon ve kişilerarası ilişkileri içeren ana alanlara değinilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Altıntop Geçkil, 2012). OUAS, genellikle "sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi" olarak adlandırılan kavramın tüm alanlarının bozulmasına önemli ölçüde katkıda bulunur (Türksoy, 2018). Yaşam kalitesindeki bozulma ile uyku apne şiddeti arasındaki sınırlı korelasyon, OUAS'lı bireyin sağlık durumunun doğrudan ölçülmesi ihtiyacını güçlendirmektedir.

OUAS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için OUAS'lı hastalara uygulanan bazı uyku anketleri mevcuttur. Bu anketler, hastaların uyku kalitesi, gündüz uykululuğu, işlevsellik, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi gibi konulardaki sorunlarını ölçmeyi amaçlayan ve elde edilen verilerle OUAS ile yaşam kalitesi arasındaki etkileşimin varlığını ya da derecesini tayin etmeye yardımcı olan uygulamalardır (Silva ve ark., 2016). Söz konusu anketlerin türleri ve tercih edilme sebepleri, araştırmacılar tarafından hangi hedef grubuna uygulanacağına göre değişiklik göstermektedir. Örneğin gündüz uykululuğunu değerlendirmek için genellikle Epworth Uykululuk Ölçeği (Epworth Sleepiness Scale- ESS) tercih edilmektedir. ESS yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlamaz ve özellikle "uykululuk" alanına atıfta bulunmak için tercih edilmektedir (Taşkın, 2023). Görüleceği üzere bazı durumlarda birden çok anket aynı anda bir çalışmada tercih edilebilmektedir. OUAS'lı hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan diğer uyku uygulamalarının bazıları Calgary Uyku Apnesi YKÖ (Calgary Sleep Apnea Quality of Life Instrument- SAQLI) ve Quebec Uyku Anketi (Quebec Sleep Questionnaire- QSQ) olarak ifade edilebilir (Topçu ve Özdemir, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu araştırma, bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran OUAS'lı hastalarda kronik hastalıklar sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMAN ÖZELLIKLERİ

Araştırma, Haziran 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Türkiye'nin Orta Anadolu Bölgesi'nde, Kayseri ilindeki bir şehir hastanesinin uyku ünitesine uyku bozuklukları şikâyetleri başvurup uyku testi yapılan 18-85 yaş arasındaki 484 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği şehir hastanesi 2018 yılında faaliyete başlamıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği uyku ünitesi, 17 hasta odası ve her odada bir yatak olmak üzere 17 yatak kapasitesine sahiptir. Uyku ünitesinde PSG ve PAP Titrasyonları ile OUAS'ın tanı ve tedavisi sağlanmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Haziran 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında, şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini ise; daha önceki yapılmış çalışmalardan etki büyüklüğü d=0,3, Tip hata miktarı 0.05, N2/N1=1, α= 0,05 olarak alınmasıyla, G*Power Programı (versiyon 3.1.9.4) ile yapılan hesaplamada örnekleme minimum 322 hasta alınmasına karar verilmiştir. Örnekleme alınacak hastaların belirlenmesinde, araştırmanın yapılacağı tarihler arasında, iletişim problemi ve psikiyatrik sorunları

olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmada testin gücünü artırmak amacıyla, gönüllü olarak katılım gösteren, anket formu ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran toplam 484 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. G*Power (3.1.9.4 versiyon) programı ile yapılan hesaplamaya göre araştırmada testin gücü P = 1.0000000 (%100,0) olarak bulunmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞIŞKENLERI

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, vki, meslek ve gelir durumu) ile kronik hastalık özellikleri (kronik hastalık sıklığı ve hastalık tanıları) ve PSG sonuçları araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur.

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHIL EDILME VE DIŞLANMA-ÇIKARILMA KRITERLERI

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- İletişim kurulabiliyor olmak,
- Uyku ile ilgili sorunları/şikâyetleri olmak,
- PSG sonuçlarına göre toplam uyku süresinin 180 dakika ve üzerinde olmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak,
- Veri toplama araçlarını eksiksiz doldurmak.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma-Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmadan kendi isteği ile ayrılmak,

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan "Sosyodemografik Bilgi Formu" (EK-1) ile "SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği" (EK-2) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve tanımlayıcı özelliklerini içeren10 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve kronik hastalık tanısı) ile antropometrik özelliklerinin yer aldığı 3 soru (boy, kilo ve VKİ) olmak üzere toplamda 13 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6.2. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-2)

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik kullanılan YKÖ Kısa Formu-12 (SF-12), ilk olarak SF-36 şeklinde Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (Ware ve Sherbourne, 1992). Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilen 36 soruluk YKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). Bu araştırmada kullanılan SF-12 YKÖ, Soylu ve Kütük (2022) tarafından, SF-36 YKÖ'nün kısaltılmasıyla elde edilmiştir. Soylu ve Kütük SF-12 YKÖ'nün Türkçe Formu'nun güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır (Soylu ve Kütük, 2022). Soylu ve Kütük tarafından geliştirilen SF-12 YKÖ'nün değerlendirmesi Fiziksel Bileşen Özeti-12 (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özeti (MBÖ-12) olmak üzere iki alt ölçek skoru üzerinden yapılmaktadır (Soylu ve Kütük, 2022). Yüksek skorlar ('0' puan sağlık algısı kötü, '100' puan sağlık durumunda sorun yok) iyi sağlık durumunu göstermektedir (Ware ve ark., 1996). Hem FBÖ-12 hem de MBÖ-12 puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puan daha iyi sağlığı temsil etmektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde on iki soru için Fiziksel Bileşen Özeti toplamına 56.57706 puan eklenerek FBÖ-12; Mental Bileşen Özeti toplamına 60.75781 puan eklenerek MBÖ-12 değeri hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılan SF-12 ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek amacıyla hesaplanan iç tutarlılık kat sayısı FBÖ-12 için 0,73; MBÖ-12 için ise 0,72 olarak bulunmuştur

(Soylu ve Kütük, 2022). Bu çalışmada, SF-12 YKÖ ve bileşenlerine ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değerlerine ilişkin bilgi Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bileşenlerine Ait İç Tutarlılık Katsayısı Cronbach Alfa Değerleri

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bileşenleri	**N**	**Madde Sayısı**	**Maddeler**	**Cronbach Alfa**
Mental Bileşen Özetleri (MBÖ-12)	484	6	1,6,7,9,10,11	0.76
Fiziksel Bileşen Özetleri (FBÖ-12)	484	6	2,3,4,5,8,12	0.80
SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	484	12	1-12	0.89

Tablo 3.1 incelendiğinde; bu çalışmada, SF-12 YKÖ'nün genelinde (12 madde) iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır MBÖ-12'nin (6 madde) ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değerleri 0.76 ve FBÖ-12'nin (6 madde) iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERILERIN TOPLANMASI

Araştırmada uygulanma aşamasına başlamadan önce, araştırmanın yapılabilmesi için şehir hastanesi idari birimlerinden yazılı araştırma izni ile etik onayı alınmıştır. (18.05.2022 tarih ve 555 nolu karar). Araştırmanın verileri, araştırmanın yürütüldüğü şehir hastanesi uyku ünitesine başvuran bireyler arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylerle, hasta odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere, veri toplama araçları hakkında (araştırmanın amacı, içeriği, verilerin hangi amaçla kullanılacağı, veri toplama araçlarının doldurulmasının ortalama ne kadar sürede doldurulacağı vb.) bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) doldurulmuştur. Katılımcılara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. SF 12 YKÖ ve Sosyodemografik Bilgi Formu'nu içeren veri toplama araçları araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere uygulanmıştır. 18 yaş altı bireyler ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler çalışmaya dâhil edilmemiş ve toplam 484 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan

bireyler, uyku ünitesine geldikten sonra hasta odalarına alınmıştır. Odalar bir hastanın tedavi olacağı şekilde düzenlenmiştir ve tek kişiliktir. Bireyler odalarına alındıktan sonra yapılacak çalışma hakkında bilgi verilerek onay ve imzaları alınmıştır. PSG testinin nasıl çekileceği, çekim yapılırken nelere dikkat edileceği konusunda bilgiler verilmiştir. Bu işlem yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir. Hastalara çekilen PSG testleri raporlandıktan sonra (yaklaşık 30-45 gün) toplanan tüm verilerle birleştirilerek bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırma, veri toplama araçlarını tam olarak dolduran ve PSG testi kriterleri sağlayan 484 hasta ile tamamlanmıştır.

3.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada anket formu ve ölçeklerden elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı versiyon 23.0 ile analiz edilmiştir. Sosyodemografik Bilgi Formu'ndan elde edilen veriler üzerinden ki-kare analizi ve tanımlayıcı istatistik testleri kullanılarak araştırmaya katılan hastaların hastalık sıklığı ve hastalık tanısına ilişkin özelliklerinin sayı, frekans dağılımı, ortalama, standart sapma ile maksimum ve minimum değerleri hesaplanmıştır. Ölçekten elde edilen verilerin normal dağılımda olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk testi ile belirlenmiştir. Elde edilen veriler üzerinden ölçek ve bileşenlerinin puan ortalaması, standart sapması, medyan, aralık değeri, maksimum ve minimum değerleri belirlenmiştir. Güvenirlik analizi ile ölçek ve bileşenlerinin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır. Araştırmada bağımsız gruplarda ortalamalar arasında farklılık olup olmadığının karşılaştırılmasında; normal dağılıma uyan verilerde iki grup için Bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup için ise ANOVA Varyans analizi kullanılmıştır. Grupların homojen olup olmadıkları Levene Testi ile belirlenmiştir. Varyans analizinde anlamlı fark çıkan gruplarda gruplar arası fark, Tamhane's T2 testi ile incelenmiştir. Araştırmada, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için normal dağılıma uyan değişkenlerde Pearson Korelasyon Katsayısı analizi uygulanmıştır. Hastaların AHİ düzeyinin (OUAS şiddeti) yaşam kalitesi üzerinde etkisi olup olmadığının belirlenmesinde Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $P < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma verileri toplanmadan önce, araştırmanın yapıldığı şehir hastanesinin idari birimlerinden yazılı araştırma izni ile ve araştırma etik onay izni alınmıştır (EK-3 ve EK-4). Araştırma uygulamasına başlamadan önce "SF 12 YKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yapan yazardan e-posta yoluyla ölçeklerin çalışmada kullanılabilmesi için izin alınmıştır (EK-5). Veri toplama aşamasında da örnekleme alınan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar bilgilendirilerek BGOF doldurulmuş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılan uyku ünitesine başvuran OUAS'lı hastalara araştırmanın amacı, planı ve elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağına ilişkin bilgi yazılı olarak aktarılmıştır ve "İnsan Onuruna Saygı" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada Helsinki Bildirgesi'nde yer alan bütün etik ilkelere uyulmuştur.

3.10. ARAŞTIRMANIN GENELLENEBİLİRLİĞİ VE SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, araştırmanın yürütüldüğü şehir hastanesinin uyku ünitesine verilerin toplandığı dönemde başvuran hastalar arasından örnekleme dâhil edilen hastalara genellenebilir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde bireylerin beyanları esas alındığı için, hatırlama faktörü gibi nedenlerle yanlı sonuçlara ulaşılmış olabilir.

4. BULGULAR

Bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran OUAS'lı hastalarda kronik hastalıklar sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma 484 kişinin katılımı ile tamamlanmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=484)

Değişkenler	**Sayı**	**%**
Yaş [Ort.±SS (min- maks)] = [48.35±11.32 (19-85) yıl]		
18-45	207	42,8
46-65	241	49,8
>65 yaş	36	7,4
Cinsiyet		
Erkek	344	71,1
Kadın	140	28,9
Medeni durum		
Evli	433	89,5
Bekâr	51	10,5
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	442	91,3
Yok	42	8,7
Çocuk sayısı [Ort.±SS (min- maks)] = [2.71±1.07 (1-7) çocuk]		
Çocuk yok	42	8,7
1 çocuk	43	8,9
2 çocuk	158	32,6
3 çocuk	160	33,1
> 3 çocuk	81	16,7

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=484) **(Devamı)**

Eğitim düzeyi		
Okuryazar	25	5,2
İlköğretim mezunu	228	47,1
Lise ve üzeri mezun	231	47,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	299	61,8
Çalışmıyor	185	38,2
Meslek		
Şoför	20	4,1
Memur	54	11,2
Emekli	70	14,5
Ev hanımı	115	23,7
İşçi	225	46,5
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	5	1,0
Geliri giderine denk	319	65,9
Geliri giderinden fazla	160	33,1
Toplam	**484**	**100,0**

Tablo 4.1.‘de araştırmaya hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların ortalama 48.35±11.32 (min.-maks.: 18-85 yaş) yaşında ve %49,8’inin 46-65 (orta yaş) yaş aralığında, %71,1’inin erkek, %89,5’inin evli, ortalama 2.71±1.07 (min.-maks.: 1-7) çocuk ve %91,3’ünün çocuğa sahip olduğu, %33,1’inin üç çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %47,7’sinin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %61,8’inin çalıştığı, %46,5’inin mesleğinin işçi olduğu ve %65,9’unun gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Hastaların Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=484)

Antropometrik Özellikler	Medyan	Min,	Maks.	$\bar{X}$ ±SD
Boy (cm)	170,00	140,00	195,00	169.22±8.99
Ağırlık (kg)	92,00	45,00	200,00	93.44±18.89
VKİ (kg/m^2)	31,25	17,72	73,46	32.69±6.58

Tablo 4.2. 'de araştırmaya katılan hastaların antropometrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların boy uzunluğunun ortalama 169.22±8.99 (min.-maks.: 140,00-195,00 cm) cm olduğu belirlenmiştir. Hastaların vücut ağırlığının ortalama 93.44±18.89 (min.-maks.: 45,00-200,00 kg) kg olduğu saptanmıştır. Hastaların VKİ'sinin ortalama 32.69±6.58 (min.-maks.: 17,72-73,46) kg/m^2 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Hastaların VKİ Gruplarına Göre Dağılımları (N=484)

VKİ Grupları	Sayı	%
VKİ		
Zayıf (<18,5 kg/m^2)	2	0,4
Normal (≥18.5- ≤24,99 kg/m^2)	41	8,4
Kilolu (≥25.00- ≤29,99 kg/m^2)	146	30,2
Obez (≥30,0 kg/m^2)	295	61,0
Toplam	**484**	**100,0**

Tablo 4.3. 'de araştırmaya katılan hastaların VKİ gruplarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların VKİ gruplarına göre incelendiğinde; hastaların %61,0 'inin obez (≥30,0 kg/m^2), %30,2'sinin kilolu (≥25,00- ≤29,99 kg/m^2), %8,4'ünün normal (≥18,5- ≤24,99 kg/m^2) ve %0,4'ünün zayıf (<18,5 kg/m^2) VKİ özelliğinde oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Hastaların Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanılarına Göre Dağılımları (n=484)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Kronik hastalık tanısı		
Var	321	66,3
Yok	163	33,7
Diabetes Mellitus (DM)		
Var	152	31,4
Yok	332	68,6
Hipertansiyon (HT)		
Var	208	43,0
Yok	276	57,0
Astım		
Var	109	22,5
Yok	375	77,5
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)		
Var	27	5,6
Yok	457	94,4
İnme		
Var	1	0,2
Yok	483	99,8
Miyokard İnfarktüsü (Mİ)		
Var	4	0,8
Yok	480	99,2
Kronik Kalp Yetmezliği (KKY)		
Var	56	11,6
Yok	428	88,4
Kalp Ritim Bozukluğu		
Var	7	1,4
Yok	477	98,6
Troid Hastalıkları		
Var	22	4,5
Yok	462	95,5
Osteoporoz		
Var	29	6,0
Yok	455	94,0
Kanser		
Var	2	0,4
Yok	482	99,6
Depresyon		
Var	58	12,0
Yok	426	88,0
Toplam	**484**	**100,0**

Tablo 4.4. ‘de araştırmaya katılan hastaların kronik hastalık sıklığı ve hastalık tanılarına göre dağılımları verilmiştir

Araştırmaya katılan hastaların %66,3’ünde kronik hastalık tanısı olduğu saptanmıştır. Hastaların %43,0’ünde HT (n=208), %31,4’ünde DM (n=152), %22,5’inde astım (n=109), %5,6’sında KOAH (n=27), %0,2’sinde inme (n=1), %0,8’inde Mİ (n=4), %11,6’sında KKY (n=56), %1,4’ünde kalp ritim bozukluğu (n=7), %4,5’inde troid hastalıkları (n=22), %6,0’sında osteoporoz (n=29), %0,4’ünde kanser (n=2) ve %12,0’sinde depresyon (n=58) tanısı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda en sık HT ve DM tanısı, en az ise inme ve kanser tanısı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12)’e İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min	Maks.	Medyan	$\bar{X}$ ±SD
Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12)	12	16,00	100,00	78,33	72.59±19.45
Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12)	6	0,00	100,00	75,00	71.55±21.83
Mental Bileşen Özet (MBÖ-12)	6	25,00	100,00	81,66	73.42±18.57

Tablo 4.5.’ te araştırmaya katılan hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12’ye ilişkin tanımlayıcı istatistik bulguları verilmiştir.

Tablo 4.5. incelendiğinde; araştırmaya katılan hastaların YKÖ’sünde (SF-12) ortalama 72.59±19.45 (min.-maks.: 16-100 ve medyan: 78,33) puan aldıkları ve yaşam kalitesi düzeylerinin iyi seviyede olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların FBÖ-12’sinden ortalama 71.55±21.83 (min.-maks.: 0-100 ve medyan: 75,0) puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların MBÖ-12si’nden ortalama 73.42±18.57 (min.-maks.: 25-100 ve medyan: 81,66) puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Hastaların Polisomnografi (PSG) Sonuçları

Parametreler	**Min**	**Maks.**	**Medyan**	**$\bar{X}$ ±SD**
Uyku Latansı (dk)	1	179	20.5	28.09±26.58
Uyku Etkinliği (dk)	44.2	99	82.5	79.30±12.73
Uyanıklık Yüzdesi (%)	1	55.8	17.50	20.72±12.73
REM (%)	0	30	7.20	7.68±5.67
Evre 1 (%)	0.8	27.4	5.35	6.20±3.78
Evre 2 (%)	19.4	88.9	52.85	53.46±12
Evre 3 (%)	0	41.5	11.05	11.87±8.27
Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) (/sa)	0	129.8	34.25	44.48±34.26
Minimum Oksijen Saturasyonu (%)	20	95	81	76.83±12.45
Ortalama Oksijen Satürasyonu (%)	61	97	9150	90.22±5.31
Uykudaki %80,0-%89,0, Saturasyon Arasındaki Süre	0	399	23.75	61.27±77.22
Ortalama Desatürasyon İndekisi (ODİ)	0.2	196	39	49.17±38.44
Toplam Uyku Süresi (dk)	180	442.5	327	319.00±57.72
Uykudaki Ortalama Nabız (dk)	42	107	68	68.94±9.28
Uykudaki En Yüksek Nabız (bpm)	50	188	97	97.78±13.27
Uykudaki En Düşük_Nabız (bpm)	35	100	54.50	55.20±7.81

$\bar{X}$: Ortalama, SD: Standart Sapma

Tablo 4.6.' da hastaların PSG sonuçları verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların PSG parametreleri incelendiğinde; hastaların uyku latansının ortalama 28.09±26.58,(dk) uyku etkinliğinin ortalama 79.30±12.73 (dk) uyanıklık yüzdesi (%)'nin ortalama 20.72±12.73, REM (%)'in ortalama 7.68±5.67, Evre 1 (%)'in ortalama 6.20±3.78, Evre 2 (%)'nin ortalama 53.46±12, Evre 3 (%)'in ortalama 11.87±8.27, Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) (/sa)'nin ortalama 44.48±34.26, minimum oksijen saturasyonu (%)'nun ortalama 76.83±12.45, ortalama oksijen satürasyonu (%)'nun ortalama 90.22±5.31, uykudaki %80,0-%89,0

saturasyon arasındaki sürenin ortalama 61.27±77.22, Ortalama Desatürasyon İndekisi (ODİ)'nin ortalama 49.17±38.44, toplam uyku süresinin ortalama 319.00±57.72 (dk), uykudaki ortalama nabzının ortalama 68.94±9.28 (dk) ve uykudaki en yüksek nabız (bpm)'ın ortalama 97.78±13.27 ve uykudaki en düşük_nabız (bpm)'ın ortalama 55.20±7.81 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Hastaların Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) Değerlerine Göre OUAS Durumu ve OUAS Düzeyinin Dağılımı (n=484)

OUAS Durumu ve OUAS Düzeyi	**Sayı**	**%**
OUAS Durumu		
Yok (AHİ<5)	53	11,0
Var (AHİ≥5)	431	89,0
OUAS Düzeyi		
Hafif Horlama-OUAS Yok (AHİ<5)	53	11,0
Hafif OUAS (5≤AHİ<15)	43	8,9
Orta OUAS (15≤AHİ<30)	128	26,4
Ağır OUAS (AHİ≥30)	260	53,7
Toplam	**484**	**100,0**

Tablo 4.7.' de araştırmaya katılan hastaların Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) değerlerine göre OUAS durumu ve OUAS düzeyinin dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.7. incelendiğinde; AHİ'ne göre hastaların %89,0'unda OUAS varken, %11,0'inde olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların AHİ'ne göre OUAS düzeyi incelendiğinde; %53,7'sinde ağır şiddette OUAS (AHİ≥30), %26,4'ünde orta şiddette OUAS (15≤AHİ<30), %8,9'unda hafif şiddette OUAS (5≤AHİ<15) bulunduğu ve %11,0'inde hafif horlama olduğu (OUAS yok) (AHİ<5) saptanmıştır (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Polisomnografi (PSG) Parametrelerinin Karşılaştırılması

Parametreler	**OUAS Düzeyi**				**Test Değeri ve p**		**Fark**
	OUAS Yok (a)	**Hafif OUAS (b)**	**Orta OUAS(c)**	**Ağır OUAS(d)**			
	X̄ ±SD	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**			
Uyku Latansı (dk)	27.87±23.88	38.36±35.33	28.18±27.66	26.39±24.59	F=2.518	p=0.058	-
Uyku Etkinliği ((dk)	78.36±11.75	76.61±13.82	79.50±14.19	79.84±11.97	F=0.902	p=0.440	-
Uyanıklık Yüzdesi (%)	21.80±11.79	23.38±13.82	20.52±14.17	20.15±11.97	F=0.937	p=0.423	-
REM (%)	9.80±5.21	8.98±6.44	9.13±6.01	6.32±5.11	F=11.646	**p>0.001***	**a-b>d****
Evre 1 (%)	4.81±1.95	4.51±2.28	4.63±2.17	7.53±4.34	F=27.110	**p>0.001***	**d>a-b-c****
Evre 2 (%)	48.85±8.68	47.07±10.55	50.98±11.69	56.68±11.99	F=16.090	**p>0.001***	**d>a-b-c****
Evre 3 (%)	14.76±7.48	16.05±9.82	14.62±7.66	9.24±7.52	F=21.783	**p>0.001***	**a-b-c>d****

Tablo 4.8. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Polisomnografi (PSG) Parametrelerinin Karşılaştırılması (Devamı)

Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) (/sa)	2.61±1.48	9.46±2.34	21.75±4.35	70.00±26.58	F=328.155	**p>0.001***	**d>a-b-c**** **c>a-b**; b>a****
Minimum Oksijen Saturasyonu (%)	88.62±3.22	82.88±6.32	81.85±5.98	70.95±13.47	F=62.930	**p>0.001***	**a-b-c>d****
Ortalama Oksijen Satürasyonu (%)	94.01±1.60	92.14±2.30	92.08±2.60	88.21±6.21	F=34.402	**p>0.001***	**a-b-c>d****
Uykudaki %80,0-%89,0 Saturasyon Arasındaki Süre	5.00±13.89	38.04±71.69	37.33±65.57	108.56±332.98	F=30.053	**p>0.001***	**a-b-c>d****
Ortalama Desatürasyon İndekisi (ODİ)	5.48±8.17	12.64±11.25	38.03±166.45	76.85±31.42	F=262.268	**p>0.001***	**d>a-b-c****
Toplam Uyku Süresi (dk)	315.03±49.64	310.69±64.67	321.52±60.17	319.29±58.76	F=0.430	p=0.732	-
Uykudaki Ortalama Nabız (dk)	67.73±6.68	67.62±8.70	67.92±9.38	69.90±9.71	F=2.042	p=0.107	-
Uykudaki En Yüksek Nabız (bpm)	97.58±9.73	96.76±9.12	95.39±10.77	99.16±15.29	F=2.436	p=0.064	-
Uykudaki En Düşük_Nabız (bpm)	55.54±6.16	55.74±7.02	55.46±8.27	54.91±8.03	F=0.265	p=0.851	-

F: ANOVA Varyans Analizi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.8.' de hastaların OUAS Düzeyine Göre PSG parametrelerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.8. incelendiğinde; araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre REM yüzdesinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastalar ile orta şiddette OUAS'lı hastaların REM yüzdesinin ağır şiddette olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre Evre 1 yüzdesinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların uykunun Evre 1 süresinin (uykuya dalma süresi), OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre Evre 2 yüzdesinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,5$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların uykunun Evre 2 süresinin (uykuya hali süresi), OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre Evre 3 yüzdesinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların uykunun Evre 3 süresinin (tam uykuya dalma süresi), OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) değerleri anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; ağır şiddetli OUAS'lı hastaların AHİ puanlarının, OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Orta şiddetli OUAS'lı hastaların AHİ puanlarının, OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde

daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hafif şiddetli OUAS'lı hastaların AHİ puanlarının, OUAS'lı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre minimum oksijen saturasyonu (%), ortalama oksijen satürasyonu (%) ve uykudaki %80,0-%89,0 saturasyon arasındaki sürenin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastaların minimum oksijen saturasyonu (%), ortalama oksijen satürasyonu (%) ve uykudaki %80,0-%89,0 saturasyon arasındaki sürenin, ağır şiddette olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların OUAS düzeyine göre ODİ'nin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların uykunun ODİ'nin OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, uyku latansı (dk), uyku etkinliği ((dk), uyanıklık yüzdesi (%), toplam uyku süresi (dk), uykudaki ortalama nabız sayısı (dk), uykudaki en yüksek sayısı (dk) ve uykudaki en düşük sayısının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($P > 0,05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	n	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**
Yaş				
[a]18-45 (genç)	207	80.40±15.27	79.54±18.31	81.26±13.89
[b]46-65 (orta yaş)	241	68.64±19.60	67.54±21.98	69.73±18.62
[b] 65 yaş üzeri (yaşlı)	36	54.10±19.86	55.09±22.80	53.12±19.06
Test değeri		F=44.776	F=31.738	F=54.597
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**a>b-c**** **b>c****	**a>b-c**** **b>c****	**a>b-c**** **b>c****
Cinsiyet				
Erkek	344	64.90±21.60	62.94±23.91	66.85±21.01
Kadın	140	75.72±17.60	75.33±19.87	76.10±16.79
Test değeri		t=-5.727	t=-5.418	t=-4.638
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Medeni durum				
Evli	433	72.98±18.72	72.09±21.18	73.87±17.75
Bekâr	51	69.26±24.76	68.87±26.73	69.65±24.36
Test değeri		t=1.038	t=0.830	t=1.199
Anlamlılık düzeyi		p=0.304	p=0.410	p=0.236
Çocuk sahibi olma durumu				
Var	442	71.97±19.52	71.10±21.91	72.84±18.58
Yok	42	79.06±17.65	78.57±19.87	79.56±17.46
Test değeri		t=-2.267	t=-2.125	t=-2.250
Anlamlılık düzeyi		**p=0.024***	**p=0.034***	**p=0.025***
Çocuk sayısı				
[a]Çocuk yok	42	79.06±17.65	78.57±19.87	79.56±17.46
[b]1 çocuk	43	79.12±14.53	78.00±17.09	80.25±14.01
[c]2 çocuk	158	75.40±18.56	74.80±21.07	75.99±17.28
[d]3 çocuk	160	71.86±19.02	71.02±21.84	72.70±17.85
[e]3 çocuk üzeri	81	61.71±20.92	60.39±22.49	63.03±20.86
Test değeri		F=10.329	F=8.736	F=10.552
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**a-b-c-d>e****	**a-b-c-d>e****	**a-b-c-d>e****

X̄: Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.9. Devamı. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	n	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**
Eğitim düzeyi				
[a]Okuryazar	25	48.01±16.88	48.50±20.72	47.53±16.72
[b]İlköğretim	228	67.10±19.33	65.59±21.55	68.62±18.50
[c]Lise ve üzeri	231	80.66±15.34	80.35±18.068	80.97±14.29
Test değeri		F=61.046	F=46.461	F=64.379
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**c>a-b****	**c>a-b****	**c>a-b****
		b>a**	**b>a****	**b>a****
Çalışma durumu				
Çalışıyor	299	78.19±16.37	77.56±19.02	78.82±15.24
Çalışmıyor	185	63.53±20.63	62.36±22.83	64.70±20.13
Test değeri		t=8.195	t=7.573	t=8.193
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Meslek				
[a]Şoför	20	80.29±13.23	79.79±14.70	80.79±12.58
[b]Memur	54	81.58±16.13	81.71±19.36	81.45±14.08
[c]Emekli	70	64.79±18.89	64.82±21.03	64.76±18.18
[d]Ev hanımı	115	62.77±21.67	60.86±23.82	64.67±21.31
[e]İşçi	225	64.79±18.89	64.82±21.03	64.76±18.18
Test değeri		F=19.557	F=16.876	F=19.538
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**a-b-e>c****	**a-b-e>c****	**a-b-e>c****
		e >d**	**e >d****	**e >d****
		a-b>d-e**	**a-b>d-e****	**a-b>d-e****
Gelir durumu				
[a]Geliri giderden az	5	58.75±20.88	62.50±25.68	55.00±23.25
[b]Geliri gidere denk	319	70.30±19.99	69.09±22.30	71.50±19.20
[c]Geliri giderden fazla	160	77.59±17.24	77.34±19.68	77.83±16.08
Test değeri		F=9.049	F=8.312	F=8.953
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**c >b****	**c >b****	**c >b****

X̄ : Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.9.' da hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının karşılaştırılması verilmiştir

Tablo 4.9. incelendiğinde; araştırmada hastaların yaş gruplarına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; 18-45 yaş aralığındaki hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, 46-65 yaş aralığı ile 65 yaş üzerindeki yaş aralığındaki hastalara göre; 46-65 yaş aralığındaki hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, 65 yaş üzerindeki yaş aralığındaki hastalara göre; anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, yaş aralığı arttıkça YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9.).

Araştırmada hastaların çocuk sayısına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; çocuğu olmayan hastalar ile bir, iki ve üç çocuk sahibi hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, üç üzerinde çocuğa sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, çocuk sayısı arttıkça YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Araştırmada hastaların eğitim düzeyine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; lise ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, okuryazar ve ilköğretim mezunu hastalara göre; ilköğretim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.9)

Araştırmada hastaların meslek değişkenine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (P < 0,05). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; mesleği şoför ve memur olan ile işçi olan yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre; işçilerin ev hanımlarına göre ve mesleği şoför ve memur olanların ev hanımı ve işçi olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, aktif olarak çalışan şoför, memur ve işçilerin YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının, aktif olarak çalışmayan emekli ve ev hanımı hastalara kıyasen anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Araştırmada hastaların gelir durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (P < 0,05). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; geliri giderden fazla olan hastaların yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının, geliri gidere denk olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, gelir düzeyi yükseldikçe YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.9)

Araştırmada hastaların cinsiyet, çocuk sahibi olma ve çalışma durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; kadın hastaların erkek hastalara göre, çocuk sahibi olanların olmayanlara göre ve çalışanların çalışmayanlara göre YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (P < 0,05). (Tablo 4.9).

Araştırmada, evli hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanının bekâr hastalara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak hastaların medeni duruma göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (P > 0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların VKİ'ne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	n	**$\bar{X}$ ±SD**	**$\bar{X}$ ±SD**	**$\bar{X}$ ±SD**
VKİ Grupları				
[a]Zayıf (<18.5 kg/m^2)	2	75.20±22.09	75.00±23.57	75.41±20.62
[b]Normal (≥18.5- ≤24.99 kg/m^2)	41	83.25±13.83	82.92±16.73	83.57±12.02
[c]Kilolu (≥25.00 - ≤29.99 kg/m^2)	146	80.48±13.82	80.84±15.32	80.12±13.90
[d]Obez (≥30.0 kg/m^2)	295	67.18±20.58	65.68±23.05	68.68±19.77
Test değeri		F=22.336	F=22.240	F=18.663
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**a>d****	**a>d****	**a>d****
		c>d**	**c>d****	**c>d****

$\bar{X}$: Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.10.'da hastaların VKİ'ne göre YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.10. incelendiğinde; araştırmada hastaların VKİ gruplarına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (P < 0,05). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; zayıf hastaların obez hastalara göre ve normal VKİ'ye sahip olan hastalara göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, VKİ düzeyi arttıkça YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**OUAS Düzeyi**								
	OUAS Yok		**Hafif OUAS**		**Orta OUAS**		**Ağır OUAS**		**Test değeri ve p**
Yaş	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
18-45 (genç)	36	17,4	19	9,2	54	26,1	98	47,3	χ^2=19.12
46-65 (orta yaş)	17	7,1	21	8,7	66	27,4	137	56,8	**p=0.004***
>65 yaş (yaşlı)	-	0,0	3	8,3	8	22,2	25	69,4	
Cinsiyet									
Erkek	26	7,6	32	9,2	88	25,6	198	57,6	χ^2=16.331
Kadın	27	19,3	11	7,8	40	28,6	62	44,3	**p=0.001***
Medeni durum									
Evli	43	9,9	41	9,5	120	27,7	229	52,9	χ^2=8.508
Bekâr	10	19,6	2	3,9	8	15,7	31	60,8	**p=0.037***
Çocuk sahibi olma durumu									
Var	41	9,3	38	8,6	122	27,6	241	54,5	χ^2=16.701
Yok	12	28,6	5	11,9	6	14,3	19	45,2	**p=0.001***
Çocuk sayısı									
Çocuk yok	12	28,6	5	11,9	6	14,3	19	45,2	
1 çocuk	3	7,0	4	9,3	20	46,5	16	37,2	
2 çocuk	18	11,4	16	10,1	39	24,7	85	53,8	χ^2=33.531
3 çocuk	17	10,6	13	8,1	45	28,2	85	53,1	**p=0.001***
> 3 çocuk	3	3,7	5	6,2	18	22,2	55	67,9	
Eğitim düzeyi									
Okuryazar	1	4,0	-	0,0	7	28,0	17	68,0	χ^2=6.204
İlköğretim	22	9,6	20	8,8	61	26,8	125	54,8	p=0.401
Lise ve üzeri	30	13,0	23	10,0	60	26,0	118	51,1	
Çalışma durumu									
Çalışıyor	31	10,4	32	10,7	72	24,1	164	54,8	χ^2=4.995
Çalışmıyor	22	11,9	11	5,9	56	30,3	96	51,9	p=0.172
Meslek									
Şoför	1	5,0	2	10,0	5	25,0	12	60,0	
Memur	7	13,0	9	16,7	12	22,2	26	48,1	χ^2=16.536
Emekli	3	4,3	4	5,7	21	30,0	42	60,0	p=0.168
Ev hanımı	19	16,5	7	6,1	35	30,4	54	47,0	
İşçi	23	10,2	21	9,3	55	24,4	126	56,0	
Gelir durumu									
Geliri giderden az	-	0,0	-	0,0	3	60,0	2	40,0	
Geliri gidere denk	37	11,6	29	9,1	86	27,0	167	52,4	χ^2=4.268
Geliri giderden fazla	16	10,0	14	8,8	39	24,4	91	56,9	p=0.641

χ^2: Pearson Ki-Kare Testi değeri, *P < 0,05

Tablo 4.11.'de hastaların OUAS düzeyine göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.11. incelendiğinde; 18-45 yaş aralığındaki hastaların %47,3'ünün ağır şiddette OUAS, 46-65 yaş aralığındakilerin %56,8'inin ağır OUAS ve 65 yaş üzerindekilerin ise %69,4'ünün ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Araştırmada, erkeklerin %57,6'sının ve kadınların %44,3'ünün ağır şiddette OUAS'lı olduğu belirlenmiştir. Evlilerde ağır şiddette OUAS %52,9 iken bekârlarda bu oran %60,8 olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olma durumuna bakıldığında, çocuk sahibi olan hastalarda ağır şiddette OUAS %54,5 olarak saptanmış ve genel olarak çocuk sayısı arttıkça ağır şiddette OUAS oranı artmakta ve 3 ve üzeri çocuğu olanlarda bu oran % 67,9 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyine bakıldığında okuryazarların %68,0' inde ağır şiddette OUAS saptanmış olup bu oran ilköğretim eğitim seviyesinde %54,8, lise ve üzeri eğitim seviyesinde %51,1 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde çalışanların %54,8' inde, çalışmayanların ise %51,9' unda ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Meslek grupları incelendiğinde şoförlerin %60,0' ında, memurların %48,0' inde ve işçilerin %56,0' sında ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Gelir durumuna baktığımızda geliri giderden az olan hastalarda ağır şiddette OUAS oranı %40,0 iken bu oran geliri gidere eşit olan hastalarda %52,4, geliri giderden fazla olan hastalarda ise %56,9 olarak saptanmıştır. Araştırmada, hastaların yaşı, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olunan çocuk sayısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu ($P < 0,05$); ancak hastaların eğitim durumu, yaptığı meslek ve gelir düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($P > 0,05$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Hastaların OUAS Düzeyine Göre VKİ'nin Karşılaştırılması

Değişkenler	**OUAS Düzeyi**								
	OUAS Yok		**Hafif OUAS**		**Orta OUAS**		**Ağır OUAS**		**Test değeri ve p**
VKİ	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	
Zayıf	1	50,0	-	0,0	-	0,0	1	50,0	
Normal	20	48,2	6	14,8	11	27,2	4	9,8	χ^2=119.833
Kilolu	18	12,3	21	14,4	53	36,3	54	37,0	**p>0.001***
Obez	14	4,8	16	5,4	64	21,6	201	68,2	

χ^2: Ki-Kare Testi değeri, *P < 0,05

Tablo 4.12.'de hastaların OUAS düzeyine göre VKİ'nin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.12. incelendiğinde; zayıf hastaların %50,0'sinde OUAS bulunmazken, %50,0'sinde ağır şiddette OUAS tepit edilmiştir. Normal VKİ'nde ki hastaların %48,2'sinde OUAS bulunmazken, kilolu hastaların %37,0'sinde ağır OUAS ve obez hastaların %68,2'sinde ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Araştırmada, hastaların VKİ düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (χ^2=119.833; p>0.001; P < 0,05) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. Hastaların OUAS Durumu ve OUAS Düzeyine Göre VKİ Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler			**VKİ (kg/m^2)**
	n	**%**	**$\bar{X}$ ±SD**
OUAS Durumu			
Yok (AHİ<5)	53	11	26.91±4.55
Var (AHİ≥5)	431	89	33.40±6.44
Test değeri			t=-7.116
Anlamlılık düzeyi			**p>0.001***
OUAS Düzeyi			
[a]OUAS Yok (AHİ<5)	53	11	26.91±4.55
[b]Hafif OUAS (5≤AHİ<15)	43	8,9	29.71±5.38
[c]Orta OUAS (15≤AHİ<30)	128	26,4	31.14±5.04
[d]Ağır OUAS (AHİ≥30)	260	53,7	35.12±6.61
Test değeri			F=37.850
Anlamlılık düzeyi			**p>0.001***
Fark			**c-a**; d>a-b-c****

$\bar{X}$: Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.13.'de hastaların OUAS durumu ve OUAS düzeyine göre VKİ ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.13. incelendiğinde; araştırmada hastaların OUAS durumuna göre hastaların VKİ ortalamasının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; AHİ'ye göre OUAS'lı hastaların VKİ ortalamasının, AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastaların VKİ ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0,05$) (Tablo 4.13.).

Araştırmada hastaların AHİ'ne göre OUAS düzeyine göre VKİ ortalamasının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($P < 0,05$). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre orta düzeyde OUAS'lı hastaların VKİ ortalamasının, OUAS'lı olmayan hastalara VKİ ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. AHİ'ye göre ağır OUAS'lı hastaların VKİ ortalamasının, hafif OUAS'lı, orta düzeyde OUAS'lı ve OUAS'lı olmayan hastalara VKİ ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, AHİ'ye göre OUAS düzeyi arttıkça VKİ ortalamalarının anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.13.).

Tablo 4.14. Hastaların Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanılarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının

Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanısı		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	n	**$\bar{X}$ ±SD**	**$\bar{X}$ ±SD**	**$\bar{X}$ ±SD**
Kronik hastalık tanısı				
Var	321	65.38±21.82	67.89±18.98	65.38±21.82
Yok	163	84.29±15.52	84.32±11.67	84.29±15.52
Test değeri		t=-11.882	t=-10.987	t=-11.733
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
DM				
Var	152	62.33±20.42	61.18±22.96	63.49±19.53
Yok	332	77.28±17.08	76.59±19.49	77.97±16.22
Test değeri		t=-7.854	t=-7.173	t=-7.969
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
HT				
Var	208	64.87±20.28	63.54±22.31	66.19±19.68
Yok	276	78.40±16.61	77.93±19.30	78.87±15.64
Test değeri		t=-7.845	t=-7.437	t=-7.650
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Astım				
Var	109	61.93±19.70	59.91±22.02	63.96±19.59
Yok	375	75.68±18.27	75.19±20.55	76.17±17.34
Test değeri		t=-6.790	t=-6.723	t=-6.277
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
KOAH				
Var	27	49.93±21.97	46.29±24.74	53.58±21.07
Yok	457	73.92±18.47	73.25±20.71	74.60±17.75
Test değeri		t=-5.559	t=-6.497	t=-5.078
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
İnme				
Var	1	33.75±0.00.	33.33±0.00.	34.16±0.00.
Yok	483	72.67±19.39	71.83±21.78	73.50±18.50
Test değeri		t=-2.005	t=1.766	t=-2.124
Anlamlılık düzeyi		**p=0.046***	p=0.078	**p=0.034***
Mİ				
Var	4	50.83±28.34	48.95±33.05	50.83±28.34
Yok	480	72.77±19.30	71.94±21.66	72.77±19.30
Test değeri		t=-2.255	t=-2.105	t=-2.250
Anlamlılık düzeyi		**p=0.025***	**p=0.036***	**p=0.025***

Karşılaştırılması

$\bar{X}$: Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.14. Devamı. Hastaların Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanılarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Sıklığı ve Hastalık Tanısı		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	N	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**
KKY				
Var	56	55.86±19.14	54.48±21.62	57.24±18.44
Yok	428	74.77±18.42	74.01±20.84	75.54±17.53
Test değeri		t=-7.191	t=--6.564	t=-7.298
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Kalp Ritim Bozukluğu				
Var	7	67.85±16.53	63.09±16.39	72.61±17.35
Yok	477	72.66±19.50	71.88±21.88	73.43±18.60
Test değeri		t=-0.648	t=-1.057	t=-0.116
Anlamlılık düzeyi		p=0.517	p=0.291	p=0.908
Troid Hastalıkları				
Var	22	57.25±22.78	55.49±25.56	59.01±21.59
Yok	462	73.32±19.00	72.52±21.36	74.11±18.16
Test değeri		t=-3.838	t=-3.621	t=-3.776
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Osteoporoz				
Var	29	54.02±17.42	51.72±18.81	56.32±18.11
Yok	455	73.77±18.98	73.03±21.39	74.51±18.07
Test değeri		t=-5.456	t=-5.234	t=-5.254
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Kanser				
Var	2	51.04±18.56	52.08±20.62	50.00±16.49
Yok	482	72.68±19.42	71.83±21.81	73.52±18.53
Test değeri		t=-1.572	t=-1.278	t=-1.792
Anlamlılık düzeyi		p=0.117	p=0.202	p=0.074
Depresyon				
Var	58	60.36±21.53	59.12±24.98	61.60±19.97
Yok	426	74.25±18.56	73.47±20.81	75.03±17.80
Test değeri		t=-4.681	t=-4.182	t=-5.309
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***

X̄ : Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.14.' de hastaların kronik hastalık sıklığı ve hastalık tanılarına göre YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve BÖ-12 puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.14 incelendiğinde; araştırmada hastaların kronik hastalık tanısı olma durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; kronik hastalık tanısı olan hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının kronik hastalık tanısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0,05$). (Tablo 4.14.).

Araştırmada hastaların DM, HT, Astım, KOAH, İnme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı varlığına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; DM, HT, Astım, KOAH, İnme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı olan hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının DM, HT, Astım, KOAH, İnme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0,05$). (Tablo 4.14.).

Araştırmada, kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olmayan hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanının kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak hastaların kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olma durumuna göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($P > 0,05$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.15. Hastaların OUAS Düzeyine Göre Hastalık Sıklıklarının Karşılaştırılması

Değişkenler	**OUAS Düzeyi**								
	OUAS Yok		**Hafif OUAS**		**Orta OUAS**		**Ağır OUAS**		**Test değeri ve p**
Kronik hastalık tanısı	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Var	21	6,5	28	8,7	83	25,9	189	58,9	χ^2=21.792
Yok	32	19,6	15	9,2	45	27,6	71	43,6	**p>0.001***
DM									
Var	3	2,0	8	5,3	41	27,0	100	65,8	χ^2=25.610
Yok	50	15,1	35	10,5	87	26,2	160	48,2	**p>0.001***
HT									
Var	8	3,8	15	7,2	50	24,0	135	64,9	χ^2=27.254
Yok	45	16,3	28	10,1	78	28,3	125	45,3	**p>0.001***
Astım									
Var	8	7,3	9	8,3	27	24,8	65	59,6	χ^2=2.803
Yok	45	12,0	34	9,1	101	26,9	195	52,0	p=0.423
KOAH									
Var	2	7,4	3	11,1	4	14,8	18	66,7	χ^2=2.843
Yok	51	11,2	40	8,8	124	27,1	242	53,0	p=0.417
İnme									
Var	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	100,0	χ^2=0.863
Yok	53	11,0	43	8,9	128	26,5	259	53,6	p=0.938
Mİ									
Var	-	0,0	1	25,0	-	0,0	3	75,0	χ^2=3.027
Yok	53	11,0	42	8,8	128	26,7	257	53,5	p=0.387
KKY									
Var	1	1,8	4	7,1	19	33,9	32	57,1	χ^2=6.552
Yok	52	12,1	39	9,1	109	25,5	228	26,0	p=0.088
Kalp Ritim Bozukluğu									
Var	-	0,0	1	14,3	4	57,1	2	28,6	χ^2=4.378
Yok	53	11,1	42	8,8	124	26,0	258	54,1	p=0.223
Troid Hastalıkları									
Var	-	0,0	1	4,5	6	27,3	15	68,2	χ^2=3.916
Yok	53	11,5	42	9,1	122	26,4	245	53,0	p=0.271
Osteoporoz									
Var	-	0,0	2	6,9	9	31,0	18	62,1	χ^2=4.161
Yok	53	11,6	41	9,0	119	26,2	242	53,2	p=0.245
Kanser									
Var	1	50,0	-	0,0	-	0,0	1	50,0	χ^2=3.511
Yok	52	10,8	43	8,9	128	26,6	259	53,7	p=0.319
Depresyon									
Var	6	10,3	4	6,9	16	27,6	32	55,2	χ^2=0.373
Yok	47	11,0	39	9,2	112	26,3	228	53,5	p=0.946

χ^2: Ki-Kare Testi değeri, *P < 0,05

Tablo 4.15' te hastaların OUAS düzeyine göre hastalık sıklıklarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.15 incelendiğinde; araştırmada kronik tanısı olan hastaların %8,7' sinde hafif şiddette OUAS, %25,9'unda orta şiddete OUAS ve %58,9' unda ise ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Ağır şiddette OUAS saptanan hastaların %65,8' inde DM, %64,9' unda HT, %59,6' sında astım, %66,7' sinde KOAH, %75,0' inde MI, %57,1' inde KKY, %28,6' sında kalp ritim bozukluğu, %68,2' sinde troid hastalıkları, %62,1' inde osteoporoz, %50,0' sinde kanser ve %55,2' sinde ise depresyon varlığı saptanmıştır. Araştırmada, hastalarda kronik hastalık tanısı durumu DM tanısı ve HT hastalık tanısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu (P < 0,05); ancak araştırmaya katılan hastaların astım, KOAH, inme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (P > 0,05) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.16. Hastaların OUAS Durumu ve OUAS Düzeyine Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12), Fiziksel Bileşen Özet (FBÖ-12) ve Mental Bileşen Özet (MBÖ-12) Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler		**Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12) ve Bileşenleri**		
		SF-12 Toplam	**FBÖ-12 Toplam**	**MBÖ-12 Toplam**
	n	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**	**X̄ ±SD**
OUAS Durumu				
Yok (AHİ<5)	53	84.44±11.30	84.35±14.33	84.52±10.44
Var (AHİ≥5)	431	71.13±19.75	70.20±22.10	72.06±18.90
Test değeri		t=7.305	t=6.320	t=7.336
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
OUAS Düzeyi				
[a]OUAS Yok (AHİ<5)	53	84.44±11.30	84.35±14.33	84.52±10.44
[b]Hafif OUAS (5≤AHİ<15)	43	80.39±15.55	80.23±18.00	80.56±14.03
[c]Orta OUAS (15≤AHİ<30)	128	74.04±17.64	72.52±19.96	75.57±17.03
[d]Ağır OUAS (AHİ≥30)	260	68.16±20.70	67.40±23.14	68.92±19.77
Test değeri		F=14.741	F=12.354	F=15.331
Anlamlılık düzeyi		**p>0.001***	**p>0.001***	**p>0.001***
Fark		**a>c-d****	**a>c-d****	**a>c-d****
		b-c>d**	**b-c>d****	**b-c>d****

X̄ : Ortalama, SD: Standart Sapma, F: ANOVA Varyans Analizi değeri, t: Bağımsız gruplarda t testi değeri, *P < 0,05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.16.'da hastaların OUAS durumu ve OUAS düzeyine göre YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.16. incelendiğinde; araştırmada hastaların OUAS durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; AHİ'ye göre OUAS'lı hastaların YKÖ (SF-12), FBÖ-12 ve MBÖ-12 puanlarının AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (P < 0,05) (Tablo 4.16.).

Araştırmada hastaların AHİ'ne göre OUAS düzeyine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (P < 0,05). Farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans Analizinin Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastaların orta ve ağır şiddette OUAS'lı hastalara göre ve hafif şiddette OUAS'lı ve orta şiidetteki OUAS'lı hastalara göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, AHİ'ye göre OUAS düzeyi arttıkça YKÖ (SF-12), FBÖ-12 puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.16.).

Tablo 4.17. Hastaların PSG'den Edilen AHİ Puanlarının Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeyi Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Lineer Regresyon Analiz Sonuçları

			Standart			
Değişken		**B**	**Hata**	**Beta**	**T**	**p**
Yaşam	**Sabit**	81.155	1.313	-	61.811	0.000*
Kalitesi	**AHİ**	-0.174	0.023	-0.320	-7.425	0.000*
*$R=0.320, R^2=0.103, F_{(1, 482)} =55.136, p>0.001$**						

-Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. *P < 0,001

Tablo 4.17.' de araştırmaya katılan PSG'den Edilen AHİ puanlarının hastaların yaşam kalitesi düzeyi üzerine etkisini belirlemeye yönelik Lineer Regresyon Analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.17. incelendiğinde; hastaların AHİ değişkeni ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir *($R=0.320$, $R^2=0.103$, $F_{(1, 482)} =55.136$, $p>0.001$).* Hastaların PSG'deki AHİ değerleri, yaşam kalitesi toplam

varyansının %10,3'ünü açıklamaktadır. Hastaların PSG'de ki AHİ değerleri, hastaların yaşam kalitesi düzeyinin %10,3'ünü anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir (t=7.425; P < 0,001). Hastaların PSG'de ki AHİ değerleri, yaşam kalitesini anlamlı düzeyde 0.174 kat azaltmaktadır (P < 0,001). Buna göre AHİ değerlerindeki bir birim artış hastaların yaşam kalitesini 0.174 kat anlamlı düzeyde düşürmektedir (P < 0,001) (Tablo 4.17.).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran OUAS'lı hastalarda kronik hastalıklar sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmış, 484 gönüllü katılımcı ile tamamlanmıştır. Bu bölümde çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda, hastaların ortalama 48.35±11.32 yaşında ve %49,8'inin 46-65 (orta yaş) yaş aralığında, %71,1'inin erkek, %89,5'inin evli, %91,3'ünün çocuğa sahip olduğu, %47,7'sinin lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %61,8'inin çalıştığı, %46,5'inin mesleğinin işçi olduğu ve %65,9'unun gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Literatürde bu çalışmaya benzer araştırma bulgularının olduğu görülmektedir. (Kabak ve Hocanlı, 2022; Yıldırım ve Kaya Tekeşin, 2021; Kandasamy ve ark., 2019; Yılmaz ve Çiledağ, 2015; Nagayoshi ve ark., 2011). Kabak ve Hocanlı (2022) yaptıkları çalışmada, bir yıl içerisinde uyku ünitelerinde tedavi gören hastaların yaş ortalamasını 46.55±11 yıl olarak tespit etmişlerdir. Yıldırım ve Kaya Tekeşin (2021)' nin 385 OUAS'lı hasta bireyler ile yaptıkları bir araştırmada, hastaların yaş ortalaması 49,35±11 yıl ve erkek hastaların oranını %67,4 olarak hesaplanmıştır. Yılmaz ve Çiledağ (2015), 304 OUAS'lı hasta ile sistemik hasta birlikteliği konusunda yaptıkları araştırmada hastaların yaş ortalamasını 50,57±10,05 yıl olarak hesaplamış, erkek bireylerin oranını %76,6 olarak tespit etmişlerdir. Kandasamy ve arkadaşları (2019) yaptıkları araştırmada, OUAS için risk faktörleri olarak; erkek cinsiyet, ileri yaş ve obezite olarak değerlendirmişlerdir (Kandasamy ve ark., 2019). Nagayoshi ve arkadaşları (2011) yaptıkları araştırmada da erkeklerin kadınlara göre iki kat daha fazla OUAS 'lı olduğu tespit edilmiştir (Nagayoshi ve ark., 2011). İsviçre' de 2017 yılında 198.422 kişi ile yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 45 yıl olarak bulunmuş ve erkek hastaların oranı %63,0 olarak tespit edilmiştir (Lichtblau ve ark., 2017). Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada, hastaların VKİ'sinin ortalama 32.69±6.58 kg/m^2 olduğu (Tablo 4.2); %61,0 'inin obez (≥30,0 kg/m^2), %30,2'sinin kilolu (≥25,00 - ≤29,99 kg/m^2), %8,5'inin normal (≥18,5- ≤24,99 kg/m^2) ve %0,4'ünün zayıf (<18,5 kg/m^2) VKİ özelliğinde oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).Türkiye'de OUAS tanısı alan ve uyku ünitelerinde tedavi gören hastaların %30,0 ile %68,0 arasında obez oldukları tespit edilmiş ve yapılan çalışmalarda VKİ 25 kg/m^2 'den küçük olan olan bireylerde hafif OUAS, 25-29.9 kg/m^2 arası olan bireylerde orta OUAS ve VKİ 'nin 30 kg/m^2 'den büyük bireylerde ise şiddetli OUAS oldukları tespit edilmiştir (Saraç ve ark., 2015; Quintas ve ark., 2013). OUAS hastalarında tedavi seçimi amaçlı olarak yapılan bir araştırmada, kilo vermenin OUAS' ın tedavisi üzerinde olumlu sonuçları tespit edilmiştir (Öktem Ayık ve ark., 2011). Literatür bulguları ile araştırma bulgularımızın benzer olduğu ve fazla kilonun boyun çevresinde artışa ve kas tonusunun zayıflığına sebep olduğu ve bu sebeple de hastalarda uyku apnesine sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların %66,3'ünde kronik hastalık tanısı olduğu saptanmıştır. Hastalarda en sık HT ve DM tanısı, en az ise inme ve kanser tanısı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %43,0'ünde HT, %31,4'ünde DM, %22,5'inde astım, %5,6'sında KOAH, %11,6'sında KKY, %1,4'ünde kalp ritim bozukluğu, %4,5'inde troid hastalıklar %6,0'sında osteoporoz, %0,4'ünde kanser ve %12,0'sinde depresyon tanısı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4.). Çalışmaya katılan hastalarda en sık HT ve DM tanısı, en az ise inme ve kanser tanısı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde uyku ünitelerine başvuran hastalar üzerinde yapılan benzer çalışmalarda hastaların %27,0-%45,0'ında HT, %11,4-37,8'inde DM, %8,8-17,2'sinde KKY, %4,1-9,9'unda astım/KOAH olduğu bildirilmiştir (Demir, 2016; Korucuoğlu Valandova, 2016; Saraç ve ark., 2015; Sarıarslan, 2014). Yapılan başka çalışmada ise en sık görülen kronik hastalıklar olarak HT (%32,9), DM (%17,0) ve KKY (%8,9) olduğu saptanmıştır (Ersoy, 2019). OUAS'lı hastalarda yapılan çalışmalarda ise %41,0-51,7'sinde HT, %21,3-24,3'ünde DM, %2,0-5,2'sinde KKY, %19,7'sinde KOAH olduğu bulunmuştur (Mahmudova, 2017; Öztürk İnan, 2015). Çeşitli ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda da hastaların %22,6-47,0'ında HT, %9,3-26,9'unda DM, %16,7-22,7'sinde KOAH, %8,6'sında KVH olduğu tespit edilmiş, bulunan sonuçlar çalışmamızla ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmiştir

(Wali ve ark., 2017; Xıe ve ark., 2017; Arita ve ark., 2015; BaHammam, 2015; Haba-Rubio ve ark., 2015; Vgontzas ve ark., 2014). Ayrıca çalışmamızda kronik hastalık tanısı olan hastaların %8,7' sinde hafif şiddette OUAS, %25,9'unda orta şiddete OUAS ve %58,9' unda ise ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Yani OUAS düzeyi arttıkça kronik hastalıklar (DM, HT, astım, KOAH, KKY, troid hastalıkları ve osteoporoz) ile depresyon düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan araştırmaya göre ülkemizde 2022 yılında 504 bin 839 kişi ölmüş olup, bu ölümler arasında dolaşım sistemi hastalıkları, ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve 2022 yılındaki tüm ölümlerin %35,4 ünü oluşturmaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından sonra iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%15,2) ve solunum sistemi hastalıkları (%13,5) ölüme neden olan hastalıklar olarak sıralanmıştır (TÜİK, 2023). Dolaşım sistemi hastalıklarının neden olduğu ölümler incelendiğinde ise ölümlerin %42,3'ünün iskemik kalp hastalıkları, %23,5'inin diğer kalp hastalıkları, %19,2'sinin serebro vasküler hastalıklar, %9,9'unun hipertansif hastalıklar ve %5,0'ında dolaşıma bağlı diğer hastalıklardan kaynaklandığı görülmüştür (TÜİK, 2023). OUAS solunum sistemi hastalıklarından birisi olup, üst solunum yollarında tam tıkanma ya da kısmi tıkanma nedeniyle uyku esnasında kandaki oksijen seviyesinin düşmesidir (Ursavaş, 2014). Kronik hastalık varlığı ve birçok kronik hastalıkların bir arada bulunması OUAS'ın görülmesinde ve OUAS şiddetinde önemli bir rol oynamaktadır. OUAS en sık görülen kronik hastalıkların başında hipertansiyon gelmektedir (Omak Kaya, 2018).

Çalışmamızda, hastaların PSG parametreleri incelendiğinde; hastaların uyku latansı ortalaması 28.09±26.58 dk, uyku etkinliğinin ortalaması %79.30±12.7, uyanıklık yüzdesinin ortalaması %20.72±12.73, REM'in ortalama %7.68±5.67, Evre 1'in ortalaması %6.20±3.78, Evre 2'nin ortalaması %53.46±12, Evre 3'ün ortalaması %11.87±8.27, AHİ değerinin ortalaması 44.48±34.26 /sa, minimum oksijen saturasyon değerinin ortalaması %76.83±12.45, ortalama oksijen satürasyon değerinin ortalaması %90.22±5.31, uykudaki %80,0-%89,0 saturasyon arasındaki sürenin ortalaması 61.27±77.22 dk, ODİ değerinin ortalaması 49.17±38.44, toplam uyku süresinin ortalaması 319.00±57.72 dk, uykudaki ortalama nabız değerinin ortalaması 68.94±9.28 dk, uykudaki en yüksek nabız ortalaması 97.78±13.27 bpm ve uykudaki en düşük nabız ortalaması 55.20±7.81 bpm olarak hesaplanmıştır (Tablo

4.6).OUAS ‘ın tanısında PSG parametrelerinin yeri tartışılmaz olarak değerlendirilmiş, OUAS’n tanısı ve şiddetinin belirlenmesinde en önemli kriter AHİ olarak açıklanmıştır (Köktürk, 1998). Yıldırım ve Kaya Tekeşin (2021) tarafından OUAS’lı hastalarda klinik ve demografik veriler incelenmiş olup, orta ve ağır derecedeki OUAS hastalarının uyku süresi, hafif düzeydeki OUAS hastalarına göre anlamlı derecede daha fazla tespit edilmiştir. Aynı araştırmada ağır OUAS saptanan hastaların REM yüzdesi, hafif ve orta düzeydeki OUAS hastalarına göre anlamlı derecede daha az tespit edilmiştir (Yıldırım ve Kaya Tekeşin, 2021). Çakartaş ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan “Obstrüktif uyku apne sendromu olan kadın ve erkeklerde respiratuar kas fonksiyonu, solunum fonksiyonları ve egzersiz kapasitesinin incelenmesi” adlı araştırmada, apne- hipopne indeksi AHİ değeri 36,13±26,07, minimum oksijen saturasyonu 74,42±9,61 olarak tespit edilmiştir (Çakartaş ve ark., 2023). Stavrou ve arkadaşları (2021) yaptıkları araştırmada, OUAS ile AHİ ve maksiamal inspirasyon basınç (MIP) arasında anlamlı ilişki olduğunu, OUAS’ta hipoksi reoksijinasyonu sırasında soluk durdurma, intratorasik basıncın artışına ve dolayısıyla da kasların yorgunluğa olan direncini artırdığını tespit etmiştir. (Stavrou ve ark., 2021). Bu bulgulara göre çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, AHİ’ne göre hastaların %89,0’unda OUAS tespit edilmiştir. Katılımcıların AHİ’ne göre; %53,7’sinde ağır şiddette OUAS (AHİ≥30), %26,4’ünde orta şiddette OUAS (15≤AHİ<30), %8,9’unda hafif şiddette OUAS (5≤AHİ<15) bulunduğu ve %11,0’inde OUAS olmadığı (AHİ<5) saptanmıştır (Tablo 4.7). Uyku ünitelerine başvuran hastalarda yapılan bazı çalışmalarda OUAS sıklığının %74,4 ve %75,9 olduğu bildirilmiştir (Demir, 2016; Seyfettin Çelik ve ark., 2016). Çeşitli illerde yapılan çalışmalarda da Ankara’da %66,4, Yozgat’ta %68,7, Edirne’de %81,4, Tokat, Kahramanmaraş ve İstanbul’da %87,5 olduğu bulunmuştur (İnönü Köseoğlu ve ark., 2016; İntepe ve ark., 2016; Korucuoğlu Valandova, 2016; Sezgin, 2015). Farklı ülkelerde uyku ünitelerine başvuran hastalarda yapılan çalışmalarda da OUAS düzeyi Makedonya’da %62,0, Almanya’da %87,0, İspanya’da %88,0, Kuveyt’te %70,2 ve Çin’de %81,5-%87,7 arasında olduğu bildirilmiştir (Al-Terki ve ark., 2018; Karkinski ve ark., 2017; Li ve ark., 2017; Nilius ve ark., 2017; Xie ve ark., 2017; Abad ve ark., 2016). Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan

çalışmalarda uyku ünitelerine başvuran hastalarda OUAS düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında çalışmamızla diğer araştırma sonuçlarının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS düzeyine göre REM yüzdesinin anlamlı düzeyde farklılık göstererek; AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastalar ile orta şiddette OUAS'lı hastaların REM yüzdesinin ağır şiddette olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lakadamyalı ve arkadaşlarının 2008 ve 2011 yılları arasında 427 hasta ile yaptıkları araştırmada, REM ile ilişkili OUAS olguları tüm olguların yaklaşık dörtte birine (108 hasta) denk geldiği saptanmış, aynı araştırmada REM ilişkili OUAS olgularının AHİ değeri, REM ilişkili olmayan OUAS olgularının AHİ değerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Lakadamyalı ve ark., 2012). REM ilişkili OUAS olguları tüm olguların % 10,0- 36,0'sını oluşturmaktadır (Campos-Rodríguez ve ark., 2009; O'Connor ve ark., 2000). 386 hasta ile yapılan ve REM ilişkili OUAS hastalarının fenotipik ve PSG özelliklerinin ele alındığı bir araştırmada, REM ilişkili hastalarının AHİ değerleri daha düşük olduğu saptanmıştır (Çelik ve Öztürk, 2014). Verilerin çalışmalarımızın bulgularıyla benzer olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS düzeyine göre Evre 1, Evre 2 ve Evre 3 yüzdelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların uykunun Evre 1 (uykuya dalma süresi) ve Evre 2 (uykuya hali süresi) süresinin, OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; Evre 3 süresinin (tam uykuya dalma süresi), OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lakdamyalı ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları araştırmada 332 hasta değerlendirilmiş, Evre I ve Evre II uykusunun REM ilişkili olmayan gruba göre daha uzun, Evre III'ün ise REM ilişkili grupta daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların çalışmamızı desteklediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS düzeyine göre minimum oksijen saturasyonu, ortalama oksijen satürasyonu ve uykudaki %80,0-%89,0 saturasyon arasındaki sürenin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; AHİ'ye göre OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastaların minimum oksijen saturasyonu, ortalama

oksijen satürasyonu ve uykudaki %80,0-%89,0 saturasyon arasındaki sürenin, ağır şiddette olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alaçam ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada, hafif, orta ve ağır OUAS'ın hasta gruplarının uyku desatürasyon değerlerini incelendiklerinde ortalama oksijen satürasyonu için; hafif ve orta OUAS grupları arasında, minimum oksijen satürasyonu için; hafif ve ağır OUAS grupları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Alaçam ve ark., 2018). Yapılan başka bir araştırmada ortalama oksijen saturasyonu ve minimum oksijen saturasyonu ağır OUAS grubunda olan hastalarda en düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (Mermit Çilingir, 2021). Literatür çalışmalarındaki bu bulguların, bizim çalışmamızdaki bulgulara benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS düzeyine göre ODİ'nin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; AHİ'ye göre ağır şiddetli OUAS'lı hastaların, OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fenotipik incelemenin yapıldığı bir araştırmada, ODİ değerinin REM ilişkili OUAS gruplarında ve yapılan başka bir çalışma olan REM ilişkili OUAS hastalarında ODİ ve AHİ değerlerinin birbirileriyle korelasyon olduğu saptanmıştır. (Yalçın, 2018; Çelik ve Öztürk, 2014,). Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların yaş gruplarına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; 18-45 yaş aralığındaki hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, 46-65 yaş aralığı ile 65 yaş üzerindeki yaş aralığındaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde 46-65 yaş aralığındaki hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, 65 yaş üzerindeki yaş aralığındaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş aralığı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Yaş faktörü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma bulunmakta ve dolayısı ile bu iki kavram arasında sıkı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Öztop ve ark., 2009; Memik ve ark., 2007). Yaş ile birlikte gelişen sağlık sorunları, rol kayıpları, aile fertlerinin kayıpları, bilişsel fonksiyonlarda azalma ve benzeri durumlar bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (Güven ve Şener, 2010; Altuğ ve ark., 2009; Paskulin ve Molzahn, 2007). Araştırma

sonuçlarımıza benzer sonuçları yapılan araştırmalarda görmekteyiz. Zeitlhofer ve arkadaşlarının 1049 kişi ile yaptıkları bir araştırmada yaş faktörü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bakar yaptığı bir araştırmada 65 yaş üzerindeki bireylerde kronik hastalığın varlığı, düşük gelir düzeyinde olma ve sağlık algısındaki bozulma ile birlikte bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamıştır (Bakar, 2012; Zeitlhofer ve ark., 2000). Yapılan başka bir çalışmada, yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir (Şahin ve Emiroğlu, 2014). Araştırmamızda yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesinin düşmesi; kronik hastalık varlığı, obezite, çocuk sayısı, eğitim düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların çocuk sayısına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; çocuğu olmayan hastalar ile bir, iki ve üç çocuk sahibi hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, üç üzerinde çocuğa sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9). Aşırı doğurganlığın ve bakmakla yükümlü bireylerin fazla olması kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmada; çocuk sayısının fazla olması sebebiyle, aile bireylerinin fiziksel sosyal ve ruhsal yönden yaşam kaliteleri daha düşük düzeyde saptanmıştır (Yurdakul ve ark., 2007). Aktaş ve Özvurmaz (2019) yaptıkları bir araştırmada hiç çocuğu olmayanların, çocuğu olanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aktaş ve Özvurmaz, 2019). Araştırma bulgumuzun literatür çalışmalarıyla desteklendiği tespit edilmiştir. Çocuk sayısının fazla olması bireylerin yaşamını kısıtladığı, ekonomik sıkıntılara sebep olduğu, bireylerin uyku kalitesini etkileyerek ve buna benzer sebeplerle de kişilerde yaşam kalitesinin düşüklüğüne sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların eğitim düzeyine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; lise ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, okuryazar ve ilköğretim mezunu hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde ilköğretim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, okuryazar olan

hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.9). Torlak ve Yavuzçehre 2008 yılında yaptıkları bir araştırmada, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin de yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Eğitim seviyesinin yüksekliği ile birlikte yaşam kalitesinin de arttığı yapılan birçok araştırma sonucu ile bildirilmektedir (Değer ve Ordu, 2022; Korkmaz ve Ümmet, 2021; Altuğ ve ark., 2009; Özyurt ve ark., 2007). Bu araştırmada da literatür ile uyumlu olarak lise ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, okuryazar ve ilköğretim mezunu hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinin yüksek olması ile sosyal olanaklara ulaşılabilirlilik ve bu sebeple de ihtiyaçların karşılanması ile yaşam kalitesinin de yüksek düzeyde olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hastaların meslek değişkenine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; mesleği şoför ve memur olan ile işçi olan yaşam kalitesi düzeyinin, emekli ve ev hanımı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde işçilerin ev hanımlarına göre ve mesleği şoför ve memur olanların ev hanımı ve işçi olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aktif olarak çalışan şoför, memur ve işçilerin yaşam kalitesi puanlarının, aktif olarak çalışmayan emekli ve ev hanımı hastalara kıyasen anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Demiral yaptığı bir araştırmada, işsizliğin yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (Demiral, 2001). Yapılan başka bir araştırmada herhangi bir işte çalışanların yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (Aşan ve Erenler, 2008). Sosyal bir varlık olarak gösterilen insanın bireyler ile etkileşim sürecinde olması onu daha başarılı ve daha mutlu olmasını sağlamaktadır. Dolayısı ile herhangi bir işte çalışan insanların muhtemel ekonomik faktörlerle, işsiz bir insanlara göre daha sosyal, daha sağlıklı ve daha mutlu olduğu, yaşam kalitelerinin de daha yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, hastaların gelir durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; geliri

giderden fazla olan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, geliri gidere denk olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde araştırmamıza benzer sonuçların olduğu tespit edilmiştir (Değer ve Ordu, 2022; Aydın ve Karaoğlu, 2012; Wikman ve ark., 2011). Değer ve Ordu 2022 yılında yaptıkları araştırmada ek geliri olanların ek geliri olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İngiltere' de Wikman ve arkadaşlarının 2011 yılında 11500 kişi ile yaptıkları araştırmada, zengin olan yaşlı bireylerin fakir olan bireylere göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde 2012 yılında Aydın ve Karaoğlu tarafından yapılan başka bir çalışmada da düzenli bir şekilde aylık geliri olan yaşlıların düzenli geliri olmayanlara göre yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ile yapılan literatür çalışmalarında bildirilen sonuçların uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların cinsiyet durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; kadın hastaların erkek hastalara göre yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken (Ergen ve ark., 2011; Avcı ve Pala, 2004), bazı çalışmalarda kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha yüksek düzeyde olduğu (Gülmez, 2013; Eriş, 2012), farklı yaş, farklı sosyo-ekonomik gruplar ve farklı bölgelerde yapılan bazı çalışmalarda ise kadınların yaşam kalitesinin erkeklerin yaşam kalitesine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Vural ve ark., 2010; Koçoğlu ve Akın, 2009; Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Castillion ve ark., 2005). Cinsiyet değişkeninin sosyo-ekonomik, sosyo- kültürel faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, evli hastaların yaşam kalitesi puanının bekar hastalara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak hastaların medeni duruma göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.9). Literatürde yapılan araştırmalara incelendiğinde, evli olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu anlaşılmaktadır (Perim, 2007; Avcı ve Pala, 2004;

Baydur, 2001). Perim 2007 yılında bir hastanede çalışan hemşirelerin yaşam kaliteleri algısı çalışmasında evli olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu saptanmıştır (Perim, 2007). Avcı ve Pala 2004 yılında bir hastanede çalışan araştırma görevlisi ve uzman hekimlerle yaptıkları yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde evli olmanın yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Bu durumun sebebinin, evli çiftelerin birbirilerine sağladığı sosyal ya da ekonomik destekten kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların VKİ gruplarına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; zayıf hastaların obez hastalara göre ve normal VKİ'ye sahip olan hastalara göre yaşam kalitesi ve bileşenleri puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların VKİ düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). Fazla kilo, toplumun büyük bir kısmını etkileyen önemli bir sağlık sorunu ve yaşam kalitesini düşüren, hastalıklara sebebiyet veren ve yaşam süresini olumsuz etkileyen çocuk, genç ya da yaşlı demeden tüm bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilediği savunulmuştur (Ayyıldız ve Demirli, 2015). Yapılan araştırmalar incelendiğinde, vücut kitle indeksi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Doğan ve ark., 2018; Latner ve ark., 2013; Hasanefendioğlu ve ark., 2012; Kolotkin ve ark., 2002). Hasanefendioğlu ve arkadaşları (2012) yaptıkları araştırmada VKİ ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır (Hasanefendioğlu ve ark., 2012). Doğan ve arkadaşları (2018) yaptıkları araştırmada gebe kadınlarda vücut kitle indeksi artıkça yaşam kalitesi ve alt bileşenlerinin puanlarının düştüğü bildirilmiştir (Doğan ve ark., 2018). Amerika, Fransa, İsveç, Avusturya ve İngiltere' de genel popülasyon üzerinde yapılan araştırmaya göre VKİ arttıkça bireylerin yaşam kalitesinin (özellikle fiziksel bileşen) düştüğü saptanmıştır (Kolotkin ve ark., 2002). Latner ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları araştırmada, obezitenin yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de zihinsel alanlarında bozulmaya sebep olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmışlardır (Latner ve ark., 2013). Araştırma bulgumuz ile yapılan araştırma sonuçlarının benzer olduğu, VKİ artışının yaşam koşullarını kısıtlayarak, kişide; sosyal, fiziksel, ruhsal sorunlara sebep olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmamızda, 65 yaş üzerindeki hastaların %69,4'ünde, erkeklerin %57,6'sında, bekârların %60,8'inde, üç ve üzeri çocuğu olanların %67,9'unda, okuryazarların %68,0' inde, çalışanların %54,8'inde, şoförlerin %60,0'ında, geliri giderden fazla olan hastaların %56,9'unda ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olunan çocuk sayısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu bulunurken; katılımcıların eğitim durumu, yaptığı meslek ve gelir düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.11). Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda OUAS sıklığının yaş ile doğru orantılı olduğu, yaş arttıkça OUAS sıklığının arttığı sonucuna varılmıştır (Küçüktepe, 2018; Lee ve ark., 2017; Wali ve ark., 2017; Günel, 2016; Korucuoğlu Valandova, 2016; Sezgin, 2015; Sarıarslan, 2014). Yaş ilerledikçe yağ dokusunun vücuttaki dağılımı, kronik hastalıklar durumu ile birden fazla görülen kronik hastalıklar, solunum yollarındaki tıkanıklar gibi sebepler OUAS sıklığındaki artışa neden olduğunu düşündürmektedir (Masiyev, 2016; Biçer, 2015; Seyfettin Çelik, 2015). Güney Kore'de yapılan araştırmada da benzer durum saptanmış olup, eğitim seviyesi lise ve dengi olan katılımcılarda, lise seviyesinde daha düşük eğitimli katılımcılara göre OUAS sıklığının 1,6 kat arttığı bildirilmiştir (Sunwoo ve ark., 2018). Eğitim seviyesi ile OUAS sıklığının ters orantılı olması, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların, eğitim seviyesi düşük olan hastalara göre daha sağlıklı yaşamaları, yaşam kriterleri ve koşullarının daha iyi olması, hastalıklar konusunda daha bilinçli olmaları ile bağdaştırılabilir. Buna rağmen yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesi ile OUAS sıklığı arasında bağlantı olmadığı saptanmıştır. Çin'de yapılan çalışmalar buna örnek gösterilebilir (Zhou ve ark., 2018; Xian-Le ve ark., 2015). Omak Kaya (2018), Chou ve ark (2016) ve Biçer, (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da eğitim seviyesi ile OUAS sıklığı arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu durumun örneklem büyüklüğü ve seçimi ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada OUAS sıklığı çalışan, çalışmayan ve emekliler arasında; çalışanlarda ve emeklilerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Ersoy, 2019). Literatürde yer alan diğer çalışma sonuçları ile çalışmamızın sonuçlarının uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, zayıf hastaların %50,0'sinde, kilolu hastaların %37,0'sinde ve obez hastaların %68,1'inde ağır şiddette OUAS olduğu saptanmıştır. Katılımcıların VKİ

düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.12). OUAS'ın en önemli risk faktörleri arasında obezite gelmektedir (Korucuoğlu Valandova, 2016; Sezgin, 2015). Uyku ünitelerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda obezite oranları %30,0-%68,0 arasında bulunmuştur. (Korucuoğlu Valandova, 2016; Biçer, 2015; Çelik, 2015; Saraç ve ark., 2015; Sezgin, 2015). Ülkemizde çeşitli illerde yapılan çalışmalarda Edirne'de %66,3'ünün obez, %15,5'inin ise morbid obez, Konya'da %68,0'inin obez, Çanakkale'de ise %27,3'ünün pre-obez, %62,0'ı obez olduğu ve bunların %11,7'sinin morbid obez olduğu tespit edilmiştir (Ersoy, 2019; Korucuoğlu Valandova, 2016; Biçer, 2015;). Yapmış olduğumuz çalışmada ise hastaların %61,0 'inin obez, %30,2'sinin kilolu, %8,5'inin normal ve %0,4'ünün zayıf oldukları tespit edilmiştir. VKİ değerleri göz önünde bulundurularak yapılan çalışmalara bakıldığında, Ankara'da yapılan çalışmada VKİ ortalaması OUAS hastalarında 30,55 kg/m^2, OUAS olmayan hastalarda 27,74 kg/m^2, Antalya'da yapılan çalışmada OUAS olmayan basit horlamalı hastalarda 26 kg/m^2, hafif şiddette OUAS olanlarda 28,7 kg/m^2, orta şiddette OUAS olanlarda 30,1 kg/m^2 ve ağır şiddette OUAS olanlarda 34,2 kg/m^2 olarak bulunmuştur (Küçüktepe, 2018; Atan ve ark., 2017). Bursa'da yapılan çalışmada OUAS'lı hastaların VKİ ortalamasının 30,7 kg/m^2, OUAS olmayanlarda ise 27,7 kg/m^2 bulunmuşken; Çanakkale'de yapılan çalışmada ise bu değerler OUAS hastalarında 33,71 kg/m^2 ken OUAS olmayan hastalarda 28,94 kg/m^2olarak bulunmuştur (Ersoy, 2019; Aydın Güçlü, 2017). Yapmış olduğumuz çalışmada ise OUAS olmayan hastaların VKİ ortalaması 26,91 kg/m^2olup, OUAS lı hastaların VKİ ortalaması ise 33,40 kg/m^2olarak bulunmuştur. OUAS düzeyine göre bakıldığında ise hafif şiddetli OUAS hastalarında 29,71 kg/m^2, orta şiddetli OUAS hastalarında 31,14 kg/m^2ve ağır şiddetli OUAS hastalarında ise 35,12 kg/m^2olarak bulunmuş olup VKİ düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Obez bireylerde yüksek kiloya bağlı fiziksel hareketlerde kısıtlanma meydana gelmekte ve OUAS'a eğilimi artırmaktadır. Apne ve hipopneler OUAS'lı hastalarda sık uyku bölünmesine neden olarak uyku kalitesini ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini bozmaktadır (TTD, 2012; Deldin ve ark., 2006; Schroder ve O'Hara, 2004). Bizim çalışmamız da literatürdeki diğer çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olup, ağır

OUAS'lı hastalarda AHİ değeri artışı ile yaşam kalitesi düzeyindeki azalma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda, hastaların kronik hastalık tanısı olma durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; kronik hastalık tanısı olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının kronik hastalık tanısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). D'Ambrosio ve ark. (1999)'nın yaptığı bir çalışmada, OUAS'lılarda yaşam kalitesinin belirgin bir biçimde bozulduğunu bildirmişlerdir. Bulgularımız, orta ve ağır OUAS'ın kişilerde kronik hastalıklarında etkisiyle birlikte yaşam kalitesinde bozulmaya neden olduğunu göstermektedir ve literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda, hastaların DM, HT, Astım, KOAH, İnme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı varlığına göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; DM, HT, astım, KOAH, inme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının DM, HT, astım, KOAH, inme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Kronik hastalıkların tedavisinde amaç, bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Akdemir ve Akkuş, 2006). DM'li hastalarla ile yapılan birçok araştırmada, yaşam kalitesi (fiziksel ve psikososyal sağlığı) başta olmak üzere birçok olumsuz etkisi saptanmıştır (Imayama ve ark., 2011; Lee ve ark., 2009; Eljedi ve ark., 2006). Erdem ve Ergüney (2005) yaptıkları araştırmada, ülkemizde erkek olma ve düşük gelir sahibine sahip kroner arter hastalığına sahip bireylerin yaşam kalitesi düşük tespit edilmiştir (Erdem ve Ergüney, 2005). Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok araştırmada hipertansiyon hastalığına sahip olan popülasyonun yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Göçgeldi ve ark., 2008; Aydemir ve ark., 2005; Bardage ve Isacson, 2001). KOAH hastalığına sahip hastaların yaşam kalitelerinin incelendiği araştırmalarda KOAH hastalığnın, zamanla bireyde yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir. (Soyyiğit ve ark., 2006; Demir ve ark., 2003). Uzun süre ilaç kullanan KOAH hastalarının yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği

saptanmıştır (Agh ve ark., 2015). Yapılan başka çalışmalara göre serebrovasküler hastalıklar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Akinpelu ve Gbiri, 2009; Carod-Artal ve Egido, 2009; Gurcay ve ark., 2009). Yapılan başka bir araştırmada inme sonrası vücudunun bir bölümünü kullanamayan bireylerin yaşam kalitesi düşük saptanmıştır (Topçu ve Bölüktaş, 2012). Çalışmamızda, kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olmayan hastaların yaşam kalitesi puanının kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olan hastalara kıyasla daha yüksek bulunurken, kalp ritim bozukluğu ve kanser tanısı olma durumuna göre yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.14). Yapılan literatür çalışmalarında kanserli hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Farkkilla ve ark., 2014; Kaya ve ark., 2013; Reis ve ark., 2006). Kanserli olan hastalar; beden imajında bozulma, anksiyete, depresyon, konstipasyon, korku, iştahsızlık gibi birçok olumsuz psikosoyal sorunlarla ile baş etmek zorunda kalmış ve bu durum karşısında bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda, kronik tanısı olan hastaların %58,9' unda ise ağır şiddette OUAS olduğu ve kronik hastalık tanısı olma durumu ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ağır şiddette OUAS saptanan hastaların %65,8' inde DM, %64,9' unda HT, %59,6' sında astım, %66,7' sinde KOAH, %75,0' inde MI, %57,1' inde KKY, %28,6' sında kalp ritim bozukluğu, %68,2' sinde troid hastalıkları, %62,1' inde osteoporoz, %50,0' sinde kanser ve %55,2' sinde ise depresyon varlığı saptanmıştır. Çalışmamızda, DM ve HT hastalık tanısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunurken; hastaların astım, KOAH, inme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.15). Uyku ünitelerine başvuran hastalar üzerinde yapılan benzer çalışmalarda da kronik hastalıklar sorgulandığında katılımcıların %27,0-45,0'ında HT, %11,4-37,8'inde DM, %8,8-17,2'sinde KKY, %4,1-9,9'unda astım/KOAH olduğu saptanmıştır. (Demir, 2016; Korucuoğlu Valandova, 2016; Saraç ve ark., 2015; Sarıarslan, 2014). OUAS tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda kronik hastalıklar açısından bakıldığında ise hastaların %41,0-51,7'sinde HT, 21,3-24,3'ünde DM, %2,0-5,2'sinde KKY, %19,7'sinde astım/KOAH olduğu bulunmuştur (Mahmudova, 2017; Öztürk İnan, 2015). Aynı şekilde OUAS tanısı almış hastalarla yapılan benzer çalışmalarda hastaların %22,6-

47,0'ında HT, %9,3-26,9'unda DM, %16,7-22,7'sinde astım/KOAH, %8,6'sında KVH tespit edilmiş olup, tespit edilen kronik hastalıkların çalışmamızla ve ülkemizle benzer olduğu gözlemlenmiştir (Wali ve ark., 2017; Xıe ve ark., 2017; Arita ve ark., 2015; BaHammam, 2015; HabaRubio ve ark., 2015; Vgontzas ve ark., 2014). Yaptığımız çalışmada OUAS görülme sıklığı, HT'si ve DM'si bulunan hastalarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda da OUAS hastalarının %14,0-14,8'inde depresyon tespit edilmiş olup, bizim çalışmamızla (%12,0) uygun sonuçlar bulunmuştur. Farklı olarak Çin'de yapılan bir çalışmada ise hastaların %44,6'sında hepatopati saptanmıştır (Xıe ve ark., 2017; HabaRubio ve ark., 2015; Vgontzas ve ark., 2014). OUAS'da, depresyon, hipokondriazis ve konversiyon reaksiyonları görülmektedir. OUAS hastaların önemli kısmı, sosyal uyum sorunları, aile içi problemler, okul veya iş performansında düşüş yaşamakta, yaşam kaliteleri önemli ölçüde düşmektedir (Yılmaz, 2003). Tedavi edilmemiş OUAS nedeniyle, HT, koroner ve serebrovasküler hastalıklarda artışa, daha zayıf nörokognitif performansa, ruhsal problemlere neden olmakta ve bütün bunlar da hastaların yaşam kalitesinde azalmaya yol açmaktadır (Hanazay, 2014). Literatür çalışmalarında ve çalışmamızda da görüldüğü gibi tedavi edilen OUAS'lı hastalarda başta HT ve DM olmak üzere birçok kronik hastalıkların da ortadan kalkacağı ya da şiddetinin azalacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS durumuna göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; OUAS'lı hastaların yaşam kalitesi puanlarının OUAS'lı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16). Literatürde bizim çalışmamızı destekleyen çalışma sonuçları bulunmaktadır. Dutt ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada OUAS'lı hastalarda yaşam kalitesinin OUAS'lı olmayan hastalara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Dutt ve ark., 2013). Moore ve ark. (2001)'nın yaptıkları çalışmasından elde edilen sonuçlara göre OUAS'lı hasta grubunun yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların da çalışmamızı desteklediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların OUAS düzeyine göre SF-12 toplam puanı, FBÖ-12 toplam puanı ve MBÖ-12 toplam puanının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; OUAS'lı

olmayan hastaların orta ve ağır şiddette OUAS'lı hastalara göre ve hafif şiddette OUAS'lı ve orta şidetteki OUAS'lı hastalara göre yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların OUAS düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.16). Literatürde OUAS'lı hastaların gündüz aşırı uyku hali, depresyon, bilişsel fonksiyon bozukluğu ve performansta azalma gibi birçok nedene bağlı olarak yaşam kalitelerinin de azaldığı bildirilmektedir (Köktürk, 2000). Fornas ve ark. (1995)'nın yaptığı çalışmada OUAS'lı olmayan hastaların yaşam kalitesinin OUAS'lı hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Fornas ve ark., 1995). Lopes ve ark. (2008)'nın çalışmasında, ağır OUAS'lılarda yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Orta-ağır şiddetteki OUAS'lı hastaların yaşam kalitesindeki azalmanın fiziksel işlevsellik ile ilişkili olduğu, uykululuk düzeyinin yaşam kalitesinin fiziksel ve mental alanlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Asghari ve ark., 2013). Sonuçlarımızın literatür çalışmaları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda, hastaların PSG'den elde edilen AHİ puanları ile SF-12 toplam puanı ($r=-0.322$; $P < 0,001$) arasında negatif yönde ve düşük düzeyde, AHİ puanları ile FBÖ-12 toplam puanı ($r=-0.301$; $P < 0,001$) arasında negatif yönde ve düşük düzeyde; AHİ puanları ile MBÖ-12 toplam puanı ($r=-0.320$; $P < 0,001$) arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Buna göre, PSG'den elde edilen AHİ puanlarındaki artış, yaşam kalitesi ile fiziksel ve mental işlevleri anlamlı düzeyde azaltmaktadır (Tablo 4.16). PSG'den elde edilen AHİ değerlerinin artışı OUAS'ın şiddetini ifade etmektedir. Yapılan bir araştırmada hafif dereceli OUAS hastaların %51,9'u, ağır düzeyindeki OUAS'lı hastaların %88,6'sı sabahları yorgun uyandıkları tespit edilmiştir (Al-Delaimy ve ark., 2002). Ağır OUAS'lı 1892 kişi ile yapılan bir araştırmada, OUAS düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir (Lopes ve ark., 2008). Yapılan araştırmalarda OUAS'ın şiddeti arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, OUAS'ın tedavisinde de yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Bruin ve Bagnato, 2010; Hacı ve ark., 2019). Çalışmamız ile yapılan çaluşmalardaki sonuçların benzer olduğu ve dolayısıyla çalışmamızın liretetür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Uyku kalitesinin kötü olması hastaların yaşam kalitelerinin düşmesine ve buna bağlı olarak çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda uyku kalitesinin düşük olması, dikkat dağılmasına, performans ve odaklanmada azalma gibi olumsuzluklara sebep olmaktadır (İnalkaç Gemici, 2015; Spiegel ve ark., 1999). Aşırı uyku hali ve değişmiş sirkadiyen ritim hastaların doğrudan fonksiyonel kapasitesini, sağlık ve iyilik hissi ilişkili yaşam kalitesini düşürmektedir. Çalışmamızda, hastaların AHİ değişkeni ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların PSG'de ki AHİ değerleri, hastaların yaşam kalitesi düzeyinin %10,3'ünü anlamlı bir şekilde etkilendiğini göstermektedir. Hastaların PSG'de ki AHİ değerleri, yaşam kalitesini 0.174 kat anlamlı düzeyde düşürdüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Literatürde yer alan bazı çalışma sonuçları yaşam kalitesinin AHİ değerleri ve OUAS şiddetinin belirleyicileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Asghari ve ark., 2013; Butner ve ark., 2013; Sforza ve ark., 2003). Lopes ve ark. (2008)'nın ağır OUAS 'da yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 1892 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastalık şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesinin gerilediği, OUAS şiddetinin artmasıyla yaşam kalitesinin de anlamlı düzeyde düştüğünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, AHİ değeri 30'dan büyük olan hastalarda sosyal fonksiyonellik ve emosyonel rol güçlüğünü de kapsayan yaşam kalitesi parametrelerini gerilettiğini belirlemişlerdir (Lopes ve ark., 2008). Hazanay (2014)'ın OUAS'lı hastalarda yaşam kalitesi düzeyi, depresif belirti sıklığı ve PAP tedavisinin etkisi değerlendirdiği çalışmasında AHİ değeri artışın ile yaşam kalitesi düzeyindeki bozulma arasında pozitif korelasyon saptandığı bildirilmiştir (Hanazay, 2014). Bu sonuçların; yaşam kalitesi ile OUAS ağırlığı arasında korelasyonun varlığını göstermesi açısından önemli olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, bir şehir hastanesinin uyku ünitesine başvuran OUAS'lı 484 hastada kronik hastalıklar sıklığı ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel türde yapılan araştırmanın elde edilen bulgularına yönelik sonuç ve öneriler aşağıdaki gibidir.

6.1. SONUÇLAR

Uyku ünitesine başvuran hastaların VKİ'nin ortalama 32.69±6.58 kg/m^2 olduğu, hastaların çoğunluğunun VKİ'nin normal değerlerin üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %66,3'ünde kronik hastalık tanısı olduğu saptanırken, kronik hastalık tanısı bulunanlarda en sık DM, HT, astım ve KOAH ile kalp hastalıkları tanısı yer aldığı, en az ise inme ve kanser tanısı olduğu bulunmuştur.

Çalışmada hastaların SF-12'nden ortalama 72.59±19.45 puan aldıkları ve yaşam kalitesi düzeylerinin iyi seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastaların FBÖ-12'nden ortalama 71.55±21.83 puan ve MBÖ-12'nden ortalama 73.42±18.57 puan almış olup; fiziksel ve mental açıdan yaşam kaliteleri iyi düzeydedir.

Araştırmada, hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken ($P < 0,05$); hastaların yaş aralığı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi de anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir.

Araştırmada, hastaların çocuk sayısına göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken ($P < 0,05$); hiç çocuğu olmayan hastalar ile üç ve altında çocuk sahibi hastaların yaşam kalitesi daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin de azaldığı görülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); ilköğretim düzeyindeki hastaların yaşam kalitesinin okuryazar olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyi de anlamlı düzeyde artmaktadır.

Hastaların meslek değişkenine göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); aktif olarak çalışan şoför, memur ve işçilerin yaşam kalitelerinin, aktif olarak çalışmayan emekli ve ev hanımı hastalara kıyasen anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir durumuna göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); geliri giderden fazla olan yaşam kalitelerinin, geliri gidere denk olan hastalara kıyasen anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyi de anlamlı şekilde artmaktadır.

Hastaların cinsiyet, çocuk sahibi olma ve çalışma durumuna göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); kadın hastaların erkek hastalara göre, çocuk sahibi olanların olmayanlara göre ve çalışanların çalışmayanlara göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Evli hastaların yaşam kalitelerinin bekâr hastalara göre daha yüksek olduğu; ancak hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunuştur.

Araştırmada, hastaların kronik hastalık tanısı olma durumuna göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); kronik hastalık tanısı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların DM, HT, Astım, KOAH, İnme, Mİ, KKY, troid hastalıkları, osteoporoz ve depresyon tanısına göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık

gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); bu hastalık tanılarına sahip hastaların yaşam kalitesi düzeyi anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Araştırmada, hastaların VKİ'ye göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); obez ve zayıf hastaların yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, VKİ değerlerindeki artış ile yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde azaldığı görülmektedir.

Hastaların PSG raporlarından elde edilen sonuçlara göre; AHİ değerinin ortalama 44.48±34.26 puan olduğu ve AHİ değerine göre %89,0'unda OUAS bulunduğu, OUAS olduğu belirlenenlerin %53.7'sinde ağır şiddette OUAS ve %26,4'ünde orta şiddette OUAS olduğu tespit edilmiştir. Uyku testi yapılan hastaların çoğunluğunda OUAS olması halk sağlığı açısından oldukça dikkat çekicidir.

Araştırmada, AHİ değerine göre ağır ve orta şiddette OUAS olduğu değerlendirilen hastaların çoğunluğun 45-65 yaş aralığında, erkek, evli, çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, çalışan, işçi ve şöfor, geliri giderine denk hastalardan oluştuğu; hastaların yaşı, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olunan çocuk sayısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (P < 0,05).

Araştırmada, kronik tanısı olan %25,9'unda orta şiddete OUAS ve %5,9' unda ise ağır şiddette OUAS bulunmaktadır.

AHİ değerine göre ağır şiddette OUAS olduğu değerlendirilen hastaların %65,8' inde DM, %64,9' unda HT, %59,6' sında astım, %66,7' sinde KOAH, %75,0' inde MI, %57,1' inde KKY, %28,6' sında kalp ritim bozukluğu, %68,2' sinde troid hastalıkları, %62,1' inde osteoporoz, %50,0' sinde kanser ve %55,2' sinde ise depresyon tanısı olduğu belirlenmiştir ve kronik hastalık tanısı durumu, DM tanısı ve HT hastalık tanısı ile OUAS düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (P < 0,05)

Zayıf hastaların %50,0'sinde ağır şiddette, kilolu hastaların %37,0'sinde ağır şiddette ve obez hastaların ise %68,1'inde ağır şiddette OUAS saptanmıştır. Hastaların VKİ

düzeyi ile OUAS düzeyi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir (P < 0,05).

Araştırmada, hastaların OUAS düzeyine göre AHİ değerleri anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (P < 0,05). Ağır ve orta şiddette ki OUAS'lı hastaların AHİ puanları, OUAS'lı olmayan hastalar ile hafif ve orta şiddette OUAS'lı hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların OUAS'lı olma durumuna ve OUAS düzeyine göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenirken (P < 0,05); AHİ'ye göre OUAS'lı olan hastalar ile orta ve ağır şiddette OUAS'lı hastaların yaşam kalitesinin anlamı düzeyde daha düşük olduğu OUAS'lı olmanın ve OUAS şiddetinin artmasının anlamlı bir şekilde yaşam kalitesini azalttığı görülmektedir.

Hastaların PSG raporlarından elde edilen AHİ puanlarındaki artışın, yaşam kalitesi düzeyi ile fiziksel ve mental işlevleri anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır. Hastaların AHİ değerleri, hastaların yaşam kalitesi düzeyinin %10,3'ünü anlamlı bir şekilde etkilerken, hastaların AHİ değerlerindeki bir birim artış hastaların yaşam kalitesini 0.174 kat anlamlı düzeyde düşürmektedir (P < 0,05).

6.2. ÖNERILER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Sağlık kuruluşlarına başvuru yapan kişilerin kronik hastalık, OUAS riski ve yaşam kalitesi açısından taranması,
- Toplumdaki bütün bireylerin düzenli boy ve kilo ölçümlerinin yapılması ve yüksek VKİ'ye sahip kişilerin zayıflaması için diyet uzmanlarına yönlendirilmesi ve bu kişilerin OUAS riski açısından değerlendirilmesi,
- Kronik hastalığı olan bireylerde uyku alışkanlıkları ve yaşam kalitesi yönünden düzenli bir şekilde değerlendirilerek OUAS riski taşıyan kronik hastaların tespit edilerek ilgili uzmanlara yönlendirilmesi,

- OUAS açısından risk altında olduğu tespit edilen kişilerin toplum sağlığı profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesi ve gerektiğinde danışmanlık yapılması,
- OUAS'lı olduğu belirlenen hastalarının kontrol ve tedavi süreçlerinin sağlık profesyonelleri tarafından planlanması, tedavi süreçlerine uyumlarının sağlanması ve takibinin sağlık profesyonelleri tarafından düzenli bir şekilde yapılması,
- Yaşam kalitesi düşük düzeyde olduğu tespit edilen OUAS'lı ve kronik hastalık tanısı bulunan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenerek gerekli destek çalışmalarını yapılması,
- Toplum sağlığı profesyonelleri tarafından, toplumda OUAS hastalığının erken tanısı için bireylere yönelik eğitim, bilgilendirme, danışmanlık vb. sağlık eğitimi araçlarıyla farkındalık çalışmalarının yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Abad J, Munoz-Ferresr A, Cervantes MA, Esquinas C, Marin A, Martinez C, Morera J, Ruiz J. Automatic Video Analysis For Obstructive Sleep Apnea Diagnosis. Sleep. 2016;39(8):1507-1515.

Agh T, Dömötör P, Bártfai Z, Inotai A, Fujsz E, Mészáros Á. Relationship Between Medication Adherence And Health-Related Quality Of Life İn Subjects With COPD: A Systematic Review. Respir Care. 2015;60(2):297-303.

Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. İstanbul: TÜSİAD; 2012.

Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 13(1):82-91.

Akdemir N. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, (Eds) Akdemir N, Birol L. 3. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2011.

Akerstedt T, Wright KP Jr. Sleep Loss And Fatigue İn Shift Work And Shift Work Disorder. Sleep Med Clin. 2009;4(2):257-71. Doi:10.1016/J.Jsmc.2009.03.001.

Akinpelu AO, Gbiri CA. Quality Of Life Of Stroke Survivors And Apparently Healthy Individuals İn Southwestern Nigeria. Physiother Theory Pract. 2009;25(1):14-20.

Akpınar NB, Ceran MA. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;3(2):140-52.

Aktaş G, Özvurmaz S. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2019;2(3):14-18.

Alaçam Z, Pekcan S, Akdağ B, Şenol H. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanılı Hastalarda Hemogram Parametreleri ile Gece Desatürasyonu İlişkisi. Journal Of Turkish Sleep Medicine, 2018;5(3):62-66.

Al-Delaimy WK, Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Snoring As A Risk Factor For Type 2 Diabetes Mellitus: A Prospective Study. American Journal Of Epidemiology. 2002;155(5):387-393.

Al-Terki A, Abu-Farha M, Alkhairi I, Cherian PT, Sriraman D, Shyamsundar A, Ali S, Almulla F, Tuomilehto J, Abubaker JA. Increased Level Of Angiopoietin Like Proteins 4 And 8 İn People With Sleep Apnea. Front Endocrinol. 2018;9:651-659.

Altıntop Geçkil A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Pozitif Havayolu Basınç Tedavisinin Enerji Metabolizması Üzerine Etkileri [Tez]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2012.

Altuğ F, Yağcı N, Kitiş, A, Büker N, Cavlak U. Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009;2(1):48-60.

Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, Mason WJ, Fell R, Kaplan O. Sleep-Disordered Breathing İn Community-Dwelling Elderly. Sleep. 1991;14(6):486-95.

Antic NA, Catcheside P, Buchan C, Hensley M, Naughton MT, Rowland S, Williamson B, Windler S, Mcevoy RD. The Effect Of CPAP İn Normalizing Daytime Sleepiness, Quality Of Life, And Neurocognitive Function İn Patients With Moderate To Severe OSA. Sleep. 2011;34(1):111-119.

Appleton SL, Gill TK, Lang CJ, Taylor AW, Mcevoy RD, Stocks NP, González-Chica DA, Adams RJ. Prevalence And Comorbidity Of Sleep Conditions İn Australian Adults: 2016 Sleep Health Foundation National Survey. Sleep Health. 2018;4:13-19.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2015;43(4):402-409.

Arısoy A, Günbatar H, Ekin S. OUAS'lı Hastalarımızın Değerlendirilmesi. Van Tip Dergisi. 2014;21(4):203-205.

Arita A, Sasanabe R, Hasegawa R, Nomura A, Hori R Mano M, Konishi N, Shiomi T. Risk Factors For Automobile Accidents Caused By Falling Asleep While Driving İn Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Sleep Breath. 2015;19:1229-1234.

Asghari A, Mohammadi F, Kamrava SK, Jalessi M, Farhadi M. Evaluation Of Quality Of Life İn Patients With Obstructive Sleep Apnea. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013;270:1131-1136.

Aşan Ö, Erenler E. İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;13(2):203-216.

Aşkar SE. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Ekibi Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirmeleri [Tez]. Türkiye: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

Atan D, Sazak Kundi FC, Özcan KM, Dere H. A New Predictor For Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Monocyte To HDL Ratio. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;69(2):142-6.

Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(2):81-5.

Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu A. The İmpact Of Co-Morbid Conditions On The SF-36: A Primary-Care-Based Study Among Hypertensives. Archives Of Medical Research. 2005;36(2):136-41.

Aydemir T, Çetin S. Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. Journal Of Anatolian Medical Research 2019;4(3):109-15.

Aydın Güçlü Ö. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda CPAP Tedavisinin Gündüz Uyku Hali ve Serum Substans P Düzeyleri Üzerine Etkisinin Araştırılması [Tez]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2017.

Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal Of Geriatrics. 2012;15(4):424-33.

Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoglu EG. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(3):193-8.

Ayyıldız Y, Demirli Y. Obezite Vergisine Iliskin Halkin Düsünceleri: Türkiye'de Bir Alan Arastirmasi/Public Opinions İn Obesity Tax: A Field Research İn Turkey. Business And Economics Research Journal. 2015;6(2):59.

Bachmann JM, Willis BL, Ayers CR, Khera A, Berry JD. Association Between Family History And Coronary Heart Disease Death Across Long-Term Follow-Up İn Men: The Cooper Center Longitudinal Study. Circulation. 2012;125(25):3092-8.

Bahammam AS. Prevalence, Clinical Characteristics, And Predictors Of Obesity Hypoventilation Syndrome İn A Large Sample Of Saudi Patients With Obstructive Sleep Apnea. Saudi Med J. 2015;36(2):181-9.

Bakar N. Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler [Tez]. Erzincan: Erzincan Üniversitesi; 2012. P. 38-46.

Baldassari CM, Mitchell RB, Schubert C, Rudnick EF. Pediatric Obstructive Sleep Apnea And Quality Of Life: A Meta-Analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;138(3):265-73.

Bardage C, Isacson DG. Hypertension And Health-Related Quality Of Life: An Epidemiological Study İn Sweden. J Clin Epidemiol. 2001;54(2):172-81.

Başoğlu ÖK, Yürekli BS, Taşkıranlar P, Tunçel Ş, Yılmaz C. Ege Obez Hasta Okulu Anket Çalışması: Obezite ile Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Semptomları Ve Gündüz Uykululuk İlişkisi. Ege Tip Dergisi. 2011;50(2):111-7.

Baydur H. Soma Elektrik Üretim ve Ticaret AŞ Tesislerinde Çalışan İşçilerde Bazı Sosyodemografik Faktörlerle Yaşam Kalitesinin İlişkisi [Tez]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2001. P. 30-115.

Bayram NA, Çiftçi B, Güven SF, Bayram H, Diker E. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Şiddeti ile Hipertansiyon Arasındaki İlişki. Anatolian Journal Of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2007;7(4)

Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, Ferranti SD, Floyd J, Fornage M, Gillespie C, Isasi CR, Jiménez MC, Jordan LC, Judd SE, Lackland D, Lichtman JH, Lisabeth L, Liu S, Longenecker CT, Mackey RH, Matsushita K, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Palaniappan L, Pandey DK, Thiagarajan RR, Reeves MJ, Ritchey M, Rodriguez CJ, Roth GA, Rosamond WD, Sasson C, Towfighi A, Tsao CW, Turner MB, Virani SS, Voeks JH, Willey JZ, Wilkins JT, Wu JH, Alger HM, Wong SS, Muntner P. Heart Disease And Stroke Statistics-2017 Update: A Report From The American Heart Association. Circulation. 2017;135(10):E146-E603.

Beyer KM, Namin S. Chronic Environmental Diseases: Burdens, Causes, And Response. In: Biological And Environmental Hazards, Risks, And Disasters. 2023. P. 223-49.

Biçer U. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu (OUAS) Hastalarda Serum Ghrelin, Omentin-1 Düzeyleri ve İnsülin Direncinin Değerlendirilmesi [Tez]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2015.

Bilsel BA. Uyku ve Bellek Konsolidasyonu Arasındaki İlişki. Journal Of Turkish Sleep Medicine-Türk Uyku Tıbbı Dergisi. 2023

Bora IH, Bican A. Uyku Fizyolojisi. Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007;3(23):1-6.

Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. Akademik Arastirmalar ve Calismalar Dergisi. 2016;8(15):137-50.

Bruin PFCD, Bagnato MDC. Cognitive İmpairment İn Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Jornal Brasileiro De Pneumologia, 2010;36:32-7.

Bickelmann AG, Burwell CS, Robin ED, Whaley RD,. Extreme Obesity Associated With Alveolar Hypoventilation; A Pickwickian Syndrome. The American Journal Of Medicine. 1956;21(5):811-18.

Butner KL, Hargens TA, Kaleth AS, Miller LE, Zedalis D, Herbert WG. Association Of Obstructive Sleep Apnea Severity With Exercise Capacity And Health-Related Quality Of Life. N Am J Med Sci. 2013;5:362-6.

Campos-Rodriguez F, Fernandez-Palacin A, Reyes-Nunez N, Reina-Gonzalez A. Clinical And Polysomnographic Features Of Rapid Eye Movement-Specific Sleep-Disordered Breathing. Archivos De Bronconeumol. 2009;45(7):330-4.

Can AM. Asistan Hekimlerde Uyku Kalitesi ve Algılanan Stres Düzeyi [Tez]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2019.

Candan Ç. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi İle Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki [Tez]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2021.

Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality Of Life After Stroke: The İmportance Of A Good Recovery. Cerebrovasc Diseases. 2009;27(Suppl 1):204-14.

Castillion PG, Sendio AR, Banege JR, Garcia EL, Rodriguez-Artalejo F. Differences İn Quality Of Life Between Women And Men İn The Older Population Of Spain. Social Science & Medicine. 2005;60:1229-40.

Ceyhan YS, Ünsal A. Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fak Elektronik Dergisi. 2018;11(4):263-73.

Chou PS, Hsu CY, Wu MN, Liou LM, Lu SR, Liu CK, Lai CL. Action-Monitoring Dysfunction İn Obstructive Sleep Apnea: A Pilot Study. Plos One. 2016;11:E0157575. Doi:10.1371/Journal.Pone.0157575.

Cistulli PA, Sutherland K. Phenotyping Obstructive Sleep Apnoea—Bringing Precision To Oral Appliance Journal Of Oral Rehabilitation. 2019;46(12):1185-91.

Çakartaş S, İnce Dİ, Kaymakamzade B, Sağlam M, Rasmussen F. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Kadın ve Erkeklerde Respiratuar Kas Fonksiyonu, Solunum Fonksiyonları ve Egzersiz Kapasitesinin İncelenmesi. Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation. 2023;10(3):177-85.

Çakmak E, Hayta E, Doğan SC, Doğan Ö, Özşahin S, Tunç G, Çalışkan SN, Akkurt İ. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Fibromiyalji Sendromu Birlikteliği. Cumhuriyet Medical Journal. 2010;32(1):67-73.

Çelik O, Öztürk Ö. REM İlişkili Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Fenotipik ve Polisomnografik Özellikler. Uykuda Solunum Bozuklukları. 2014.

Çelik Y. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Bireylerde Metabolik Sendrom ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi [Tez]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2015.

Çetin B, Erdem M, Yetkin S, Özgen F. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Noktüri. KBB Forum. 2009;8(1):1-6.

Çoban S, Yılmaz H, Ok G, Erbüyün K, Aydın D. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2011;9(2):59-63.

D'Ambrosio C, Bowman T, Mohsenin V. Quality Of Life İn Patients With Obstructive Sleep Apnea. Chest. 1999;115:123-9.

Değer TB, Ordu Y. Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler: Bir Taşra Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(2):574-85. Doi:10.37989/Gumussagbil.958202.

Değer VB. Kronik Hastalıklar ve Toplumsal Önemi. Artuklu International Journal Of Health Sciences. 2023;3(1):103-8.

Deldin PJ, Phillips LK, Thomas RJ. A Preliminary Study Of Sleep-Disordered Breathing İn Major Depressive Disorder. Sleep Med. 2006;7:131-9.

Della Monica C, Johnsen S, Atzori G, Groeger JA, Dijk DJ. Rapid Eye Movement Sleep, Sleep Continuity And Slow Wave Sleep As Predictors Of Cognition, Mood, And Subjective Sleep Quality İn Healthy Men And Women Aged 20-84 Years. Front Psychiatry. 2018;9:255.

Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıyıkoğlu G. KOAH'da Dispne ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4):365-72.

Demir S. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Oksijen Desatürasyonu ve Beck Depresyon İndeksi İlişkisi. J Turk Sleep Med. 2016.

Demir S, Özer Z. Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. MN Kardiyoloji Dergisi. 2014;21:182-91.

Demiral Y. Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması [Tez]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2001. P. 42-67.

Devins GM. Using The İllness İntrusiveness Ratings Scale To Understand Health-Related Quality Of Life İn Chronic Disease. Journal Of Psychosomatic Research. 2010;68(6):591-602.

Devins GM, Armstrong SJ, Mandin H, Paul LC, Hons RB, Burgess ED, Taub K, Schorr S, Letourneau PK, Buckle S. Illness İntrusiveness And Quality Of Life

İn End-Stage Renal Disease: Comparison And Stability Across Treatment Modalities. Health Psychol. 1990;9(2):117-42.

Dikmenoğlu N. Uykunun Fizyolojisi. Uykuda Solunum Bozuklukları. Türk Toraks Derneği Kitapları, 2015. S. 11-25.

Dinç N, Güzel P, Özbey S. Rekreasyonel Fiziksel Aktiviteler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;5(4):181-6.

Doğan R, Sayıner FD, Tanır HM. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi / Investigation Of The Effect Of Obesity And Obesity On Life Quality İn Pregnancy Following Family Health Center. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(1):16-23. Doi:10.17681/Hsp.332707.

Dursun M. EEG Sinyallerinde Uyku İğciklerinin Zaman ve Frekans Dönemi Özellikleri Kullanılarak Analizi [Tez]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2009.

Dutt N, Janmeja AK, Mohapatra PR, Singh AK. Quality Of Life İmpairment İn Patients Of Obstructive Sleep Apnea And İts Relation With The Severity Of Disease. Lung India. 2013;30:289-94.

Dülek H, Vural ZT, Gonenc I. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri. The Journal Of Turkish Family Physician. 2018;9(2):53-8.

Eckert DJ, Malhotra A. Pathophysiology Of Adult Obstructive Sleep Apnea. Proceedings Of The American Thoracic Society 2008;5(2):144-53.

Eljedi A, Mikolajczyk RT, Kraemer A, Laaser U. Health-Related Quality Of Life İn Diabetic Patients And Controls Without Diabetes İn Refugee Camps İn The Gaza Strip: A Cross-Sectional Study. BMC Public Health. 2006;6:1-7.

Erci B. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;8(2):74-81.

Erdem N, Ergüney S Koroner Arter Hastalarinda Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(3):1-9.

Erdinç O, Tuncel D, Aslan K, Demir CF. Sirkadyen Ritim Uyku Uyanıklık Bozuklukları. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. 2014. P. 56.

Erdöl M. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Tez]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2021.

Ergen A, Tanrıverdi O, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. Haseki Tıp Bülteni. 2011;49:14-19.

Eriş HM. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi [Tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012. P. 47-48.

Ersoy E. Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromlu Hastalarda Komorbidite ve Obezite Arasındaki İlişki [Tez]. Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi; 2019.

Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(3):1082.

Fairbanks DN, Fujita S. Snoring And Obstructive Sleep Apnea. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1994.

Farkkila N, Torvinen S, Roine RP, Sintonen H, Hanninen J, Taari K, Saarto T. Health-Related Quality Of Life Among Breast, Prostate, And Colorectal Cancer Patients With End-Stage Disease. Quality Of Life Research. 2014;23:1387-94.

Fidan F, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Relation Between Traffic Accidents And Sleep Apnea Syndrome İn Truck Drivers. Tuberk Toraks. 2007;55(3):278-84.

Fidan F, Ünlü M, Sezer M, Pala E, Geçici O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki. Toraks Dergisi. 2006;7(2):125-9.

Foldvary-Schaefer N. The Cleveland Clinic Guide To Sleep Disorders. New York: Kaplan Publishing; 2009.

Fornas C, Ballester E, Arteta E, Ricou C, Diaz A, Fernandez A, Alonso J, Montserrat JM. Measurement Of General Health Status İn Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Patients. Sleep. 1995;18(10):876-9. Doi:10.1093/Sleep/18.10.876.

Franklin KA, Lindberg E. Obstructive Sleep Apnea İs A Common Disorder İn The Population: A Review On The Epidemiology Of Sleep Apnea. Journal Of Thoracic Disease. 2015;7(8):1311-22.

Gleeson K, Zwillich CW, White DP. The İnfluence Of İncreasing Ventilatory Effort On Arousal From Sleep. Am Rev Respir Dis. 1990;142:295-300.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkel CH, Tasçı I, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2008;50(3):172-9.

Gökçay B, Arda B. Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2012;3(1):70-78.

Gökpınar E. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku ve Yaşam Kalitesi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

Görgünbaran A. Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2008;1(2):86-97.

Gözen O, Buz S. Türkiye'de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020; 12:18-42.

Guilleminault C, Eldridge FL, Dement WC. Insomnia With Sleep Apnea: A New Syndrome. Science. 1973;181(4102):856-8.

Gurcay E, Bal A, Cakcı A. Health-Related Quality Of Life İn First-Ever Stroke Patients. Annals Of Saudi Medicine. 2009;29(1):36-40.

Gülmez H. Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2013;7(4):74-82.

Gümüştakım RS, Kuş C, Uzkar M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Gündüz Uykululuğunun ve Uyku Hijyeninin Değerlendirilmesi. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2020;7.

Günel Ö. OUAS Tanılı Hastalarda Serebrovasküler Reaktivite ve Stroke Arasındaki İlişki [Tez]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

Güneş Z. Uyku Sağlığının Korunmasında Uyku Hijyenin Rolü ve Stratejileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(2):188-98.

Güneş Z, Körükçü Ö, Özdemir G. Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(2):10-7.

Güven A, Afşar G, Görgün D. Uyku Laboratuvarımızda Bir Yıllık Deneyimimiz. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2013;53(3).

Güven S, Şener A. Factors Affecting Life Satisfaction İn Old Age", Turkish Journal Of Geriatrics, 2010;14(2), 179-186.

Haakenstad A, Yearwood JA, Fullman N, Bintz C, Bienhoff K, Weaver MR. Assessing Performance Of The Healthcare Access And Quality Index, Overall And By Select Age Groups, For 204 Countries And Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis From The Global Burden Of Disease Study 2019. Lancet Glob Health. 2022;10:E1715-43.

Haba-Rubio J, Marques-Vidal P, Andries D, Tobback N, Preisig M, Vollenweider P, Waeber G, Luca G, Tafti M, Heinzer R. Objective Sleep Structure And Cardiovascular Risk Factors İn The General Population: The Hypnolaus Study. Sleep. 2015;38(3):391-400.

Hacı C, Açıkalın RM, Gezginadam Z, Coşkun SÇ, Yanık HT, Yaşar H. Uyku Apnesi Hastalarında Gündüz Aşırı Uykululuk Halinin Değerlendirilmesi ve Hayat

Kalitesi İle Olan İlişkisinin Saptanması. Medical Bulletin Of Haseki/Haseki Tip Bulteni, 2019;57(1).79-84.

Hanazay C. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Düzeyi, Depresif Belirti Sıklığı ve PAP Tedavisinin Etkisi [Tez]. 2014.

Hasanefendioğlu EZ, Sezgin M, Sungur MA, Çimen ÖB, İncel NA, Şahin G. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Ağrı, Klinik ve Fonksiyonel Durumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences,2012;94-98.

Heussler H, Harris M, Cooper D, Dakin C, Suresh S, Williams G. Hypersomnolence İn Prader Willi Syndrome. Journal Of Intellectual Disability Research. 2008;52(10):814.

Imayama I, Plotnikoff RC, Courneya KS, Johnson JA. Determinants Of Quality Of Life İn Type 2 Diabetes Population: The İnclusion Of Personality. Quality Of Life Research,2011; 20, 551-558.

İnalkaç Gemici Y. Obstrüktif Uyku Apneli Hastalarda Tedavi Öncesi ve Sonrası Kognitif Değerlendirme [Tez]. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.

İnönü Köseoğlu H, Kanbay A, Demir O. A Different Clinical Type Of OUAS: REM-Related OUAS. Eurasian J Pulmonol. 2015;17(2):92-7.

İnönü Köseoğlu H, Pazarlı AC, Kanbay A, Demir O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Monosit/HDL Oranının Kardiyovasküler Hastalıklar ve OUAS Ağırlığı ile İlişkisi: Çok Merkezli Çalışma. TÜSAD 38. Kongresi Solunum 2016 Kongre Kitabı; 2016; İzmir. P.120-1.

İntepe YS, Yıldırım E, Korkmaz M, Karaçavuş S, Göçmen AY Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Hastalarda Serum Osteoprotegerin Düzeyi ve Kemik Mineral Yoğunluğu Ölçümleri Arasındaki İlişki. TÜSAD 38. Kongresi Solunum 2016 Kongre Kitabı; 2016; İzmir. P.279-80.

Kabak M, Hocanlı İ. Uyku Polikliniğine Başvuran Hastaların Bir Yıllık Verilerinin Genel Analizi. Ahi Evran Medical Journal, 2022; 6(1), 98-103. Https://Doi.Org/10.46332/Aemj.932563

Kabeloğlu V, Reyhani A. REM Uyku Evresi ile İlişkili Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Pozisyonel Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarının Klinik Ve Polisomnografik Olarak Karşılaştırılması. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2021;8(3).

Kalan I, Yesil Y. Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar. Diyabet ve Obezite. P.78-81.

Kandasamy G, Almaghaslah D, Sivanandy P, Arumugam S. Effectiveness Of Nasal Continuous Airway Pressure Therapy İn Patients With Obstructive Sleep

Apnea. The International Journal Of Health Planning And Management, 2019; P.1200-1207.

Kandemirer MS. Kronik İlaç Kullanan Yetişkin Hastalarda İlaç Profillerinin Belirlenmesi, İlaç Tedavisi Karmaşıklık Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi [Tez]. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

Kantekin Y. Obstrüktif Uyku Apnesi ve Üst Solunum Yolu, Bozok Tıp Dergisi. 2018; 8:15-9.

Kappert K, Bohm M, Schmieder R, Schumacher H, Teo K, Yusuf S, Sleight P, Unger T. Impact Of Sex On Cardiovascular Outcome İn Patients At High Cardiovascular Risk: Analysis Of The Telmisartan Randomized Assessment Study İn ACE-İntolerant Subjects With Cardiovascular Disease (TRANSCEND) And The Ongoing Telmisartan Alone And İn Combination With Ramipril Global End Point Trial (ONTARGET). Circulation, 2012;126(8):934-41.

Kara E. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Patofizyoloji, Tanı ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2011;20(2):118-29.

Karakoç Ö, Akçam T, Gerek M, Birkent H. Obstrüktif Uyku Apnesi ve Kronik Hastalıklar. KBB-Forum. 2008;7:15-20.

Kardeşoğlu E, Yalçın M, Işılak Z. Hava Kirliliği ve Kardiyovasküler Sistem. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(1).

Karkinski D, Georgievski O, Dzekova-Vidimliski P, Milenkovic T, Dokic D. Obstructive Sleep Apnea And Lipid Abnormalities. Open Access Maced J Med Sci. 2017;5(1):19-22.

Kasai T. Sleep Apnea And Heart Failure. Journal Of Cardiology. 2012;60(2):78-85.

Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topcuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Prostat Kanseri Hastalarında Hastalık Evrelerine Göre Anksiyete, Depresyon, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi. Journal Of Mood Disorders, 2013;3(1), 23-7.

Kaya İ, Pekcan S, Dursunoğlu N, Senol H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı Olan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Uyku Bozukluklarının GOLD Evrelemesine Göre Karşılaştırılması. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2023;10(1).

Keskin N, Tamam L. Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(2):241-60.

Kılıç M. Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Davranışsal Risk Faktörlerinin Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(6):733-40.

Kocaaslan S, Öniz A, Özgören M. Uykuda İşitsel Uyarılma Potansiyelleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010;11(3):49-56.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF36)'Nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12(2):102-6.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,2009; 2(4), 145-154.

Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR. Health-Related Quality Of Life Varies Among Obese Subgroups. Obesity Research. 2002;10(8):748-56.

Korkmaz T, Ummet D. Huzurevinde Bulunan Yaşlıların Yalnızlık Algısının ve Yaşam Kalitesinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi,2021; 10 (1), 463-475.

Korucuoğlu Valandova C. Göğüs Hastalıkları Uyku Polikliniğine Başvuruda Bulunan ve Uyku Merkezinde Tetkik Edilen Hastaların Özellikleri [Tez]. Edirne: Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi; 2016.

Köktürk O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Epidemiyolojisi. Tüberküloz ve Toraks, 1998;46(2), 193-201.

Köktürk O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sonuçları. Uyku Bozuklukları Dizisi. Tuberk Toraks 2000;48(3):273-289.

Köktürk O. Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflaması, Tanımlar ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (Epidemiyoloji ve Klinik Bulgular). Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics, 2008;1(1):40-5.

Köktürk O, Kanbay A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olgularında İnsülin Direnci. Solunum Dergisi. 2013;15(2):135-136.

Kumar A. The İmpact Of Obesity On Cardiovascular Disease Risk Factor. Asian Journal Of Medical Sciences. 2019;10(1):1-12.

Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014;2(2):62-70.

Küçüktepe Ü. Ağır, Orta, Hafif Derece Obstrüktif Uyku Apne Hipopne Sendromu Olan Hastaların Serum Hepsidin ve Paraoksonaz Değerlerinin, Basit Horlamalı Hastalarla Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, KBB Kliniği, Http://Tez.Yok.Gov.Tr/Ulusaltezmerkezi Sayfasından Erişilmiştir. 2018. (YOK Tez No: 524756).

Lakadamyalı H, Fıratgüven S, Çiftçi B, Eyüboğlu FO. Hızlı Göz Hareketleri ile İlişkili Obstrüktif Uyku Apnesendromu: Antropometrik ve Polisomnografik Bulgular. Tuberk Toraks Dergisi. 2012;60(1):13-9.

Lakadamyalı H. Uykuda Solunum Bozuklukları Sınıflaması ve Tanımlar. Uykuda Solunum Bozuklukları. Ankara; 2020. P.1-19.

Lam JCM, Mak JCW, Ip MSM. Obesity, Obstructive Sleep Apnoea And Metabolic Syndrome. Respirology. 2012;17(2):223-236.

Lane-Cordova AD, Jerome GJ, Paluch AE, Bustamante EE, Lamonte MJ, Pate RR, Weaver RG, Webber-Ritchey KJ, Gibbs BB. Supporting Physical Activity İn Patients And Populations During Life Events And Transitions: A Scientific Statement From The American Heart Association. Circulation. 2022;145(4):E117-128.

Latner JD, Durso LE, Mond JM. Health And Health-Related Quality Of Life Among Treatment-Seeking Overweight And Obese Adults: Associations With İnternalized Weight Bias. J Eat Disord. 2013; S.1:3.

Lee HJ, Chapa D, Kao CW, Jones D, Kapustin J, Smith J, Krichten C, Donner T, Thomas SA, Friedmann E. Depression, Quality Of Life, And Glycemic Control İn İndividuals With Type 2 Diabetes. Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners,2009; 21(4), 214-224.

Lee YJG, Lee YJ, Jeong DU. Differential Effects Of Obesity On Obstructive Sleep Apnea Syndrome According To Age. Psychiatry Investig. 2017;14(5):656-61.

Li Y, Gao H, Ma Y. Evaluation Of Pulse Oximeter Derived Photoplethysmographic Signals For Obstructive Sleep Apnea Diagnosis. Medicine. 2017;96: E6755.

Lichtblau M, Bratton DJ, Giroud P, Weiler T, Bloch KE, Brack T. Risk Of Sleepiness-Related Accidents İn Switzerland: Results Of An Online Sleep Apnea Risk Questionnaire And Awareness Campaigns. Frontiers İn Medicine,2017; (4) 34.1-8

Liew SC, Aung T Sleep Deprivation And İts Association With Diseases-A Review. Sleep Medicine 2021;77:192-204.

Lindberg E. Epidemiology Of OSA. Sleep Apnoea. London; 2010. P.51-68.

Lopes C, Esteves AM, Bittencourt LRA, Tufik S, Mello MTD. Relationship Between The Quality Of Life And The Severity Of Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Brazilian Journal Of Medical And Biological Research,2008; 41, 908-913.

Mahmudova A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğunun İlişkisi ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tedavisinin Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğuna Etkisi [Uzmanlık Tezi]. İstanbul:

İstanbul Universitesi Cerrahpasa Tip Fakultesi; 2017. (YOK Tez No: 499034).

Malow BA. Approach To The Patient With Disordered Sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, Editors. Principles And Practice Of Sleep Medicine. 4th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. P.589-93.

Masiyev H. Obstruktif Uyku Apnesi Sendromu (OUAS) Tedavisinde Kullanılan Ekspansiyon Sfinkter Faringoplasti Cerrahisinin Faringometri ve Polisomnografi ile Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Universitesi Tip Fakultesi; 2016. (YOK Tez No: 462446).

Mazza S, Bastuji H, Rey AE. Objective And Subjective Assessments Of Sleep İn Children: Comparison Of Actigraphy, Sleep Diary Completed By Children And Parents' Estimation. Front Psychiatry. 2020;11:495.

Memik NC, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg. 2007;18(4):353-63.

Memiş K. Sağlık Dışı Sağlık Belirleyicileri ve Buna Bağlı Kronik Hastalıklar. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2020;6(1):42-50.

Mermit Çilingir B. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Kardiyovasküler Hastalıklar Arasındaki İlişkiyi Gösterebilecek Tam Kan Sayımı Değerleri. Van Sağlık Bilimleri Dergisi,2021; 14(3), 338-345. Https://Doi.Org/10.52976/Vansaglik.979551

Mone P, Kansakar U, Varzideh F, Boccalone E, Lombardi A, Pansini A, Santulli G. Epidemiology Of Obstructive Sleep Apnea: What İs The Contribution Of Hypertension And Arterial Stiffness? The Journal Of Clinical Hypertension 2022;24(4):395.

Moore P, Wayne A, Sonia A. A. Association Between Polysomnographic Sleep Measures And Health-Related Quality Of Life İn Obstructive Sleep Apnea J. Sleep Res. (2001) 10, 303-308.

Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Bülteni. 2005;1:25-29.

Nagayoshi M, Yamagishi K, Tanigawa T, Sakurai S, Kitamura A, Kiyama M. Risk Factors For Snoring Among Japanese Men And Women: A Community-Based Cross-Sectional Study. Sleep And Breathing, 2011; 15(1): P. 63-69.

Nilius G, Domanski U, Schroeder M, Franke KJ, Hogrebe A, Margarit L, Stoica M, d'Ortho MP. A Randomized Controlled Trial To Validate The Alice PDX Ambulatory Device. Nature And Science Of Sleep. 2017;9:171-80.

Nugent R. Preventing And Managing Chronic Diseases. BMJ. 2019;364:L459.

O'Connor CHRIS, Thornley KS, Hanly PJ. Gender Differences İn The Polysomnographic Features Of Obstructive Sleep Apnea. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 2000;161(5), 1465-1472

Odabaşıoğlu ME, Dedeoğlu T, Kasırga Z, Sünbül F. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Hijyeni. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):204-12.

Oğuz Ö. Afazili Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Doktora Tezi]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2016.

Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG, Caulet M. Snoring And Breathing Pauses During Sleep: Telephone İnterview Survey Of A United Kingdom Population Sample. BMJ. 1997;314:860-3.

Ohayon MM, Reynolds CF III, Dauvilliers Y. Excessive Sleep Duration And Quality Of Life. Annals Of Neurology. 2013;73(6):785-794.

Omak Kaya F. Non-Dipper Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sıklığının Araştırılması [Tez]. Kocaeli Üniversitesi Tip Fakültesi; 2018. (YOK Tez No: 530346).

Öktem Ayık S, Akhan G, Peker S. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu (OUAS) Olgularda Obezite Sıklığı ve Ek Hastalıklar. Türk Toraks Dergisi, 2011(12), 105-110.

Öniz A, İnanç G. Uykuda Beynin Elektrofizyolojisi. Uyku Nörofizyolojisi ve Hastalıkları, 29. Bölüm. Ankara; 2022. P.254-260.

Özdemir L, Akkurt I, Sümer H, Çetinkaya S, Gönlügür U, Ozşahin SL, Nur N, Doğan O. The Prevalence Of Sleep Related Disorders İn Sivas, Turkey. Tuberk Toraks 2005; 53 (1), 20-27.

Özdemir Ç. Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi [Tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

Öztop H, Sener A, Guven S, Dogan N. Influences Of İntergenerational Support On Life Satisfaction Of The Elderly: The Turkish Sample. Social Behavior And Personality. 2009 37(7), 957-970.

Öztürk İnan D. Tıkayıcı Uyku Apne Sendromunda Pozitif Hava Yolu Basıncını Polisomnografik Veriler Öngörebilir Mi? Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi. 2015

Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca I, Karakoç O. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2007;10 (3), 117-123.

Paskulin GL, Molzahn A. Quality Of Life Of Older Adults İn Canada And Brazil. West J Nurs Res. 2007;29(1):10-29.

Patel AK, Reddy V, Shumway KR, Araujo JF. Physiology, Sleep Stages. In: Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; 2022.

Patel J, Al Rifai M, Scheuner MT, Shea S, Blumenthal RS, Nasir K, Blaha MJ, Mcevoy JW. Basic Vs More Complex Definitions Of Family History İn The Prediction Of Coronary Heart Disease: The Multi-Ethnic Study Of Atherosclerosis. In Mayo Clinic Proceedings. 2018;93(9):1213-23.

Pavlova MK, Latreille V. Sleep Disorders. The American Journal Of Medicine. 2019;132(3):292-9.

Peever J, Fuller PM. The Biology Of REM Sleep. Curr Biol. Nov. 2017;27(22):R1237-1248.

Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Edirne: Trakya Universitesi Saglik Bilimleri Enstitusu; 2007. P.41-73.

Pınar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi-Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Florence Nightingale Journal Of Nursing. 2015;9(38):85-95.

Quintas RD, Novoa MT, Perez MTA, Martinez MLS, Fernandez AA, Velazquez PM. Obstructive Sleep Apnea İn Normal Weight Patients: Characteristics And Comparison With Overweight And Obese Patients. Archivos De Bronconeumología. 2013;49(12):513-7.

Ree M, Harvey A. Insomnia. Oxford Guide To Behavioural Experiments İn Cognitive Therapy; 2004. P.287-305.

Regestein QR, Monk TH. Delayed Sleep Phase Syndrome: A Review Of İts Clinical Aspects. The American Journal Of Psychiatry. 1995;152(4):602-608.

Reis N, Coskun A, Beji NK. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(2):25-35.

Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep Disorders İn The Elderly. Indian Journal Of Medical Research. 2010;131(2):302-310.

Sağlam Pınar S. Ankara Devlet Opera ve Balesi Müdürlüğü Teknik Personelinde Kronik Hastalık Durumu İle Risk Faktörlerinin Saptanması Ve Yapılan Eğitimin Bilgi, Tutum Ve Davranış Değişikliklerine Etkisi [Doktora Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

Salık Şengül Y. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Egzersizin Etkisi [Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

Salman LA, Shulman R, Cohen JB. Obstructive Sleep Apnea, Hypertension, And Cardiovascular Risk: Epidemiology, Pathophysiology, And Management. Current Cardiology Reports. 2020;22:1-9.

Saraç S, Afşar GC, Oruç Ö, Kırbaş G, Görgüner AM. Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Ek Hastalıklar ile Obezite İlişkisi. Van Tıp Dergisi. 2015;22(4):246-251.

Sarı H, Tekin M, Özdamar OI, Yakut H, Acar G. Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Vucut Kutle İndeksi ve Boyun Cevresi Olcumlerinin Apne Hipopne İndeksiyle Korelasyonu. Türk Otolarengoloji Arşivi. 2011;49(4):67-73.

Sarıarslan HA. Uyku Merkezlerine İlk Defa Polisomnografi Cekimi İcin Basvuran Hastalarda Uyku Kalitesi Uzerine Depresyon ve Yasam Kalitesinin Etkisi [Yuksek Lisans Tezi]. Istanbul: Okan Universitesi Saglik Yonetimi ABD; 2014. (YOK Tez No: 376861).

Sarıman N, Levent E, Soylu AC, Yurtlu S. Orta ve Ağır Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) Olgularında PAP (Positive Airway Pressure) Titrasyonuna Objektif ve Subjektif Yanıtın Değerlendirilmesi. Maltepe Tıp Dergisi. 2009;1(2):13-22.

Saygın M. Üniversite Öğrencilerinin Uyku Fizyolojisi ve Uyku Bozuklukları Hakkında Bilgi Tutum ve Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması. Uyku Bülteni. 2021;2(2):22-25.

Saygın M, Özgüner M. Uykunun Mikro Yapısı ve Mimarisi. Uyku Bülteni. 2020;1(1):19-29.

Schlosshan D, Elliott M. Sleep 3: Clinical Presentation And Diagnosis Of The Obstructive Sleep Apnoea Hypopnoea Syndrome. Thorax. 2004;59(4):347.

Schroder CM, O'Hara R. Depression And Obstructive Sleep Apnea (OSA). Ann Gen Psychiatry. 2005;4:13.

Schwab RJ, Goldberg AN, Pack AL. Sleep Apnea Syndromes. Fishman's Pulmonary Diseases And Disorders. New York: Mcgraw-Hill; 1998. P.1617-37.

Segon T, Kerebih H, Gashawu F, Tesfaye B, Nakie G, Anbesaw T. Sleep Quality And Associated Factors Among Nurses Working At Comprehensive Specialized Hospitals İn Northwest Ethiopia. Frontiers İn Psychiatry. 2022;13:931588.

Selçuk KT, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;7(1):1-9.

Selçuk OT, Saylam G, Fırat H, Tatar EÇ, Özdek A, Korkmaz H, Ardıç S. Apne-Hipopne İndeksinin Fizik Muayene ve Epworth Uykululuk Skalasi Skorlari İle İliskisi. KBB-Forum. 2011;10.

Selvi HC, Coşar B. Uyku Bozuklukları. Psikiyatride Kültüre Özgü Sendromlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. P.13-20.

Sesso HD, Lee IM, Gaziano JM, Rexrode KM, Glynn RJ, Buring JE. Maternal And Paternal History Of Myocardial İnfarction And Risk Of Cardiovascular Disease İn Men And Women. Circulation. 2001;104(4):393-8.

Seyfettin Çelik EP. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Şiddetinin Serumdaki D Vitamini Düzeyi ile Olan İlişkisi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015. Erişim Adresi: Ulusal Tez Merkezi. Tez No: 406602.

Seyfettin Çelik EP, Küpeli AE, Öner Eyüpoğlu AF. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Şiddetinin Serumdaki D Vitamini Düzeyi ile Olan İlişkisi. TÜSAD 38. Kongresi Solunum 2016 Kongre Kitabı, İzmir; 2016. S.1154. EP-433.

Sezgin A. Basit Horlama ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarının Akustik Faringometri Bulgularının Karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015. Erişim Adresi: Ulusal Tez Merkezi. Tez No: 417353.

Sforza E, Janssens JP, Rochat T, Ibanez V. Determinants Of Altered Quality Of Life İn Patients With Sleep-Related Breathing Disorders. Eur Respir J. 2003;21:682-7.

Sharma N, Lee J, Youssef I, Salifu MO, Mcfarlane SI. Obesity, Cardiovascular Disease And Sleep Disorders: Insights İnto The Rising Epidemic. J Sleep Disord Ther. 2017; Doi:10.4172/2167-0277.1000260.

Silva GE, Goodwin JL, Vana KD, Quan SF. Obstructive Sleep Apnea And Quality Of Life: Comparison Of The SAQLI, FOSQ, And SF-36 Questionnaires. Southwest Journal Of Pulmonary & Critical Care. 2016;13(3):137.

Soylu C, Kütük B. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2022;33(2):108-117. Doi:10.5080/U25700.

Soyyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesinin Belirlenmesinde SF-36 Sağlık Taramasının Değeri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2006;54(3):259-266.

Sönmez S. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları [Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD; 2006.

Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact Of Sleep Debt On Metabolic And Endocrine Function. Lancet. 1999;354:1435-9.

Spielman RM, Dumper K, Jenkins W, Lacombe A, Lovett M, Perlmutter M. Stages Of Sleep. Psychology-H5P Edition; 2021.

Stavrou VT, Astara K, Karetsi E, Daniil Z, Gourgoulianis KI. Respiratory Muscle Strength As An İndicator Of The Severity Of The Apnea-Hypopnea İndex: Stepping Towards The Distinction Between Sleep Apnea And Breath Holding. Cureus. 2021;13(3).

Sunwoo JS, Hwangbo Y, Kim WJ, Chu MK, Yun CH, Yang KI. Prevalence, Sleep Characteristics, And Comorbidities İn A Population At High Risk For Obstructive Sleep Apnea: A Nationwide Questionnaire Study İn South Korea. Plos One. 2018; Doi:10.1371/Journal.Pone.0193549.

Sünnetçioğlu A, Karadaş S, Özbay B, Sertoğullarından B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Sıklığı. Abant Tıp Dergisi. 2014;3(2):161-166.

Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;22(1):93-98.

Şahin NE, Emiroğlu O. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1(1):57-66.

Şayık D, Açıkgöz A, Mutlu F. Koronavirüs Pandemisinde Sağlık Personelinin Uyku Kalitesi: Meta-Analiz. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2021;8(1).

Şenel GB, Ağan K, Sünter G, Aktaç Ş, Karadeniz D, Koşunda A Aydın G, Güneş FE Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile Diyabet İlişkisinin Antropometrik Ölçümlere Göre İncelenmesi. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2020;7:11-16.

Şengül H. İnme Hastalarına Verilen Sağlık Hizmetinin Değerini Ölçecek Bir İndeks Geliştirme Çalışması ve Bir Eğitim Araştırma Hastanesi İnme Merkezi Örneği [Doktora Tezi]. 2022.

Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2011;8(1):24-29.

Taşkın F. Huzursuz Bacak Sendromunda Matrix Ritm Terapi Uygulamasının Etkinliğinin İncelenmesi [Doktora Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023.

Tekkanat Ç. Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2008.

Tishler PV, Larkin EK, Schluchter MD, Redline S. Incidence Of Sleep-Disordered Breathing İn An Urban Adult Population: The Relative İmportance Of Risk Factors İn The Development Of Sleep-Disordered Breathing. JAMA. 2003;289(17):2230-2237.

Topçu S, Bölüktaş RP. İnme Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2012;29(3):159-164.

Topçu B, Özdemir İ. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Pozitif Hava Yolu Basıncı Tedavisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences. 2015;3(1):1-20.

Torlak SE, Yavuzçehre PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler. 2008;17(2):23-44.

Tregear S, Reston J, Schoelles K, Phillips B. Obstructive Sleep Apnea And Risk Of Motor Vehicle Crash: Systematic Review And Meta-Analysis. J Clin Sleep Med. 2009;5(6):573-581.

Tuncer R, Alican EN, Beyhan A, Kolaç N. Sigara İçen ve İçmeyen Erişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2022;4(2):102-114.

Turan Y. Uyku Apnesi, Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar. Bozok Tıp Dergisi. 2018;8:1-8.

Türk Toraks Derneği. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Toraks Dergisi. 2012;13(1):1-4.

Türkan GB. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Apne-Hipopne İndeksi ve Oksijen Desaturasyon İndeksinin PAP Tedavi Uyumuna Etkisinin Retrospektif İncelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD; 2021.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri 2022. Yayın No: 49679; 22 Haziran 2023. Erişim Adresi: TÜİK.

Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

Türksoy VA. Halk Sağlığı Sorunu Olarak Uyku Apne Sendromu. Bozok Tıp Dergisi. 2018;8:83-86.

Ursavaş A. Yeni Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-3): Uykuda Solunum Bozukluklarında Neler Değişti. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2014;2(2):139-151.

Ülkü N. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Tedavinin Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

Vanek J, Prasko J, Genzor S, Ociskova M, Kantor K, Holubova M, Slepecky M, Nesdinal V, Kolek A, Sova M. Obstructive Sleep Apnea, Depression And Cognitive İmpairment. Sleep Medicine. 2020;72:50-58.

Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Miksiewicz T, Kritikou I, Shaffer ML, Liao D, Basta M, Bixler EO. Unveiling The Longitudinal Association Between Short Sleep Duration And The İncidence Of Obesity: The Penn State Cohort. Int J Obes (Lond). 2014;38(6):825-32.

Vural Ö, Eler S, Atalay Güzel N. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2010;8(2):69-75.

Wali SO, Abalkhail B, Krayem A. Prevalence And Risk Factors Of Obstructive Sleep Apnea Syndrome İn A Saudi Arabian Population. Ann Thorac Med. 2017;12(2):88-94.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-İtem Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework And İtem Selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.

Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-İtem Short-Form Health Survey: Construction Of Scales And Preliminary Tests Of Reliability And Validity. Med Care. 1996;34(3):220-33.

Wikman A, Wardle J, Steptoe A. Quality Of Life And Affective Well-Being İn Middle-Aged And Older People With Chronic Medical İllnesses: A Cross-Sectional Population-Based Study. Plos One. 2011;6(4):E18952.

Xian-Le B, Yu-Hui L, Qing-Hua W, Shu-Sheng J, Fan Z, Xiu-Qing Y, Dong G, Ji-Chuan C, Yan-Jiang W. Serum Amyloid-Beta Levels Are İncreased İn Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. Scientific Reports. 2015;5:13917.

Xie J, Yu W, Zongren W, Han F, Wang Q, Chen R. Correlation Analysis Between Obstructive Sleep Apnea Syndrome And Heart Rate Variability. Iran J Public Health. 2017;46(11):1502-11.

Yalçın GS. Ağır Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu ve REM İlişkili Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Diabetes Mellitus İlişkisi [Uzmanlık Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

Yavuz S. Hacılar İlçesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Salamura Gıda Tüketimi, Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve İdrarla Sodyum Atılımı [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

Yelboğa N, Aslan ŞB. Sosyal Sorun Olarak Salgın Hastalıklar ve Sosyal Çalışmanın Halk Sağlığını Koruma/Geliştirme Görevi. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2020;4(1):43-49.

Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(4):54-66.

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(2):61-68.

Yıldırım A, Kaya Tekeşin A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Hastalarda Klinik ve Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2021;11(1):103-108.

Yıldırım E, İntepe YS, Çiftçi B. Uyku ve Allerjik Hastalıklar. Bozok Tıp Dergisi. 2018;8:46-52.

Yıldırım S, Önder N, Avcı AG. Examination Of Sleep Quality And Factors Affecting Sleep Quality Of A Group Of University Students. International Journal Of Caring Sciences. 2020;13(2):1431-1439.

Yılmaz A, Çiledağ A. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olgularımızda Sistemik Hastalık Birlikteliği. Journal Of Turkish Sleep Medicine. 2015;3:35-38.

Yılmaz T. Aşırı Uyuma Bozuklukları. İçinde: Önerci M, Editör. Uykuda Solunum Durması ve Horlama. 1. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2003.

Yosunkaya Ş, Öztürk K. Pozisyonel Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Klinik Ve Polisomnografik Özellikleri. Solunum Dergisi. 2012;14(1):34-41.

Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Fırat Üniv Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;21(5):187-193.

Yüksel A. Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromlu Hastalarda Rinomanometri Sonuçlarının Polisomnografi ve Fizik Muayene Bulguları ile Karşılaştırılması. The Turkish Journal Of Ear Nose And Throat. 2014;24(4):190-194.

Zeitlhofer J, Schmeıser-Rıeder A, Trıbl G, Rosenberger A, Bolıtschek J, Kapfhammer G, Saletu B, Katschnıg H, Holzınger B, Popovıc R, Kunze M. Sleep And Quality Of Life İn The Austrian Population. Acra Neurologica Scandinavic. 2000;102:249-257.

Zhou L, Ouyang R, Lou H, Peng Y, Chen P, Ren S, Lio G. Dysfunction Of Nrf2-ARE Signaling Pathway: Potential Pathogenesis İn The Development Of Neurocognitive İmpairment İn Patients With Moderate To Severe Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome. Oxidative Medicine And Cellular Longevity. 2018;2018:3529709.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Şehir Hastanesi Uyku Ünitesine Başvuran Hastalarda Kronik Hastalıklar Sıklığı ve Yaşam Kalitesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Şeker Mah. Muhsin Yazıcıoğlu blv. No:77 Kocasinan/ Kayseri
	TELEFON	0 352 315 77 00 - 01 - 02
	FAKS	0 352 315 79 86
	E-POSTA	kayserisehir@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Elçin BALCI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Uzmanı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel İlaç Çalışması	☐		
		Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç Dışı Klinik Araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurulu Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Do
İmza:

Not:Etik Kurul Başkanı imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Şehir Hastanesi Uyku Ünitesine Başvuran Hastalarda Kronik Hastalıklar Sıklığı ve Yaşam Kalitesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BİLGİ BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	BELGE ADI		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 555**	**Karar Tarihi : 18.05.2022**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Seyhan KARAÇAVUŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Doç. Dr. Seyhan KARAÇAVUŞ	Nükleer Tıp	Kayseri Şehir Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. İbrahim Ethem ÖZSOY	Göğüs Cerrahisi	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Saliha KARAGÖZ EREN	Genel Cerrahi	Kayseri Şehir Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Ali İhsan GÜNAL	İç Hastalıkları/ Nefroloji	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Cem ARTAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Erciyes Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Mustafa ARGUN	Çocuk Sağlığı Kardiyoloji	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Mehmet KARA	Farmakoloji	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Mustafa Soner YILMAZ	Halk Sağlığı	Kayseri İl Sağ. Müd.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Av. Özlem UĞUR	Avukat	Kayseri İl Sağ. Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Müh.. Emre SAVA	Biyomedikal Müh.	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Mehmet KESTİROĞLU	Sivil Üye	Kayseri Şehir Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

Etik Kurulu Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr.
İmza:

Not:Etik Kurul Başkanı,imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

BİR ŞEHİR HASTANESİ UYKU ÜNİTESİNE BAŞVURAN OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA KRONİK HASTALIKLAR SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%16	%11	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%6
2	abis-files.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	geriatri.dergisi.org İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	Dereköy, Esra. "Stomalı Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Beslenme Alışkanlıklarının Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
7	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	Parlas, Manolya. "Primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisi.", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey) Yayın	<%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Eğitim

Derece	Kurum	Mezuniyet
Uzmanlık		
.		
Yüksek Lisans		
Lise		

İş Deneyimi:

Yıl	Kurum	Görev:
2002- 2004		
2004-2008		