

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

UYKU BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA
UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES
AZALTMA PROGRAMININ UYKU DURUMU STRES
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ:
POLİSOMNOGRAFİK ARAŞTIRMA

Hazırlayan
Arzu KARAKAYA

Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

Doktora Tezi

Temmuz 2025
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

UYKU BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA
UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES
AZALTMA PROGRAMININ UYKU DURUMU STRES
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ:
POLİSOMNOGRAFİK ARAŞTIRMA

Doktora Tezi

Hazırlayan
Arzu KARAKAYA

Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

Temmuz 2025
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: Arzu KARAKAYA

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Uyku Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma” adlı **Doktora Tezi** Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Arzu KARAKAYA

Danışman
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Emine ERDEM

KABUL ve ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK danışmanlığında **Arzu KARAKAYA** tarafından hazırlanan “**Uyku Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

23/07/2025

JÜRİ

İmza

Danışman: Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

.....

Üye: Prof. Dr. Figen İNCİ

.....

Üye: Doç.Dr. Arzu YÜKSEL

.....

Üye: Doç.Dr. Nurcan UZDİL

.....

Üye: Dr. Öğr.Üyesi Bülent AYKUTOĞLU

.....

ONAY

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

..... /...../

Prof. Dr. Aydın ALAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgi birikimi, rehberliği ve sabrıyla yolumu aydınlatan, her aşamada güven veren yaklaşımıyla beni destekleyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK'e gönülden teşekkür ederim.

Tez izleme sürecinde kıymetli bilgi ve önerileriyle çalışmama yön veren Doç. Dr. Nurcan UZDİL ve Dr. Öğr. Üyesi Bülent AYKUTOĞLU'na, tez savunma jürimde yer alarak değerlendirmeleriyle katkıda bulunan ve bu süreci benim için daha anlamlı kılan Sayın Prof. Dr. Figen İNCİ ve Doç. Dr. Arzu YÜKSEL'e içten şükranlarımı sunarım.

Çalışmama gönüllü olarak katılan, sürece içtenlikle dâhil olan ve paylaşımlarıyla bu çalışmanın şekillenmesine katkı sunan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde desteğini esirgemeyen canım annem Azize YALTAGİL'e ve babam Yusuf YALTAGİL'e, yanımda olduklarını her daim hissettiren kıymetli kardeşlerime, yaşamıma neşe, umut ve anlam katan sevgili kızım ve oğluma, bu sürecin en zorlu anlarında sabrı, anlayışı ve sonsuz desteğiyle beni dimdik ayakta tutan eşim Şahin KARAKAYA'ya

Sonsuz teşekkür ederim.

Arzu KARAKAYA

UYKU BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMININ UYKU DURUMU STRES VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: POLİSOMNOGRAFİK ARAŞTIRMA

Arzu KARAKAYA

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi, Temmuz, 2025

Danışman: Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

ÖZET

Bu araştırma, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın (BFSAP), uyku bozukluğu tanısı almış bireyler üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel desenle yürütülmüştür. Çalışma, 2023–2024 yılları arasında Muş Devlet Hastanesi Uyku Servisi'nde polisomnografi (PSG) çekimi sonrası uyku bozukluğu tanısı alan 21 müdahale ve 21 kontrol grubu olmak üzere toplam 42 bireyle gerçekleştirilmiştir. Veriler; “Kişisel Bilgi Formu”, “Bilinçli Farkındalık Ölçeği”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Algılanan Stres Ölçeği” ve PSG değerlendirmeleri ile toplanmıştır. Müdahale grubuna, haftada bir gün 50–60 dakika süreyle, yedi hafta boyunca çevrim içi bireysel BFSAP temelli danışmanlık verilmiştir. Ölçümler ise ön test, son test ve izlem testi olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırma için gerekli kurum ve etik kurul onayları alınmıştır.

Bulgular SPSS 22 programı ile analiz edilmiş; BFSAP'ın, öznel uyku kalitesi, algılanan stres ve yaşam kalitesinde son test ve izlem testinde ön teste göre anlamlı düzeyde iyileşmeler sağladığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Ayrıca, bilimsel geçerliliği yüksek referans yöntemlerden biri olan PSG ölçümleri sonucunda; uyku süresi artmış, uykuya dalma ve uyanıklık süreleri azalmış, dolayısıyla objektif uyku kalitesinde anlamlı gelişmeler gözlenmiştir. Müdahale grubunda bilinçli farkındalık artarken, gündüz işlev bozukluğunda beklenmeyen anlamlı bir artış gözlemlendi ve bu durum tartışmada ele alınmıştır. Genel olarak müdahale grubunun sonuçları, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha olumlu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, BFSAP; uyku bozukluğu tanılı bireylerde hem subjektif hem de objektif ölçümlerle çok boyutlu ve anlamlı iyileşmeler sağlayan etkili ve bütüncül bir müdahaledir. Programın sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından klinik uygulamalara entegre edilmesi, ayrıca dijital platformlar aracılığıyla yaygınlaştırılarak daha geniş kitlelere ulaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Stres, Bilinçli Farkındalık, Polisomnografi, Uyku Bozukluğu, Yaşam Kalitesi.

**THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION
PROGRAM APPLIED TO PATIENTS WITH SLEEP DISORDERS ON
SLEEP, STRESS, AND QUALITY OF LIFE: A POLYSOMNOGRAPHIC
STUDY**

Arzu KARAKAYA

**Erciyes University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Mental Health and Diseases Nursing
PhD Thesis, July 2025
Supervisor: Assoc. Prof. Nuray ŞİMŞEK**

ABSTRACT

This randomized controlled experimental study evaluated the effects of the Mindfulness Based Stress Reduction Program (MBSR) on individuals diagnosed with sleep disorders. Conducted between 2023 and 2024 at Muş State Hospital Sleep Unit, the study involved 42 participants (21 intervention, 21 control) diagnosed after polysomnography (PSG).

Data were collected via the Personal Information Form, Mindfulness Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, WHO Quality of Life Scale, Perceived Stress Scale, and PSG. The intervention group received weekly online individual counseling sessions lasting 50–60 minutes over seven weeks. Measurements were taken at pretest, posttest, and follow-up. Necessary institutional and ethics approvals were obtained.

Analyses with SPSS 22 showed significant improvements in subjective sleep quality, perceived stress, and quality of life at posttest and follow-up compared to pretest ($p<0.001$). PSG indicated increased sleep duration and reduced sleep latency and wakefulness, reflecting improved objective sleep quality. Mindfulness levels increased significantly, while an unexpected significant rise in daytime dysfunction was observed and discussed. Overall, intervention results were significantly better than control ($p<0.05$).

In conclusion, the MBSR program is an effective, holistic intervention providing meaningful improvements in subjective and objective sleep measures. Integration into clinical practice and wider dissemination via digital platforms is recommended.

Keywords: Perceived Stress, Mindfulness, Polysomnography, Sleep Disorder, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL ve ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. UYKU	4
2.1.1. Uyku Tanımı.....	4
2.1.2. Uykunun Epidemiyolojisi.....	6
2.2. Uyku Bozukluğu	6
2.2.1. Uykusuzluk (insomni)	7
2.2.2. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları	7
2.2.3. Santral hipersomnolans bozuklukları	7
2.3.1. Uyku Bozukluğu Değerlendirme Yöntemleri.....	10
2.3.1.1. Objektif ve Davranışsal Yöntem.....	10
2.3.2. Uyku Bozukluğun Tedavisi	12
2.3. STRES.....	13
2.3.1. Stresle Başa Çıkma.....	15
2.3.1.1. Problem Odaklı Başa Çıkma	16
2.3.1.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma	16
2.3.1.3. Anlam Odaklı Başa Çıkma	16
2.3.1.4. Başa Çıkma Sürecini Etkileyen Koruyucu Faktörler.....	16
2.3.1.5. Bireysel Değişkenlerin Rolü.....	17

2.3.2. Uyku Bozukluğu ve Stres.....	17
2.4. Yaşam Kalitesi	18
2.4.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	18
2.4.2. Öznel ve Nesnel Boyutlarıyla Yaşam Kalitesi	19
2.4.3. Uyku Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	19
2.5. UYKU BOZUKLUĞUNDA PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER	20
2.5.1.BİLİNÇLİ FARKINDALIK.....	21
2.5.1.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler	21
2.5.1.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi.....	21
2.5.1. 3. Diyalektik Davranışçı Terapi.....	21
2.5.1.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi	22
2.5.1.5. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) .	22
2.5.1.5.1. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Gelişimi.....	22
2.5.2. Bilinçli Farkındalık Tutumları.....	23
2.6. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLP).....	30
2.6.1.Uyku Bozukluğu Olan Hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Yaklaşımlar ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Rolü	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Türü	32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.6. Veri Toplama Araçları.....	36
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	37
3.6.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (Ek-2).....	37
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-3)	37
3.6.4. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Ek-4).....	38
3.6.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) (Ek-5)	38

3.6.6.Polisomnografi Uygulaması	38
3.7. Verilerin Toplanması.....	39
3.7.1. Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler	40
3.7.2. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) İçeriği	46
3.7.3. Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler	48
3.8. Ön Uygulama	49
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	50
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. KAYNAKLAR	72
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	BFSAP Kapsamında Uygulanan Bireysel Müdahale Süreci Takvimi.....	42
Tablo 3.2.	Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) Danışmanlık İçeriği (Ek-12).....	46
Tablo 4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=42).....	51
Tablo 4.2.	Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Bileşenlerine Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.3.	Hastaların Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.4.	Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.5.	Hastaların Bilinçli Farkındalık Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.6.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Polisomnografi Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 5.1.	Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'na (BFSAP) Yönelik Araştırma Hipotezleri ve Sonuçları	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış şeması	36
---	----



KISALTMALAR ve SİMGELER

AASM	: Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BFSAP	: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
CIBAP / CPAP	: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrookülografi
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi
ICSD	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği
NREM	: Hızlı Göz Hareketi Olmayan Uyku
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu
PSG	: Polisomnografi
PSQI / PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Hızlı Göz Hareketi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, bireyin fizyolojik, bilişsel ve psikolojik işlevlerini sürdürebilmesi için yaşamsal öneme sahip karmaşık bir biyolojik süreçtir. Kaliteli bir uyku, yalnızca fiziksel dinlenme olmayıp aynı zamanda bağışıklık sisteminin düzenlenmesini, duygusal dengeyi, bilişsel performansı ve yaşam kalitesini destekleyen temel bir sağlık göstergesidir (Zhang ve ark., 2025). Ancak modern yaşamın getirdiği stres, dijital uyarana aşırı maruz kalma ve düzensiz alışkanlıklar uyku kalitesini olumsuz etkileyerek uyku bozukluklarını yaygın bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir (Lim ve ark., 2023).

Uyku bozuklukları, bireyin yalnızca gece uykusunu değil aynı zamanda gündüz işlevselliğini, duygusal durumunu ve sosyal ilişkilerini de etkilemekte depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği, kronik yorgunluk ve bağışıklık zayıflığı gibi çok yönlü sonuçlara yol açmaktadır (Akkaoui ve ark., 2023; Palmer ve ark., 2024). Uyku kalitesini bozan en temel etmenlerden biri ise strestir. Stres, bireyin çevresel talepler karşısında kaynaklarının yetersiz olduğunu algılamasıyla ortaya çıkan psikobiyolojik bir yanıttır (Lazarus ve Folkman, 1984). Yüksek stres düzeyi, kortizol salınımını artırarak uykuya geçiş süresini uzatmakta, gece uyanmalarını artırmakta ve genel uyku derinliğini azaltmaktadır (Palagini ve ark., 2019). Tersine kalitesiz uyku da bireyin stres düzeyini yükselterek bu döngünün daha da kronikleşmesine neden olmaktadır. Bu çift yönlü ilişki stres yönetiminin uyku sorunları bağlamında ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (Nollet ve ark., 2020).

Stres ve uyku bozuklukları ile yakından ilişkili olan bir diğer önemli kavram ise yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel işlevsellik alanlarında hissettiği iyilik halini içeren çok boyutlu bir kavramdır. (Group, 1995). Uyku yetersizliği ve stres, bu alanlarda belirgin düşüslere neden olmakta bireyin işlevselliğini, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam doyumunu olumsuz

etkilemektedir (Bottenheft ve ark., 2023; Carpi ve ark., 2022). Bu nedenle yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan müdahalelerin uyku ve stres parametrelerini bütüncül biçimde ele alması önemlidir.

Bu hedef doğrultusunda çeşitli müdahale yaklaşımları geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Farmakolojik tedaviler, kısa vadede rahatlama sağlasa da ilaç toleransı, yan etkiler ve bağımlılık riski gibi etkenler nedeniyle uzun vadede yetersiz kalabilmektedir. Farmakolojik olmayan müdahaleler ise örneğin uyku hijyeni eğitimi, gevşeme egzersizleri ve bilişsel yeniden yapılandırma stres ve uyku sorunlarının yönetiminde önemli katkılar sağlamakta ancak bu yaklaşımlar çoğunlukla birbirinden bağımsız ve sınırlı süreli müdahaleler olarak uygulanmakta, bu nedenle stresin fizyolojik ve bilişsel boyutlarını bütüncül bir şekilde ele almakta yetersiz kalabilmektedir (Morin ve ark., 2020). Oysa bu bileşenlerin yapılandırılmış ve farkındalık temelli bir yaklaşımla bütünleştirildiği Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (BFSAP), bireyin hem psikolojik hem fizyolojik iyilik halini destekleyen bütüncül bir müdahale sunmaktadır (Black ve ark., 2015; Liu ve ark., 2022).

Bilinçli farkındalık, bireyin dikkatini bilinçli bir şekilde içinde bulunduğu ana yönlendirmesi ve bu anı yargılamadan kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır (Kabat-Zinn, 1990). BFSAP meditasyon, nefes farkındalığı, beden tarama ve bilinçli hareket (mindful hareket) gibi uygulamalardan oluşan bir müdahale programıdır. Bu uygulamalar, bireyin stres tepkilerini düzenleyerek uykuya geçişte yaşanan bilişsel engelleri azaltmakta ve dolayısıyla uyku kalitesini artırmaktadır (Rusch ve ark., 2019; Yavuz Sercekman, 2024).

Farkındalık temelli müdahalelerin stres, uyku ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri çok sayıda çalışmayla desteklenmiştir. Yapılan meta-analizler, BFSAP'ın uyku kalitesini artırdığını, stres düzeyini azalttığını ve yaşam kalitesini çok boyutlu olarak iyileştirdiğini ortaya koymaktadır (Liu ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2025). Ancak, bu çalışmaların büyük bir kısmı öznel ölçüm araçlarına dayalı olup, bireylerin kendi deneyimlerinden elde edilen verilerle sınırlı kalmaktadır.

Oysa, farkındalık temelli müdahalelerin etkisinin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik düzeyde de değerlendirilmesi önemlidir. Bu bağlamda, uyku bozukluklarının objektif değerlendirilmesinde altın standart olarak kabul edilen

polisomnografi (PSG); uyku evreleri, uykuya geçiş süresi, toplam uyku süresi ve uyku verimliliği gibi parametreleri doğrudan ölçebilen ileri bir yöntemdir (Kapur ve ark., 2017). PSG temelli araştırmalar, farkındalık gibi müdahalelerin fizyolojik etkilerini ortaya koyma açısından önemli bir boşluğu doldurmaktadır (Ong ve ark., 2014).

Hemşirelik disiplini açısından değerlendirildiğinde, yalnızca hastalıkların tedavisi değil; bireyin psikolojik, sosyal ve ruhsal iyilik halini destekleyen bütüncül bakım uygulamaları temel bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir. Özellikle ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, bireylerin farkındalık düzeyini artıran, stresle baş etme becerilerini güçlendiren ve yaşam kalitesini yükselten kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları çağdaş hemşirelik anlayışının gereğidir (Association ve Association, 2019).

Bu bağlamda, bu araştırmanın problemi, uyku bozukluğu olan bireylerde yüksek stres düzeyi ve düşük yaşam kalitesinin yaygın olması ve geleneksel müdahalelerin bu sorunlara çözüm üretmede sınırlı kalmasıdır. BFSAP 'ın uyku kalitesi, stres düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin hem öznel hem de nesnel ölçütlerle değerlendirilmesi bu nedenle önem taşımaktadır.

Araştırmanın amacı, BFSAP'nın uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde; uyku durumu (öznel değerlendirmeler ve PSG verileriyle), algılanan stres düzeyi, yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık düzeyi üzerindeki etkilerini kapsamlı biçimde incelemektir.

Bu araştırmanın özgün değeri ise hemşirelik pratiğinde bireyin yalnızca fizyolojik değil, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de dikkate alan bütüncül bakım anlayışını desteklemesidir. Aynı zamanda, bilinçli farkındalık temelli yaklaşımların yalnızca öznel ölçütlere değil, bilimsel geçerliliği yüksek nesnel verilerle de değerlendirilmesine olanak sağlayarak hem hemşirelik alanına hem de davranışsal sağlık müdahalelerine yenilikçi katkılar sunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYKU

2.1.1. Uyku Tanımı

Uyku, değişen bilinç durumu, azalmış duyuşsal tepki ve kas tonusundaki düşüşle kendini gösteren, beyin elektriksel aktivitesindeki değişikliklerle karakterize edilen biyodavranışsal bir durumdur (Chovatiya ve Medzhitov, 2014; Gottesman ve ark., 2024). Bilimsel olarak uyku, vücudun duyuşsal işlevlerinin ve istemli kas hareketlerinin askıya alındığı, farklı bilinç seviyeleriyle çevreyle sınırlı etkileşim halinde olunan bir süreçtir. Uyku sırasında beyinde ve vücudun diğer bölgelerinde gerçekleşen süreçler karmaşıktır ve halen araştırılmaktadır. Uyku, enerji depolamamızı sağlar ve günlük yaşamın talepleriyle başa çıkmamıza yardımcı olduğu için hem gereklidir hem de canlandırıcıdır. Yetersiz uyku, vücudun sağlık dengesini olumsuz etkiler (Solomon, 2022). Dünya Uyku Derneği hem halkın hem de sağlık profesyonellerinin yeterli miktarda ve kaliteli uykunun önemi konusunda farkındalığını artırmak amacıyla, her yıl İlkbahar Ekinoksu'ndan önceki son cuma gününü Dünya Uyku Günü olarak belirlemiştir (Dritsas ve Trigka, 2024).

Uyku, temelde REM (Hızlı Göz Hareketi) ve REM dışı (NREM) olmak üzere iki ana evreden oluşmaktadır. NREM uykusu, üç aşamalı bir süreçle ilerler: N1, N2 ve N3 olmak üzere sırasıyla hafiften derine doğru ilerleyen uyku evrelerini içerir.

- Aşama 1 (N1):** Uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş dönemidir.
- Aşama 2 (N2):** Kalp atış hızı ve solunumun belirgin şekilde yavaşladığı, vücut sıcaklığının düştüğü hafif uyku evresidir.
- Aşama 3-4 (N3):** Derin uyku olarak adlandırılan bu evrede vücut tamamen gevşemekte ve fiziksel onarım süreçleri aktifleşmektedir.

Ardından **REM uykusu** başlamaktadır. Bu evrede:

- Gözler kapalıyken hızlı göz hareketleri gözlemlenmekte,
- Beyin dalgaları uyanıklık durumundakine benzer aktivite göstermekte,
- Solunum hızı artar ve canlı rüyalar görülmekte,
- Kaslarda geçici paralizi (felç) oluşarak hareket engellenmektedir (Blumberg ve ark., 2020; Dauvilliers ve ark., 2018).

Uyku, beynin ve vücudun restorasyon ve onarım süreçlerinden geçerken düzgün çalışmasına katkıda bulunmaktadır. Bu sebeple yeterli uyku, kişinin gün içinde uykulu veya yorgun hissetmeden dinlenmiş bir şekilde uyanması anlamı taşımaktadır. Gerekli uyku miktarı kişiden kişiye değişmekte ve yaş, kalıtım, günlük aktiviteler, yaşam tarzı, egzersiz vb. gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Chaput ve ark., 2018; Ramar ve ark., 2021). Yenidoğan çocuklar 16-18 saat uyumaktadır, ancak 3 yaşında ortalama uyku süresi 11-13 saattir. 4 yaşından sonraki uyku, ergenlik öncesi dönem ve bununla ilişkili endokrinolojik değişikliklerin başladığı 12-13 yaşına kadar 10 saatlik istikrarlı ve sürekli bir gece dönemidir. Ergenlikten sonraki uyku süresi 7-9 saat arasında değişmekte ve kişi yaşlandıkça kademeli olarak azalmaktadır (Chaput ve ark., 2020; Chaput ve ark., 2018; Li ve ark., 2022). Bu bağlamda bebeklik ve çocukluk dönemi gelişiminde önemli bir rolü olan uykunun korunması oldukça önem arz etmektedir.

Yeterli ve sağlıklı uyku, hormonların düzgün çalışmasına ve dolayısıyla kilonun korunmasına yardımcı olmaktadır. Uyku sürecini etkileyen hormonlar arasında açlık hissini artıran ghrelin ve yemekten kaynaklanan tokluk hissini düzenleyen leptin bulunmaktadır. Uyku yetersizliği durumunda bu hormonların dengesi bozulmakta ve sonuç olarak açlık hissi artmaktadır. Ayrıca uyku, stres seviyelerini düşürerek kan basıncının daha iyi kontrol edilmesine katkı sağlamaktadır (Luyster, 2020; Mason ve ark., 2021). Dahası, derin uyku sırasında büyüme hormonu salgılandığı için uyku, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde büyük önem taşımaktadır (Matricciani ve ark., 2019; Ophoff ve ark., 2018).

2.1.2. Uykunun Epidemiyolojisi

Uyku epidemiyolojisi geniş nüfus gruplarında uyku süresi, kalitesi ve uyku bozukluklarının dağılımını ve risk faktörlerini inceleyen disiplinlerarası bir alandır (Hirshkowitz ve ark., 2015). Yetişkinlerde sağlıklı uyku süresi genellikle 7-9 saat olarak önerilmekle birlikte bu aralık yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir (Hirshkowitz ve ark., 2015; Panel ve ark., 2015). Güncel epidemiyolojik çalışmalar, dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık %30-40'ının kronik uyku yoksunluğu veya düşük uyku kalitesi yaşadığını bildirmektedir (Grandner, 2022; Wang ve ark., 2016).

2.2. Uyku Bozukluğu

Uyku bozuklukları, normal uyku düzenlerini bozan bir grup rahatsızlıktır. Uyku bozuklukları, karşılaşılan en yaygın klinik sorunlardan biridir. Yetersiz veya dinlendirici olmayan uyku, normal fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal işleyişi etkileyebilmektedir. Uyku bozuklukları genel sağlığı, güvenliği ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Nitekim alan yazın uykusuzluk çeken hastalarda yaşam kalitesinde önemli bir bozulma olduğunu göstermektedir (Karna ve ark., 2020).

Uyku bozukluklarının sınıflandırılması için üç temel sistem kullanılmaktadır. Bunlar; Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemi (ICD)'dir.

ICSD, uyku bozukluklarını yedi başlık altında sınıflandırmaktadır (Gauld ve ark., 2021):

1. Uykusuzluk bozuklukları
2. Uykuyla ilişkili solunum bozuklukları
3. Santral hipersomnolans bozuklukları
4. Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları
5. Parasomniler
6. Uykuyla ilişkili hareket bozuklukları
7. Diğer uyku bozuklukları

DSM-5'te ise uyku bozuklukları, “uyku-uyanıklık bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu düzenleme ile DSM-5 ile ICD-10 arasındaki sınıflandırma farklılıkları önemli ölçüde azalmıştır.

ICD sistemi ise halen uyku bozukluklarını “organik” ve “organik olmayan” olmak üzere iki temel başlık altında sınıflandırmaktadır. Her ne kadar ICD yaygın olarak kullanılsa da sınıflandırma yaklaşımı, ICD-10 ve DSM ile belirli açılardan farklılık göstermeye devam etmektedir.

2.2.1. Uykusuzluk (insomni)

Uykusuzluk semptomları veya uykuya dalmada güçlük yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birini etkileyen en yaygın tıbbi şikayetler arasında yer almaktadır. Semptomların gündüz işlevselliğini etkileyecek düzeyde şiddetli olduğu vakalarda ise bu oranın yaklaşık %10 olduğu ve kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (%17,6'ya karşı %10,1) (Morin ve ark., 2020). Ayrıca, uykusuzluğun kalıcı (beş yıldan uzun süren) bir bozukluk olabildiği ve başlangıçta şiddetli uykusuzluk belirtileri gösteren bireylerin %40'ından fazlasının bu durumdan uzun vadede etkilendiği bulunmuştur (Morin ve ark., 2020).

2.2.2. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

Uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının yaygınlığı hastalığın türüne bağlı olarak değişmektedir. Yaş ilerledikçe uyku bozukluklarının görülme sıklığı da artmaktadır. Nitekim yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %50'sinde çeşitli düzeylerde uyku sorunları bildirilmektedir (Rodriguez ve ark., 2015). Wisconsin Uyku Kohort Çalışması zaman içinde her iki cinsiyette de uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının yaygınlığında artış olduğunu göstermiştir. Erkeklerde bu oran %26,4'ten %33,9'a, kadınlarda ise %13,2'den %17,4'e yükselmiştir (Peppard ve ark., 2013).

2.2.3. Santral hipersomnolans bozuklukları

Santral hipersomnolans bozukluklarında, bireylerde gündüz uyanıklığını sürdürememe ve aşırı uyku hali gibi şikayetler görülmektedir. Bu bozukluklar birden fazla nedene bağlı olarak gelişebileceği gibi başka bir uyku bozukluğuna ikincil olarak da ortaya çıkabilmektedir. Acquavella ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışmada genel nüfusta narkolepsi yaygınlığının 2013–2016

yılları arasında 100.000 kişide 38,9'dan 44,3'e yükseldiği ve bu artışın yaklaşık %14 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Acquavella ve ark., 2020).

2.2.4. Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları

Sirkadiyen ritim bozuklukları, bireyin içsel biyolojik saatinin dış çevresel zaman göstergeleri ile senkronize olamaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve uygun zamanda uyanma gibi işlevlerde bozulmalar görülmektedir. Başlıca alt tipleri arasında:

- Gecikmiş uyku fazı sendromu (ergen ve genç erişkinlerde),
- İleri uyku fazı sendromu (daha çok yaşlılarda),
- Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi (nörolojik hastalıklarda),
- Serbest akan uyku tipi (çoğunlukla görme engelli bireylerde)

yer almaktadır. Tanı için uyku günlüğü, aktigrafi ve polisomnografi kullanılmaktadır. Tedavi, davranışsal müdahaleler, melatonin desteği ve ışık terapisi gibi yöntemlerle gerçekleştirilmektedir (Feti Cetin, 2023).

2.2.5. Parasomniler

Parasomniler; uyurgezerlik, konfüzyonel uyanmalar, uyku terörü, uykuda konuşma ve kabuslar gibi uyku sırasında meydana gelen anormal davranışlardır. Bu durumlar çocukluk dönemi başta olmak üzere yaşamın farklı evrelerinde görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) tanısı olmayan bireylerde NREM uykusu ile ilişkili parasomnilerin (örneğin uyurgezerlik, uykuda yeme gibi) yaygınlığı yaklaşık %3 olarak bildirilmiştir. Kâbus görme sıklığı ise bazı topluluklarda %43,8'e kadar ulaşabilmektedir (Lundetræ ve ark., 2018). REM uykusu davranış bozukluğu ise özellikle ileri yaş erkeklerde sık görülen bir durumdur ve yaygınlığının 100.000 kişide 8,7 olduğu, erkek/kadın oranının ise yaklaşık 3:1 olduğu tahmin edilmektedir (Acquavella ve ark., 2020).

2.2.6. Uykuyla İlgili Hareket Bozuklukları

Huzursuz bacak sendromu ve periyodik uzuv hareketi bozukluğu özellikle yaşlı bireylerde daha yaygın olarak görülen hareketle ilişkili uyku bozukluklarıdır (Gulia ve Kumar, 2018). Periyodik uzuv hareketi bozukluğu yaygınlığı yaklaşık 100.000

kişide 40 olarak bildirilmiş ve son on yılda bu sıklıkta yaklaşık %30 oranında artış gözlemlenmiştir. Bu uyku bozukluklarının çoğunda cinsiyet farklılıkları belirgindir. Örneğin, birincil uykusuzluk 50 yaş üstü kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir (Rodriguez ve ark., 2015). Huzursuz bacak sendromu prevalansı da kadınlarda (%9,0) erkeklere (%5,4) kıyasla iki kat daha yüksektir (Allen ve ark., 2005).

2.3. Uyku Bozukluğu Epidemiyolojisi

Uyku bozukluklarının yaygınlığı, spesifik bozukluk türüne ve demografik özelliklere göre değişkenlik göstermektedir. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları kısa uyku süresi ve dinlendirici olmayan uyku ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (Matsumoto ve Chin, 2019). Epidemiyolojik çalışmalar, yetişkin nüfusun yaklaşık %30-45'inin kronik uyku yoksunluğu veya düşük uyku kalitesi yaşadığını ortaya koymaktadır (Panel ve ark., 2015).

Uyku apnesi gibi spesifik bozuklukların prevalansı, gelişmiş ülkelerde %9 ile %38 arasında değişirken, düşük gelirli ülkelerde bu oran %3 ile %19 arasında seyretmektedir (Benjafield ve ark., 2019). Demografik faktörler açısından 65 yaş üzeri bireylerde uykusuzluk prevalansının %50'ye kadar ulaştığı (Ohayon, 2002) ve kadınlarda uykusuzluk riskinin erkeklere kıyasla 1,4 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Zhang ve Wing, 2006).

Davranışsal risk faktörleri arasında ise gece vardiyasında çalışma, elektronik cihaz kullanımı ve sirkadiyen ritmi bozan yaşam alışkanlıkları öne çıkmaktadır (Grandner, 2022). Uyku bozuklukları, kardiyometabolik hastalık riskini %37 oranında artırmakta (Cappuccio ve ark., 2010), Alzheimer hastalığına özgü amiloid-beta birikimini hızlandırmakta (Ju ve ark., 2014) ve majör depresyon gelişme riskini 2,1 kat yükseltmektedir (Baglioni ve ark., 2011).

Yakın tarihli bir çalışmada ise kötü uyku, diğer uyku bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Diyabetli bireylerden oluşan bir örnekleme, katılımcıların %61'i kötü uyku bildirmiş, %47'si Huzursuz Bacak Sendromu açısından pozitif değerlendirilmiş ve %51'inin Obstrüktif Uyku Apnesi açısından yüksek risk taşıdığı rapor edilmiştir (Demirtaş ve Dolu, 2023).

2.3.1. Uyku Bozukluğu Değerlendirme Yöntemleri

Uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler hem subjektif hem de objektif ölçümleri içeren çok yönlü araçlardan oluşmaktadır. Bu yöntemler, bireyin uyku düzeni, kalitesi, süresi ve bozuklukların doğası hakkında kapsamlı bilgi sağlamayı amaçlamaktadır.

2.3.1.1. Objektif ve Davranışsal Yöntem

A. Objektif Yöntemler

1. Polisomnografi (PSG)

Polisomnografi (PSG), uyku apnesi teşhisinde "altın standart" olarak tanımlanmaktadır. Hastanın uykusu sırasında en az 6 saat boyunca vücut tarafından üretilen fizyolojik ve patofizyolojik verilerin eşzamanlı olarak kaydedilmesi ve ardından bu verilerin uzman bir hekim tarafından değerlendirilerek raporlanması işlemine polisomnografi denir (Kapur ve ark., 2017). İlk kez Jerome Holland tarafından 1974 yılında "PSG" tanımı kullanılmıştır. Uyku zorluğu yaşayan, gündüz aşırı uyku hali olan ve horlayan hastalardan PSG testi istenmektedir. PSG verileri uyku apnesi hastalığının teşhis ve tedavisinde kullanılmaktadır (Kapur ve ark., 2017).

PSG sinyalleri; uyku apnesi, diş sıkma, huzursuz bacak sendromu, horlama ve diğer uyku bozukluklarının tanısında oldukça önemli bir yere sahiptir. PSG sinyalleri, PSG cihazı vasıtasıyla kaydedilmektedir. PSG cihazı, 15-30 kanal arasında hasta sinyallerinin kaydedildiği bir veri kayıt sistemidir. Uyku laboratuvarlarında, hastanın bir gece boyunca uyuması sırasında PSG cihazları aracılığıyla hastalara ait beyin dalgaları (EEG), kas aktivitesi (EMG), kalp ritmi (EKG), göz hareketleri (EOG), SpO₂, nazal hava akışı, toraks ve abdomen genlik değişimi, vücut pozisyonları ile çene kas aktivitesi verileri kaydedilmektedir.

Bu kayıt sırasında kullanılan temel elektrotlar EEG, EOG ve EMG'dir. Yardımcı elektrotlar ise oronazal hava akımı, toraks ve abdomen kemerleri, oksijen saturasyonu, trakeal mikrofon, EKG, EMG, vücut pozisyonu; diğer sensörler ise noktürnal penil tümessans (NPT), özofagus pHmetre, özofagus balonu, kan basıncı ölçümü ve end-tidal CO₂'dir (Pandi-Perumal ve ark., 2014).

2. Aktigrafi

Aktigrafi, genellikle bileğe takılan bir cihaz aracılığıyla bireyin hareketlerini günler veya haftalar boyunca kaydederek uyku-uyanıklık döngüsünü değerlendirmektedir. Özellikle sirkadiyen ritim bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ev ortamında kolayca uygulanabilmektedir ve invaziv değildir (Ancoli-Israel ve ark., 2003).

3. Çoklu Uyku Gecikme Testi

Çoklu uyku gecikme testi gündüz uykululuğunu ölçmek için kullanılmaktadır. Kişiye gün içinde beş kez kısa uyuma şansı verilerek her denemede uykuya dalma süresi ölçülmektedir. Narkolepsi ve diğer aşırı uykululuk bozukluklarının tanısında kullanılmaktadır (Littner ve ark., 2005).

4. Uyanıklığı Sürdürme Testi

Uyanıklığı sürdürme testi, bireyin uykulu ortamlarda uyanık kalabilme kapasitesini değerlendirmektedir. Uykululuk düzeylerinin mesleki güvenlik açısından önem taşıdığı mesleklerde (örneğin sürücülerde, pilotlarda) sıklıkla uygulanmaktadır (Arand ve ark., 2005).

B. Davranışsal (Subjektif) Yöntemler

1. Uyku Günlüğü

Uyku günlüğü, bireyin uykuya yatma ve kalkma saatleri, gece uyanmaları, gündüz şekerlemeleri gibi bilgileri en az 1–2 hafta boyunca kaydetmesiyle oluşan öz-bildirim yöntemidir. Uyku alışkanlıkları, sirkadiyen ritim bozuklukları ve insomnia değerlendirmelerinde kullanılmaktadır (Carney ve ark., 2012).

2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), bireylerin son bir ay içindeki uyku kalitesi, süresi, bozukluklar ve gündüz fonksiyonları gibi alanları değerlendiren öz-bildirimli bir ölçektir. Uyku bozukluklarının taranmasında ve tedavi öncesi-sonrası karşılaştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Buysse ve ark., 1989).

3. Epworth Uykululuk Ölçeği

Epworth Uykululuk Ölçeği, bireyin çeşitli gündelik durumlarda uykuya dalma olasılığını değerlendiren 8 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Özellikle obstrüktif

uyku apnesi ve hipersomnolans bozukluklarında gündüz uykululuk düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır (Johns, 1991).

4. Insomnia Şiddet İndeksi

Insomnia Şiddet İndeksi, uykusuzluğun şiddetini ölçen 7 sorudan oluşan öz-bildirimli bir ölçektir. Uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürme, sabah erken uyanma gibi belirtiler ile bu sorunların bireyin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektedir (Morin ve ark., 2011).

2.3.2.Uyku Bozukluğun Tedavisi

Uyku bozuklukları, tedavi edilmediğinde hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu bozuklukların tedavisi; türüne, şiddetine ve bireysel faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Temel olarak farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle tedavi edilmektedir.

1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç tedavisi, özellikle uykuya dalma süresini kısaltmak ve uyku süresini uzatmak için kullanılmaktadır. Benzodiazepinler, non-benzodiazepinler, antidepresanlar ve melatonin agonistleri başlıca ilaç gruplarıdır. Bu ilaçlar bireyin biyolojik saatini düzenleyerek daha kaliteli bir uyku sağlamayı amaçlamaktadır (Sateia ve ark., 2017).

2. Farmakolojik Olmayan (Davranışsal) Tedavi Yöntemleri

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi, uykusuzluğun temel psikolojik nedenlerini ele almayı amaçlayan kanıta dayalı bir terapidir. Uykuya dair olumsuz inanç ve davranışları hedef alır ve stres, anksiyete gibi uykuya geçişi zorlaştıran durumları yönetmeye yardımcı olmaktadır (Bastien ve ark., 2004).

Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

Farkındalık terapileri, bireyin anda kalmasını sağlayarak zihinsel ve fiziksel gevşemeyi artırmaktadır. Bu sayede stresin azaltılması ve uykuya geçişin kolaylaştırılması sağlanmaktadır (Black ve ark., 2015).

Uyku Hijyeni Eğitimi

Bireyin sağlıklı uyku alışkanlıkları edinmesini amaçlayan eğitimidir. Uyumadan önce yapılacak aktivitelerin düzenlenmesi, çevresel düzenlemeler ve gevşeme tekniklerini içermektedir (Odabaşıoğlu ve ark., 2017).

Işık Terapisi

Işık terapisi, özellikle sirkadiyen ritim bozukluklarının tedavisinde kullanılan etkili bir yöntemdir. Parlak ışığa maruz kalma biyolojik saat üzerinde düzenleyici etki yaratarak uyku-uyanıklık döngüsünü normalleştirmektedir (Pail ve ark., 2011).

2.3. STRES

Stres, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2020) tarafından “21. Yüzyılın Sağlık Salgını” olarak tanımlanan küresel bir olgudur. Stres, bireylerin kişisel veya çevresel taleplerinin başa çıkma kaynaklarını aştığını algıladıkları psikolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Fink, 2017). Stres, vücutta bir bağışıklık tepkisine ve bunun sonucunda olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Psikolojik sıkıntı, vücutta homeostazdan bir sapma sinyali göndererek bağışıklık sisteminden bir tepki tetiklemekte ve bu tepki genellikle iltihap şeklinde kendini göstermektedir (Chovatiya ve Medzhitov, 2014). Stres süresi uzadıkça vücut ilişkili uzun süreli iltihabı daha az yönetebilmekte ve bu da çok çeşitli hastalıklara yatkınlık riskini artırmaktadır (Cohen ve ark., 2012).

Kişinin stres algısı olayın kendisinden çok olayın nasıl değerlendirildiğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla aynı olay bazı bireylerde yüksek düzeyde stres yaratırken, bazı bireylerde daha az stres tepkisi oluşturabilmektedir. Kısa süreli stres (akut stres), bireyin hayatta kalmasını sağlayan ve uyum yeteneğini artıran bir mekanizmayken, uzun süreli ve yoğun stres (kronik stres), fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Özellikle sağlık hizmeti alan bireylerde, tanı süreci, tedavi belirsizlikleri, ağrı, hastane ortamı gibi etkenler stres düzeyini artırabilmektedir. Bu gibi durumlarda bireyler bedensel (örneğin baş ağrısı, kas gerginliği), duygusal (kaygı, öfke), bilişsel (konsantrasyon güçlüğü) ve davranışsal (uykusuzluk, içe kapanma) belirtiler gösterebilmektedir (Hancıoğlu, 2017). Stres kavramı farklı kuramlarda farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Öğrenme ve Davranışçı Kurama göre, stres, klasik ve edimsel koşullanma yoluyla öğrenilen tepkiler bütünüdür (Skinner, 2019). Nötr uyaranlar (örn. iş yerindeki toplantı odası), tekrarlayan olumsuz deneyimlerle (örn. performans eleştirileri) eşleştirildiğinde, bireyde otonomik hiperaktivasyon (terleme, taşikardi) gibi koşullu stres tepkileri geliştirmektedir. Bu süreçte, kaçınma davranışları (örn. toplantıya katılmama) negatif pekiştireç işlevi görerek stres döngüsünü kalıcı hale getirmektedir.

Bilişsel Kurama göre, stres, olayın kendisiyle değil bireyin o olayı nasıl algıladığı ve yorumladığı ile ilişkilidir. Kişinin stresli bir durumu değerlendirme biçimi onun stres düzeyini belirlemektedir. Örneğin, bir kişi kendisini tehlikeye atılmış ve kontrol kaybetmiş hissederken başka bir birey aynı durumu yalnızca geçici bir zorluk olarak görebilmektedir. Bu anlamlandırma süreci kişinin duygusal yanıtlarını ve stres tepkilerini şekillendirmektedir (Beck, 2020).

Psikoanalitik Kurama göre, stres, bireyin içsel çatışmalarından doğmaktadır. Sigmund Freud'a göre, bu çatışma ego (benlik) ile id (alt benlik) veya süpereo (üst benlik) çatışmalarının ürünüdür. Ego, id'in isteklerini bastırmaya çalışırken süpereo bireyin toplumun ve ahlaki normlara uyması için denetim sağlamaktadır. Eğer ego bu çatışmaları çözemezse birey stresli bir durumla karşılaşmaktadır. Bu durumda ego, savunma mekanizmalarına başvurmakta ve stresle başa çıkmaya çalışmaktadır (Freud, 1989). Anna Freud, bu mekanizmaların kronikleşmesi durumunda psikosomatik semptomların (migren, ülser) ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (Freud, 1936). Harry Stack Sullivan ise kişilerarası gerginliklerin (örn. reddedilme korkusu) benlik bütünlüğünü tehdit ederek strese neden olduğunu vurgulamıştır (Sullivan, 2014).

Varoluşçu kurama göre, stres, bireyin varoluşunu anlamaya çalışırken karşılaştığı içsel gerilim ve özgürlükle ilgili kaygılardan kaynaklanmaktadır. Bu kaygılar, ölüm, anlamsızlık, suçluluk ve özgürlük gibi varoluşsal korkularla ilişkilidir. Kierkegaard, özgürlüğün bireyi anksiyete ve kaygıya sürüklediğini çünkü özgürlükle birlikte seçim yapma sorumluluğunun da geldiğini belirtmektedir. Bu sorumluluk, belirsizlik ve tehdit hissi yaratabilmektedir. Varoluşçu kuram, bireyin ölüm ve anlamsızlık farkındalığıyla karşılaştığında stresin arttığını savunmaktadır. Sonuç olarak,

varoluşsal kaygılar stresin temel kaynağıdır ve bu süreç, bireyin yaşam anlamını bulma arayışında bir motivasyon kaynağı olabilmektedir (Kierkegaard, 1844; Tillich, 2008).

Biyolojik kurama göre, stres, vücutta fizyolojik tepkilere yol açan bir durumdur. Stresli bir durumda, beyindeki hipotalamus uyarılmakta ve sempatik sinir sistemi devreye girmektedir. Bu süreç sonucunda adrenal bezler, adrenalin ve noradrenalin gibi hormonları salgılamaktadır. Bu hormonlar, kalp atış hızını artırmakta kan basıncını yükseltmekte ve vücudu "savaş ya da kaç" yanıtı için hazırlamaktadır. Eğer stres durumu uzun süre devam ederse bu durum vücutta sağlık üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Baltaş, 2021).

Etkileşimci kurama göre, stres, birey ile çevre arasındaki dinamik ilişkiden kaynaklanan bir psikolojik-biyolojik tepki süreci olarak tanımlanmaktadır. Lazarus ve Folkman'ın (1984) Transactional Model of Stress and Coping kuramına göre, stresin ortaya çıkması için iki temel koşul gereklidir: (1) Bireyin çevresel bir talebi tehdit veya zarar olarak algılaması (birincil değerlendirme), (2) Bu talebi karşılayacak kaynakların yetersiz olduğu inancı (ikincil değerlendirme). Örneğin, işyerindeki aşırı sorumluluk yükü (çevresel faktör) ile çalışanın zaman yönetimi becerileri (bireysel faktör) arasındaki dengesizlik, kortizol seviyelerinde artış ve duygusal tükenme gibi stres belirtilerini tetiklemektedir. Bu süreçte sosyal destek ağları ve bilişsel esneklik gibi arabulucu faktörler stresin şiddetini belirleyen kritik unsurlardır (Lazarus ve Folkman, 1984).

2.3.1. Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkma, bireyin içsel ya da dışsal stres kaynaklarıyla karşılaştığında psikolojik dengesini korumak veya yeniden sağlamak amacıyla geliştirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaların bütünüdür. Bu süreç, bireyin stresöre yüklediği anlam kaynaklarını kullanma biçimi ve önceki deneyimlerine bağlı olarak şekillenmektedir. Stresle başa çıkma yaklaşımları genel olarak; problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve anlam odaklı başa çıkma olarak üç ana başlık altında incelenmektedir (Elagöz ve Çenesiz, 2022).

2.3.1.1. Problem Odaklı Başa Çıkma

Problem odaklı baş etme stratejileri, stresin kaynağına doğrudan müdahale etmeye yönelik aktif çabaları içermektedir. Bu stratejiler; stres yaratan durumları çözmeye, değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır. Bilgi arama, plan yapma, alternatif çözümler üretme ve profesyonel yardım alma gibi davranışlar bu gruba girmektedir. Problem odaklı başa çıkma, özellikle kontrol edilebilir stresörlerde oldukça etkilidir (Aslan, 2018).

2.3.1.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma

Duygu odaklı başa çıkma, stresin neden olduğu olumsuz duygusal tepkileri düzenlemeyi hedeflemektedir. Birey, duygularını yatıştırmak veya bastırmak amacıyla çeşitli yöntemler kullanabilmektedir. Duygularını paylaşmak, gevşeme teknikleri, müzik dinleme, dua etme ve sosyal destek arama gibi stratejiler bu başlık altında değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, kaçınma, inkâr ve bastırma gibi bazı duygu odaklı stratejiler kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede psikolojik problemlere yol açabilmektedir (Elagöz ve Çenesiz, 2022).

2.3.1.3. Anlam Odaklı Başa Çıkma

Anlam odaklı başa çıkma stratejileri, stresli olaylara pozitif anlamlar yüklemeye kişisel değerleri gözden geçirmeye ve yeni yaşam amaçları belirlemeye odaklanmaktadır. Özellikle travmatik yaşam olaylarında anlam yaratma süreci psikolojik iyileşmenin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Karlı ve Karlı, 2024).

2.3.1.4. Başa Çıkma Sürecini Etkileyen Koruyucu Faktörler

Baş etme sürecini etkileyen koruyucu faktörler bireyin stres karşısında daha dayanıklı olmasını sağlayarak psikolojik iyilik halini desteklemektedir. Yapılan araştırmalar, sosyal destek, fiziksel aktivite, bilinçli farkındalık, uyku kalitesi ve öz-yeterlik gibi faktörlerin stresle başa çıkmada önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (Garland et al., 2015; Ozbay et al., 2007). Sosyal destek, bireyin ailesi, arkadaşları ve içinde bulunduğu topluluk tarafından sağlanan duygusal ve pratik yardımları kapsamaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, stres hormonlarının dengelenmesine katkı sağlamaktadır. Bilinçli farkındalık, bireyin anda kalmasına ve

duygu-düşüncelerini yargılamadan kabul etmesine dayanmaktadır. Uyku kalitesi, zihinsel dayanıklılık ve duygusal düzenleme açısından önemlidir. Öz-yeterlik ise bireyin karşılaştığı sorunları çözebileceğine olan inancını temsil etmektedir (Karlı ve Karlı, 2024).

2.3.1.5. Bireysel Değişkenlerin Rolü

Bireylerin stresle başa çıkma kapasiteleri; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri (özellikle nevroz ve dışadönüklük), geçmiş yaşantılar, bilişsel esneklik ve sosyal destek düzeyi gibi faktörlere bağlıdır. Özellikle psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek bireylerin, stresle daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirdiği bildirilmektedir (Kara, 2010).

2.3.2. Uyku Bozukluğu ve Stres

Stres, uyku bozukluklarıyla yakından ilişkilidir (Merrill, 2022; Seetho ve Wilding, 2014; Wong ve ark., 2021). Stres ve uyku problemleri arasında merkezi sinir sistemi ve metabolizmayı etkileyen çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Hirotzu ve ark., 2015; Seetho ve Wilding, 2014). Yüksek stres hormonu (kortizol) seviyeleri, uyku süresinin kısalmasıyla ilişkilendirilmiştir ve hem stres hem de uyku sorunları obezite ve metabolik sendromla bağlantılıdır (Rolls ve ark., 2010).

Uyku sırasında tüm vücut sistemlerinde ve organlarda birçok önemli fizyolojik değişiklik meydana gelmektedir ancak yetersiz uyku hem fiziksel hem de ruhsal sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Chokroverty, 2010). Örneğin, uzamış uykuya dalma süresi, uykuyu sürdürememe ve sabah erken uyanma gibi uykusuzluk semptomları, hastalık, bilişsel bozukluk, üretkenlikte azalma ve ruhsal sağlık sorunları riskinin artmasıyla ilişkilidir (Bos ve Macedo, 2019; Hamilton ve ark., 2007; Riemann ve ark., 2020). Stres ve uyku bozuklukları arasındaki ilişki karmaşık olup genellikle karşılıklı etkileşimlidir. Stres, uykusuzluğa yol açabileceği gibi uykusuzluk da stresi artırabilmektedir. Bu durum, stres ile uykusuzluk arasında sıkça gözlemlenen pozitif ilişkiyi açıklamaktadır (Merrill, 2022). Stresle ilişkili uyku bozuklukları, hipersomni ve obstrüktif uyku apnesi olarak incelenebilmektedir.

Hipersomni; uyku apnesi, otonom sinir sistemi işlev bozukluğu, fiziksel problemler (örneğin tümör, kafa travması veya merkezi sinir sistemi hasarı), tıbbi durumlar

(örneğin multipl skleroz, depresyon veya obezite) ya da madde kötüye kullanımı sonucu gelişebilmektedir (Merrill, 2022).

Obstrüktif uyku apnesi, dinlendirici uykuyu bozarak stres seviyesini artırabilmekte ve bu da kortizol düzeylerinde artışa neden olabilmektedir (Chopra ve ark., 2017). Ayrıca stres; sigara, alkol, aşırı kafein tüketimi, aşırı yeme ve egzersiz eksikliği gibi sağlıksız alışkanlıklara yol açarak uyku kalitesini daha da bozabilmektedir (Merrill, 2022; Strine ve ark., 2008).

Genel olarak bu uyku bozukluklarının her biri hem bir stres kaynağıdır hem de stresin etkilerini şiddetlendirerek fiziksel ve psikolojik sağlığa zarar veren döngüsel bir sürece yol açmaktadır (Åkerstedt, 2006; Guglielmi ve ark., 2014; Guglielmi ve ark., 2018).

2.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1947 yılında yaşam kalitesini “sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, tam fiziksel, ruhsal ve sosyal refah hali” olarak tanımlamıştır (Organization, 1947). Bu tanım, zamanla genişletilerek 1995 yılında “bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları” biçiminde geliştirilmiştir (World Health Organization, 1995).

Bu yaklaşım, bireylerin yalnızca sağlık durumlarını değil; psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerle olan etkileşimlerini de kapsayan çok boyutlu bir yapıyı ifade etmektedir. Yaşam kalitesi kavramı bu bağlamda kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresel koşullarıyla olan ilişkilerini içeren geniş kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Kaplan ve Bush, 1982).

2.4.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Zamanla yaşam kalitesi kavramı, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” olarak daha özel bir biçimde ele alınmıştır. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamında ne kadar iyi işlev gördüğü ve fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık alanlarında algıladığı refahı ifade etmektedir (Hays ve Reeve; Köves ve ark., 2017). Bu anlayış özellikle klinik ve hemşirelik uygulamalarında birey odaklı yaklaşımı desteklemektedir.

2.4.2. Öznel ve Nesnel Boyutlarıyla Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, sadece nesnel ölçütlerle değil aynı zamanda bireyin yaşamına dair öznel değerlendirmelerini de içermektedir. Bu yönüyle yalnızca ölçülebilir bir kavram olmamakta bireyin yaşamındaki işlevsellik ve doyuma dair kişisel algılarının da dikkate alınması gereken bir yapı göstermektedir (World Health Organization, 1995). Wenger ve arkadaşları (1984), yaşam kalitesini “bir bireyin yaşamın farklı alanlarındaki işleyişi ve refahı hakkındaki algıları” olarak tanımlamıştır. Bu tanım, bireyin hem içsel durumu hem de diğer insanlarla olan ilişkileri üzerinden yaşam kalitesini değerlendirmesini ön plana çıkarmaktadır (Karimi ve Brazier, 2016; Post, 2014). Buna göre yaşam kalitesi iki boyutta ele alınmalıdır: içsel boyut (kişinin kendisi hakkında iyi hissetmesi) ve dışsal boyut (kişinin sosyal ilişkilerinde iyi hissetmesi).

2.4.3. Uyku Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yapılan araştırmalar, uyku bozukluklarının yaşam kalitesi üzerinde çok yönlü olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir (Grasaas ve ark., 2023; Le ve ark., 2024; Lee ve ark., 2021; Molu ve ark., 2023; Parpucu ve ark., 2023; Salkın ve ark., 2024). Uykuya dalmakta zorlanma, gece sık uyanma, sabah yorgun kalkma gibi semptomlar yalnızca fiziksel işlevselliği değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal işlevleri de zayıflatmaktadır.

Özellikle vardiyalı çalışan bireylerde sık görülen biyolojik ritim bozuklukları, uyku düzeninde ciddi sapmalara neden olmakta ve bu durum yaşam kalitesinde belirgin düşüslere yol açmaktadır (Molu ve ark., 2023). Uyku kalitesinin düşmesi, beraberinde anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinde artışa sebep olmakta bu durumlar da bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkilemektedir (Lee ve ark., 2021).

Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalar da uyku bozukluklarının sadece fiziksel sağlık üzerinde değil aynı zamanda bilişsel işlevler, düşme riski, günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma ve genel yaşam doyumunda azalma gibi alanlarda olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Salkın ve ark., 2024).

2.5. UYKU BOZUKLUĞUNDA PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Uyku bozukluklarının psikososyal müdahaleleri, hastalığın seyrini iyileştirmek ve psikolojik semptomları hafifletmek açısından büyük bir önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar, psikolojik durumun kötüleşmesinin uyku bozukluklarını daha da derinleştirebileceğini ve bu nedenle davranışsal müdahalelerin bu süreçte faydalı olabileceğini ortaya koymaktadır (Williams ve ark., 2013). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), insomnia tedavisinde etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu terapi, uykuya dair olumsuz düşünce ve davranışları değiştirmeyi amaçlayarak uyku kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilmektedir (Edinger ve Carney, 2014). Bir çalışmada, BDT ile tedavi edilen hastaların uyku sürelerinde ve kalitelerinde belirgin bir iyileşme gözlemlenmiştir (Morin ve Benca, 2012). Gevşeme teknikleri, biofeedback ve farkındalık meditasyonu gibi psikolojik tedavi yöntemleri de stresin azaltılmasına yardımcı olarak uykuya dalmayı kolaylaştırabilmektedir (Chan ve ark., 2025; Richardson ve ark., 2016). Ayrıca yapılan bir araştırmada, hipnoterapi kombinasyonlarının uykuya dalmayı hızlandırarak uyku kalitesini artırabileceği bildirilmiştir (Lam ve ark., 2015). Bu bulgular, psikoterapötik yaklaşımların uyku bozukluğu olan bireyler için önemli bir tedavi seçeneği sunduğunu göstermektedir.

Alternatif tıp teknikleri de uyku bozukluklarına yardımcı olabilmektedir. Akupunkturun, uyku kalitesini iyileştirdiği ve uykuya dalmada zorluk çeken bireyler için faydalı olabileceği birçok çalışma ile desteklenmektedir (Cao ve ark., 2019). Aromaterapinin, özellikle lavanta yağı gibi rahatlatıcı kokuların kullanımı ile uyku kalitesini artırabileceği gösterilmiştir (Lin ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada, lavanta aromaterapisinin insomnia semptomlarını hafiflettiği ve uyku kalitesini iyileştirdiği gözlemlenmiştir (dos Reis Lucena ve ark., 2021). Ayrıca, kupa terapisi ve yakı tedavisi gibi geleneksel tedavi yöntemlerinin de bazı bireylerde uyku bozukluklarını iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (Sun ve ark., 2016; Zhang ve Zhang, 2010). Bu psikoterapötik ve alternatif tıp yaklaşımları uyku bozukluğu olan bireylerin semptomlarını hafifletmek ve yaşam kalitelerini artırmak için etkili müdahaleler sunmaktadır. Bu bağlamda, özellikle son yıllarda giderek daha fazla önem kazanan bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar hem psikoterapötik hem de tamamlayıcı müdahaleler arasında dikkat çekici bir yer edinmiştir.

2.5.1. Bilinçli Farkındalık

Farkındalık, bireyin şu anki olaylara karşı yargısız ve kabul edici bir tutumla dikkatini yoğunlaştırması olarak ifade edilmektedir (Kabat-Zinn, 1990). Bilinçli farkındalık, zihin ve bedenin şimdiki anın yaşantılarına odaklanmasını ve içsel deneyimlerin fark edilmesini kapsayan bir pratiktir. Bilinçli farkındalık, bireyin şu andaki olaylara ve duygulara, belirli teknikler kullanarak dikkatini yoğunlaştırmasını teşvik eden bir psikolojik metodolojidir. "Bilinçli farkındalık" kavramı, Budizm'in temel öğelerinden biri ve Pali dilindeki "sati" kelimesiyle bağlantılıdır. "Sati" kelimesi, farkında olma, odaklanma ve zihinsel varlık hallerini hatırlama ile ilişkilendirilmektedir (Germer, 2009). "Sati" kavramı dikkat etmeyi, geçmişte yaşanmış olayları hatırlamayı ve mevcut durumlara odaklanmayı ifade etmektedir. Bilinçli farkındalık kavramı, bireyin içinde bulunduğu durumlara dikkatle ve bilinçli bir şekilde yaklaşması bu durumları algılaması ve ardından tüm bu dikkat ve algılama aşamaları sonrasında fark edilen durumları yargısız bir şekilde kabullenmesi olarak ifade edilmektedir (Atalay, 2019).

2.5.1.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

2.5.1.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, depresyonun nüksünü önlemek amacıyla geliştirilmiş olup bilinçli farkındalık uygulamalarını bilişsel terapi teknikleriyle bütünleştirmektedir. Uyku bozukluğu olan bireylerde, özellikle kaygıya bağlı uyku sorunlarında etkili olduğu bulunmuştur. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi, bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerle ilişkilerini değiştirmelerini sağlayarak uykuyu bozan zihinsel süreçlerin farkına varmalarını ve bunları yargılamadan kabul etmelerini sağlamaktadır (Britton ve ark., 2012).

2.5.1.3. Diyalektik Davranışçı Terapi

Diyalektik Davranışçı Terapi, duygudurum düzenleme bozuklukları, özellikle borderline kişilik bozukluğu için geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Bu terapi; farkındalık, stres toleransı, duygu düzenleme ve kişilerarası etkinlik modüllerini içermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, Diyalektik Davranışçı Terapi'nin özellikle duygusal aşırı uyarılma nedeniyle ortaya çıkan uyku bozukluklarında etkili olabileceğini

göstermiştir. Diyalektik Davranışçı Terapi'nin mindfulness modülü, bireylerin gece zihinsel ruminasyonlarını azaltmalarına ve uykuya geçişi kolaylaştırmalarına katkıda bulunmaktadır (Moghadam ve ark., 2020).

2.5.1.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi, bireylerin içsel deneyimlerini değiştirmeye çalışmak yerine, bu deneyimlerle ilişkilerini değiştirmeyi hedefleyen bir terapi yaklaşımıdır. Uyku bozuklukları alanında yapılan çalışmalar, Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin özellikle insomnia tedavisinde umut verici sonuçlar sunduğunu ortaya koymuştur. Bireyler, uyuyamama korkusu ve uykuya ilgili kontrol çabalarını bırakmayı öğrenerek daha kabul edici bir tutum geliştirmektedir. Bu da uykuya geçiş sürecini kolaylaştırmakta ve uyku kalitesini artırmaktadır (Dalrymple ve ark., 2010).

2.5.1.5. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP)

BFSAP, bireylerin duygusal ve psikolojik iyilik hallerini artırmak amacıyla geliştirilmiş etkili bir terapötik yaklaşımdır (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Bu program, bireylerin anı yaşama, düşünce ve duygularını yargılamadan kabul etme becerisini kazanmalarına yardımcı olmaktadır (Segal ve ark., 2012). Bireylerin zihinsel ve duygusal esnekliklerini artırarak, günlük yaşamın zorluklarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına olanak tanımaktadır (Hofmann ve ark., 2010). Ayrıca, duygu düzenleme becerilerini geliştirme, genel iyilik halini artırma ve stresle başa çıkma konusunda etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Khoury ve ark., 2013; Segal ve ark., 2012).

2.5.1.5.1. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Gelişimi

Bilinçli farkındalık (mindfulness), bireyin mevcut anı, bilinçli ve açık bir dikkatle deneyimlemesi sürecidir. Ancak bu durum, çoğu zaman günlük yaşamın otomatik akışıyla çelişmektedir. İnsan zihni sıklıkla geçmiş ya da gelecekle meşgul olurken, şu anda olup bitene dikkat vermekte zorlanabilmektedir (Creswell, 2017). Bu bağlamda, bireyler farkında olmadan zihinsel olarak otomatik pilot moduna geçebilmekte, hoş olmayan deneyimlerden kaçınabilir ya da bu deneyimleri bastırabilmektedir (Creswell, 2017; Kang ve ark., 2013).

Bilinçli farkındalığın tarihçesine bakıldığında, çoğunlukla Budist geleneklerle ilişkilendirilse de benzer pratiklere pek çok farklı kültürde de rastlanmaktadır. Bilinçli farkındalığın dini bir bağlamdan çıkarılarak bilimsel bir yaklaşıma dönüştürülmesinde ilk öncülerden biri Budist keşiş Nyanaponika Thera olmuştur. Thera, farkındalığı açıklık, denge ve öz denetim gibi seküler kavramlarla açıklamaya çalışmıştır (Aktepe ve Tolan, 2020; Thera, 2005). Bu yaklaşımın ardından, Dalai Lama'nın katkılarıyla Mind and Life Institute'un kurulması, bilinçli farkındalık çalışmalarının bilimsel zeminde ele alınmasını desteklemiştir (Moniz ve Slutzky, 2015).

Bilinçli farkındalık alanında Batı dünyasında dönüm noktası, 1979 yılında Jon Kabat-Zinn tarafından Massachusetts Üniversitesi'nde kurulan Mindfulness Temelli Stres Azaltma Kliniği olmuştur. Bu girişim, bilinçli farkındalığın sadece doğu kültürlerinde değil aynı zamanda Batı'da da bilimsel bir müdahale biçimi olarak gelişmesini sağlamıştır (Kabat-Zinn, 1982, 2003). Kabat-Zinn'in çalışmaları özellikle kanser hastaları üzerinde yaptığı uygulamalarla dikkat çekmiş; bu pratiklerin bireylerin psikolojik iyilik halleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı gözlemlenmiştir. Böylelikle bilinçli farkındalık, sadece kültürel ya da dini bir öğreti değil, aynı zamanda bilimsel temellere dayanan bir yaklaşıma dönüşmüştür.

Son otuz yılda psikoloji bilimi, mindfulness üzerine olan ilgisini ciddi biçimde artırmıştır. Bununla birlikte, Budist geleneklerde bilinçli farkındalığa dayalı pratiklerin kökeni 2500 yıl öncesine kadar gitmektedir. Bu gelenekler, günümüzdeki bilinçli farkındalık uygulamalarına ilham verse de modern psikolojide bilinçli farkındalık seküler bir yapıdadır. Bilinçli farkındalık, Budizm'e özgü bir kavram olmaktan öte insan zihninin doğal bir yetisi olarak kabul edilmektedir (Creswell, 2017). Bhante Gunaratana (2011) bilinçli farkındalığın her an ve her durumda ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Jon Kabat-Zinn (2003) ise herkesin belirli bir ölçüde anda dikkatli olabildiğini ve bu kapasitenin çeşitli farkındalık pratikleriyle geliştirilebileceğini ifade etmiştir (Creswell, 2017; Quaglia ve ark., 2015).

2.6.2. Bilinçli Farkındalık Tutumları

Bilinçli farkındalık yaklaşımı, bireylerin an be an deneyimledikleri yaşantılara hangi tutumla yaklaşacaklarını öğretmeyi ve bu süreçte deneyime dayalı bir farkındalık

geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu süreçte, özellikle bireyin yaşadığı olaylara verdiği tepkiler, bu olaylara yönelik yargıları ve geçmiş-gelecek temelli zihinsel içeriklerinin fark edilmesi önemlidir. Bilinçli farkındalık, yaşanan deneyimlerin olumlu ya da olumsuz olmasından bağımsız olarak, bireyin bu deneyimlerle kurduğu ilişkinin en önemli belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşım kabullenme, şefkat, yargısız farkındalık ve sabır gibi tutumlarla deneyimlere yaklaşmayı öğretmektedir (Atalay, 2019).

1. Anda Kalma

Anda kalmak, bireyin şimdiki anın farkında olması ve dikkatini geçmiş ya da gelecekteki olaylardan ziyade şu anda yaşanan deneyimlere yönlendirmesi anlamına gelmektedir. Dikkatin geçmiş yaşantılara ya da gelecekteki olasılıklara kayması, bireylerin kaygı ve stres düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Oysa farkındalık uygulamaları, dikkati nazıkçe tekrar şimdiki ana getirmeyi öğretmektedir (Atalay, 2019). Anın farkındalığı, kişinin çevresine ve kendi içsel deneyimlerine karşı duyarlılığını artırarak daha sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirmesine katkı sağlamaktadır (Hayes ve ark., 2011). Anda kalma becerisi bireylerin geleceğe ilişkin kaygılarından ve geçmişle ilgili ruminasyonlarından uzaklaşmalarını sağlamaktadır (Ögel ve ark., 2016). Anda kalamayan bireylerde, bilinçdışı korkuların devreye girdiği ve otomatikleşmiş tepkilerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Özyeşil, 2011b). Bilinçli farkındalık, otomatik düşünce ve davranış kalıplarını durdurarak bireylerin zamanlarını geçmiş ya da gelecek kaygısıyla geçirmek yerine şimdiki anda olmalarını sağlamaktadır (Williams ve ark., 2014). Bu sayede birey yaşadığı deneyimin farkına varmakta ve zihnin gereksiz kaygılar ürettiğinin bilincine vararak içgörü geliştirmektedir (Siegel, 2010).

2. Yargıların Farkında Olma

Zihin, doğası gereği olayları, duyguları ve düşünceleri iyi-kötü, doğru-yanlış gibi kategorilere ayırma eğilimindedir. Bu otomatik etiketlemeler, çoğu zaman farkında olmadan gerçekleşmekte ve bireyin olayları olduğu gibi gözlemlemesini engellemektedir (Demir, 2014). Bilinçli farkındalık uygulamalarının, bireylerin bu yargılarını fark etmesini ve onların etkisinde kalmadan gözlem yapabilmesini sağladığı belirtilmektedir (Atalay, 2019). Yargılamadan gözlem yapmanın, içsel ve

dışsal uyaranları etiketlemeden izleme becerisi olduğu ve bu becerinin yargılardan kaynaklanan otomatik tepkileri azaltmada önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Baer, 2003). Bireylerin duygu ve düşüncelerine karşı daha açık ve yargısız bir tutum geliştirmeleriyle birlikte, olaylara daha esnek ve sağlıklı tepkiler verebildikleri vurgulanmaktadır (Roemer ve ark., 2008).

3. Başlangıç Ruhu

Başlangıç ruhu, her deneyimi ilk kez yaşıyormuş gibi taze ve açık bir zihinle karşılamayı ifade etmektedir. Geçmiş deneyimlerin yeni yaşantıları şekillendirmesine izin verilmemesi gerektiği savunulmaktadır (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Başlangıç ruhunun bireyin yeni bilgileri önyargısız ve açık bir şekilde edinmesine olanak tanıdığı ifade edilmektedir (Wolf ve Serpa, 2015). Bu tutumun bireyde yaşadığı anı yeni deneyimlerle karşılamaya istekli ve meraklı bir yaklaşım geliştirdiği belirtilmektedir (Tsang ve ark., 2012). Bu sayede kişi benzer olayları geçmişte yaşadığı deneyimlerin etkisiyle anlamlandırmak yerine her deneyimi özgün yönleriyle değerlendirme fırsatı bulmaktadır (Kabat-Zinn, 2019).

4. Güven

Bilinçli farkındalık yaklaşımında “güven” bireyin kendi duygu, düşünce ve bedensel deneyimlerine karşı bir kabul ve inanma hali geliştirmesi anlamına gelmektedir. Kişinin yaşadığı deneyimleri olduğu gibi kabul etmesi ve bunları anlamlandırırken başkalarının yorumlarından ziyade kendi içsel bilgeliğine güvenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Farkındalık pratiği yapan bireylerin zamanla içsel süreçlerine karşı daha fazla güven geliştirdikleri ve bu güvenin karar verme süreçlerinde ve duygusal düzenlemede önemli bir kaynak haline geldiği belirtilmektedir (Atalay, 2019). Güven tutumu, bireyin kendini yargılamadan deneyimlerini olduğu gibi kabullenmesini sağlamakta ve benlik algısına olumlu katkılar sunmaktadır (Siegel ve ark., 2009). Güvenin özellikle stresli ya da zorlayıcı yaşam olayları karşısında bireyin içsel kaynaklarını kullanarak dengeyi sağlayabilmesi açısından önemli bir psikolojik dayanak oluşturduğu ifade edilmektedir (Akturan, 2024; Demir, 2014).

5. Şefkat

Şefkat, bireyin kendisine ve başkalarına karşı nazik, anlayışlı ve yargılamadan yaklaşabilme becerisidir (Neff, 2003). Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlarda şefkat, özellikle zorlayıcı duygusal deneyimler karşısında bireyin kendisini eleştirmek yerine insani kusurları kabul eden ve kendisine sıcaklıkla yaklaşan bir tutum geliştirmesini ifade etmektedir (Kabat-Zinn, 1990). Farkındalık pratiği ile birlikte şefkat duygusunun güçlenmesi bireyin yaşadığı acı ve zorluklar karşısında daha duyarlı ve kapsayıcı bir bakış açısı geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Atalay, 2019). Öz-şefkat uygulamalarının depresyon, anksiyete ve öz-eleştiri düzeylerini azalttığı ve psikolojik iyi oluşu artırdığı (Neff ve Germer, 2013). Şefkat, yalnızca başkalarına yönelik değil, bireyin kendi hataları, başarısızlıkları ve zayıflıkları karşısında da anlayışlı ve destekleyici olmasını sağlamaktadır (Demir, 2014). Şefkat odaklı tutumlar, bireylerin kendilerini değerli ve yeterli hissetmelerini desteklemekte ve öz-anlayış geliştirmelerine katkı sunmaktadır (Siegel, 2010).

6. Minnettarlık

Minnettarlık, bireyin yaşamındaki olumlu deneyimlerin ve sahip olduklarının değerini bilmesi ve bu durumlara yönelik içten bir takdir duygusu geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Emmons ve Stern, 2013). Bilinçli farkındalık uygulamaları, bireylerin yaşamlarındaki olumlu anları fark etmelerini ve bu anlara yönelik minnettarlık duygusunu beslemelerini desteklemektedir (Atalay, 2019). Minnettarlık, stresli yaşam olayları karşısında dahi bireyin olumlu yaşantıları hatırlayarak psikolojik dayanıklılığını koruyabilmesine katkı sunmaktadır (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Düzenli minnettarlık pratiği, bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyini artırmakta ve stres, depresyon gibi olumsuz duygu durumlarını azaltmaktadır (Emmons ve Stern, 2013). Ayrıca minnettarlık, yaşamdan alınan doyum ve anlam arayışını güçlendirmekte bireylerin hayatlarına daha olumlu bir perspektiften bakabilmelerini sağlamaktadır (Özyeşil, 2011a).

7. Anlayış ve Sabır

Anlayış ve sabır, bireyin yaşamda karşılaştığı zorluklar, duygusal dalgalanmalar ve olumsuz deneyimler karşısında aceleci ya da yargılayıcı bir tavır takınmadan, sürece izin verme ve yaşanan deneyimi olduğu gibi kabul etme eğilimidir (Kabat-Zinn,

1990). Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlarda sabır, deneyimlerin kendi doğal süreci içerisinde yaşanmasına izin vermeyi ve bu süreçte yaşananlara karşı yumuşak bir tutum geliştirmeyi ifade etmektedir (Atalay, 2019). Sabrın, farkındalık pratiğinin temel bileşenlerinden biri olduğu ve bireyin mevcut deneyim karşısında direnç göstermeksizin olayların doğal akışına güvenmeyi öğrenmesini sağladığı belirtilmektedir (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Anlayış ve sabır tutumu, bireyin stresli ve zorlayıcı durumlar karşısında duygusal tepkilerini daha sağlıklı yönetmesine ve yaşadığı deneyimlere karşı daha esnek ve kabullenici bir yaklaşım geliştirmesine olanak sunmaktadır (Demir, 2014).

Sabır ve anlayışın, otomatik düşünce ve tepkilerin fark edilmesini kolaylaştırdığı ve bireyin bu tepkilerden bağımsız bir gözlemci konumunda kalabilmesini desteklediği ifade edilmektedir (Bishop ve ark., 2004). Sabırlı olmanın bireyin yaşadığı olumsuzlukları daha ılımlı bir bakış açısıyla ele almasına ve duygusal düzenleme becerilerini güçlendirmesine katkı sağladığı vurgulanmaktadır (Özyeşil, 2011a). Anlayış ve sabır tutumu, farkındalık uygulamaları sürecinde bireyin anlık sıkıntı, kaygı ve belirsizlikleri daha kabul edici ve hoşgörülü bir şekilde karşılayabilmesini sağlayarak, psikolojik dayanıklılığın gelişimine olumlu katkılar sunmaktadır (Neff ve Germer, 2013).

8. Çabalamamak

Bilinçli farkındalık uygulamalarında çaba harcamamak önemli bir ilkedir. İnsanlar genellikle bir hedef doğrultusunda çaba göstererek bir şeyler elde etmeyi amaçlarlar (Kabat-Zinn, 1990). Ancak, bu çabalar bazen olumsuz mesajlar içerebilmektedir. Örneğin, "rahatlayacağım, aydınlanacağım, daha iyi bir insan olacağım" gibi düşünceler, "Eğer daha sakin, daha zeki, daha iyi bir insan olursam, o zaman daha iyi olurum" şeklinde bir beklenti yaratmaktadır (Kabat-Zinn, 2019). Oysa bilinçli farkındalık, herhangi bir amacın peşinden gitmek yerine, kişinin şimdiki anına odaklanmasını ve var olma durumunu fark etmesini sağlamaktadır (Kabat-Zinn, 1990). Bu yaklaşımda, değiştirilmesi gereken bir durum yoktur; önemli olan, mevcut anı olduğu gibi kabul ederek, geçmiş ya da geleceğe dair düşüncelerin anı gereksiz bir şekilde etkilemesinin önüne geçmektir. Farkındalıkla yaşamak, deneyimlere dikkatle yaklaşmak ve onları gözlemlemeyi gerektirmektedir. Bu sayede, yaşamda

belirlenen hedeflere daha sağlıklı bir şekilde yaklaşılabilir. Çünkü içinde bulunulan durum fark edilerek ve kabul edilerek yaşanmaktadır (Aktepe ve Tolan, 2020).

9. Kabul

Bilinçli farkındalık yaklaşımı içerisinde “kabul”, bireyin deneyimlerini değiştirme veya bastırma çabası göstermeksizin, mevcut durumu olduğu haliyle kabul etmesi anlamına gelmektedir. Kabul, yaşanan her türlü deneyimin ister olumlu ister olumsuz olsun, fark edilerek değerlendirilmesi ve yargılanmaksızın gözlemlenmesini ifade etmektedir (Neff ve Germer, 2018). Bilinçli farkındalık uygulamalarında bu tutum, bireylerin zorlayıcı duygularla karşılaştıklarında, bu duygulara karşı direnç göstermek yerine onları fark ederek oldukları haliyle kabul edebilme becerisi geliştirmelerine olanak sağlamaktadır. Böylelikle birey hoşlanmadığı veya zorlayıcı bulunduğu duygusal deneyimlerden kaçınmak yerine bu deneyimlerin varlığını kabullenerek onlarla sağlıklı bir ilişki kurabilmektedir (Atalay, 2019).

Kabul tutumu, kişinin kendi duygu, düşünce ve bedensel duyularını iyi-kötü doğru-yanlış gibi kategorilere ayırmadan ve onları değiştirme çabası gütmekten olduğu gibi gözlemleyebilmesine imkân tanımaktadır (Siegel ve ark., 2009). Bu süreçte birey hoşuna gitmeyen durumları bile kabullenmenin o duruma içsel bir direnç göstermemekten kaynaklanan psikolojik rahatlamayı sağlayabileceğini öğrenmektedir. Kabullenmenin temelinde ise deneyimlere karşı yargısız bir tavır takınmak ve yaşananları değiştirme arzusu taşımadan, anın gerçekliğini olduğu gibi görebilmek yatmaktadır (Baer, 2003). Ayrıca kabullenme, bireyin yaşam deneyimleri içerisinde meydana gelen olumsuzluklara karşı da daha esnek ve sağlıklı tepkiler geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Çünkü kabul, acı veren deneyimlere karşı verilen kaçınma tepkilerinin yol açtığı psikolojik sıkıntıları azaltarak bireyin psikolojik esenliğini destekleyen bir unsur olarak görülmektedir (Neff ve Germer, 2018).

Bu çerçevede bilinçli farkındalıkta kabul, yalnızca yaşanan olayların değil kişinin kendi benliğinin de olduğu gibi kabul edilmesi gerektiği yönünde bir anlayışı içermektedir (Atalay, 2019). Birey, yalnızca olumlu özelliklerini değil aynı zamanda olumsuz olarak gördüğü yönlerini de kabullenmeyi öğrenerek daha bütüncül bir benlik algısı geliştirebilmektedir. Kabullenme sayesinde birey kendisini sürekli bir

kontrol ve değiştirme çabasının yarattığı psikolojik yükten arındırarak varoluşsal gerçeklerle daha barışık bir yaşam sürebilmektedir. Bu da bilinçli farkındalığın temel hedeflerinden biri olan içsel huzur ve yaşam doyumunun sağlanmasıda önemli bir rol oynamaktadır (Siegel, 2010).

10. Akışına Bırakma

Bilinçli farkındalığın temel tutumlarından biri olan “akışına bırakma”, bireyin zihinsel süreçleri üzerinde kontrol kurma çabası gütmekten deneyimlerin doğal akışını izleyerek onlara direnç göstermeksizin anın içinde kalmasını ifade etmektedir (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). Bu tutum, bireyin olumlu deneyimlere aşırı derecede tutunma ve olumsuz deneyimlerden kaçınma eğilimlerinin farkına varması ve bu eğilimleri serbest bırakması sürecini içermektedir. Akışına bırakmak, yaşanan duygu ve düşünceleri baskılamaya ya da değiştirmeye çalışmadan onları olduğu haliyle kabul ederek yargısızca gözlemlene becerisi kazandırmaktadır (Wolf ve Serpa, 2015).

Bireyler hoşnut olmadıkları duygu, düşünce ya da bedensel duyular karşısında genellikle onları bastırma veya kaçınma eğilimi gösterebilmektedir. Oysa bilinçli farkındalık uygulamalarında bu tür deneyimlerle karşılaşıldığında onlara direnç göstermek yerine farkında olmak ve varlıklarını kabul ederek süreci akışına bırakmak önemlidir (Atalay, 2019). Bu yaklaşım, özellikle olumsuz duygu ve düşüncelerin geçiciliğinin fark edilmesini sağlayarak bireyin onlarla sağlıklı bir mesafe kurmasına olanak vermektedir (Aktepe ve Tolan, 2020). Böylece kişi hoşuna gitmeyen duygu ve düşüncelere takılı kalmaktan ya da onlarla mücadele etmekten vazgeçerek enerjisini daha işlevsel alanlara yönlendirme fırsatı bulmaktadır.

Akışına bırakma tutumu, deneyimlerin var oluşuna izin vererek onların doğal seyrinde gelip geçmesine alan açmayı içermektedir (Kabat-Zinn, 2019). Bu süreçte birey yaşadığı her türlü deneyimin geçici olduğunu ve zihinsel süreçlerin sürekli bir değişim içinde bulunduğunu fark eder. Bu farkındalık, kişinin geçmişe ya da geleceğe yönelik zihinsel bağlılıklarını ve tutunmalarını azaltarak anın içinde daha esnek ve dengeli bir şekilde kalabilmesini sağlamaktadır (Atalay, 2019). Neticede bilinçli farkındalık uygulamalarıyla geliştirilen akışına bırakma tutumu, bireylerin

psikolojik sağamlıklarını artırarak yaşam zorlukları karşısında daha dirençli ve esnek olmalarına katkıda bulunmaktadır (Siegel ve ark., 2009).

2.6. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLP)

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği, genel hastanelerde fiziksel hastalıklara sahip bireylerde ortaya çıkan psikolojik semptomların tanılanması ve yönetilmesinde önemli rol üstlenen bir psikiyatri hemşireliği alanıdır. KLP hemşiresi hem psikiyatrik hem de fiziksel hastalık süreçlerine ilişkin bilgi ve beceriye sahip multidisipliner ekip içinde etkin rol alan bir sağlık profesyonelidir. Hastaların duygusal, bilişsel ve davranışsal gereksinimlerine yönelik olarak psikoeğitim, destekleyici terapi, kriz müdahalesi ve yapılandırılmış davranışsal müdahale stratejileri planlamakta ve uygulamaktadır (Yıldırım ve ark., 2019).

KLP hemşireliği, özellikle hastanede yatan ve ruhsal sorunlar yaşayan bireylerde hemşirenin aktif bir danışman ve bakım sağlayıcı olarak görev aldığı bütüncül bir bakımdır (Yıldırım ve ark., 2019). Bu hemşireler, hastanın psikolojik iyilik halini artırmayı hedefleyen müdahalelerde bulunarak hem tedaviye uyumu desteklemekte hem de yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sunmaktadır. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi hemşiresi, hastaların ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarını değerlendirme, izleme ve bütüncül bir bakım sunma amacıyla çok yönlü sorumluluklar üstlenmektedir. Bu kapsamda KLP hemşiresi, hastanın psikolojik durumunu değerlendirerek kaygı, depresyon ve ajitasyon gibi belirtileri gözlemler, hasta ve ailesine psikoeğitim sunmakta, psikiyatrik semptomlara yönelik baş etme yöntemleri hakkında danışmanlık sağlamaktadır. Problemleri davranışlara yönelik yapılandırılmış müdahale planları geliştirilmekte ve özellikle akut ruhsal kriz durumlarında ya da intihar riski olan bireylerde hızlı ve etkili kriz müdahalesi gerçekleştirilmektedir. Ayrıca psikiyatri, dahiliye ve cerrahi gibi farklı tıp disiplinleriyle iş birliği yaparak bakım koordinasyonunu sağlamakta ve bütüncül bir tedavi sürecine katkıda bulunmaktadır (Yıldırım et al., 2019).

2.6.1.Uyku Bozukluğu Olan Hastalarda Bilinçli Farkındalık Temelli Yaklaşımlar ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Rolü

Hastanede yatan bireylerde uyku bozuklukları yaygın bir şekilde gözlemlenmektedir. Bunun nedenleri arasında fiziksel hastalığa bağlı stres, çevresel faktörler, ağrı, ilaç

yan etkileri ve ruhsal sorunlar yer almaktadır. KLP hemşiresi bu sorunları değerlendirerek, uyku kalitesini artırmaya yönelik psikoeğitim ve bilinçli farkındalık temelli müdahaleler planlayabilmekte ve uygulayabilmektedir. Bilinçli farkındalık, bireyin dikkatini mevcut ana odaklaması ve deneyimlerini yargılamadan kabul etmesidir. Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar, özellikle stres kaynaklı insomnia gibi uyku bozukluklarında etkili sonuçlar (Kabat-Zinn ve Hanh, 2009). KLP hemşiresi, bireyin uykuya dalma süresini kısaltmak ve gece uyanmalarını azaltmak amacıyla rehberli meditasyon, beden tarama ve nefes farkındalığı gibi teknikleri kullanabilmektedir (Winbush ve ark., 2007).

Bilinçli farkındalık uygulamaları, hastaların uykuya yönelik kaygılarını azaltarak gevşemelerine yardımcı olmaktadır (Black et al., 2015). Ayrıca, KLP hemşiresi bireye uyku hijyeni konusunda eğitim verebilmekte ve bu teknikleri taburculuk sonrasında sürdürebilmesi için uygun kaynaklara yönlendirme yapabilmektedir (Varcarolis & Fosbre, 2020). KLP hemşiresi, uyku bozukluğu yaşayan bireylerin psikolojik durumlarını değerlendirmeli, bireysel farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik müdahaleler planlamalı ve hastaların kendilerini tanımalarını, gevşemelerini ve zihinsel dinginliklerini geliştirmelerini desteklemelidir. Bu sayede hem ruhsal iyilik hali hem de fiziksel iyileşme süreci olumlu yönde etkilenebilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, uyku bozukluğu olan hastalara uygulanan, BFSAP danışmanlığının hastaların uyku durumu, stres, farkındalık ve yaşam kalitesi düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü müdahaleli çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların uyku durumunu etkilemez.

H_{1.1}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların uyku durumunu etkiler.

H_{0.2}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların algılanan stres düzeyini etkilemez.

H_{1.2}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların algılanan stres düzeyini etkiler.

H_{0.3}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini etkilemez.

H_{1.3}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini etkiler.

H_{0.4}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların bilinçli farkındalık düzeylerini etkilemez.

H_{1.4}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların bilinçli farkındalık düzeylerini etkiler.

H_{0.5}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların polisomnografi sonuçlarını etkilemez.

H_{1.5}: BFSAP uyku bozukluğu olan hastaların polisomnografi sonuçlarını etkiler.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Algılanan Stres Ölçek puanları, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçek puanları, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Bilinçli Farkındalık Ölçek puanı ve polisomnografi çekim raporu.

Bağımsız Değişken: Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) çalışmanın bağımsız değişkeni olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Muş Devlet Hastanesi Uyku Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu servis, hastanenin ikinci katında yer almakta olup, iki yatak kapasitesine sahiptir. Uyku Servisi'nde beş nöroloji uzmanı görev yapmakta ve servis ile poliklinik alanlarında 4 hemşire aktif olarak çalışmaktadır. Uyku sorunu yaşayan hastalar, uyku laboratuvarına başvurarak randevu almaktadırlar. Hastalara, PSG testinin yapılacağı gün öncesinde bazı önemli uyarılar yapılmaktadır. Bu uyarılarda, test günü kesinlikle uyumamaları, kafeinli içeceklerden kaçınmaları ve laboratuvara belirtilen saatte gelmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Uyku laboratuvarında yapılan çekimler genellikle randevu tarihinde akşam saat 22.00'de başlamakta olup, hastalar gece boyunca izlenmektedir. Uyku sırasında çeşitli fizyolojik veriler kaydedilerek analiz edilmektedir. PSG sonuçlarında Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) şüphesi bulunan hastalara tekrar randevu verilerek titrasyon CIBAP (Continuous Positive Airway Pressure) çekimi yapılmaktadır. OUAS tanısı alan hastalara, CIBAP cihazını temin etmeleri için rapor düzenlenmekte ve bu cihazı Sosyal Güvenlik Kurumundan temin edilmeleri sağlanmaktadır. Ancak, OUAS dışındaki uyku bozuklukları (örneğin, insomnia, parasomniya, hipersomnia, uykuda hareket bozuklukları, REM uyku davranış bozukluğu, gece terlemeleri gibi) tanı konmuş olsa dahi, bu hastalara herhangi bir tedavi müdahalesi yapılmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2023-2024 yıllarında Muş Devlet Hastanesi Uyku Servisi'nde PSG çekimi yapılan hastalar oluşturmaktadır. Serviste her yıl ortalama 90-100 hastaya PSG uygulanmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Britton ve arkadaşlarının (2012) çalışmasından yararlanılarak, Cohen'in $d = 0,50$ etki büyüklüğü, $\alpha = 0,05$ ve iki yönlü test varsayımlarına göre yapılan güç analiziyle her grupta 16 katılımcı (toplam 32 kişi) olacak şekilde planlanmıştır (Britton ve ark., 2012). G*Power 3.1 çıktıları, %80 güç için en az 27, %95 güç için ise 52 katılımcıya gerek duyulduğunu göstermiştir; bu nedenle 32 kişilik örneklem %80'in üzerinde güç sağlamaktadır. Britton ve

arkadaşları, Stres Azaltma Programı'nın uyku kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında, program öncesinde müdahale grubunun uyku kalitesini $2,9 \pm 0,5$; kontrol grubunun $3,1 \pm 1,0$; program sonrasında ise sırasıyla $3,39 \pm 0,6$ ve $2,9 \pm 0,5$ olarak bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamında, bir yıl boyunca uyku polikliniğinde PSG uygulanan ve serviste yatarak tedavi gören toplam 97 hastaya, ön değerlendirme amacıyla anket uygulanmıştır. Bu ön değerlendirme sonucunda dahil edilme ölçütlerini karşılayan bireylerle örneklem havuzu oluşturulmuş ve randomizasyona geçilmiştir. Randomizasyona dahil edilen bireylere araştırma sürecine yönelik veri toplama kapsamında yeniden anket uygulanmıştır. Örneklem sıralaması esas alınarak randomizasyon işlemi, araştırma sürecinden bağımsız bir kişi tarafından gerçekleştirilmiştir. Randomizasyon sürecinde, <http://www.randomizer.org> adlı çevrim içi program kullanılarak her hastaya bir numara verilmiş ve bu numaralar aracılığıyla hangi hastaların müdahale grubunda, hangilerinin kontrol grubunda yer alacağı belirlenmiştir.

Randomizasyondan sonra, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler açısından gruplar karşılaştırılmış, anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca müdahale öncesinde iki grubun Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği puanları ile PSG parametreleri benzer bulunmuştur. Bu durum, grupların başlangıçta homojen olduğunu ve bulguların iç geçerliliğini desteklemektedir (Tablo 4.1).

Olası kayıpları öngörerek, kriterleri karşılayan 22 müdahale ve 23 kontrol olmak üzere toplam 45 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Müdahale grubuna alınan 22 birey ile bütün oturumlar tamamlamıştır. Müdahale grubundan 1 kişiye polisomnografi çekimi yapılamadığından çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubundan 2 kişiye son testler sırasında ulaşamadığı için bu kişiler çalışmadan çıkarılmıştır. Yaşanan kayıplar sonrası 21 müdahale ve 21 kontrol grubunda olmak üzere toplamda 42 birey ile çalışma tamamlanmıştır (Şekil 3.1).

Dâhil Edilme Kriterleri

- Türkçe konuşabilen,

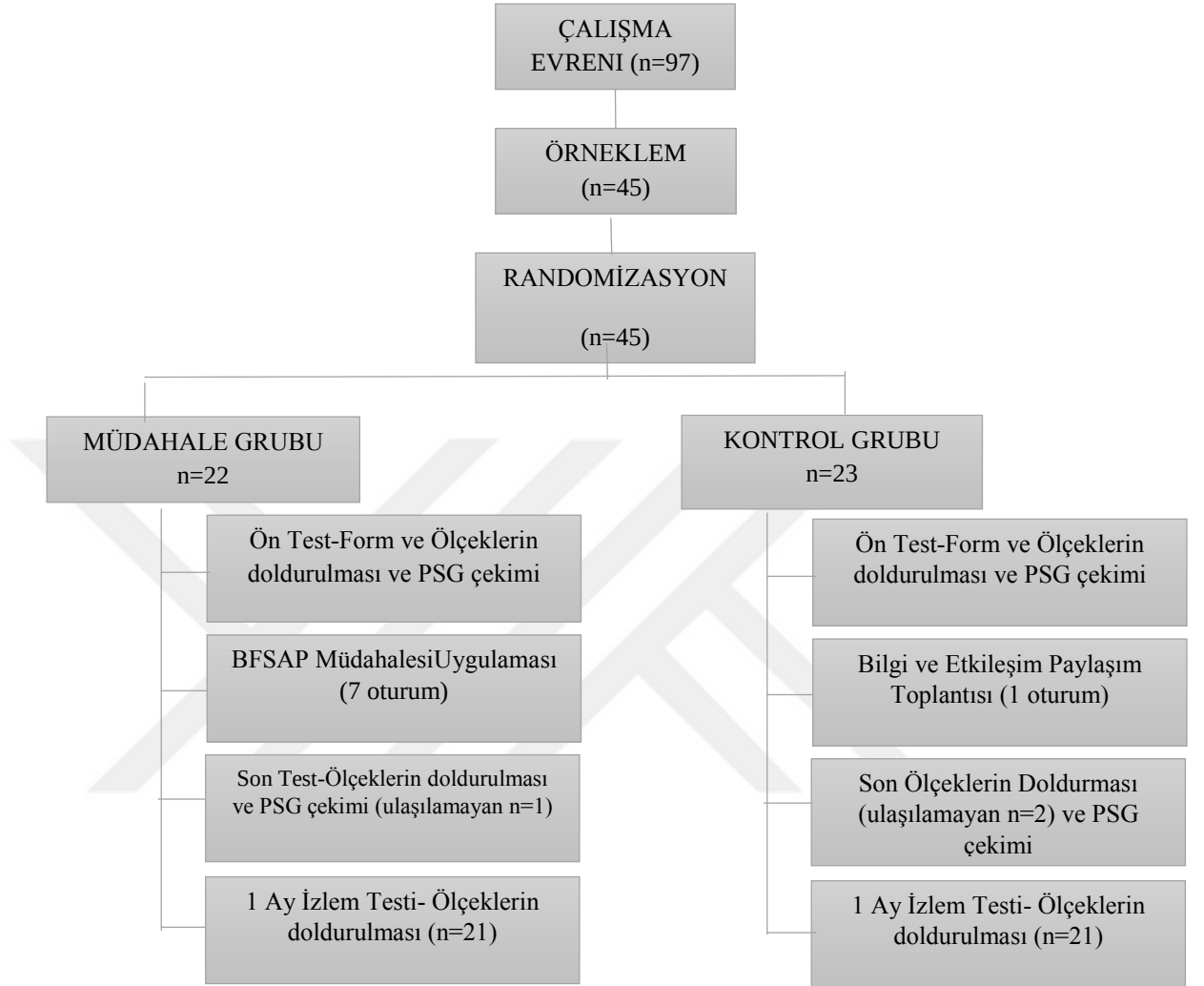
- 18-65 yaş arasında olan,
- İletişim sorunu olmayan,
- Çekilen Polisomnografi sonucunda uyku bozukluğu tanısı almış olan,
- Akıllı telefonu/bilgisayarı olup BFSAP oturumlarına katılabilecek olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Uykuyu etkileyebilecek bir hastalık tanısına sahip olan ve ilaç kullanan,
- İşitme, görme, konuşma ve bilişsel disfonksiyonu olan,
- Son bir yılda herhangi bir farkındalık temelli eğitim programına katılmış olan,
- Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) tanısı almış olan,
- Narkolepsi tanısı almış olan,
- Çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışma kapsamına alınmamıştır.

Sonlandırma Kriterleri

- Çalışma sırasında uykuyu etkileyebilecek bir hastalık tanısı alma ve/veya ilaç uygulaması başlama,
- Çalışma sırasında çalışmadan ayrılmak isteme ve seansların yarısından fazlasına katılmama, çalışma sonlandırılma ölçütü olarak belirlenmiştir. Ancak müdahale grubunda bu nedenlerle çalışma sonlandırılan birey bulunmamaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış şeması

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada nicel veriler; ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’, ‘Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’, ve ‘Algılanan Stres Ölçeği’ ile elde edilmiştir. Müdahale öncesi Polisomnografi bulguları ve müdahale sonrası Polisomnografi bulguları ile de diğer veriler toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Aydın, 2020; Şener, 2021) oluşturulan form hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu ve kronik rahatsızlığı gibi toplamda 14 sosyo-demografik veriden oluşmaktadır.

3.6.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (Ek-2)

Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenirliğini 2011 yılında Özyeşil ve arkadaşlarının yaptığı BİFÖ, günlük yaşamdaki süreçlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma durumundaki genel seviyeyi ölçmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Özyesil ve ark., 2011). Ölçek 15 maddeden oluşan; hemen her zaman (1), çoğu zaman (2), bazen (3), nadiren (4), oldukça seyrek (5), hemen hiçbir zaman (6) olmak üzere 6'lı likert tiptedir. BİFÖ tek faktörlüdür ve ölçekten tek bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan en düşük 15 en yüksek 90'dır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi bireyin bilinçli farkındalık seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenirliği için hesaplanan Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.80'dir (Özyesil ve ark., 2011). Bu araştırmada, Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin güvenirlik katsayısı ön testte 0.771, son testte 0.962 ve izlem testinde 0.965 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-3)

Ölçek Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark. (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış (Ağargün ve ark., 1996; Buysse ve ark., 1989). PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 19 soru öz bildirim sorusu iken, 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu olmak üzere 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını vermektedir ve toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" göstermektedir. Ağargün ve ark. ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0.804 olduğunu rapor etmişlerdir (Ağargün ve ark., 1996; Buysse ve ark., 1989).

3.6.4. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Ek-4)

Cohen ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe Geçerlik Güvenirlik çalışması Eskin ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır (Cohen ve ark., 1983; Eskin ve ark., 2013). Toplam 10 sorudan oluşan ölçek 0=hiçbir zaman, 4=çok sık olmak üzere 5'li likert tipte geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40'tır. Puan artışı bireyin stres algısının yükseldiğini göstermektedir. Eskin ve ark. ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0.82 olduğunu rapor etmişlerdir (Eskin ve ark., 2013). Bu araştırmada, Algılanan Stres Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı ön testte 0.715, son testte 0.783 ve izlem testinde 0.794 olarak bulunmuştur.

3.6.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) (Ek-5)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye adaptasyonu Eser ve ark. tarafından 1999 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formu 26 maddeden oluşmaktadır (Eser ve ark., 1999). Fakat Eser ve ark. ölçeğe sosyal baskı ile ilgili bir soru daha eklemiş ve ölçeğin Türkçe versiyonu 27 maddeden oluşmuştur. Bu araştırmada ölçeğin 27 maddeden oluşan versiyonu kullanılmıştır. Orijinal ölçek "fiziksel", "psikolojik", "sosyal" ve "çevre" boyutlarından oluşmaktadır. Türkçe formunda ise bunlara ek olarak sosyal baskı boyutu yer almaktadır. Ölçek 5'li likert tipte tasarlanmıştır. Alan puanları 4-20 veya 0-100 arasında puanlanabilmektedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Eser ve ark. ölçeğin Cronbach Alpha değerlerinin 0.53 ve 0.83 arasında değiştiğini rapor etmişlerdir (Eser ve ark., 1999). Bu araştırmada, Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı ön testte 0.751, son testte 0.773 ve izlem testinde 0.710 olarak bulunmuştur.

3.6.6. Polisomnografi Uygulaması

Polisomnografik incelemede, elektrotların uluslararası 10-20 montaj sistemine uygun olarak yerleştirildiği 3 kanal EEG (F4-M1, C4-M1, O2-M1), iki kanal EOG, yüzeyel çene EMG, sağ ve sol tibialis anterior yüzeyel EMG, vücut pozisyonu, nazal basınç sensörü, torakal ve abdominal solunum hareketleri, EKG, nabız, solunum sesleri kaydı, O₂ satürasyonu, senkron video kaydı yapılmaktadır.

Bu araştırmada PSG yazılımı olarak RemLogic kullanılmıştır. RemLogic dosya yönetimi, toplama ve inceleme içeren tam özellikli bir yazılım paketidir. Manuel ve otomatik skrlama olanaklarını sunmaktadır. Skrlama ve raporlama işlemleri AASM kuralları tarafından belirtildiği gibidir. Çok yönlü veri toplama işleminde kullanılan N7000 cihazı 32 kanal başvurusal zelliiğine sahip kapsamlı bir PSG amplifikatrdr.

Bireylere tüm gecelik standart polisomnografi uygulanmıştır. Erişkin Nöroloji Anabilim Dalı Uyku Laboratuvarı'nda, BFSAP müdahale öncesi ve sonrasında olmak üzere toplam iki gece boyunca yapılan bu uygulama kapsamında, sorumlu nöroloji alanında uzman hekimler tarafından kayıt tarihleri, başlama ve bitiş saatleri, uyku latansı, toplam uyku süresi, uyku evrelerinin toplam uyku süresine oranı ve solunumsal parametreleri içeren PSG raporları hazırlanmıştır. Raporlarda yer alan Toplam Uyku Süresi, Uykuya Dalma Süresi, Uyku Etkinliği, Uyanıklık Süresi verileri, polisomnografik parametreler olarak istatistiksel analizde kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Haziran 2023–Haziran 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu bir yıllık süre içerisinde polisomnografi çekimi yapılan tüm hastalara veri toplama araçları uygulanmış ve bu veriler doğrultusunda araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler belirlenmiştir. Uygun bulunan katılımcılar örneklem havuzuna alınmış, ardından randomizasyon yöntemiyle müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. Oturumlara başlamadan önce, katılımcıların bir yıl önceki psikolojik ve fizyolojik durumları ile şu anki durumları arasında doğal olarak farklılıklar olabileceği göz önüne alınarak veri toplama araçları yeniden uygulanmış ve bu ölçümler ön test verisi olarak kabul edilmiştir. Bu uygulama, randomizasyonun sağladığı gruplar arası eşitliğin korunması ve müdahale ile kontrol gruplarının mevcut başlangıç düzeylerinin doğru şekilde belirlenmesi için önemlidir. Böylece müdahalenin etkisi daha güvenilir ve objektif biçimde değerlendirilebilmektedir.

Ayrıca, araştırmanın amacı, süreci ve gizlilik esasları hakkında ayrıntılı bilgi verilen katılımcılardan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenlerden hem sözlü hem de yazılı onam alınmıştır (Ek-6, Ek-7). Katılımcıların iletişim bilgileri alınarak

telefonla iletişime geçilmiş ve uygun oldukları tarih ve saatlerde online bireysel görüşme randevuları oluşturulmuştur.

Belirlenen randevu saatlerinde gerçekleştirilen ilk çevrim içi bireysel görüşme sırasında, katılımcılara sırasıyla ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’, ‘Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ ve ‘Algılanan Stres Ölçeği’ uygulanmıştır. Müdahale grubundaki bireylere toplam 7 oturum Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) temelli danışmanlık yapılmıştır. Oturumlar, her bireyle uygun gün ve saat planlanarak, haftada bir gün 50-60 dakika süreyle Zoom programı kullanılarak bireysel olarak yürütülmüştür. Kontrol grubundaki bireylere ise herhangi bir müdahale uygulanmamıştır.

Veri toplama araçları, müdahale ve kontrol grubundaki bireylerle ön test, son test ve son testten bir ay sonra izlem testi olmak üzere üç aşamada uygulanmıştır. Son test aşamasında, katılımcılara ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’, ‘Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’, ‘Algılanan Stres Ölçeği’ ve polisomnografi çekimi yapılmıştır. İzlem testi uygulamaları ise sadece ölçekleri içermiş ve daha önce belirlenen randevu saatlerinde çevrim içi bireysel görüşmeler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bazı bireylerin planlanan randevu saatlerinde katılım sağlayamaması durumunda, ilgili bireylerle iletişime geçilerek aynı gün veya takip eden hafta içinde yeni bir randevu oluşturulmuştur.

3.7.1. Müdahale Grubuna Yapılan İşlemler

Müdahale grubunda yer alan bireylere, araştırmanın amacı, süreci, katılım koşulları ve gizlilik esasları hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden hem sözlü hem de yazılı onam alınmıştır (Ek-6). Telefonla iletişime geçilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle uygun oldukları tarih ve saatlerde online görüşme randevuları oluşturulmuştur.

Belirlenen randevu saatlerinde gerçekleştirilen ilk online bireysel görüşme sırasında, tüm katılımcılara sırasıyla ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’, ‘Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’ ve ‘Algılanan Stres Ölçeği’ uygulanmıştır.

Danışmanlığın görüşme basamaklarının kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı eğitimi almış ve bu alanda çalışan uzmanlardan (4 psikiyatri hemşiresi, 1 psikolojik danışman) görüş alınmıştır. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı ile ilgili yapılan çalışmalar (Demirtaş, 2021; Özdemir, 2022; Şener, 2021) ve programın temel ilkeleri doğrultusunda oluşturulan oturum içeriklerine, uzman görüşleri sonucunda son şekli verilmiştir (Tablo 3.2).

Müdahale grubundaki her bireyle çevrim içi olarak toplam 7 oturum gerçekleştirilmiştir. Oturumlar, ses ve görüntü paylaşımına olanak sağlayan Zoom programı aracılığıyla yürütülmüş, haftada bir kez uygulanmış ve ortalama 50-60 dakika sürmüştür. Görüşmeler sırasında ses ve görüntü kaydı alınmamış olup, bu konuda katılımcılar bilgilendirilmiştir.

Yedi haftalık danışmanlık programının tamamlanmasının ardından son test uygulaması gerçekleştirilmiş ve polisomnografi çekimleri için hastanede randevular oluşturulmuştur. Bu aşamada katılımcılara yeniden ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği’, ‘Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’, ‘Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’, ‘Algılanan Stres Ölçeği’ ve polisomnografi çekimi uygulanmıştır.

Danışmanlık programının tamamlanmasından bir ay sonra izlem testi uygulanmıştır. İzlem testi, daha önce belirlenen randevu saatlerinde çevrim içi bireysel görüşmeler aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bazı bireylerin planlanan randevu saatlerinde katılım sağlayamaması durumunda, kendileriyle iletişime geçilerek aynı gün içerisinde veya takip eden hafta içerisinde yeni bir randevu oluşturulmuştur.

Müdahale grubundaki tüm bireyler danışmanlık oturumlarına eksiksiz katılmıştır.

Tablo.3.1. BFSAP Kapsamında Uygulanan Bireysel Müdahale Süreci Takvimi

Kodu	Ön Test (Tarih/ Saat)	Müdahale Oturumları (Tarih / Saat / Durum)	Süre (dk)	Son Test (Tarih/Saat/ Durum)	PSG (Tarih/Saat/ Durum)	İzlem (Tarih/Saat/ Durum)
K1	03.07 10:00	03.07 10:00 ✓ 10.07 14:00 ✓ 17.07 18:00 ✓ 24.07 20:00 ✓ 31.07 20:00 ✓ 07.08 20:00 ✓ 14.08 20:00 ✓	50	14.08 20:00 ✓	22.08 22:00 X 23.08 22:00 ✓	14.09 20:00 X 17.09 19:00 ✓
K2	03.07 14:00	03.07 14:00 ✓ 10.07 18:00 ✓ 17.07 20:00 X 18.07 18:00 ✓ (Telafi) 24.07 18:00 X 25.07 18:00 ✓ (Telafi) 31.07 18:00 ✓ 07.08 18:00 ✓ 14.08 18:00 ✓	50	14.08 18:00 ✓	23.08 22:00 X 24.08 22:00 ✓ (Telafi)	14.09 21:00 X 21.09 11:00 ✓
K3	04.07 10:00	04.07 10:00 ✓ 11.07 14:00 ✓ 18.07 14:00 X 19.07 18:00 ✓ (Telafi) 25.07 14:00 ✓ 01.08 18:00 X 02.08 18:00 ✓ (Telafi) 08.08 18:00 ✓ 15.08 18:00 ✓	55	15.08 18:00 ✓	20.08 22:00 X 27.08 22:00 ✓ (Telafi)	15.09 21:00 X 20.09 21:00 ✓
K4	04.07 14:00	04.07 14:00 ✓ 11.07 18:00 ✓ 18.07 18:00 ✓ 25.07 18:00 ✓ 01.08 14:00 X 02.08 20:00 ✓ (Telafi) 08.08 20:00 ✓ 15.08 20:00 ✓	50	15.08 20:00 ✓	24.08 22:00 X 26.08 22:00 ✓ (Tekrar)	20.09 11:00 X 21.09 18:00 ✓
K5	05.07 09:00	05.07 09:00 ✓ 12.07 13:00 ✓ 19.07 18:00 ✓ 26.07 18:00 ✓ 02.08 20:00 ✓ 09.08 18:00 ✓ 16.08 18:00 ✓	55	16.08 18:00 ✓	01.09 22:00 ✓	20.09 20:00 ✓

Tablo.3.1. BFSAP Kapsamında Uygulanan Bireysel Müdahale Süreci Takvimi (Devamı)

K6	05.07 13:00	05.07 13:00 ✓ 12.07 17:00 X 13.07 17:00 ✓ (Telafi) 19.07 17:00 ✓ 26.07 17:00 ✓ 02.08 17:00 ✓ 09.08 17:00 X 10.08 17:00 ✓ (Telafi) 16.08 17:00 ✓	50	16.08 13:00 ✓	25.08 22:00 X 28.08 22:00 ✓ (Telafi)	16.09 21:00 X 21.09 20:00 ✓
K7	05.07 17:00	05.07 17:00 ✓ 12.07 21:00 X 13.07 21:00 ✓ (Telafi) 19.07 21:00 X 20.07 21:00 ✓ (Telafi) 26.07 21:00 ✓ 02.08 21:00 ✓ 09.08 21:00 ✓	55	09.08.21.00	— Ulaşılamadı (Çalışma dışı)	—
K8	06.07 10:00	06.07 10:00 ✓ 13.07 14:00 ✓ 20.07 18:00 ✓ 27.07 18:00 X 28.07 18:00 ✓ (Telafi) 03.08 18:00 ✓ 10.08 18:00 ✓ 17.08 18:00 ✓	60	17.08 10:00 ✓	27.08 22:00 X 31.08 22:00 ✓ (Telafi)	17.09 20:00 X 22.09 11:00 ✓
K9	06.07 14:00	06.07 14:00 ✓ 13.07 18:00 ✓ 20.07 18:00 ✓ 27.07 18:00 ✓ 03.08 18:00 ✓ 10.08 18:00 ✓ 17.08 18:00 ✓	55	17.08 18:00 ✓	27.08 22:00 X 03.09 22:00 ✓ (Telafi)	17.09 21:00 ✓
K10	06.07 18:00	06.07 18:00 X 07.07 18:00 ✓ (Telafi) 13.07 16:00 ✓ 20.07 16:00 ✓ 27.07 16:00 X 28.07 16:00 ✓ (Telafi) 03.08 16:00 ✓ 10.08 16:00 ✓ 17.08 16:00 ✓	45	17.08 16:00 ✓	28.08 22:00 X 05.09 22:00 ✓ (Telafi)	17.09 16:00 X 23.09 21:00 ✓

Tablo.3.1. BFSAP Kapsamında Uygulanan Bireysel Müdahale Süreci Takvimi (Devamı)

K11	07.07 09:00	07.07 09:00 ✓ 14.07 13:00 ✓ 21.07 18:00 ✓ 28.07 18:00 ✓ 04.08 18:00 ✓ 11.08 18:00 ✓ 18.08 18:00 ✓	50	18.08 18:00 ✓	28.08 21:00 ✓	23.09 17:00 ✓
K12	07.07 13:00	07.07 13:00 ✓ 14.07 17:00 X 15.07 17:00 ✓ (Telafi) 21.07 17:00 ✓ 28.07 17:00 ✓ 04.08 17:00 ✓ 11.08 17:00 ✓ 18.08 17:00 ✓	50	18.08 17:00 ✓	29.08 22:00 X 08.09 22:00 ✓ (Tekrar)	18.09 20:00 X 24.09 21:00 ✓
K13	08.07 10:00	08.07 10:00 ✓ 15.07 14:00 ✓ 22.07 18:00 ✓ 29.07 18:00 ✓ 05.08 18:00 ✓ 12.08 18:00 ✓ 19.08 18:00 ✓	60	19.08 18:00 ✓	19.09 22:00 ✓	20.09 17:00 ✓
K14	08.07 14:00	08.07 14:00 ✓ 15.07 18:00 ✓ 22.07 13:00 ✓ 29.07 13:00 X 30.07 13:00 ✓ (Telafi) 05.08 13:00 ✓ 12.08 13:00 ✓ 19.08 13:00 ✓	50	19.08 13:00 ✓	13.09 22:00 ✓	20.09 13:00 ✓
K15	09.07 09:00	09.07 09:00 X 10.07 09:00 ✓ (Telafi) 17.07 14:00 ✓ 24.07 18:00 ✓ 31.07 18:00 ✓ 07.08 18:00 ✓ 14.08 18:00 ✓ 21.08 18:00 ✓	55	21.08 18:00 ✓	01.09 22:00 ✓	25.09 20:00 ✓
K16	09.07 13:00	09.07 13:00 ✓ 16.07 17:00 ✓ 23.07 17:00 ✓ 30.07 17:00 ✓ 06.08 17:00 ✓ 13.08 17:00 ✓ 20.08 17:00 ✓	50	20.08 17:00 ✓	11.09 22:00 ✓	22.09 10:00 ✓

Tablo.3.1. BFSAP Kapsamında Uygulanan Bireysel Müdahale Süreci Takvimi (Devamı)

K17	09.07 17:00	09.07 17:00 ✓ 16.07 21:00 ✓ 23.07 21:00 ✓ 30.07 21:00 ✓ 06.08 21:00 ✓ 13.08 21:00 ✓ 20.08 21:00 ✓	50	20.08 21:00 ✓	17.09 22:00 ✓	25.09 18:00 ✓
K18	10.07 09:00	10.07 09:00 ✓ 17.07 13:00 ✓ 24.07 17:00 ✓ 31.07 17:00 ✓ 07.08 17:00 ✓ 14.08 17:00 ✓ 21.08 17:00 ✓	60	21.08 17:00 ✓	02.09 22:00 ✓	23.09 10:00 ✓
K19	10.07 13:00	10.07 13:00 ✓ 17.07 10:00 ✓ 24.07 10:00 ✓ 31.07 10:00 X 01.08 10:00 ✓ (Telafi) 07.08 10:00 ✓ 14.08 10:00 ✓ 21.08 10:00 ✓	60	21.08 10:00 ✓	19.09 22:00 ✓	21.09 13:00 ✓
K20	10.07 14:00	10.07 14:00 ✓ 17.07 18:00 ✓ 24.07 18:00 X 25.07 18:00 ✓ (Telafi) 31.07 18:00 ✓ 07.08 18:00 ✓ 14.08 18:00 ✓ 21.08 18:00 ✓	50	21.08 18:00 ✓	28.08 22:00 X 18.09 22:00 ✓ (Telafi)	21.09 14:00 X 24.09 15:00 ✓
K21	11.07 10:00	11.07 10:00 ✓ 18.07 14:00 ✓ 25.07 14:00 X 26.07 14:00 ✓ (Telafi) 01.08 14:00 ✓ 08.08 14:00 ✓ 15.08 14:00 ✓ 22.08 14:00 ✓	50	22.08 14:00 ✓	05.09 22:00 X 22.09 22:00 ✓ (Telafi)	22.09 10:00 X 25.09 15:00 ✓
K22	11.07 14:00	11.07 14:00 ✓ 18.07 18:00 ✓ 25.07 18:00 ✓ 01.08 18:00 X 02.08 18:00 ✓ (Telafi) 08.08 18:00 ✓ 15.08 18:00 ✓ 22.08 18:00 ✓	50	22.08 18:00 ✓	29.09 22:00 X 30.09 22:00 ✓ (Telafi)	25.09. 10.00 ✓

3.7.2. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) İçeriği

Bilinçli farkındalık stres azaltma programı danışmanlık oturumları, Mindfulness Institute onaylı Mindfulness Stres Azaltma Programı eğitimini tamamlayan uzman psikiyatri hemşiresi (Ek.11) tarafından bireysel olarak yürütülmüştür.

Tablo 3.2. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) Danışmanlık İçeriği (Ek-12)

OTURUM ADI	AMAÇ	İÇERİK-MÜDAHALE	YÖNTEM
1. Oturum: Tanışma ve Temel Farkındalık	-Katılımcıyı sürece motive etmek - Bilinçli farkındalığın temellerini kavratmak - Uyku farkındalığı oluşturmak - Nefes ve beden farkındalığını başlatmak	- Tanışma ve programın tanıtımı - Bilinçli farkındalık uygulamasının tanıtımı - Uyku ve hayatımızdaki önemi - Farkındalık duygularının ifadesi -Kuru üzüm meditasyonu (duyularla algı) - 3 dakikalık nefes meditasyonu - Uyku günlüğü tutma eğitimi - Günlük aktivitelerde mindfulness uygulamaları (diş fırçalama, yemek yeme vb.) - Günlük en az 30 dakika nefes egzersizi - Haftada 6 gün nefes farkındalığı meditasyonu (10-15 dk) - Gün içinde mindful rutine devam etme -Oturumun sonlandırılması	Materyal: Görsel-ışitsel materyaller, PowerPoint sunumu, ses kayıtları Teknikler: Anlatım, meditasyon, hikâye paylaşımı, soru-cevap, tartışma
2. Oturum: Uyku Hijyeni ve Beden Farkındalığı	- Uyku hijyenini öğretmek - Beden farkındalığını artırmak - Uykuya geçişi kolaylaştırmak - Düşünce ve duygularla farkındalıkla ilişki kurmak	- Önceki oturumun özeti - Uyku hijyeni eğitimi - Uykuya hazırlık meditasyonu - Oturma meditasyonu - Beden tarama meditasyonu - 3 dakikalık nefes alanı meditasyonu - Oturma meditasyonu - Beden tarama meditasyonu - Uykuya hazırlık meditasyonu - Niyet keşfi ve paylaşımı - Ev ödevi: 6 gün ses kaydı eşliğinde beden tarama meditasyonu - Uyku hijyeni kurallarına uyum - Uykuya hazırlık meditasyonunu her gece dinleme - Günlük tekrarlayan beden hareketlerine dikkat	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, tartışma
3. Oturum: Bilinçli Farkındalıkla Yoga ve	- Zihin-beden bağlantısını güçlendirmek - Uykuya geçiş sürecini desteklemek - Bedensel farkındalık ve rahatlama sağlamak	- Bilinçli farkındalıkla yoga - Gölün sularıyyla uykuya dalma meditasyonu - 9 nokta egzersizi - Ev ödevi:- 6 gün boyunca dönüşümlü beden taraması ve yatarak yoga yapılması - Günlük 15-20 dk ses kaydı olmadan nefes farkındalığı ile oturma - Hoşa gitmeyen anlar takvimi doldurma - Gölün Sularıyyla Uykuya Dal meditasyonunu her gece dinleme -Oturumun sonlandırılması	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, ses kayıtlarının dinletimi, tartışma

Tablo 3.2. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) Danışmanlık İçeriği (Ek-12) (Devamı)

4. Oturum: Stresle Farkındalıkla Baş Etme ve Duygusal Gözlem	- Stres anlarını fark etmek ve bilinçli yaklaşmak - Düşünceleri gözlemlemeyi öğrenmek - Olumsuz rüya deneyimlerini dönüştürmek	- Önceki oturumun özeti ve geri bildirim - Stresli anların fark edilmesi ve gözden geçirilmesi - Günlük hayatta farkındalıkla eylemler gerçekleştirme - “Bardak değil göl olabilmek” hikayesi ve “Misafirhane” şiiri paylaşımı - 20 dakikalık oturma meditasyonu - Nefes egzersizleri - Sesler ve düşünceler meditasyonu - Kabuslardan Kurtulmak meditasyonu - Ev Ödevi: 6 gün boyunca dönüşümlü beden taraması ve yatarak yoga - Günlük 20 dk oturma meditasyonu (nefes, duyular, beden farkındalığı) - Otomatik stres reaksiyonlarının fark edilmesi - Kabuslardan Kurtulmak meditasyon ses kaydını uygulama -Oturumun sonlandırılması	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, tartışma
5. Oturum: Duygularla Farkındalıkla Temas ve Kabul	- Zorlayıcı duyguların fark edilmesi - Duygularla yargısız temas kurma - Bedensel farkındalığın artırılması	- Önceki oturumun özeti ve geri bildirim - Zorlayıcı duyguların tanımlanması ve gözlemlenmesi - Alışlagelmiş tepkilerin ve baş etme davranışlarının farkına varılması - “Çok fazla çabalamayın” hikâyesi paylaşımı - Uyku ve beden odaklı meditasyon - Kabul meditasyonu uygulaması - Ev Ödevi: 6 gün boyunca: 1 gün oturma meditasyonu, 1 gün ayakta yoga, 1 gün oturma meditasyonu, 1 gün beden taraması, 1 gün yatarak yoga, 1 gün tekrar oturma meditasyonu - Zorlayıcı iletişim takvimi doldurulması - Her gece uyku ve beden meditasyonu uygulanması - Günlük formal meditasyonlarda ve yaşamda reaksiyon anlarının fark edilerek daha mindful yanıtların keşfi -Oturumun sonlandırılması	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon şefkat kartları Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, tartışma

Tablo 3.2. Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programı (BFSAP) Danışmanlık İçeriği (Ek-12) (Devamı)

6. Oturum: Şefkat ve Farkında İletişim	- Öz-şefkat ve başkalarına şefkat geliştirme - Farkında iletişimi keşfetme - Duygularla şefkatli temas kurma	- Önceki oturumun özeti ve geri bildirim - Bilinçli farkındalığın günlük yaşamdaki etkileri - Şefkat meditasyonu ve stresle baş etme üzerine konuşma - “Kurtların Savaşı” hikâyesi paylaşımı - Farkında iletişim üzerine bireysel sohbet - Oturma meditasyonu ve nefes egzersizi - Şefkat meditasyonu (eller kalpte, olumlu dileklerle) - Dağ meditasyonu - Ayakta yoga uygulaması - Nesne farkındalığı egzersizi - Ev ödevi: Uyku hijyeni uygulamalarına devam - Nefes egzersizi, bilinçli farkındalıkla yoga ve beden taraması yapılması - Haftanın 3 günü şefkat meditasyonu - Diğer günler dönüşümlü oturma ve beden taraması meditasyonu - Duyguların farkındalığı üzerine alıştırmalar yapılması -Oturumun sonlandırılması	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon şefkat kartları Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, tartışma
7. Oturum: Sessizlik Günü ve Program Değerlendirmesi	- Farkında iletişimi ve kabullenici tutumu derinleştirme - Sessizlik deneyimiyle iç gözlem geliştirme - Programın genel değerlendirmesini yapma	- Önceki ev ödevlerinin değerlendirilmesi - Farkında iletişim, kabul ve yargılama konularında bilgi paylaşımı - “Üç Serendip Prensi” hikâyesi paylaşımı - Son test anketleri - Polisomnografi randevularının iletilmesi - Katılımcı geri bildirimleri ile programın genel değerlendirmesi	Materyal: Kâğıt, kalem, çevrimiçi bağlantıyı sağlayan laptop/telefon şefkat kartları Teknikler: Anlatım, hikâye paylaşımı, meditasyon uygulamaları, duygu paylaşımı, soru cevap, tartışma

3.7.3. Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler

Kontrol grubundaki bireylere, araştırmanın amacı, süreci, katılım koşulları ve gizlilik esasları hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-7). Telefonla iletişime geçilerek çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle uygun oldukları tarih ve saatlerde online

görüşme randevuları oluşturulmuştur. Belirlenen randevu saatlerinde gerçekleştirilen ilk online bireysel görüşme esnasında, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği uygulanmıştır.

Ön testin uygulanmasından iki ay sonra, aynı bireylere son test uygulaması gerçekleştirilmiş ve bu aşamada Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği yeniden uygulanmıştır. Ancak bu süreçte iki bireye ulaşılammış ve bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Son test uygulamasının ardından, katılımcılara polisomnografi çekimleri için randevu verilmiş ve çekimlerin hastane ortamında gerçekleştirilmesi sağlanarak süreç takip edilmiştir.

Son testin uygulanmasından bir ay sonra ise aynı bireylere izlem testi olarak Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği uygulanmıştır. İzlem testinde ulaşılammayan birey olmamıştır. Çalışmanın başlangıcında arzu etmeleri halinde danışmanlık hizmeti verilebileceği konusunda bilgi verilmiş ancak çalışma sonrasında hiçbir katılımcıdan danışmanlık talebi gelmemiştir.

3.8. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının uygunluğu ve Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma danışmanlık programının hasta üzerindeki etkisini veya anlaşılmayan bir nokta olup olmadığını değerlendirmek için dahil edilme kriterlerine uyan üç hastaya ön uygulama (7 haftalık danışmanlık) yapılmıştır. Ön uygulamada bir sorun oluşmamış ve herhangi bir düzeltmeye gerek kalmadan çalışmaya başlanmıştır. Ön uygulama yapılan bireylerden elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Skewness-Kurtosis değerleri ve Histogram grafikleri incelenerek belirlenmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerinin +3 ve -3 değer aralığında olması verilerin normal dağıldığını

göstermektedir. Ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alpha değerleri kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol kişisel bilgilerinin sunulmasında frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmasında ki kare analizi kullanılmıştır. Ki-kare analizinin varsayımlarına göre “pearson ki-kare değeri” ve “Fisher Friedman Holton Exact Test değeri” kullanılmıştır. Ölçekler, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri kullanılarak tanıtılmıştır. İki bağımsız puan ortalaması arasındaki fark normal dağılım gösteren ölçümlerde “Bağımsız Gruplarda t Testi”, normal dağılım göstermeyen ölçümlerde ise “Mann Whitney U Testi” kullanılarak karşılaştırılmıştır. İki bağımlı puan ortalamasının karşılaştırılmasında “Bağımlı Gruplarda t Testi” kullanılmıştır. Üç bağımlı puan ortalamasının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren ölçümlerde “Tekrarlayan Ölçümlerde Anova Testi”, normal dağılmayan ölçümlerde ise “Friedman Sıralı İşaretler Testi” kullanılmıştır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Posthoc (Bonferroni) analiz uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçümlerde ise “Wilcoxon Testi” kullanılmıştır. Etki büyüklüğü Cohen’s d değeri ve partial eta kare değeri ile verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri 0.05 kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmada ilgili kurumlardan akademik kurul kararı (Ek-8), kurum izni (Ek-9), Muş Alparslan Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan onay (19.04.2023-90227 2) (Ek-10), çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden ise sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır (Ek-6; Ek-7). Tüm bireylere çalışmaya devam etmek istemediklerinde bırakabilecekleri açıklanmıştır. Ayrıca çalışma için clinical trials numarası (NCT06536218) alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek hastanede yürütülmesi çalışma sonuçlarının genellebilirliği açısından sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca danışmanlık oturumlarının çevrim içi bir şekilde yürütülmesi bireylere kendi yaşam alanında daha rahat bir biçimde programa katılma özgürlüğü sağlamış olmasına rağmen, zaman zaman bağlantı sorunları yaşanması çalışmanın sınırlılığı olarak ele alınabilir.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri ve çalışmanın hipotezlerinin sınanıldığı tablolar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=42)

Değişkenler		Gruplar				
		Müdahale (n=21)		Kontrol (n=21)		Test Değeri ve Önemlilik
		n	%	n	(%)	
Cinsiyet	Kadın	8	38.1	8	38.1	$\chi^2=0.001$ $p=0.999^a$
	Erkek	13	61.9	13	61.9	
Medeni Durum	Evli	18	85.7	17	81.0	$p=0.999^b$
	Bekar	3	14.3	4	19.0	
Yaş	18-20	2	9.5	1	4.8	$\chi^2=4.236$ $p=0.386^c$
	21-30	3	14.3	5	23.8	
	31-40	4	19.0	7	33.3	
	41-50	7	33.3	7	33.3	
	51 ve üzeri	5	23.8	1	4.8	
Eğitim durumu	İlkokul	5	23.8	4	19.0	$\chi^2=7.062$ $p=0.101^c$
	Ortaokul	3	14.3	-	-	
	Lise	5	23.8	4	19.0	
	Ön lisans	2	9.5	-	-	
	Lisans	6	28.6	13	61.9	
	Lisansüstü	5	23.8	-	-	
Kronik Hastalık Varlığı	Var	8	38.1	4	19.0	$\chi^2=1.867$ $p=0.172^a$
	Yok	13	61.9	17	81.0	
Sigara kullanma durumu	Evet	8	38.1	8	38.1	$\chi^2=1.867$ $p=0.172^a$
	Hayır	13	61.9	13	61.9	
Alkol kullanımı durumu	Evet	-	-	-	-	$p=0.999^b$
	Hayır	21	100	21	100	

^a: Pearson Ki kare değeri, ^b:Fisher Exact test değeri, ^c:Fisher Friedman Holton Exact test değeri

Tablo 4.1’de katılımcıların kişisel özelliklerine göre karşılaştırmaları yer almaktadır. Buna göre müdahale grubundaki hastaların %61.9’unun erkek olduğu, %85.7’sinin evli olduğu, %33.3’ünün 41-50 yaş arasında olduğu, %28.6’sının lisans mezunu olduğu, %61.9’unun kronik hastalığının olmadığı, %61.9’unun sigara kullanmadığı ve katılımcıların tamamının alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların %61.9’unun erkek olduğu, %81’inin evli olduğu, %33.3’ünün 41-50 yaş arasında olduğu, %61.9’unun lisans mezunu olduğu, %81’inin kronik hastalığının olmadığı, %61.9’unun sigara kullanmadığı ve katılımcıların tamamının alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Ki-kare analizi sonuçları kontrol ve müdahale grubunun tanıttıcı özellikler bakımından benzer olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Bileşenlerine Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçümler	Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik
		Müdahale (n=21) X±SD	Kontrol (n=21) X±SD	
Öznel Uyku Kalitesi (B1)	Ön test	1.81±0.68 ^a	2.00±0.89	t=-0.777, p=0.442, d=0.240
	Son test	0.81±0.51 ^b	1.76±0.70	t=-5.032, p<0.001, d=1.553
	İzlem testi	0.71±0.64 ^c	1.95±0.50	t=-6.974, p<0.001, d=2.152
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=23.413, p<0.001, η ² =0.539, a-b, a-c, b-c	F=0.645, p=0.480, η ² =0.031	
Uyku latansı (B2)	Ön test	1.81±0.68 ^a	2.05±0.38	t=-1.398, p=0.172, d=0.431
	Son test	0.76±0.54 ^b	2.05±0.50	t=-8.032, p<0.001, d=2.479
	İzlem testi	0.62±0.50 ^b	2.05±0.38	t=-10.413, p<0.001, d=3.214
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=34.613, p<0.001, η ² =0.634	F=0.001, p=0.999, η ² =0.001	
Uyku Süresi (B3)	Ön test	0.95±0.67 ^a	0.90±0.70	t=0.225, p=0.823, d=0.070
	Son test	0.48±0.75 ^b	0.57±0.75	U=200.50, p=0.563
	İzlem testi	0.24±0.44 ^b	0.52±0.75	U=176.00, p=0.173

Tablo 4.2. Hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Bileşenlerine Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması **(Devamı)**

Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		Friedman=18.720 p<0.001	Friedman=4.200 p=0.122	
Alışlanmış Uyku Etkinliği (B4)	Ön test	0.33±0.58 ^a	0.24±0.54	t=0.553, p=0.584, d=0.171
	Son test	0.38±0.59 ^b	0.24±0.62	t=0.762, p=0.451, d=0.235
	İzlem testi ³	0.24±0.54 ^c	0.29±0.64	U=218.50, p=0.941
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		Friedman=1.188 p=0.552	Friedman=0.636 p=0.727	
Uyku Bozukluğu (B5)	Ön test	1.19±0.40 ^a	1.38±0.50	t=-1.364, p=0.180, d=0.421
	Son test	1.00±0.01 ^b	1.32±0.47	t=-3.162, p=0.005, d=0.976
	İzlem testi	1.00±0.02 ^b	1.33±0.48	t=-3.162, p=0.005, d=0.975
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=4.706, p=0.015 η ² =0.190	F=0.074, p=0.929 η ² =0.004	
Uyku İlacı Kullanımı (B6)	Ön test	2.29±0.46 ^a	2.19±0.51	t=0.632, p=0.531, d=0.195
	Son test	1.10±0.44 ^b	2.10±0.30	t=-8.646, p<0.001, d=2.668
	İzlem testi ³	0.90±0.63 ^b	2.19±0.40	t=-7.927, p<0.001, d=2.446
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=51.458, p<0.001 η ² =0.720	F=0.448, p=0.618 η ² =0.024	
Gündüz İşlev Bozukluğu (B7)	Ön test	1.43±0.68 ^a	1.10±0.77	t=1.492, p=0.143, d=0.461
	Son test	3.52±1.36 ^b	1.57±1.25	t=4.839, p<0.001, d=1.493
	İzlem testi	4.24±1.45 ^b	2.62±1.86	t=3.153, p=0.003, d=0.973
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=49.146, p<0.001 η ² =0.711	F=10.388, p<0.001 η ² =0.342 a-c, b-c	
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Ön test	9.81±1.66 ^a	9.86±1.82	t=-0.088, p=0.930, d=0.027
	Son test	8.05±2.27 ^b	9.62±2.25	t=-2.255, p=0.030, d=0.696
	İzlem testi	7.95±1.43 ^b	10.95±2.50	t=-4.773, p<0.001, d=1.473
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=9.631, p<0.001 η ² =0.325	F=4.004, p=0.026 η ² =0.167 b-c	

t=Bağımsız Gruplarda t Testi, F=Tekrarlı Ölçümlerde Anova, d=Cohen's d değeri, η²=Partial Eta Kare değeri, U=Mann Whitney U Testi

Tablo 4.2 incelendiğinde, müdahale grubuna ait Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem testindeki değişimlerinde alışılmış uyku etkinliği alt boyutları hariç diğer alt boyutlarda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. "Öznel Uyku Kalitesi (B1)" alt boyutu puanı ön testte 1.81 ± 0.68 iken, son testte 0.81 ± 0.51 'e ve izlem testinde 0.71 ± 0.64 'e düşmüş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). "Uyku Latansı (B2)" puanı ön testte 1.81 ± 0.68 , son testte 0.76 ± 0.54 ve izlemde 0.62 ± 0.50 olarak ölçülmüş, anlamlı bir azalma göstermiştir ($p < 0.001$). Aynı şekilde "Uyku Süresi (B3)" alt boyutu puanları da sırasıyla 0.95 ± 0.67 ; 0.48 ± 0.75 ; 0.24 ± 0.44 olarak belirlenmiştir ($p < 0.001$). "Uyku Bozukluğu (B5)" puanı da 1.19 ± 0.40 'tan 1.00 ± 0.01 'e ve 1.00 ± 0.02 'ye düşmüş, bu değişim de anlamlıdır ($p = 0.015$). Benzer olarak "Uyku İlacı Kullanımı (B6)" puanı 2.29 ± 0.46 'dan 1.10 ± 0.44 'e ve 0.90 ± 0.63 'e düşerek anlamlı bir iyileşme göstermiştir ($p < 0.001$). "Alışılmış Uyku Etkinliği (B4)" alt boyutunda ise ön test, son test ve izlem puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p = 0.552$). "Gündüz İşlev Bozukluğu (B7)" alt boyutunda ise ön test puanı 1.43 ± 0.68 iken son testte 3.52 ± 1.36 ve izlem testinde 4.24 ± 1.45 'e yükselmiş, bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Kontrol grubunda ise ön test ve son test karşılaştırmalarında yalnızca "Gündüz İşlev Bozukluğu (B7)" alt boyutunda anlamlı bir artış tespit edilmiştir (ön test: 1.48 ± 0.63 , son test: 1.90 ± 0.94 , izlem: 2.19 ± 1.06 ; $p < 0.05$). Diğer tüm alt boyutlarda "Öznel Uyku Kalitesi (B1)", "Uyku Latansı (B2)", "Uyku Süresi (B3)", "Alışılmış Uyku Etkinliği (B4)", "Uyku Bozukluğu (B5)" ve "Uyku İlacı Kullanımı (B6)" ön test, son test ve izlem test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Müdahale öncesinde, müdahale ve kontrol gruplarının tüm PUKİ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak son test ve izlem test ölçümlerinde, müdahale grubu birçok alt boyutta kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi sonuçlar göstermiştir. Özellikle "Öznel Uyku Kalitesi (B1)", "Uyku Latansı (B2)", "Uyku Bozukluğu (B5)", "Uyku İlacı Kullanımı (B6)", "Gündüz İşlev Bozukluğu (B7)" ve PUKİ toplam puanı açısından müdahale grubu lehine anlamlı farklar saptanmıştır ($p < 0.001$). Bununla birlikte,

"Uyku Süresi (B3)" ve "Alışılmış Uyku Etkinliği (B4)" alt boyutlarında iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişkenler Ölçümler		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik
		Müdahale (n=21)	Kontrol (n=21)	
		X±SD	X±SD	
Stres/Rahatsızlık Algısı	Ön test	14.14±2.56 ^a	13.00±2.57	t=1.445, p=0.156, d=0.446
	Son test	9.29±1.82 ^b	12.86±3.05	t=-4.603, p<0.001, d=1.420
	İzlem testi	9.29±1.95 ^c	13.38±2.54	t=-5.858, p<0.001, d=1.808
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=55.179, p<0.001 η ² =0.734 Fark= a-b, a-c	F=0.289, p=0.750 η ² =0.014	
Yetersiz Özyeterlik Algısı	Ön test	8.76±1.14 ^a	7.95±2.04	t=1.591, p=0.120, d=0.491
	Son test	5.90±1.92 ^b	8.90±2.98	t=-3.876, p<0.001, d=1.196
	İzlem testi	5.57±1.91 ^c	9.19±2.56	t=-5.188, p<0.001, d=1.601
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=25.623, p<0.001 η ² =0.562 Fark= a-b, a-c	F=1.309, p=0.281 η ² =0.061	
Algılanan Stres Ölçeği	Ön test	22.90±3.37 ^a	20.95±4.36	t=1.622, p=0.113, d=0.500
	Son test	15.19±3.22 ^b	21.76±5.37	t=-4.813, p<0.001, d=1.485
	İzlem testi	14.86±3.12 ^c	22.57±4.58	t=-6.382, p<0.001, d=1.969
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=55.230, p<0.001 η ² =0.734 Fark= a-b, a-c	F=0.678, p=0.514 η ² =0.033	

t=Bağımsız Gruplarda t Testi, F=Tekrarlı Ölçümlerde Anova, d=Cohen's d değeri, η²=Partial Eta Kare değeri,

Tablo 4.3'e göre, müdahale grubundaki bireylerin stres algısı ile ilgili alt boyut puanlarında ön test, son test ve izlem testleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin "Stres/Rahatsızlık Algısı" alt boyut puan ortalaması, ön testte 14.14±2.56 iken, son testte 9.29±1.82'ye ve izlem testinde

9.29±1.95'e düşmüş; bu üç ölçüm sonucunda elde edilen puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Benzer şekilde, "Yetersiz Özyeterlik Algısı" alt boyutunda da anlamlı bir düşüş gözlemlenmiş; puan ortalamaları ön testte 8.76±1.14, son testte 5.90±1.92 ve izlem testinde 5.57±1.91 olarak ölçülmüştür ($p<0.001$). Yine "Algılanan Stres Ölçeği" toplam puan ortalaması da anlamlı şekilde azalmış; ön testte 22.90±3.37 olan puan ortalaması, son testte 15.19±3.22 ve izlem testinde 14.86±3.12'ye gerilemiştir ($p<0.001$).

Kontrol grubunda ise yapılan ölçümler sonucunda, stres algısı alt boyutları açısından anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p\geq 0.05$).

Gruplar arası karşılaştırmalara bakıldığında müdahale öncesinde, her iki grubun stres algısı alt boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, grupların başlangıç düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Ancak müdahale sonrası ve izlem testlerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Müdahale grubunun, hem "Stres/Rahatsızlık Algısı" hem de "Yetersiz Özyeterlik Algısı" alt boyutlarında son test ve izlem test puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Aynı şekilde, "Algılanan Stres Ölçeği" toplam puanı açısından da müdahale grubu, kontrol grubuna kıyasla son testte ($p<0.001$) ve izlem testinde ($p<0.001$) anlamlı düzeyde daha düşük puanlar almıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçümler	Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik	
		Müdahale (n=21)	Kontrol (n=21)		
		X±SD	X±SD		
Genel Sağlık Durumu	Ön test	9.71±1.15 ^a	10.48±1.53	t=-1.821, d=0.561	p=0.076,
	Son test	13.43±2.01 ^b	11.24±2.05	t=3.495, d=1.079	p<0.001,
	İzlem testi	14.67±2.13 ^c	10.48±1.89	t=6.749, d=2.083	p<0.001,
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=38.476, p<0.001 η ² =0.658 a-b, a-c	F=2.444, p=0.100 η ² =0.109		
Fiziksel Sağlık	Ön test	9.12±1.16	9.93±1.62	t=-1.875, d=0.579	p=0.069,
	Son test	11.24±0.96	10.75±1.15	t=1.496, p=0.143, d=0.462	
	İzlem testi	11.92±1.16	10.50±0.96	t=4.296, d=1.326	p<0.001,
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=41.096, p<0.001 η ² =0.673 a-b, a-c	F=2.762, p=0.104 η ² =0.121		
Psikoloji	Ön test	10.79±0.93 ^a	11.02±1.77	t=-0.509, d=0.157	p=0.614,
	Son test	13.43±1.75 ^b	11.75±1.27	t=3.556, d=1.098	p<0.001,
	İzlem testi	14.32±1.88 ^c	11.33±1.17	t=6.167, d=1.903	p<0.001,
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=23.628, p<0.001 η ² =0.542 a-b, a-c	F=1.654, p=0.212 η ² =0.076		
Sosyal İlişkiler	Ön test	11.49±1.49 ^a	12.57±2.40	t=-1.748, d=0.539	p=0.088,
	Son test	12.63±1.50 ^b	13.65±2.46	t=-1.619, d=0.500	p=0.115,
	İzlem testi	13.84±1.55 ^c	13.46±2.53	t=0.589, p=0.559, d=0.182	
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=15.752, p<0.001 η ² =0.441 a-b, a-c	F=1.073, p=0.352 η ² =0.051		
Çevre	Ön test	12.81±2.06 ^a	13.28±2.32	t=-0.702, d=0.217	p=0.486,
	Son test	14.76±1.31 ^b	14.29±1.26	t=1.200, p=0.237, d=0.370	
	İzlem testi	15.02±0.78 ^c	13.88±1.19	t=3.672, d=1.133	p<0.001,
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=13.635, p<0.001 η ² =0.405 a-b, a-c	F=2.135, p=0.151 η ² =0.096		

t=Bağımsız Gruplarda t Testi, F=Tekrarlı Ölçümlerde Anova, d=Cohen's d değeri, η²=Partial Eta Kare değeri,

Tablo 4.4'te grupların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre, müdahale grubunun yaşam kalitesinin tüm alt boyut puanlarının son test ve izlem ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Müdahale grubunun “Genel Sağlık Durumu” alt boyutu puan ortalaması ön testte 9.71 ± 1.15 iken, son testte 13.43 ± 2.01 ve izlem testinde 14.67 ± 2.13 'e yükselmiş; “Fiziksel Sağlık” alt boyutunda 9.12 ± 1.16 'dan 11.24 ± 0.96 'ya ve 11.92 ± 1.16 'ya; “Psikoloji” alt boyutunda 10.79 ± 0.93 'ten 13.43 ± 1.75 'e ve 14.32 ± 1.88 'e; “Sosyal İlişkiler” alt boyutunda 11.49 ± 1.49 'dan 12.63 ± 1.50 'ye ve 13.84 ± 1.55 'e; “Çevre” alt boyutunda ise 12.81 ± 2.06 'dan 14.76 ± 1.31 'e ve 15.02 ± 0.78 'e yükselmiş, bu artışların tamamı anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Buna karşılık kontrol grubunda yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir alt boyutu ön test- son test- izlem ölçümleri puan ortalamalarında fark bulunmamıştır.

Ayrıca, müdahale ve kontrol gruplarının müdahale öncesi (ön test) tüm alt boyutlara ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüş, bu da grupların başlangıç düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Ancak son test ve izlem testlerinde bazı alt boyutlarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. “Genel Sağlık Durumu” son test puanı müdahale grubunda 13.43 ± 2.01 , kontrol grubunda 11.24 ± 2.05 ($p < 0.001$); izlem testi puanları ise sırasıyla 14.67 ± 2.13 ve 10.48 ± 1.89 ($p < 0.001$) olarak belirlenmiştir. “Fiziksel Sağlık” izlem testinde müdahale grubunun puanı 11.92 ± 1.16 , kontrol grubunun puanı ise 10.50 ± 0.96 olup fark anlamlıdır ($p < 0.001$). “Psikoloji” alt boyutunda müdahale grubu son testte 13.43 ± 1.75 , kontrol grubunun 11.75 ± 1.27 ($p < 0.001$) puan aldığı; izlemde ise puanların sırasıyla 14.32 ± 1.88 ve 11.33 ± 1.17 ($p < 0.001$) olduğu görülmektedir. “Çevre” izlem testinde de müdahale grubunun puan ortalamasının (15.02 ± 0.78) kontrol grubundan (13.88 ± 1.19) yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Buna karşın, “Sosyal İlişkiler” alt boyutunda tüm ölçümlerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Bilinçli Farkındalık Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Grup içi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Değişkenler Ölçümler		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik
		Müdahale (n=21)	Kontrol (n=21)	
		X±SD	X±SD	
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Ön test	48.33±5.69 ^a	45.19±7.82	t=1.489, p=0.144, d=0.459
	Son test	72.52±4.83 ^b	40.71±6.03	t=18.854, p<0.001, d=5.818
	İzlem testi	71.19±7.30 ^c	40.00±4.91	t=16.240, p<0.001, d=5.012
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik		F=118.729, p<0.001 η ² =0.856 a-b, a-c	F=4.139, p=0.034 η ² =0.71 a-c	

t=Bağımsız Gruplarda t Testi, F=Tekrarlı Ölçümlerde Anova, d=Cohen's d değeri, η²=Partial Eta Kare değeri

Tablo 4.5'e göre, müdahale grubuna uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın bilinçli farkındalık düzeyini anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Müdahale grubunun ön testteki bilinçli farkındalık puanı 48.33±5.69 iken, bu puan son testte 72.52±4.83'e, izlem testinde ise 71.19±7.30'a yükselmiştir. Yapılan grup içi analizlerde bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve programın etkisinin sürdüğü tespit edilmiştir (p<0.001). Buna karşılık, kontrol grubunun bilinçli farkındalık düzeyinde zamanla anlamlı bir düşüş yaşandığı görülmüştür; ön test puanı 45.19±7.82 olan kontrol grubunun son test puanı 40.71±6.03'e, izlem testi puanı ise 40.00±4.91'e gerilemiştir (p=0.034). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise başlangıçta gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamışken (p=0.144), son test ve izlem testlerinde müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir (son test: p<0.001; izlem testi: p<0.001) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Polisomnografi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Değişkenler Ölçümler		Gruplar		Gruplar arası Test değeri ve Önemlilik ^y
		Müdahale (n=21)	Kontrol (n=21)	
		X±SD	X±SD	
Uyku	Ön test	344.40±57.81	383.94±74.44	t=-1.922, p=0.062, d=0.593
	Son test	406.70±51.72	350.99±76.99	t=2.753, p=0.009, d=0.850
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^x		t=-5.224, p<0.001 d=1.140	t=2.092, p=0.049 d=0.457	
Uyku Etkinliği	Ön test	70.88±7.01	76.13±10.77	t=-1.876, p=0.068, d=0.579
	Son test	82.11±7.46	70.60±11.24	t=3.906, p<0.001, d=1.206
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^x		t=-7.438, p<0.001 d=-1.623	t=3.402, p=0.003 d=0.742	
Uyanıklık Süresi	Ön test	147.35±51.35	115.54±54.09	t=-1.836, p=0.074, d=0.603
	Son test	86.94±42.85	113.96±52.06	t=-1.836, p=0.074, d=0.567
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^x		t=7.115, p<0.001 d=1.553	t=0.195, p=0.848 d=0.042	
Uykuya Dalma Süresi	Ön test	58.12±32.75	43.76±32.63	t=1.424, p=0.162, p=0.439
	Son test	26.36±13.77	33.91±19.16	t=-1.467, p=0.150, d=0.453
Grup içi Test Değeri ve Önemlilik ^x		t=4.639, p<0.001 d=1.012	t=1.325, p=0.200 d=0.289	

y=Bağımsız Gruplarda t Testi, x=Bağımlı Gruplarda t testi, d=Cohen's d değeri,

Tablo 6'ya göre, müdahale grubuna uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın, polisomnografi raporunda incelenen tüm boyutlarda anlamlı düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunun uyku süresi, ön testte 344.40 ± 57.81 dakika iken, son testte anlamlı biçimde artarak 406.70 ± 51.72 dakikaya ulaşmıştır. Uyku süresi yüzdesi de %70.88'den %82.11'e yükselmiş; uyanıklık süresi 147.35 dakikadan 86.94 dakikaya, uykuya dalma süresi ise 58.12 dakikadan 26.36 dakikaya düşmüştür. Tüm bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve müdahale programının uyku kalitesine olumlu katkılar sunduğu sonucunu desteklemiştir. Buna karşılık, kontrol grubunda uyku süresi ve uyku etkinliği yüzdesinde anlamlı düzeyde düşüşler gözlemlenmiştir. Diğer parametrelerde anlamlı bir değişiklik yaşanmamıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç düzeyleri birbirine yakınken, son test sonuçlarında müdahale grubunun uyku ve uyku yetkinliği göstergelerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha iyi sonuçlar elde ettiği saptanmıştır (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, BFSAP'nın uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde uyku kalitesi, algılanan stres düzeyi, yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık düzeyleri üzerindeki etkileri çok boyutlu olarak incelenmiştir. Randomize kontrollü deneysel desenle yürütülen çalışmada, elde edilen bulgular PSG verileriyle desteklenmiştir. Elde edilen sonuçlar, BFSAP müdahalesinin uyku kalitesini artırdığını, stres düzeyini azalttığını, yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve bilinçli farkındalık düzeylerini anlamlı biçimde yükselttiğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda araştırma hipotezlerinin sonuçları Tablo 5.1'de sunulmuştur.

Tablo 5.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'na (BFSAP) Yönelik Araştırma Hipotezleri ve Sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
H _{1.1} . BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların uyku durumunu etkiler.	KABUL
H _{1.2} . BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların algılanan stres düzeyini etkiler.	KABUL
H _{1.3} . BFSAP, uyku bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.	KABUL
H _{1.4} . BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların bilinçli farkındalık düzeylerini artırmayı etkiler.	KABUL
H _{1.5} . BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların polisomnografi sonuçlarını etkiler.	KABUL

Araştırmada ilk olarak **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların uyku durumunu etkiler.”** hipotezi test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, müdahale grubundaki bireylerde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puanı ile bazı alt boyutlarda anlamlı düzeyde iyileşmeler olduğu görülmüştür. Özellikle öznel uyku kalitesi (B1), uyku latansı (B2), uyku bozukluğu (B5) ve uyku ilacı kullanımı (B6)

gibi alanlarda dikkat çekici azalmalar gözlenmiştir. Bununla birlikte uyku süresi (B3) ve uyku etkinliği (B4) alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik görülmemiş, gündüz işlev bozukluğu (B7) ise beklenmedik şekilde artış göstermiştir. Çalışmada bireylerin, uyku kalitelerinde anlamlı bir artış yaşadıklarını ifade etmeleri, bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin katılımcıların uykuya yönelik algısını olumlu biçimde yeniden yapılandığı ve uykuya dair kaygıyı azalttığı yönündeki bulguları desteklemektedir (Chen ve ark., 2020; Kang ve ark., 2023; Suh ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2025). BFSAP müdahalesinin, bireylerin genel uyku deneyimini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Alan yazında bilinçli farkındalık programlarının kişilerin daha kısa sürede uykuya geçmelerine katkı sunduğu bildirilmektedir (Black ve ark., 2015; Gong ve ark., 2016; Gross ve ark., 2011; Zhang ve ark., 2025). Bu çalışmada katılımcıların uykuya geçiş sürelerinde gözlenen azalma, BFSAP müdahalesinin uyku öncesi zihinsel gerginliği azalttığı ve gevşeme tepkisini desteklediği yönünde yorumlanmaktadır.

Araştırmada uyku süresi açısından anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Ancak bu bulgu, farkındalık temelli müdahalelerin bu boyutta hemen etkili olmayabileceğini ve daha uzun süreli uygulamaların gerekebileceğini düşündürmektedir. Nitekim literatürde uzun vadeli uygulamaların uyku süresinde iyileşmeye yol açabileceği bildirilmektedir (Javadzade ve ark., 2024; Liu ve ark., 2022; Zargar ve ark., 2024).

Uyku etkinliği alt boyutunda da müdahale sonrasında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Uyku etkinliği, bireyin yatakta geçirdiği sürenin uykuya dönüşüm oranına odaklandığından, yalnızca bilişsel değil aynı zamanda davranışsal düzeyde değişim gerektirmektedir. Bu nedenle, farkındalık uygulamalarının bu boyutta kısa vadede etkili olmasının sınırlı olduğu düşünülmektedir. Buna karşın davranışsal stratejilerle desteklenen uzun süreli programların bu boyutta daha etkili olabileceği öne sürülmektedir (Chen ve ark., 2020; Gong ve ark., 2016).

Çalışmada müdahale sonrasında uyku bozukluğu ve uyku ilacı kullanımının azaldığı belirlenmiştir. Uyku sırasında huzursuzluk, sık uyanma gibi şikâyetlerde azalma olması, BFSAP müdahalesinin gevşeme tepkisini devreye soktuğu ve stres tepkisini azalttığı yönündeki görüşleri desteklemektedir (Chen ve ark., 2020; Gross ve ark., 2011; Suh ve ark., 2021). Ayrıca müdahale sonrasında ilaç kullanımında gözlenen

azalma, bireylerin uyku sürecini yönetme konusundaki öz-yeterlik algılarında artış yaşandığını ve içsel gevşeme becerilerinin geliştiğini düşündürmektedir (Gross ve ark., 2011; Liu ve ark., 2022). Bu durum farkındalık temelli yaklaşımların uzun vadede ilaçsız sürdürülebilir çözümler sunabileceğinin ön görücüsü olabilir.

Araştırmada gündüz işlev bozukluğu boyutunda beklenmeyen bir artış saptanmıştır. Ancak bu artışın, bireylerin farkındalık düzeylerindeki yükselmeye birlikte gündüz yorgunluğunu ya da dikkat dağınıklığını daha fazla fark etmeleriyle açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, söz konusu artış olumsuz değil, farkındalığın yükselmesiyle gelen içgörü artışı olarak da yorumlanabilir (Ong ve Moore, 2020; Winbush ve ark., 2007).

Sonuç olarak, elde edilen bulgular **“BFSAP uygulaması uyku bozukluğu olan bireylerin uyku durumunu olumlu yönde etkiler”** şeklindeki $H_{1.1}$ hipotezini desteklemektedir. Buna göre programın özellikle bireylerin uykuya yönelik algılarını düzenleme, zihinsel gevşemeyi sağlama ve farmakolojik destek ihtiyacını azaltma konularında etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmada ikinci olarak **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların algılanan stres düzeyini etkiler”** hipotezi test edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, müdahale grubundaki bireylerde hem “Stres/Rahatsızlık Algısı” hem de “Yetersiz Özyeterlik Algısı” alt boyutlarında ve “Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanında son test ve izlem testinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmalar meydana gelmiştir. Kontrol grubunda ise benzer bir değişim izlenmemiştir. Bu sonuçlar, uygulanan BFSAP’ın bireylerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiğini, stresli uyaranlara karşı daha farkında ve kabul odaklı bir tutum geliştirmelerine olanak tanıdığını ve böylece algılanan stres düzeylerinde belirgin bir azalma sağladığını göstermektedir. Bu bulgu, özellikle Bilişsel kuram çerçevesinde açıklanabilir. Bu kurama göre, bireyin yaşadığı stres düzeyini belirleyen temel unsur, olayın kendisinden çok olaya yüklenen anlam ve buna bağlı olarak ortaya çıkan otomatik düşüncelerdir. Bu bağlamda; bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, bireyin bu otomatik düşüncelerinin farkına varmasını, onları yargılamadan gözlemlemesini ve yeniden değerlendirmesini sağlamaktadır (Segal ve ark., 2012). Bu süreç, bilişsel yeniden yapılandırma olarak tanımlanmakta ve stresle ilişkili düşünce kalıplarının

daha işlevsel biçimde ele alınmasına imkân vermektedir. Ayrıca, dikkat kontrolü ve duygusal farkındalığın artması sayesinde birey, stresli uyaranlara karşı daha dengeli, kontrollü ve bilinçli tepkiler verebilmektedir (Hölzel ve ark., 2011; Kabat-Zinn, 1990). Bu mekanizmalar, stres algısının azalmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla, çalışmada gözlemlenen stres düzeylerindeki anlamlı düşüş, BFSAP' ın bireylerin düşünce-duygu-davranış döngüsünü fark etmelerini sağlayarak hem içsel farkındalıklarını artırdığı hem de bilişsel esneklik geliştirmelerine katkı sunduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Literatürde farkındalık programlarının stres yönetiminde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu konuda de Vibe ve arkadaşlarının (2017) yürüttüğü sistematik derleme çalışması, farkındalık programlarının bireylerin stres düzeyini azaltmada ve psikolojik iyilik halini artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (de Vibe ve ark., 2017). Benzer şekilde, Simpson ve arkadaşlarının (2017) multipl skleroz hastalarıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada da farkındalık müdahalesinin stres düzeyini anlamlı biçimde düşürdüğü ve bu etkinin izlem döneminde de sürdüğü bildirilmiştir (Simpson ve ark., 2017). Ayrıca, Black ve arkadaşlarının (2015) yaşlı yetişkinlerle yürüttüğü çalışmada da BFSAP müdahalesinin yalnızca uyku kalitesini değil aynı zamanda gündüz yaşanan stres düzeyini de anlamlı şekilde azalttığı ortaya konmuştur (Black ve ark., 2015). Liu ve arkadaşlarının (2025) meta-analiz bulguları da farkındalık müdahalelerin özellikle uyku bozukluğu olan bireylerde stres düzeyini düşürerek dolaylı olarak uyku kalitesini artırdığını göstermektedir (Liu ve ark., 2025). Bu bağlamda, araştırmada gözlemlenen stres düzeylerindeki anlamlı düşüş, BFSAP'ın temel bileşenlerinden olan dikkatin “şimdi ve burada”ya yönlendirilmesi, yargılamadan kabul ve içsel farkındalık mekanizmalarıyla açıklanabilmektedir. Ayrıca, Guo ve arkadaşlarının (2024) hemşirelerle yürüttüğü internet tabanlı BFSAP de stres düzeyinde belirgin azalmalar ve uyku kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlamıştır (Guo ve ark., 2024). Bu bulgular, farkındalık temelli müdahalelerin dijital platformlarda da etkili biçimde uygulanabildiğini ve özellikle yoğun iş yükü altındaki gruplarda erişilebilirliği artırdığını göstermektedir. Benzer şekilde, bu araştırmada da çevrim içi bireysel görüşmeler yoluyla yürütülen müdahalenin katılımcıların sürece aktif katılımını desteklediği, müdahalenin bireyselleştirilmesine ve sürdürülebilirliğine katkı

sağladığı düşünülmektedir. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, **“BFSAP müdahalesinin uyku bozukluğu olan bireylerin algılanan stres düzeyini etkiler”** şeklindeki $H_{1,2}$ hipotezi desteklenmektedir.

Araştırmada üçüncü olarak **“BFSAP müdahalesi uyku bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler”** hipotezi test edilmiştir. Buna göre, müdahale grubunda, yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında (Genel Sağlık Durumu, Fiziksel Sağlık, Psikoloji, Sosyal İlişkiler ve Çevre) ön testten son teste ve izlem testine doğru anlamlı ve düzenli artışlar gözlemlenmiştir ($p < 0.001$). Buna karşın, kontrol grubunda böyle anlamlı bir değişim izlenmemiştir. Ayrıca, grupların başlangıç düzeylerinin birbirine yakın olması, elde edilen farklılıkların doğrudan uygulanan programdan kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu bağlamda, BFSAP’nin yalnızca kısa süreli bir rahatlama değil, aynı zamanda uzun vadede sürdürülebilir bir iyileşme sağladığı söylenebilir.

Bu bulgular, farkındalık temelli yaklaşımların yaşam kalitesini çok boyutlu biçimde iyileştirdiğini ileri süren alan yazınla büyük ölçüde uyumludur. Örneğin de Vibe ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği kapsamlı sistematik derlemede, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı’nın (BFSAP) özellikle yetişkin bireylerde genel sağlık algısı, psikolojik iyilik hali ve sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı etkiler sağladığı vurgulanmıştır. (de Vibe ve ark., 2017). Bu etkiler, bu araştırmada “Genel Sağlık Durumu” ve “Psikoloji” alt boyutlarında gözlemlenen olumlu değişimlerle örtüşmektedir.

Benzer şekilde, Javadzade ve arkadaşları (2024) depresif belirtiler gösteren yaşlı bireylerde uyguladıkları BFSAP müdahalesinin duygusal iyilik halini artırdığını ve yaşam kalitesini anlamlı düzeyde yükselttiğini bildirmiştir (Javadzade ve ark., 2024). Bu bulgular, özellikle “Psikoloji” ve “Fiziksel Sağlık” alt boyutlarında elde edilen artışlarla paralellik göstermektedir. Ayrıca, Black ve arkadaşlarının (2015) yaşlı bireylerle yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada, farkındalık meditasyonunun hem uyku kalitesini hem de gündüz yaşantılarındaki işlevselliği artırdığı bildirilmiştir (Black ve ark., 2015). Bu durum, araştırmada elde edilen “Fiziksel Sağlık” ve “Çevre” alt boyutlarındaki iyileşmelerle uyumludur; çünkü bu boyutlar bireyin enerji düzeyi, günlük aktivitelere katılımı ve çevresel stres faktörleriyle baş etme

becerileriyle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, Chan ve arkadaşları (2025) yaygın zihinsel bozukluklara sahip bireylerde farkındalık temelli müdahalelerin yaşam kalitesi ve uyku gibi işlevsel alanlar üzerindeki etkilerini inceledikleri meta-analiz çalışmasında, özellikle “Psikoloji” alt boyutunda anlamlı gelişmeler tespit etmişlerdir (Chan ve ark., 2025). Bu bulgular, mevcut araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Ancak dikkat çeken bir diğer sonuç, “Sosyal İlişkiler” alt boyutunda müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın gözlemlenmemesidir. Bu durum, sosyal işlevsellik üzerindeki değişimlerin daha uzun vadeli müdahaleler ya da daha yoğun sosyal içerikli programlarla desteklenmesi gerektiğini düşündürülebilir. Nitekim Wang ve arkadaşları (2016), meditatif hareketlerin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki olumlu etkilerinin güçlü olduğunu belirtirken, sosyal ilişkiler ve sosyal bağlılık gibi sosyal işlevsellik alanlarındaki etkilerin daha sınırlı ve tutarsız olduğunu vurgulamıştır (Wang ve ark., 2016). Bu durum, bireysel ve hareket odaklı farkındalık uygulamalarının doğrudan sosyal ilişkileri geliştirmede güçlü bir etkisinin olmadığını; sosyal bağlılık ve ilişkisel doyum gibi alanlarda sınırlı fayda sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla, büyük ölçüde bireysel içe dönük müdahaleleri içeren programın, sosyal ilişkiler boyutundaki değişimlere etkilerinin sınırlı kalabileceği ve bu alanın, sosyal etkileşimi teşvik eden grup temelli yaklaşımlarla desteklenmesi gerektiği söylenebilir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular **“BFSAP müdahalesinin uyku bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler”** şeklindeki $H_{1.3}$ hipotezini desteklemektedir. Program, bireylerin fiziksel, psikolojik ve çevresel işlevselliğini güçlendirerek, kronik uyku bozukluklarının yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmakta ve uzun vadede sürdürülebilir iyilik haline katkı sunmaktadır.

Araştırmada test edilen dördüncü hipotez **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların bilinçli farkındalık düzeylerini artırmayı etkiler.”** hipotezidir. Bu doğrultuda, müdahale grubuna yedi hafta boyunca uygulanan bireysel BFSAP sonrasında, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerinde anlamlı artışlar gözlemlenmiştir. Önemli bir sonuç olarak bu artışın yalnızca kısa vadede değil, bir ay sonraki izlem testinde de sürdüğü görülmüştür. Bu bulgu, bilinçli farkındalık temelli programların bireylerin farkındalık becerilerini artırmakla kalmayıp, bu

kazanımları uzun vadede sürdürebildiğine işaret etmektedir. Literatürde bu durumu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin De Vibe ve arkadaşları (2013), tıp ve psikoloji öğrencilerine uyguladıkları yedi haftalık Bilinçli Farkındalık Stres Azatma programı sonucunda farkındalık düzeylerinde anlamlı bir artış saptamış, bu artışın iki ila dört yıllık takiplerde de korunduğunu bildirmiştir (De Vibe ve ark., 2013). Benzer şekilde Liu ve arkadaşlarının (2025) inme geçirmiş bireylerle yürüttükleri meta-analiz çalışmasında, 8 ila 12 haftalık farkındalık müdahalelerinin farkındalık düzeylerini anlamlı ölçüde artırdığı, özellikle 12 haftalık uygulamaların daha güçlü etkiler yarattığı belirtilmiştir (Liu ve ark., 2025). Yavuz Serçekman'ın (2024) gerçekleştirdiği niteliksel araştırmada da BFSAP sonrasında stres düzeylerinin azaldığı, farkındalık düzeylerinin ise üç ay, bir yıl ve hatta üç yıl boyunca korunduğu vurgulanmıştır (Yavuz Sercekman, 2024). Bu araştırmada da benzer şekilde, müdahale grubundaki bireylerin içsel farkındalıklarında dikkat çekici bir artış yaşandığı, bu kazanımın yalnızca geçici bir iyilik haliyle sınırlı kalmayıp, bireyin yaşamına uzun vadeli bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bu da programın, bireylerin "anda kalabilme", "duygularını ve düşüncelerini fark edebilme" gibi temel farkındalık becerilerini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla elde edilen bu sonuçlar, **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların bilinçli farkındalık düzeylerini artırır”** şeklindeki $H_{1.4}$ hipotezini desteklemektedir.

Araştırmada son olarak **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların polisomnografi sonuçlarını etkiler.”** hipotezi test edilmiştir. Buna göre, müdahale grubuna uygulanan yedi haftalık bireysel BFSAP sonrasında katılımcıların objektif uyku ölçümlerinde anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. PSG; uyku süresi, uykuya dalma süresi, toplam uyanıklık süresi ve uyku süresi yüzdesi gibi parametreleri nörofizyolojik düzeyde ölçen, oldukça güçlü bir değerlendirme aracıdır (Kapur ve ark., 2017). Literatürde, farkındalık temelli programların uyku kalitesine olumlu etkileri çoğunlukla katılımcıların öznel değerlendirmelerine dayalı olarak raporlanmaktadır. PSG gibi objektif yöntemlerle desteklenen çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Bu alandaki çalışmalardan biri, Ong ve arkadaşlarına (2014) aittir. Bu çalışmada, insomnia hastalarında BFSAP ve bilişsel davranışçı terapinin kombinasyonunun, PSG ile ölçülen uyku etkinliği ve toplam uyku süresi üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı bildirilmiştir (Ong ve ark., 2014). Bu araştırmada da

benzer şekilde, BFSAP sonrasında uyku süresinin 344.40 dakikadan 406.70 dakikaya yükselmesi, uykuya dalma süresinin 58.12 dakikadan 26.36 dakikaya düşmesi ve uyanıklık süresinin 147.35 dakikadan 86.94 dakikaya azalması, uykunun başlangıcının kolaylaştığını ve daha kesintisiz hale geldiğini açıkça göstermektedir. Bu bulgular, bireylerin zihinsel meşguliyetlerinin ve fizyolojik uyarılma düzeylerinin azaldığını, dolayısıyla farkındalık temelli müdahalenin uykuya geçişi kolaylaştırdığını ve uykunun sürdürülebilirliğini artırdığını göstermektedir. Dolayısıyla, elde edilen bu bulgular, **“BFSAP, uyku bozukluğu olan hastaların polisomnografi sonuçlarını etkiler”** şeklindeki $H_{1.5}$ hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir.

PSG sonuçlarına ek olarak, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) skorlarında da anlamlı düşüşlerin saptanmış olması, programın hem öznel hem de objektif düzeyde uyku kalitesini artırdığını ortaya koymaktadır. Bu göre araştırma, yalnızca öznel değerlendirmelerle kalmamış; aynı zamanda uyku fizyolojisinin altın standart yöntemi olan PSG ile desteklenen özgün bulgular ortaya koymuştur. Bu bulgular, farkındalık temelli yaklaşımların uyku bozuklukları üzerine yalnızca bilişsel ve duygusal düzeylerde değil; aynı zamanda fizyolojik olarak da katkılar sağlayabileceği yönünde bir bakış açısı sunmaktadır. Literatürde bu düzeyde güçlü ve çok yönlü ölçümlerin birlikte kullanıldığı çalışmaların azlığı göz önüne alındığında, bu araştırma farkındalık temelli yaklaşımların bilimsel ve klinik geçerliliğine önemli katkı sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, BFSAP, uyku bozukluğu tanısı almış bireylerin uyku durumu, stres düzeyi, yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık düzeyine olan etkisi çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Randomize kontrollü tasarımın benimsenmiş olması ve PSG gibi nörofizyolojik ölçümlerin kullanılması, çalışmanın bilimsel güvenilirliğini ve geçerliliğini önemli ölçüde artırmıştır. Böylelikle, elde edilen bulgular, programın hem öznel hem de objektif ölçüm araçlarıyla anlamlı ve olumlu sonuçlar verdiğini açık biçimde ortaya koymuştur.

Uyku değişkenleri incelendiğinde, BFSAP'ın bireyin uykuya geçiş sürecini iyileştirdiğini, toplam uyku süresini artırdığını ve uyku kalitesini anlamlı düzeyde geliştirdiğini göstermektedir. Bu etkiler yalnızca katılımcı beyanlarına dayanmamakta, aynı zamanda nörofizyolojik göstergelerle objektif biçimde desteklenmektedir. Ayrıca müdahale grubunda uyku ilacı kullanımının azalması, bilinçli farkındalık eğitiminin ilaçsız tedaviye etkili bir katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Stres düzeyine ilişkin sonuçlar da programın çok boyutlu yararlarına işaret etmektedir. Katılımcıların hem stres algısında hem de özyeterlik düzeylerinde anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir. Bu durum, bireylerin dışsal stres faktörlerine karşı daha dayanıklı hâle geldiklerini, zihinsel esnekliklerini artırdıklarını ve içsel kaynaklarını daha etkili kullanabildiklerini göstermektedir.

Yaşam kalitesi bulguları, BFSAP'ın iyilik hâlini yalnızca semptom seviyesinde değil, aynı zamanda bütüncül sağlık parametrelerinde de artırdığını ortaya koymaktadır. Psikolojik sağlık, çevresel doyum ve genel sağlık algısındaki yükselişler, programın katılımcıların günlük yaşantısına somut ve sürdürülebilir katkılar sağladığını göstermektedir. Böylece, bu çalışmanın uyku ve stres parametrelerini iyileştirmenin

ötesine geçerek bireyin psikolojik ve çevresel bağlamdaki doyumunu da pekiştirdiği anlaşılmaktadır.

Son olarak, bilinçli farkındalık düzeyinde gözlemlenen artış, bu programın en belirgin çıktılarından biri olarak değerlendirilebilir. Bu farkındalık hali, yalnızca uykuya dair işlevleri değil, aynı zamanda stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve öz-şefkat gibi geniş bir yelpazedeki yaşam alanlarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, BFSAP'ın uyku bozukluğu olan bireylerde uyku düzeninden stres yönetimine, yaşam kalitesinden bilinçli farkındalık kapasitesine kadar geniş bir yelpazede anlamlı iyileşmeler sağladığı görülmektedir. Bu sonuçlar ışığında:

- Randomize kontrollü metodoloji ve nörofizyolojik doğrulamalar ışığında, programın klinik alanda bütüncül ve kanıta dayalı bir müdahale seçeneği olarak değerlendirilmesi, uyku bozukluğu tedavisinde klinik protokollere entegre edilmesi,
- Kronik uyku bozukluklarında tamamlayıcı tedavi olarak değerlendirilmesi,
- Klinik personelin, özellikle hemşirelerin ve psikiyatri danışmanlarının bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar konusunda farkındalıklarının artırılması,
- Farklı yaş grupları ve kronik hastalık tanısı olan bireylerle programın etkisini test eden çok merkezli çalışmalar yapılması,
- Grup temelli uygulamalar ile bireysel uygulamaların karşılaştırılması, grup dinamiklerinin program etkinliğine olan katkısının araştırılması,
- Uzun vadeli izlem çalışmaları, gerekirse nüksü önleyici takip oturumlarının planlanması,
- Program dijitalleştirilerek daha geniş kitlelere ücretsiz erişimin sağlanması, mobil uygulamalar veya web tabanlı modüllerle uzaktan erişim imkanı geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Acquavella J, Mehra R, Bron M, Suomi JMH, Hess GP. Prevalence of narcolepsy and other sleep disorders and frequency of diagnostic tests from 2013-2016 in insured patients actively seeking care. *J Clin Sleep Med*, 2020; 16(8); 1255-1263.
- Agargun M, Kara H, Anlar O. Validity and reliability of the Pittsburgh sleep quality index. *Turk J Psychiatry*, 1996; 7; 107-115.
- Åkerstedt T. Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health*, 2006; (suppl); 493-501.
- Akkaoui MA, Palagini L, Geoffroy PA. Sleep immune cross talk and insomnia. *Neuroinflammation Gut Brain Axis Immunity Neuropsychiatr Disord*, 2023; (chap); 263-273.
- Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 2020; 12(4); 534-561.
- Akturan S. Rol modellere ilişkin çoklu anlatılar ve klinik dönem tıp öğrencilerinin profesyonel kimlik oluşum süreçleri: Anlatı desenli çalışma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Univ; 2024.
- Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, FeriniStrambi L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med*, 2005; 165(11); 1286-1292.
- American Nurses Association, American Holistic Nurses Association. *Holistic nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring (MD): American Nurses Association; 2019.
- AncoliIsrael S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, Pollak CP. The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep*, 2003; 26(3); 342-392.
- Arand D, Bonnet M, Hurwitz T, Mitler M, Rosa R, Sangal RB. The clinical use of the MSLT and MWT. *Sleep*, 2005; 28(1); 123-144.

- Aslan Ş. Duygusal zeka, problem odaklı stresle başa çıkma, iyileşme ve duygusal tükenme ilişkileri. *Yon Bilim Derg*, 2018; 16(31); 59-82.
- Atalay Z. Mindfulness Bilinçli farkındalık: Farkındalıkla anda kalabilme sanatı. İstanbul: İnkılap Yayınevi; 2019.
- Aydın F. Üniversite öğrencilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve akademik öz yeterlikleri arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract*, 2003; 10(2); 125.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: a metaanalytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 2011; 135(1-3); 10-19.
- Baltaş ABZ. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitap Evi; 2021.
- Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC, Blais FC, Bouchard S. Cognitivebehavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol*, 2004; 72(4); 653.
- Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Publications; 2020.
- Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MS, Morrell MJ, Nunez CM, Patel SR, Penzel T, Pépin JL. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literaturebased analysis. *Lancet Respir Med*, 2019; 7(8); 687-698.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Specia M, Velting D. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*, 2004; 11(3); 230.
- Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 2015; 175(4); 494-501.
- Blumberg MS, Lesku JA, Libourel PA, Schmidt MH, Rattenborg NC. What is REM sleep? *Curr Biol*, 2020; 30(1); R38-R49.
- Bos SC, Macedo AF. Literature review on insomnia (2010-2016). *Biol Rhythm Res*, 2019; 50(1); 94-163.

- Bottenheft C, Hogenelst K, Stuldreher I, Kleemann R, Groen E, van Erp J, Brouwer AM. Understanding the combined effects of sleep deprivation and acute social stress on cognitive performance using a comprehensive approach. *Brain Behav Immun Health*, 2023; 34; 100706.
- Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Mindfulnessbased cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints. *Psychother Psychosom*, 2012; 81(5); 296-304.
- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol*, 2003; 84(4); 822.
- Buyse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 1989; 28(2); 193-213.
- Cao HJ, Yu ML, Wang LQ, Fei YT, Xu H, Liu JP. Acupuncture for primary insomnia: an updated systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*, 2019; 25(5); 451-474.
- Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and allcause mortality: a systematic review and metaanalysis of prospective studies. *Sleep*, 2010; 33(5); 585-592.
- Carney CE, Buysse DJ, AncoliIsrael S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, Morin CM. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep selfmonitoring. *Sleep*, 2012; 35(2); 287-302.
- Carpi M, Cianfarani C, Vestri A. Sleep quality and its associations with physical and mental healthrelated quality of life among university students: A crosssectional study. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(5); 2874.
- Chan SH, Cheston R, StewardAnderson C, Yu CH, Dodd E, Coulthard E. Mindfulness meditation for sleep disturbances among individuals with cognitive impairment: A scoping review. *Healthcare*, 2025; (early view); (yer bilgisi yok).
- Chaput JP, Dutil C, Featherstone R, Ross R, Giangregorio L, Saunders TJ, Janssen I, Poitras VJ, Kho ME, RossWhite A. Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab*, 2020; 45(10); S218-S231.
- Chaput JP, Dutil C, SampasaKanyinga H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? *Nat Sci Sleep*, 2018; (suppl); 421-430.

- Chen TL, Chang SC, Hsieh HF, Huang CY, Chuang JH, Wang HH. Effects of mindfulnessbased stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: a metaanalysis. *J Psychosom Res*, 2020: 135; 110144.
- Chokroverty S. Overview of sleep & sleep disorders. *Indian J Med Res*, 2010: 131(2); 126-140.
- Chopra S, Rathore A, Younas H, Pham LV, Gu C, Beselman A, Kim IY, Wolfe RR, Perin J, Polotsky VY. Obstructive sleep apnea dynamically increases nocturnal plasma free fatty acids, glucose, and cortisol during sleep. *J Clin Endocrinol Metab*, 2017: 102(9); 3172-3181.
- Chovatiya R, Medzhitov R. Stress, inflammation, and defense of homeostasis. *Mol Cell*, 2014: 54(2); 281-288.
- Cohen S, JanickiDeverts D, Doyle WJ, Miller GE, Frank E, Rabin BS, Turner RB. Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2012: 109(16); 5995-5999.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 1983: 24(4); 385-396.
- Consensus Conference Panel, Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, Dinges DF, Gangwisch J, Grandner MA. Recommended amount of sleep for a healthy adult: A joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med*, 2015: 11(6); 591-592.
- Creswell JD. Mindfulness interventions. *Annu Rev Psychol*, 2017: 68(1); 491-516.
- Çetin F, Gündoğan YC. Classification of sleep disorders. *Mod Med Health Sci*, 2023: (volume); 57.
- Dalrymple KL, Fiorentino L, Politi MC, Posner D. Incorporating principles from acceptance and commitment therapy into cognitivebehavioral therapy for insomnia: A case example. *J Contemp Psychother*, 2010: 40; 209-217.
- Dauvilliers Y, Schenck CH, Postuma RB, Iranzo A, Luppi PH, Plazzi G, Montplaisir J, Boeve B. REM sleep behaviour disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2018: 4(1); 19.
- de Vibe M, Bjørndal A, Fattah S, Dyrdal GM, Halland E, Tanner-Smith EE. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*, 2017: 13(1); 1-264.

- De Vibe M, Solhaug I, Tyssen R, Friberg O, Rosenvinge JH, Sørli T, Bjørndal A. Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Med Educ*, 2013; 13; 1-11.
- Demir V. Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
- Demirtaş H, Dolu İ. The prevalence of poor sleep quality and its association with the risk of obstructive sleep apnea and restless legs syndrome in diabetic patients treated with cyanoacrylate glue for varicose veins. *Sleep Breath*, 2023; 27(2); 745-755.
- Demirtaş M. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı'nın okul öncesi öğretmenlerinin bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerilerine olan etkileri (Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2021.
- dos Reis Lucena L, dos Santos-Junior JG, Tufik S, Hachul H. Lavender essential oil on postmenopausal women with insomnia: double-blind randomized trial. *Complement Ther Med*, 2021; 59; 102726.
- Dritsas E, Trigka M. Utilizing multi-class classification methods for automated sleep disorder prediction. *Information*, 2024; 15(8); 426.
- Edinger JD, Carney CE. Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach, therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Elagöz FÖ, Çenesiz GZ. Algılanan stres ve duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide stresle baş etme tarzlarının aracı rolü. *Cumhuriyet Univ Fen Edeb Fak Sos Bilim Derg*, 2022; 46(1); 75-83.
- Emmons RA, Stern R. Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *J Clin Psychol*, 2013; 69(8); 846-855.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakol (3P) Derg*, 1999; 7(Suppl 2); 23-40.
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. The adaptation of the Perceived Stress Scale into Turkish: A reliability and validity analysis. *New Symp J*, 2013; (early view); (yer bilgisi yok).
- Fink G. Stress: Concepts, definition and history. *Ref Modul Neurosci Biobehav Psychol*, 2017; (chap); 1-9.
- Freud A. The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities Press; 1936.

- Freud S. The ego and the id. New York: WW Norton & Company; 1989.
- Garland EL, Geschwind N, Peeters F, Wichers M. Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Front Psychol*, 2015;6;15.
- Gauld C, Lopez R, Geoffroy PA, Morin CM, Guichard K, Giroux É, Dauvilliers Y, Dumas G, Philip P, Micoulaud-Franchi J-A. A systematic analysis of ICSD-3 diagnostic criteria and proposal for further structured iteration. *Sleep Med Rev*, 2021; 58; 101439.
- Germer C. The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions. New York: Guilford Press; 2009.
- Gong H, Ni C-X, Liu Y-Z, Zhang Y, Su W-J, Lian Y-J, Peng W, Jiang C-L. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*, 2016; 89; 1-6.
- Gottesman RF, Lutsey PL, Benveniste H, Brown DL, Full KM, Lee J-M, Osorio RS, Pase MP, Redeker NS, Redline S. Impact of sleep disorders and disturbed sleep on brain health: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 2024; 55(3); e61-e76.
- Grandner MA. Sleep, health, and society. *Sleep Med Clin*, 2022; 17(2); 117-139.
- Grasaas E, Rohde G, Haraldstad K, Helseth S, Småstuen MC, Skarstein S, Mikkelsen HT. Sleep duration in schooldays is associated with health-related quality of life in Norwegian adolescents: A cross-sectional study. *BMC Pediatr*, 2023; 23(1); 473.
- Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, Mahowald M, Cramer-Bornemann M. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Explore*, 2011; 7(2); 76-87.
- Guglielmi O, Jurado-Gámez B, Gude F, Bucla-Casal G. Job stress, burnout, and job satisfaction in sleep apnea patients. *Sleep Med*, 2014; 15(9); 1025-1030.
- Guglielmi O, Magnavita N, Garbarino S. Sleep quality, obstructive sleep apnea, and psychological distress in truck drivers: A cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2018; 53; 531-536.
- Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: A growing challenge. *Psychogeriatrics*, 2018; 18(3); 155-165.
- Guo W, Nazari N, Sadeghi M. Cognitive-behavioral treatment for insomnia and mindfulness-based stress reduction in nurses with insomnia: A non-inferiority internet delivered randomized controlled trial. *PeerJ*, 2024; 12; e17491.

- Hamilton NA, Gallagher MW, Preacher KJ, Stevens N, Nelson CA, Karlson C, McCurdy D. Insomnia and well-being. *J Consult Clin Psychol*, 2007; 75(6); 939.
- Hancıoğlu Y. Üniversite öğrencilerinin algıladıkları stres düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *J Manag Econ Res*, 2017; 15(1); (sayfa bilgisi yok).
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011.
- Hays R, Reeve BB. Measurement and modeling of health-related quality of life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. *Epidemiology and demography in public health*. San Diego: Academic Press; 2010. p. 195-205.
- Hirotsu C, Tufik S, Andersen ML. Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep Sci*, 2015; 8(3); 143-152.
- Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Katz ES, Kheirandish-Gozal L. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 2015; 1(1); 40-43.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 2010; 78(2); 169.
- Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci*, 2011; 6(6); 537-559.
- Javadzade N, Esmaeili SV, Omranifard V, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. *BMC Public Health*, 2024; 24(1); 271.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 1991; 14(6); 540-545.
- Ju Y-ES, Lucey BP, Holtzman DM. Sleep and Alzheimer disease pathology—a bidirectional relationship. *Nat Rev Neurol*, 2014; 10(2); 115-119.
- Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta; 2009.
- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical

- considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 1982; 4(1); 33-47.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta; 1990.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*, 2003; (suppl); (sayfa bilgisi yok).
- Kabat-Zinn J. Yeni başlayanlar için farkındalık. İstanbul: Pegasus Yayınları; 2019.
- Kang J, Cho YS, Lee M, Yun S, Jeong YJ, Won Y-H, Hong J, Kim S. Effects of nonpharmacological interventions on sleep improvement and delirium prevention in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*, 2023; 36(4); 640-649.
- Kang Y, Gruber J, Gray JR. Mindfulness and de-automatization. *Emotion Rev*, 2013; 5(2); 192-201.
- Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol*, 1982; 1(1); 61.
- Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, Harrod CG. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017; 13(3); 479-504.
- Kara D. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tutumlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Verimlilik Derg*, 2010; (3); 179-194.
- Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, 2016; 34; 645-649.
- Karna B, Sankari A, Tatikonda G. Uyku Bozukluğu. *StatPearls'da*. StatPearls Yayıncılık, Treasure Island (FL); 2025. PMID: 32809555.
- Karlı PD, Karlı TA. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkmada anlam algısı oluşturma modellerinin rolleri. *Ahi Evran Univ Sos Bil Enst Derg*, 2023; 10(3); 875-892.
- Karlı PD, Karlı TA. Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkmada anlam algısı oluşturma modellerinin rolleri. *Ahi Evran Univ Sos Bil Enst Derg*, 2024; 10(3); 875-892.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau M-A, Paquin K, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 2013; 33(6); 763-771.

- Kierkegaard S. The concept of anxiety. Thomte R, Anderson AB, translators. Princeton: Princeton Univ Press; 1844.
- Köves B, Cai T, Veeratterapillay R, Pickard R, Seisen T, Lam TB, Yuan CY, Bruyere F, Wagenlehner F, Bartoletti R. Benefits and harms of treatment of asymptomatic bacteriuria: A systematic review and meta-analysis by the European Association of Urology Urological Infection Guidelines Panel. *Eur Urol*, 2017; 72(6); 865-868.
- Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, Yu BY-M, Yung K-P, Ng TH-Y. Hypnotherapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*, 2015; 23(5); 719-732.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- Le PH, Le LK-D, Rajaratnam SM, Mihalopoulos C. Quality of life impacts associated with comorbid insomnia and depression in adult population. *Qual Life Res*, 2024; 33(12); 3283-3298.
- Lee S, Kim JH, Chung JH. The association between sleep quality and quality of life: A population-based study. *Sleep Med*, 2021; 84; 121-126.
- Li J, Cao D, Huang Y, Chen Z, Wang R, Dong Q, Wei Q, Liu L. Sleep duration and health outcomes: An umbrella review. *Sleep Breath*, 2022; (suppl); 1-23.
- Lim DC, Najafi A, Afifi L, Bassetti CL, Buysse DJ, Han F, Högl B, Melaku YA, Morin CM, Pack AI. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *Lancet Public Health*, 2023; 8(10); e820-e826.
- Lin P-C, Lee P-H, Tseng S-J, Lin Y-M, Chen S-R, Hou W-H. Effects of aromatherapy on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*, 2019; 45; 156-166.
- Littner MR, Kushida C, Wise M, Davila DG, Morgenthaler T, Lee-Chiong T, Hirshkowitz M, Loubé DL, Bailey D, Berry RB. Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. *Sleep*, 2005; 28(1); 113-121.
- Liu Q, Wang C, Wang Y, Xu W, Zhan C, Wu J, Hu R. Mindfulness-based stress reduction with acupressure for sleep quality in breast cancer patients with insomnia undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*, 2022; 61; 102219.
- Liu Y, Yin S, Hu Q, Fei Y, Zhong Y, Ji Q, Zhu F. The efficacy of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy on cognitive impairment in post-stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Mindfulness*, 2025; (early view); 1-14.

- Lundetræ RS, Saxvig IW, Pallesen S, Aurlien H, Lehmann S, Bjorvatn B. Prevalence of parasomnias in patients with obstructive sleep apnea: A registry-based cross-sectional study. *Front Psychol*, 2018; 9; 1140.
- Luyster FS. Sleep and health. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York: Springer; 2020. p. 2052-2055.
- Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RM. Sleep and human cognitive development. *Sleep Med Rev*, 2021; 57; 101472.
- Matricciani L, Paquet C, Galland B, Short M, Olds T. Children's sleep and health: A meta-review. *Sleep Med Rev*, 2019; 46; 136-150.
- Matsumoto T, Chin K. Prevalence of sleep disturbances: Sleep disordered breathing, short sleep duration, and non-restorative sleep. *Respir Investig*, 2019; 57(3); 227-237.
- Merrill RM. Mental health conditions according to stress and sleep disorders. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(13); 7957.
- Moghadam M, Makvandi B, Bakhtiyar Pour S, Ehteshamzadeh P, Naderi F. A comparison of the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and mindfulness training in improving sleep quality and reducing distress tolerance in drug-addicted treatment seekers. *Health Manag Inf Sci*, 2020; 7(1); 33-41.
- Molu, B., Tunç Tuna, P., Yıldırım Keskin, A., & Tuna, H. İ. (2023). Determination of Chronotype, Quality of Life, Sleep Quality, and Social Jetlag in Shift Working Nurses. *Turkish Journal of Sleep Medicine*, 10(1), 48-53. <https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2022.29484>
- Moniz R, Slutzky H. A brief introduction to mindfulness: Origins, science, the brain, and practice. In: Moniz R, Eshleman JE, Henry J, Slutzky H, Moniz L, editors. *The Mindful Librarian: Connecting the Practice of Mindfulness to Librarianship*. Oxford: Chandos Publishing; 2015. p. 1-24.
- Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 2011; 34(5); 601-608.
- Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*, 2012; 379(9821); 1129-1141.
- Morin CM, Jarrin DC, Ivers H, Mérette C, LeBlanc M, Savard J. Incidence, persistence, and remission rates of insomnia over 5 years. *JAMA Netw Open*, 2020; 3(11); e2018782.

- Neff K, Germer C. The mindful self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. New York: Guilford Publications; 2018.
- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*, 2013; 69(1); 28-44.
- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*, 2003; 2(3); 223-250.
- Nollet M, Wisden W, Franks NP. Sleep deprivation and stress: A reciprocal relationship. *Interface Focus*, 2020; 10(3); 20190092.
- Nollet M, Wisden W, Franks NP. Sleep deprivation and stress: A reciprocal relationship. *Interface Focus*, 2020; 10(3); 20190092.
- Odabaşıoğlu ME, Dedeoğlu T, Kasırğa Z, Sünbül F. Üniversite öğrencilerinde uyku hijyeni. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg*, 2017; 6(4); 204-212.
- Odabaşıoğlu ME, Dedeoğlu T, Kasırğa Z, Sünbül F. Üniversite öğrencilerinde uyku hijyeni. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg*, 2017; 6(4); 204-212.
- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*, 2002; 6(2); 97-111.
- Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*, 2014; 37(9); 1553-1563.
- Ong JC, Moore C. What do we really know about mindfulness and sleep health? *Curr Opin Psychol*, 2020; 34; 18-22.
- Ophoff D, Slaats MA, Boudewyns A, Glazemakers I, Van Hoorenbeeck K, Verhulst S. Sleep disorders during childhood: A practical review. *Eur J Pediatr*, 2018; 177; 641-648.
- Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan III C, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 2007;4(5);35.
- Ögel K, Atalay Z, Ameli R. 25 farkındalık dersi: Şimdi sağlıklı yaşama zamanı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
- Özdemir A. Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi (Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2022.

- Özyeşil Z, Arslan C, Kesici S, Deniz ME. The validity and reliability study of Mindful Attention Awareness Scale. *Eğitim Bilim*, 2011; 36(160); 224.
- Özyeşil Z. Öz anlayış ve bilinçli farkındalık. Konya: Maya Akademi; 2011.
- Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi, Konya*.
- Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N, Kasper S. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. *Neuropsychobiology*, 2011; 64(3); 152-162.
- Palagini L, Bastien CH, Marazziti D, Ellis JG, Riemann D. The key role of insomnia and sleep loss in the dysregulation of multiple systems involved in mood disorders: A proposed model. *J Sleep Res*, 2019; 28(6); e12841.
- Palmer CA, Bower JL, Cho KW, Clementi MA, Lau S, Oosterhoff B, Alfano CA. Sleep loss and emotion: A systematic review and meta-analysis of over 50 years of experimental research. *Psychol Bull*, 2024; 150(4); 440.
- Pandi-Perumal SR, Spence DW, BaHammam AS. Polysomnography: An overview. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, editors. *Primary Care Sleep Medicine: A Practical Guide*. New York: Springer; 2014. p. 29-42.
- Parpucu Tİ, Keskin T, Başkurt F, Başkurt Z. The effect of sleep quality and sleepiness on fatigue, activities of daily living and physical activity in the elderly. *J Turk Sleep Med*, 2023; 10(2); 104.
- Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol*, 2013; 177(9); 1006-1014.
- Post M. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 2014; 20(3); 167-180.
- Quaglia JT, Brown KW, Lindsay EK, Creswell JD, Goodman RJ. From conceptualization to operationalization of mindfulness. In: Brown KW, Creswell JD, Ryan RM, editors. *Handbook of Mindfulness: Theory, Research, and Practice*. New York: Guilford Press; 2015. p. 151-170.
- Ramar K, Malhotra RK, Carden KA, Martin JL, Abbasi-Feinberg F, Aurora RN, Kapur VK, Olson EJ, Rosen CL, Rowley JA. Sleep is essential to health: An American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med*, 2021; 17(10); 2115-2119.

- Richardson CE, Gradisar M, Barbero SC. Are cognitive “insomnia” processes involved in the development and maintenance of delayed sleep wake phase disorder? *Sleep Med Rev*, 2016; 26; 1-8.
- Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 2020; 45(1); 74-89.
- Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am*, 2015; 99(2); 431-439.
- Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 2008; 76(6); 1083.
- Rolls A, Borg JS, de Lecea L. Sleep and metabolism: Role of hypothalamic neuronal circuitry. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2010; 24(5); 817-828.
- Rusch HL, Rosario M, Levison LM, Olivera A, Livingston WS, Wu T, Gill JM. The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann N Y Acad Sci*, 2019; 1445(1); 5-16.
- Salkın Y, Gür TB, Çapri B. Uyku kalitesi ve anksiyete düzeyleri farklı yaşlıların yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Mustaf Kemal Univ Egit Fak Derg*, 2024; 8(14); 305-320.
- Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017; 13(2); 307-349.
- Seetho IW, Wilding JP. Sleep-disordered breathing, type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Chronic Respir Dis*, 2014; 11(4); 257-275.
- Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press; 2012.
- Siegel DJ. The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration. New York: WW Norton & Company; 2010.
- Siegel RD, Germer CK, Olendzki A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? In: Didonna F, editor. *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009. p. 17-35.
- Simpson R, Mair FS, Mercer SW. Mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis-A feasibility randomised controlled trial. *BMC Neurol*, 2017; 17; 1-12.

- Skinner BF. The behavior of organisms: An experimental analysis. Boston: BF Skinner Foundation; 2019.
- Skinner BF. The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis. BF Skinner Foundation; 2019.
- Solomon C. Health Benefits of Sleep: Why Is Getting Enough Rest So Important. *Alternative Medicine*, 2022;(66): 26-29.
- Solomon C. Health benefits of sleep: Why is getting enough rest so important. *Alternative Medicine*, 2022;(66): 26-9.
- Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, Manderscheid R, Kroenke K. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008;30(2): 127-37.
- Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, Manderscheid R, Kroenke K. The Association of Depression and Anxiety With Obesity and Unhealthy Behaviors Among Community-Dwelling US Adults. *General Hospital Psychiatry*, 2008;30(2): 127-137.
- Suh H-W, Jeong HY, Hong S, Kim JW, Yoon SW, Lee JY, Chung S-Y. The mindfulness-based stress reduction program for improving sleep quality in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*, 2021;57: 102667.
- Suh H-W, Jeong HY, Hong S, Kim JW, Yoon SW, Lee JY, Chung S-Y. The Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Improving Sleep Quality in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 2021;57: 102667.
- Sullivan HS. The Interpersonal Theory of Psychiatry. In: *An Introduction to Theories of Personality*. Psychology Press; 2014. p. 137-156.
- Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. In: *An introduction to theories of personality*. New York: Psychology Press; 2014. p. 137-56.
- Sun Y-J, Yuan J-M, Yang Z-M. Effectiveness and Safety of Moxibustion for Primary Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2016;16: 1-14.
- Sun YJ, Yuan JM, Yang ZM. Effectiveness and safety of moxibustion for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*, 2016;16: 1-14.

- Şener N. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2021.
- Şener N. Postmenopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Menopozal Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Malatya; 2021.
- Thera N. The heart of Buddhist meditation: Satipaṭṭhāna. Kandy: Buddhist Publication Society; 2005.
- Thera N. The Heart of Buddhist Meditation: Satipaṭṭhāna: A Handbook of Mental Training Based on the Buddha's Way of Mindfulness, With an Anthology of Relevant Texts Translated From the Pali and Sanskrit. Buddhist Publication Society; 2005.
- Tillich P. The courage to be. New Haven: Yale University Press; 2008.
- Tillich P. The Courage to Be. Yale University Press; 2008.
- Tsang SCH, Mok ESB, Lam SC, Lee JKL. The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. J Clin Nurs, 2012;21(17-18): 2690-6.
- Tsang SCH, Mok ESB, Lam SC, Lee JKL. The Benefit of Mindfulness-Based Stress Reduction to Patients With Terminal Cancer. Journal of Clinical Nursing, 2012;21(17-18): 2690-2696.
- Varcarolis EM, Fosbre CD. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care*. Elsevier Health Sciences, 2020.
- Wang F, Lee OEK, Feng F, Vitiello MV, Wang W, Benson H, Fricchione GL, Denninger JW. The effect of meditative movement on sleep quality: a systematic review. Sleep Med Rev, 2016;30: 43-52.
- Wang F, Lee OEK, Feng F, Vitiello MV, Wang W, Benson H, Fricchione GL, Denninger JW. The Effect of Meditative Movement on Sleep Quality: A Systematic Review. Sleep Medicine Reviews, 2016;30: 43-52.
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. WHO Chron, 1947: 1; 29-41.
- World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, 1995: 41(10); 1403-1409.

Zhang Q-S, Zhang W, Mao Y, Wang X-S, Zhang J-W, Cao Y-J. Effects of cognitive combined with mindfulness-based stress reduction and sleep in patients with diabetes and endometrial cancer. *World J Psychiatry*, 2025;15(4);100849.

Zhang Y-F, Zhang X-c. Acupuncture plus cupping for treating insomnia in college students. *J Tradit Chin Med*, 2010;30(3);185-189.



EKLER

Ek-1. TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyet: a) Erkek b) Kadın

3. Medeni Durumunuz: a) Bekar b) Evli

4. Çocuğunuz: a) Var b) Yok

5. Eğitim Durumunuz:

a) Okur yazar değil c) İlköğretim d) Ortaöğrenim e)Yükseköğrenim

6.Yaşadığınız Yer: a) Köy b) İlçe c) İl

7. Çalışma durumu: a) Evet b) Hayır

8. Mesleğiniz: a) İşçi b) Memur c) Ev Hanımı d) Serbest Meslek e)Öğrenci f)İşsiz

9. Geliriniz/aylık: tl

10. Sosyal Güvenceniz: a) Var b) Yok

11. Kronik rahatsızlığınız var mı? a)Yok b) DM c) HT d) Kalp

e) Diğer (.....)

12. Sigara kullanıyor musunuz? a) Hayır

b) Evet ise ne kadar belirtiniz (Günde.....paket.....yıl.....)

13. Alkol alıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet ise ne kadar belirtiniz (Günde..... Kadeh yıl.

14.PSG sonucunda uyku bozukluğu tanısı aldım.

a)Evet B)Hayır

Ek-2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BİFÖ)

Madde No		Hemen Hemen Zaman	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen Hemen Hiçbir Zaman
1	Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2	Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3	Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
4	Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeden, sadece gitmeye odaklanarak giderim.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
5	Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
6	Bir kişinin ismini, bana söyledikten hemen sonra unuturum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
7	Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikte bağlanmış gibi yapıyorum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
8	Aktiviteleri gerçekçi ve olduklarına dikkat etmeden aceleyle yerine getiririm.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
9	Başarmak istediğim hedeflere yönelik olarak ne zaman, ne şekilde hareket edeceğimi bilmeden sadece alışkanlıkla davranırım.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
10	İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
11	Kendimi kulaklarıma birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyle meşgul bulurum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
12	Gideceğim yerle farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğimi şaşırıyorum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
13	Kendimi geçmişe veya geleceğe dalmış, şu anla meşgul bulurum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
14	Kendi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
15	Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.	☐		☐	☐	☐	☐	☐

Ek-3. PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ(PUKİ)

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....genel
yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?
.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....genel
kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden
farklı olabilir) saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. GEÇEN HAFTA AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA BELİRTİLEN UYKU
PROBLEMLERİNİ NE SIKLIKLA
YAŞADINIZ?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada
3veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(i) Ağrı duydunuz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1veya2 kez d)Haftada 3veya↑

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

a)Hiç problem oluşturmadı b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu d)Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

d)Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar

sıklıkta yaşadığınızı sorun

(a) Gürültülü horlama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

.....
.....

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

Ek-4. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ(ASÖ)

Madde No	İfade	Hiçbir Zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Sık Sık (3)	Her Zaman (4)
1	Son bir ay içinde, beklenmedik bir şekilde başınıza gelenlerden dolayı kendinizi sarsılmış hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Son bir ay içinde, önemli şeyleri kontrol edemediğinizi düşündünüz mü?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Son bir ay içinde, sinirli veya stresli hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Son bir ay içinde, kendinize olan güveninizin sarsıldığını hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Son bir ay içinde, her şeyin sizin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Son bir ay içinde, günlük sorumluluklarınızı kontrol edebildiğinizi hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Son bir ay içinde, sorunların birikmesinden dolayı baş edemez hale geldiğinizi hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Son bir ay içinde, yaşamınızdaki şeylerin kontrolünüz dışında geliştiğini hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Son bir ay içinde, zorlukların üstesinden başarıyla gelebileceğinizi hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Son bir ay içinde, işlerinizin yolunda gitmediği zamanları nasıl aşacağınızı bildiğinizi hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-5. WHOQOL-BREF(TR) TÜRKLER İÇİN DSÖ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

LÜTFEN HER SORUYU OKUYUNUZ, DUYGULARINIZI DEĞERLENDİRİNİZ VE HER BİR SORUNUN

ÖLÇEĞİNDE SİZE EN UYGUN OLANINI YUVARLAK İÇİNE ALINIZ

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü ...Biraz kötü...Ne iyi, ne kötü ...Oldukça iyi ...Çok iyi ...

2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

☐ Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça Aşırı derecede ☐

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ...

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende

hissediyorsunuz? Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐

Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz

kuvvetiniz var mı? Hiç...Çok az.....Orta

derecede...Çokça...Tamamen...

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç ...Çok az...Orta derecede...Çokça...Tamamen...

12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya

yeterli paranız var mı? Hiç ...Çok az

...Orta derecede ...Çokça

...Tamamen...

13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde

ulaşabiliyorsunuz? Hiç ...Çok az ...Orta derecede ...Çokça

...Tamamen

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur? Hiç ...Çok az ...Orta derecede

...Çokça ...Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır? Çok kötü ...Biraz kötü...Ne iyi, ne kötü...Oldukça iyi ...Çok iyi ...

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? ...
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? ...
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐

20 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ...

25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız? Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman ☐

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?
Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐



EK-6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Müdahale Grubu)

Sayın Gönüllü,

Bu araştırma, uyku bozukluğu olan bireylere uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (BFSAP)’nın bireylerin stres düzeyi, farkındalık düzeyi, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamında size sunulacak olan BFSAP, çevrim içi olarak yürütülecek olup, 7 hafta boyunca haftada bir gün, 45-50 dakikalık oturumlar şeklinde araştırmacı tarafından bire bir uygulanacaktır. 6. haftada, geleneksel program kapsamında yer alan, 6 saatlik “sessizlik günü” uygulaması gerçekleştirilecektir. İlk oturumda, kişisel bilgilerinizin yanı sıra stres, uyku, farkındalık ve yaşam kalitesi düzeylerinizi değerlendirmek amacıyla hazırlanmış anket formlarını doldurmanız istenecektir. Bu formlar yaklaşık 10 dakika sürecektir. Programın tamamlanmasının ardından, 3 ay sonra aynı formlar yeniden uygulanacaktır.

Tüm oturumlar çevrim içi bireysel olarak yürütülecek; bu görüşmeler sırasında herhangi bir görüntü veya ses kaydı alınmayacaktır. Araştırmacı ve katılımcı, görüşmeler sırasında üçüncü bir kişinin oturumlara katılmayacağını karşılıklı olarak taahhüt eder. Bu araştırma kapsamında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, aynı şekilde size ücret ödemesi yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak; veriler anonimleştirilerek ve toplu olarak raporlanacaktır. Bireysel verileriniz gizli tutulacaktır.

Muş Alparslan Üniversitesi Etik Kurulu, bu çalışmanın Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olduğunu onaylamıştır. Çalışma gerektiğinde etik denetime açıktır.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Katılmamayı tercih etmeniz durumunda tıbbi bakımınızda veya izlenmenizde hiçbir değişiklik olmayacaktır. Katılımı kabul ettikten sonra da herhangi bir gerekçe göstermeksizin çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu durumda da sağlık hizmetleriniz aynı şekilde sürdürülecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımla

Sorumlu Araştırmacı

Doktora Öğrencisi Arzu KARAKAYA

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma yeterli cevaplar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: .../.../...

Adı Soyadı:

İmza

EK-7. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Kontrol Grubu)

Sayın Gönüllü,

Bu araştırma, uyku bozukluğu olan bireylere verilen Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının bireylerin stres düzeyi, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma sürecinde yaşam kalitesi, farkındalık düzeyi, uyku kalitesi ve algılanan stres düzeyinizin değerlendirilmesi yapılacak ve herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Muş Alparslan Üniversitesi Etik Kurulu çalışmanın Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Sizlere tıbbi tedavilerinize ek olarak hiçbir uygulama yapılmayacak, sadece anket formlarını doldurmanız istenecektir. Anket formlarını doldurmanız yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Çalışma kapsamında aynı anketleri 3 ay sonra da doldurmanız istenecektir. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bu çalışma için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size de herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda, tedavi veya izlenmeniz de herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Başlangıçta kabul edip, daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Doktora Öğrencisi Arzu KARAKAYA

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma yeterli cevaplar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: .../.../...

Adı Soyadı:

İmza

Ek-8. AKADEMİK KURUL KARARI

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
24.02.2023	2023/ 13	17

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 24.02.2023 Cuma günü saat 15.00'da Anabilim Dalı Başkan Vekili Doç. Dr. Öznur BAŞDAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Arzu Karakaya'nın "Uyku Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu, Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma" isimli tez çalışmasını Doç. Dr. Nuray Şimşek danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	
Doç. Dr. Öznur BAŞDAŞ	Anabilim Dalı Başkan Vekili	
Prof. Dr. Sultan TAŞCI	Üye	
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Prof. Dr. Meral BAYAT	Üye	
Prof. Dr. Salime MUCUK	Üye	
Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK	Üye	
Doç. Dr. Betül ÖZEN	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz SÜRME	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ KORKUT	Üye	

Ek-9. KURUM İZNİ



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-35465298-605.01-215460765
Konu : Öğr. Gör. Arzu KARAKAYA'nın
Bilimsel Araştırma İzni

15.05.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 03.05.2023 tarihli ve E-53464671-929-214788266 sayılı yazı.

Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi Arzu KARAKAYA'nın Muş Devlet Hastanesinde "**Uyku Bozukluğu olan hastalara Uygulanan Bilinli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu, Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma**" adlı araştırma çalışmasını 15.05.2023-15.01.2024 tarihleri arasında yapma talebi Müdürlüğümüzün ilgili komisyonunda değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Söz konusu bilimsel araştırmanın ekte sunulan Komisyon Kararı ve Protokol kapsamında yürütülmesi hususunu ;

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Serdal TÜRKOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1 - Arzu KARAKAYA Komisyon
- 2 - Arzu KARAKAYA Protokol

Dağıtım:

MUŞ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE
Sayın : Öğr. Gör. Arzu KARAKAYA (Muş Alparslan
Üniversitesi Meslek Yüksekokulu) (iş bu yazı ve
ekleri gmail adresine gönderilmiştir.)

Ek-10. ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.04.2023-90227

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 18.04.2023	Toplantı Sayısı: 4	Karar Sayısı: 71
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır. KARAR-50: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğünün 21.03.2023 tarihli ve 87739 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi. Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü Engelli Bakımı ve Rehabilitasyon Programında görev yapmakta olan Öğr. Gör. Arzu KARAKAYA'nın sorumlu araştırmacısı olduğu "Uyku Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu, Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma" isimli çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne bildirilmesine, Oy birliği ile karar verildi.		
BAŞKAN (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Zekeriya ÇAM Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Canan DEMİR YILDIZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Fuat KORKMAZER SBF Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Halil ALKAN SBF Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Atike YILMAZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi	

MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmanın Başlığı:	“Uyku Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Bilinçli Farkındalık Stres Azaltma Programının Uyku Durumu, Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma” adlı çalışma.
Başvuru Formunun Etik Kurula geldiği tarih:	21.03.2023
Başvuru Formunun Etik Kurulda incelendiği tarih:	18.04.2023
Karar tarihi	18.04.2023

SONUÇ

1.	☒ Kabul
2.	☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	☐ Red Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuru dosyasının incelenmesinde hazır bulunan ve araştırmayla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları.

Başkan
(e-imzalıdır)
Prof. Dr. Ekrem ALMAZ

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Zekeriya ÇAM

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Canan DEMİR YILDIZ

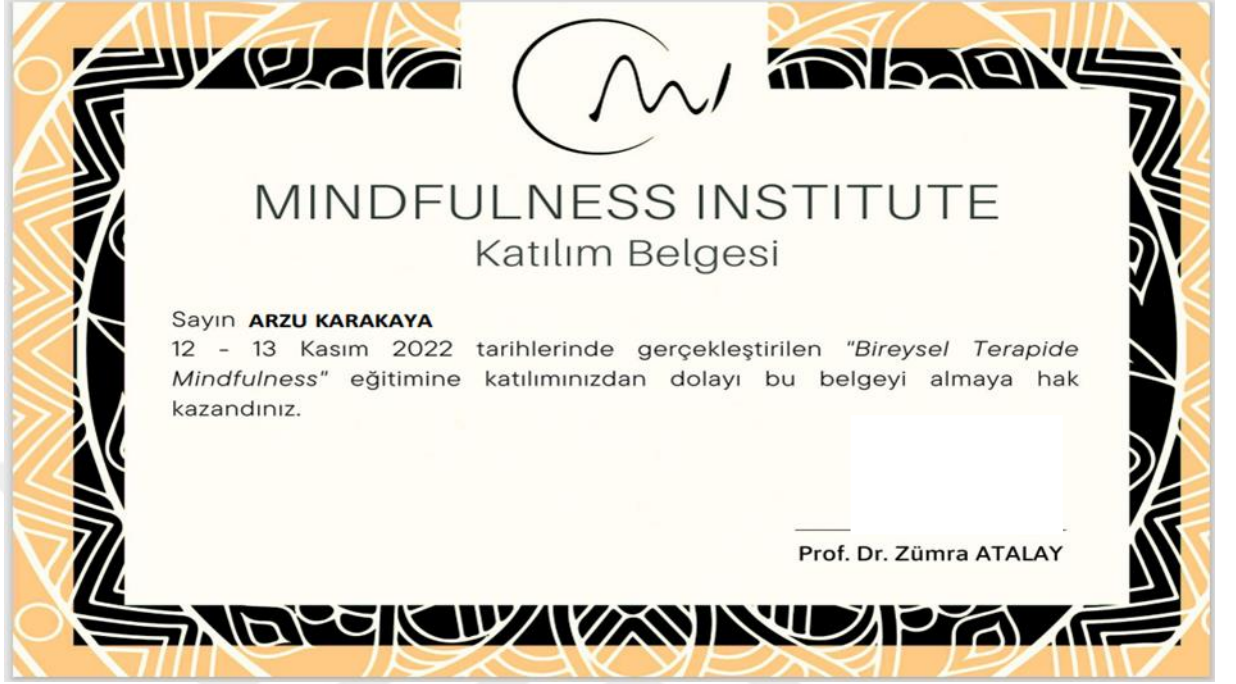
Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Fuat KORKMAZER

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Halil ALKAN

Üye
(e-imzalıdır)
Doç. Dr. Atike YILMAZ

Üye
(e-imzalıdır)
Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ

**Ek-11. BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES AZALTMA PROĞRAMI
BELGESİ**



Ek-12. BİLİNÇLİ FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMI İÇERİĞİ

1. Oturum

Bireyi motive etmek amacıyla öncelikle tanışılır ve danışmanlık sürecinin içeriği hakkında bilgi verilir. Uykunun hayatımızdaki önemi vurgulanır. Bilinçli farkındalık uygulamasının ne olduğu, aşamaları ve tarihi katılımcılarla paylaşılır. Ardından, bireyden uykusuzluk nedeniyle kendi yaşamında neler hissettiğine dair duygularını ifade etmesi istenir ve farkındalık uygulamalarına geçilir.

Kuru üzüm meditasyonu uygulamasında, katılımcılar önceden hazırlamaları istenen kuru üzüm tanesini sanki hayatlarında ilk kez tanışıyormuş gibi dokunarak, görerek, koklayarak ve tadarak duyularıyla algılarlar. Bu uygulama, üzüm yeme deneyiminin odaklanmayla nasıl değiştiğini fark etmeyi ve emek verdiğimiz her şeyin önemini hatırlatmayı amaçlar.

Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu sırasında katılımcılar uygun bir pozisyonda oturur, “şu andaki deneyimim nedir?” sorusunu kendilerine yöneltir ve bedensel duyularına, ardından düşüncelerine ve duygularına dikkat ederler. Daha sonra tüm dikkatlerini nazikçe nefes alıp vermeye yönlendirirler ve her nefeste yeni bir ana geçtiklerini fark ederler.

Uyku günlüğü tutma aşamasında, bireylere uyku kalitelerini ve düzenlerini takip etmeleri için tarih, egzersiz süresi, uykuya dalma ve yatma saatleri, uykuda uyanma sayısı ve sebepleri, uyanma zamanı ve dinlenme hissi gibi bilgileri kaydetmeleri anlatılır. Bu farkındalık, günlük rutinlerin uyku kalitesine etkilerini fark etmeye ve sirkadiyen ritim ile uyku-uyanıklık döngüsünü anlamaya yardımcı olur.

Günlük aktivitelerde farkındalık uygulamalarında, katılımcılara rehberlik etmek amacıyla ses kayıtları verilir ve her gün en az 30 dakika bu kayıtlarla çalışmalarını sürdürmeleri istenir. Ayrıca, günlük rutin aktiviteler (diş fırçalamak, bulaşık yıkamak, duş almak, uykuya geçmek, yemek yemek vb.) bilinçli ve farkındalıkla gerçekleştirilir.

Ev uygulamalarında ise haftanın 6 günü nefes egzersizi meditasyonu yapılması; günde 10-15 dakika ses kaydı olmadan nefesin farkındalığı ile oturulması önerilir. Bu uygulamada nefes kontrol edilmez, sadece nefesin bedensel hislerine dikkat edilir ve dikkat dağıldığında nazikçe nefese geri dönülür. Günlük rutinler mindful şekilde yapılır ve gün içinde herhangi bir anda durup o anın farkına varılması sağlanır.

2.Oturum

Bir önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve katılımcıdan geri bildirim alınır. Danışana, kendini nasıl hissettiği sorulur ve paylaşmak istediği duygu ve düşünceler dinlenir. Oturum dışı uygulamalar gözden geçirilir.

Oturma meditasyonu, 3 dakikalık nefes meditasyonu ve uyku hijyeni konularında bilgi verilir ve uygulamalar yapılır.

Oturma meditasyonu, kişinin dikkatini sistematik şekilde sırasıyla nefes, fiziksel duyular, sesler, düşünceler ve duyguların farkındalığına yönlendirmesini içerir (Salmon ve ark., 2004). Bu meditasyon, katılımcılara düşünce ve duyguları gelip geçici zihinsel olaylar olarak gözlemlemeyi öğretmeyi amaçlar (Bishop, 2002).

Beden tarama meditasyonu ise beden farkındalığını geliştirmek amacıyla, dikkatin bedenün çeşitli bölgelerine belli bir sıra ile an be an, yargısız ve kabul edici şekilde odaklanmasıdır (Atalay, 2018). Katılımcıların rahat edebilecekleri bir yere oturmaları veya sırt üstü uzanmaları istenir. Nefes alıp verirken bedenlerindeki duyuların farkına varmaları ve değişimleri gözlemlemeleri sağlanır. Bu uygulamanın amacı, katılımcıların bedenlerindeki hisleri fark etmelerini ve orada olanı değiştirmeye çalışmak yerine olduğu gibi kabul etmelerini sağlamaktır (Atalay, 2018).

Uyku hijyeni eğitimi kapsamında, uyku kalitesini etkileyen faktörler anlatılır. Uyku ortamının ısı, ışık, ses ve koku gibi fiziksel koşullarının düzenlenmesi ve uykudan önce çevrimiçi geçirilen sürenin sınırlandırılması uyku hijyeninin önemli parçalarıdır. Yatağın sadece dinlenme yeri olması gerektiği vurgulanır.

Eğer yatağa girdikten sonra uykuya dalamıyor ve hoşunuza gitmeyen düşünceler sizi meşgul ediyorsa, yataktan kalkıp dikkatinizi farklı aktivitelere yönlendirmeniz önerilir. Çünkü saatlerce yatakta uyuyamamaya çalışmak, uykuya dalmayı zorlaştırır. Örneğin, genellikle günde 7 saat uyuduğunuzu fark ettiyseniz, daha fazla uyumak için erken yatmak daha kaliteli uyku sağlamayabilir (Atalay, 2022).

Amaç, yatakta geçirilen sürenin sadece uyumak için kullanılması alışkanlığını kazandırmak ve uyku öncesi hazırlık rutini geliştirmektir.

Uykuya hazırlık meditasyonunda ise, uykuya geçiş sürecinde geçmiş ve geleceğe dair düşünceleri bir kenara bırakmak ve şimdiki ana odaklanmak hedeflenir. Bu uygulamada niyet keşfi ve niyet paylaşımı alıştırmaları yapılır.

Ev ödevi olarak, haftanın 6 günü beden tarama meditasyonu ses kaydı ile uygulanır; özellikle uykuya geçişte yatakta yapılması önerilir. Katılımcılardan, hoşlarına giden anlar takvimini doldurmaları, uyku hijyeni düzenine uymaları ve her gün uykuya hazırlık meditasyonu ses kaydını dinlemeleri istenir. Ayrıca, günlük yaşamda tekrar eden bedensel hareketlere (yürüyüşler, yataktan kalkma, arabadan inme, yemek hazırlama, banyo gibi) dikkat etmeleri sağlanır.

3. Oturum

Bir önceki oturumun özetlenmesi yapılır ve oturumla ilgili geri bildirim alınır. Ardından danışana, kendini nasıl hissettiği sorularak paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri dinlenir. Daha sonra oturum dışı etkinlikler gözden geçirilir.

Bilinçli Farkındalıkla Yoga hakkında bilgi verilir ve Gölün Sularıyla Uykuya Dal meditasyonu uygulanır. **Bilinçli Farkındalıkla Yoga**, düzenli uygulandığında kas ve iskelet sistemine olumlu etkiler sağlar; esneklik, güç ve denge kazandırır, derin bir rahatlama ve farkındalık bilinci oluşturur. Bu uygulama, birçok kişide ruhsal dinginlik deneyimi yaratır, dolaşım sistemini destekler, daha dik ve sağlam bir duruş sağlar ve hastalanma sıklığını azaltır. Tüm yoga seti 15 dakikada tamamlanabilir; nefes burundan yavaş alınır, ağızdan yavaş verilir ve her harekette bu nefes tekniği üç kez tekrarlanır.

Gölün Sularıyla Uykuya Dal meditasyonunda ise imajinasyon yöntemi kullanılarak zihnin uykuya hazırlanması hedeflenir. Günlük hayatın koşuşturmacasında zihin konudan konuya savrulabilir; bazen beden uykuya hazır olsa da zihin henüz uykuya dalmaya hazır olmayabilir. Yatağa yattığınız anda bu meditasyon, iyi bir uyku için yardımcı olur. Araştırmacı meditasyonu bir kez uygulatır ve katılımcılara her gece uyumadan önce uygulayabilmeleri için ses kaydı verir.

Ev ödevi olarak, 6 gün boyunca; bir gün beden taraması, bir gün yatarak yoga hareketleri (ses kaydı ve video ile) yapılması beklenmektedir. Ayrıca 9 Nokta Egzersizi yapılmalı ve bu sırada davranışlarınız dikkatlice gözlemlenmelidir. Her yemeğin ilk lokması mindful şekilde yenmelidir. Her gün, ses kaydı olmadan nefes farkındalığı ile 15-20 dakika oturmanız gerekmektedir. Hoşa gitmeyen anlar takvimi ise bir hafta boyunca her gün doldurulmalıdır. Ayrıca, Gölün Sularıyla Uykuya Dal meditasyon ses kaydını her gece yatağa geçerken dinlenilmesi önerilir.

4. Oturum

Bir önceki oturumun özetlenmesi yapılır ve oturumla ilgili geri bildirimm alınır. Ardından danışana kendini nasıl hissettiği sorularak paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri sorulur. Daha sonra oturum dışı etkinlikler gözden geçirilir. Bireylerin stresli oldukları zamanlarda aldıkları notlar üzerinden stres anında ne yaptıklarının ve bu anları nasıl karşıladıklarının farkında olarak algıladıkları anlar tartışılır. Böylece bilinçli farkındalığı günlük hayata yaymaları sağlanır ve stres verici düşünce ya da olaylara dostça yaklaşımları istenir. Bireylere günlük yaşamlarında stresten uzaklaşmak ve anda kalabilmek için farkındalıkla bazı eylemler yapmaları tavsiye edilir; örneğin yemek pişirirken yemeğin rengine, tadına ve kokusuna odaklanarak bilinçli farkındalıkla hareket etmeleri önerilir. Bu süreçte dikkatlerini odak noktası haline getirerek, farkındalıkla besini beslerler. Oturum 20 dakikalık oturma meditasyonu ve nefes egzersizleri ile devam eder.

Sesler ve düşünceler meditasyonunda katılımcılardan önce bulundukları ortamdaki seslere, sonra dışarıdan gelen seslere odaklanmaları, ardından kendi iç seslerine yani düşüncelerine dikkat etmeleri istenir. Her düşüncenin gelip geçici olduğu vurgulanarak, onları iyi-kötü ya da doğru-yanlış ayırmadan, televizyondaki bir ekranı izler gibi gözlemlemeleri öğretilir. Amaç, düşünceleri sesler gibi gelip geçen zihinsel olaylar olarak görmeyi sağlamaktır.

Kabuslardan Kurtulmak Meditasyonu ise, gece kâbus gördüklerinde veya uyanıp tekrar uyuyamadıklarında olumlu imgeleme yoluyla rahatlamalarına yardımcı olur. Katılımcılardan en güvenli hissettikleri yeri hayal etmeleri istenir ve böylece kabuslardan kurtulmaları desteklenir. Oturumda ayrıca “Bardak değil göl olabilmek” adlı hikâye ve “Misafîrhane” adlı şiir paylaşılır.

Ev ödevi olarak, 6 gün boyunca bir gün beden taraması, bir gün yatarak yoga hareketleri (ses kaydı ve video ile) uygulanması; günlük 20 dakika nefes fiziksel duymalara ve tüm beden farkındalığına dikkat ederek oturma med yapılması; hafta boyunca otomatik, alışkanlık haline gelmiş stres reaksiyo davranışlarının onları değiştirmeye çalışmadan farkında olunması; her uyandıktan sonra veya uyuyamadığında verilen ses kaydı ile Kabuslardan Kurtulmak meditasyonunun uygulanması; ayrıca sıkışma, bloke olma, uyuşma ve o anla temasın kaybedilmesi durumlarının farkında olunması istenir.

5. Oturum

Bir önceki oturumun özetlenmesi yapılır ve oturumla ilgili geri bildirim alınır. Ardından danışana kendini nasıl hissettiği sorularak paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri sorulur. Daha sonra oturum dışı etkinlikler gözden geçirilir. Gündelik hayatınızı gözlemleyip kişiyi zorlayan duygular olduğunda onların farkına varılması ve isimlendirilmesi söylenir. Örneğin: panik, korku, üzüntü, öfke, yalnızlık. Sık hissedildiğinde ve baş etmede zorlanıldığında, en azından baş etmesi kolay gelmeyen bir duyguyu seçerek başlanır.

Benim için zor olan duygu:

Bu duyguyu genelde tetikleyen olaylar:

Sonrasında dikkatinizi bu duyguyla bağlantılı alışlagelmiş tepkilerinize yönlendirin. Örn: küçümseme, bastırma, duyguyla dolup taşma, duygu hakkında düşünme, duyguyu aşırı derecede ciddiye alma, yeniden bu duygu egemen olduğu için kendini kötü hissetme, vb... Lütfen bu tepkilerin bir kısmını not alın. Şu şekilde tepki veriyorum: Sonrasında, bu duygu ortaya çıktığında bunu gidermek, bu duyguyla baş etmek için neler yaptığınızı yazın. Örneğin: sigara içerek, daha fazla çalışarak, biriyle bu konuda konuşarak, koşuya giderek, yemek yiyerek vb... Lütfen davranış örüntülerinizi not alınız. Sonrasında bu duyguyla şunları yaparak baş ediyorum: Bu şekilde duygularınızı ve tepkilerinizi araştırdığınızda, bunu kendinizi yargılamadan bilinçli farkındalık ile yapmaya dikkat edin. Mümkün olduğunca tarafsız bir gözlemciymiş gibi incelemeye çalışın. Duygularınızı ve bunlara karşı verdiğiniz tepkileri değiştirmenize gerek yok. Bu alıştırma daha çok bunları araştırmanız ve duygularınızla tanışmanız için.

Uyku ve Beden: Yoğun ve tempolu geçen bir günün içinde bedenimizle olan temasımızı kaybederiz. Uykuya geçişten önce bedenimizle olan teması fark edip şimdiki ana gelmek için bu uygulamayı yapıyoruz.

Çok fazla çabalamayın adli hikâye paylaşımı yapılır.

Kabul meditasyonu yapılır

Ev ödevi olarak altı gün boyunca bir gün oturma meditasyonu, diğer gün ayakta yoga, üçüncü gün oturma meditasyonu, dördüncü gün beden taraması, beşinci gün yatarak yoga ve altıncı gün tekrar oturma meditasyonu yapılması (günlerin sırası değişebilir) istenir. Ayrıca zorlayıcı iletişim takviminin tutulması, her gece uyku ve

beden meditasyonunun uygulanması, günlük formal meditasyonlarda ve yaşamda reaksiyon verdiğiniz anları fark ederek daha mindful yanıt verme seçeneklerinin keşfedilmesi istenir.

6. Oturum

Bir önceki oturumun özetlenmesi yapılır ve oturumla ilgili geri bildirim alınır. Ardından danışana kendini nasıl hissettiği sorularak paylaşmak istediği duygu ve düşünceleri sorulur. Daha sonra oturum dışı etkinlikler gözden geçirilir.

Sonrasında Şefkat meditasyonuna geçilir: Atmış saniyelik sessizlikle oturuma başlanır, ardından verilen ev ödevleri bağlamında bilinçli farkındalığı günlük yaşamlarına aktarmalarının kendilerinde nasıl etkiler yarattığı hakkında konuşulur. Oturma meditasyonu ve nefes egzersizi devam ettirilir.

Bireylere, kendilerinin baş edemeyeceği zorlu zamanlarda nasıl tepki verdikleri sorulur ve bunun üzerine konuşulur. Şefkat meditasyonu uygulamasıyla (stresle beraber kalma/oturma meditasyonu), uykuya dalmada zorlanan, kaliteli uyku uyuyamayan bireylerin bu süreçte zorlanmaları üzerinde kendine olan öz şefkati ve etrafına olan şefkat farkındalığının ortaya çıkmasına yardımcı olunur. Böylelikle stresin yaşam kalitesi üzerindeki zorlayıcı durumları bilinçli farkındalıkla karşılamada yardımcı olunur.

Kurtların savaşı adlı hikâye paylaşımı yapılır.

Farkında iletişim: Bu oturum farkında iletişim teması üzerine odaklanır. Oturum, katılımcıların çevrelerindeki nesnelere yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla etraftaki nesnelerin farkında olma egzersiziyle başlar. Daha sonra katılımcılar düşüncelerine odaklanırken ellerini kalplerine koyar ve olumlu dileklerde bulunurlar. Ardından, dağ meditasyonu yapılır ve katılımcıların hareket eden bedenlerine odaklanmaları sağlanarak ayakta yoga uygulaması gerçekleştirilir.

Ev ödevi olarak ise,; Uyku hijyeni, nefes egzersizi, bilinçli farkındalıkla yoga ve beden taraması meditasyonu yapmaları istenir. Haftanın 3 günü şefkat meditasyonu, diğer günler dönüşümlü oturma ve beden tarama meditasyonu uygulama ve duyguların farkındalığı üzerine alıştırmaya yapmaları istenir.,

7. Oturum

Farkında iletişim, kabul ve yargılama üzerine bilgi paylaşımı, grup deneyimleri hakkında geri bildirim (Katılımcı Grup Deneyim Formu) ve son test uygulaması gerçekleştirilir.

“Üç Serendip Prensi” adlı hikâye paylaşımı yapılır.

Sessizlik Günü:

Amaç; bir günü, sosyal medya araçları kullanımı çok sınırlı ya da hiç olmadan, kimseyle fazla iletişime geçmeden, bilinçli farkındalıkla geçirmektir. Bireylere oturuma gelmeden önce günlerini mümkün olduğunca bilinçli farkındalıkla (farkında yeme-içme, uyuma, uyanma, yürüme vb.) geçirmeleri ve çevre ile göz teması dahil olmak üzere mümkün olduğunca iletişimi azaltmaları söylenir. Oturuma başlamadan önce, altıncı oturumdaki ev ödevleri değerlendirilir.

Altmış saniyelik sessizlikle oturuma başlanır ve uygulayıcı eşliğinde “kahve-çay içme meditasyonu” yaptırılır; katılımcılardan bu meditasyonu günlük yaşamlarında en az bir kez sessizlik günü uygulamaları istenir. Ardından bilinçli farkındalıkla yoga uygulanır.

Son olarak, katılımcılara polisomnografi çekimi için randevu tarihleri bildirilir ve oturum sonlandırılır.

Programın tamamlanmasının ardından, katılımcılardan programla ilgili genel geri bildirim alınır, deneyimleri ve önerileri değerlendirilir. Böylece programın etkinliği ve uygulanabilirliği üzerine kapsamlı bir değerlendirme yapılır.

Ek-13. İNTİHAL RAPORU

UYKU BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK STRES AZALTMA PROGRAMININ UYKU DURUMU
STRES VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ:
POLİSOMNOGRAFİK ARAŞTIRMA

ORJİNALLİK RAPORU

% 11	% 8	% 8	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Kara, Ergul. "universite ogrencilerinin Depresyon Duzeylerinin Baglanma Stilleri Ve Bilincli Farkindalik Ile iliskisi: oz Kontrolun Aracilik Rolu", Anadolu University (Turkey), 2022 Yayın	<%1
4	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
5	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Bartın University Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Arzu KARAKAYA
Uyruğu	Türkiye (TC)

EĞİTİM

DERECE	KURUM	MEZUNİYET
Yüksek Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği (Tezli)	2019
Lisans	İnönü Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Malatya-Fatih Lisesi	2009

ÇALIŞTIĞI KURUM

YIL	KURUM	GÖREV
2015-2016	Malatya-Darende Devlet Hastanesi	Hemşire
2016-2019	Bitlis-Tatvan Devlet Hastanesi	Hemşire
2019-Devam Ediyor	Muş Alparslan Üniversitesi	Öğretim Görevlisi