



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**AGORAFOBİLİ VE AGAROFOBİSİZ PANİK  
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA UYKUSUZLUK  
VE UYKU KALİTESİ**

**Dr. Eren Çağla**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2024**



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAğLIK UYGULAMA VE**  
**ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ**

**AGORAFOBİ VE AGAROFOBİSİZ PANİK**  
**BOZUKLUK TANILI HASTALARDA UYKUSUZLUK**  
**VE UYKU KALİTESİ**

**Dr. Eren ağla**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aslı Beşirli**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2024**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Prof. Dr. Ömer Akil Özer'e;

Bu tezin yürütülmesinde desteğini esirgemeyen ve bana danışmanlık yapan Doç. Dr. Aslı Beşirli';

Eğitim hayatımda olduğu kadar, ihtiyaç duyduğum her anda bana her zaman destek olan ve bize bir abla gibi yaklaşan Doç. Dr. Mihriban Dalkıran'a;

Bizleri bilimsel anlamda destekleyen ve birikimlerini paylaşan Doç. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın'a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, gurur duyduğum, tez süresince de desteklerini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve psikiyatri çalışma ekibine;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, her verdiğim kararda arkamda durduklarını hissettiğim, haklarını asla ödeyemeyeceğim annem Dilek Çağla, babam Mahir Çağla, kardeşlerim Emre ve Berat Çağla'ya,

Sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Eren Çağla

İstanbul, 2024

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER .....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	v
ÖZET .....	vii
SUMMARY .....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Panik Bozukluk .....	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etiyopatogenez .....	4
2.1.4. İkiz Çalışmaları.....	5
2.1.5. Görüntüleme.....	5
2.1.6. Klinik Özellikler.....	6
2.1.7. Eştanılar .....	6
2.1.8. Ayırıcı Tanı.....	7
2.1.9. Tedavi.....	7
2.1.10. Prognoz .....	8
2.2. AGORAFOBİ.....	8
2.2.1 Tarihçe.....	8
2.2.2. Epidemiyoloji.....	9
2.2.3 Etiyoloji .....	10
2.2.4 Görüntüleme.....	10
2.2.4. Klinik Özellikler.....	10
2.2.5. Ayırıcı Tanı.....	11
2.2.6. Tedavi.....	11
2.3 UYKU .....	11
2.3.1 GİRİŞ VE TARİHÇE.....	11
2.3.2 BEYİN DALGALARI.....	12
2.3.3 NREM VE REM DÖNEMİ.....	12

2.3.4 UYKU HİJYENİ .....	14
2.3.5 İNSOMNİA BOZUKLUĞU.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	17
3.1. ETİK KURUL.....	17
3.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI .....	17
3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ VE ÇALIŞMA VERİ TABANININ HAZIRLANMASI .....	17
3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER .....	18
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Formu .....	18
3.4.2. Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği .....	18
3.4.3. Panik Agorafobi Ölçeği .....	18
3.4.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) .....	19
3.4.5. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) .....	19
3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN İSTATİKSEL YÖNTEM .....	20
3.6. ÇIKAR ÇATIŞMASI .....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	52
5.1 Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi .....	52
5.2 Hasta Grupları Arasında PUKİ ve UŞİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	54
5.3 Agorafobili Panik Bozukluk ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Şiddetinin Uykusuzluk Şiddeti ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi .....	55
5.4 Agorafobili Panik Bozukluk ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Tanılı Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	56
5.5 Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Ailede Uykusuzluk Olan ve Olmayan Grupların Uykusuzluk Şiddeti ve Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması .....	57
5.6 Sigara Kullanımının Hastalık Şiddetine, Uykusuzluk Şiddetine ve Uyku Kalitesine Etkisi .....	57
5.7 Panik Bozukluk Tanılı Kadın Hastalar ile Erkek Hastalar Arasında PUKİ ve UŞİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	58
6. SONUÇLAR.....	60
7. KAYNAKLAR .....	61
8. EKLER.....	78
9. ÖZGEÇMİŞ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER

<b>PB</b>	: Panik Bozukluk
<b>AG</b>	: Agorafobi
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement
<b>NREM</b>	: Non-rapid Eye Movement
<b>YAB</b>	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>MDB</b>	: Major Depresif Bozukluk
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>SSRİ</b>	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
<b>TCAs</b>	: Trisiklik Antidepresanlar
<b>SNRI</b>	: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörü
<b>FDA</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Gruplara Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 2.</b>	Tablo 2. Agorafobili-Agorafobisiz Gruplarına Göre Hastalık Süresi, Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu Karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 3.</b>	Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 4.</b>	Gruplara Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 5.</b>	Agorafobili-Agorafobisiz Gruplamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 6.</b>	Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları .....	34
<b>Tablo 7.</b>	Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 8.</b>	Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	36
<b>Tablo 9.</b>	Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 10.</b>	Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 11.</b>	Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Uyku Bozukluğuna Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 12.</b>	Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Uyku Bozukluğuna Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 13.</b>	Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 14.</b>	Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42

<b>Tablo 15.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Sigara Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 16.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Sigara Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 17.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Alkol Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 18.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Alkol Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 19.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 20.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 21.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 22.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 23.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Aylık Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 24.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Aylık Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 25.</b> Yaş ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları.....	51
<b>Tablo 26.</b> Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Yatak Partnerinin olup olmamasına Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 27.</b> Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Yatak Partnerinin olup olmamasına Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması.....	53

## ÖZET

Agorafobi ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Uykusuzluk ve Uyku kalitesi

**Amaç:** Bu çalışma, agorafobisi olan ve olmayan panik bozukluk tanılı hastalarda uykusuzluk ve uyku kalitesini araştırmayı amaçlamaktadır. Agorafobinin uyku bozuklukları üzerindeki etkisini anlamak ve bu etkileri sadece panik bozukluğu olan hastalarda görülenlerle karşılaştırmak, hedefe yönelik terapötik müdahaleler için değerli bilgiler sağlayabilir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma 33 agorafobili panik bozukluk, 33 agorafobisiz panik bozukluk, 33 sağlıklı kontrol bireyinden oluşmaktadır. Kapsamlı veri toplamak için katılımcılardan, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özellikler formu da dahil üzere bir dizi değerlendirme ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, Panik Agorafobi Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) araştırmacının gözetimi altında doldurulmuştur. Panik bozukluğunun şiddeti, klinik muayenelere dayalı olarak Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği kullanılarak bir klinisyen tarafından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** İlk bulgular, hasta grupları ile sağlıklı kontroller arasında uyku kalitesi ve uykusuzluk şiddeti açısından farklılıklar olduğunu, ancak agorafobinin varlığının uykusuzluk şiddetini önemli ölçüde etkilemediğini göstermektedir. Panik bozukluğu olan (agorafobisi olan ve olmayan) her iki hasta grubu da sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde uykusuzluk ve daha düşük uyku kalitesi bildirmiştir. Daha ileri analizler, panik bozukluğu semptomlarının şiddeti ile uyku bozuklukları arasında korelasyonlar olduğunu, ancak agorafobinin uyku ile ilgili sorunları önemli ölçüde şiddetlendirmedeğini ortaya koymuştur.

**Sonuç:** Çalışma, panik bozukluğun uyku kalitesi ve uykusuzluk şiddeti üzerindeki kritik etkisinin altını çizmektedir. Bu bulgular, panik bozukluğuna yönelik klinik müdahalelerin agorafobinin varlığından bağımsız olarak uyku bozukluklarını ele alması gerektiğini göstermektedir. Panik bozukluğu semptomlarını hedef alan özel tedavi stratejileri, bu hastalar için uyku sonuçlarının ve genel yaşam kalitesinin iyileşmesini sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** Agorafobi, Panik Bozukluk, Uykusuzluk, Uyku kalitesi, Agorafobili Panik Bozukluk, Agorafobisiz Panik Bozukluk

## SUMMARY

Insomnia and Sleep Quality in Patients Diagnosed with Panic Disorder with and without Agoraphobia

**Objective:** This study aims to investigate insomnia and sleep quality in patients diagnosed with panic disorder with and without agoraphobia. Understanding the impact of agoraphobia on sleep disturbances and comparing these effects with those seen in patients with only panic disorder can provide valuable insights for targeted therapeutic interventions.

**Methods:** The study sample comprised 33 patients with agoraphobic panic disorder, 33 patients with non-agoraphobic panic disorder, and 33 healthy control subjects. To gather comprehensive data, participants were asked to complete a range of assessment tools, including a sociodemographic characteristics form developed by the researcher. Additionally, they filled out the Panic Agoraphobia Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and Insomnia Severity Index (ISI) under the researcher's supervision. The severity of panic disorder was evaluated by a clinician using the Panic Disorder Severity Scale, based on clinical examinations.

**Results:** Initial findings indicate that while there are differences in sleep quality and insomnia severity between the patient groups and healthy controls, the presence of agoraphobia does not significantly impact insomnia severity. Both patient groups with panic disorder (with and without agoraphobia) reported higher levels of insomnia and poorer sleep quality compared to healthy individuals. Further analyses revealed correlations between the severity of panic disorder symptoms and sleep disturbances, but agoraphobia did not exacerbate sleep-related issues significantly.

**Conclusion:** The study underscores the critical impact of panic disorder on sleep quality and insomnia severity. These findings suggest that clinical interventions for panic disorder should address sleep disturbances regardless of the presence of agoraphobia. Tailored treatment strategies targeting panic disorder symptoms could lead to improved sleep outcomes and overall quality of life for these patients.

**Keywords:** Agoraphobia, Panic Disorder, Insomnia, Sleep Quality, Agoraphobic Panic Disorder, Non-Agoraphobic Panic Disorder

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Panik herhangi bir stres durumuna karşı verilen abartılmış bir tepkidir. Panik bozukluk DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu sınıfında yer almaktadır (1). Panik bozukluk(PB) tekrarlayan beklenmedik panik ataklarla seyreden bir durumdur (2). Panik ataklara ek olarak panik atağın olduğu yerlerden kaçınma davranışları gösterirler. Özellikle agorafobi (AG) ile eş tanımlı olduğu durumlarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir (3).

AG kaçmanın veya yardım almanın zor olduğu ortamlarda oluşan kaygıdır. Bu ortamlarda panik atak benzeri semptomlar ortaya çıkar ve birey bu gibi ortamlarda kaçınma davranışı gösterir (4). 1871'de Dr C. Westphal tarafından açık alanlarda veya kalabalık yerlerdeki korku olarak tanımlandı (5). DSM-III'ün ortaya çıkışına kadar eski literatürlerde fobik bozukluk veya fobik nevroz olarak adlandırılıyordu (6,7). AG'nin PB ve panik ile karmaşık bir tarihsel ilişkisi vardır. Bu alandaki en tartışmalı tanınan konulardan biri, AG'nin PB'den ayrı bir tanınan varlık olarak varlığı olmuştur. Çağdaş sınıflandırma sistemleri bu tartışmayı vurgulamaktadır. DSM-IV-TR'de AG, PB'ye ikincil olarak görülürken, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. baskısında (ICD-10) AG bağımsız bir durum olarak görülmektedir. Bu tanınan tutarsızlık, Avrupalı (ICD-10) ve Amerikalı (DSM) araştırmacıların AG'nin doğasını kavramsallaştırma biçimlerindeki farklılıklardan kaynaklanmış gibi görünmektedir ve ilginç bir şekilde, ICD-10 ve DSM-IV sınıflandırma sistemlerinin farklılık gösterdiği birkaç örnekten biridir (8).

Uyku sadece uyanıklığın olmaması değil, beynin aktif olarak çalıştığı nörofizyolojik bir süreçtir. Uyku yaşam için gereklidir ama temel fonksiyonu tam olarak açıklanamamıştır (9). İnsomnia tanısı haftada en az 3 kez ve son 3 aydan fazla uykuyu sürdürmede ve/veya uykuya dalmada zorlanmanın yanı sıra gündüz uykululuk ve dikkat dağınıklığının eşlik etmesidir (10). İnsanlarda uyku rapid eye movement (REM) -hızlı göz hareketi- ve non-rapid eye movement (NREM) olarak 2'ye ayrılmıştır. NREM'de kendi içinde 4 bölüme ayrılır (11).

Literatürde anksiyete bozukluğu ve uykusuzluğun yüksek derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir (12). Ancak anksiyete bozukluğunu sınıfında olan tanı

gruplarından yalnızca 2 tanesinde [Post travmatik stres bozukluğu (PTSB) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)] tanı kriterleri içinde yer alır (13). Alfano ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 13-16 yaş grubunda herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarda %25.6 kadarında uykusuzluk saptanmıştır. (14).

Biz bu çalışmamızda AG'li ve AG'siz panik bozukluk hastalarının uykusuzluk ve uyku kalitesini hem birbirleri arasında hem de sağlıklı gönüllerle karşılaştırıp hastalık evresiyle ve bu parametreler arasındaki ilişkilerin araştırılmasını amaçladık.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Panik Bozukluk

#### 2.1.1. Tarihçe

Panik ilk olarak yunan mitolojisinde Pan tanrısının sebep olduğu bir durum olduğuna inanılıyordu. 1850'lerde depresyonun bir belirtisi olarak görülüyordu. 1879 yılında Henry Maudsley melankolik panik terimini ortaya atarak ilk defa panik terimini kullanmış olundu. Daha sonrasında Sigmund Freud semptomları angtneurose (anksiyete nevrozu) olarak tanımladı ve bu atakların fobilerle ilişkili olduğunu savundu. 1954 yılında Mayer Gross etyolojik olarak organik kalıtsal ve psikolojik faktörler ayırdı. Kendi içinde de basit ve fobik kaygılı durumlar olarak sınıflandırdı. 1964 yılında Donald Klein bu hastaların imipramine yanıt verdiğini gördü. Onun gözlemleri DSM-3'ün hazırlanmasına yardımcı oldu (15).

İlk resmi olarak DSM-3-R ile 1987'de tanımlandı (2). DSM-3-R ile AG'li ve AG'siz panik bozukluk olarak kendi içinde sınıflandırıldı. DSM-4'te ise hemen hemen aynı tanımlanma yapıldı ancak PB'un tüm kriterleri karşılamadan da tanı koyulabildiği gösterildi. Kendi içinde de spontan, AG ile ilişkili, fobik bir uyararla tetiklenen şeklinde gruplara ayrıldı. DSM-4-TR'de ise PB kriterleri değişikliğe gidilmedi (16). DSM-4-TR'de AG panik bozukluğun bir niteleyicisi olarak kabul edilirken DSM-5 ile birlikte panik bozukluktan ayrılarak ayrı bir tanı grubu olarak sınıflandırılmıştır (17).

#### 2.1.2. Epidemiyoloji

Tüm ülkelerde panik atakların yaşam boyu prevalansı ortalama %13.2'dir Yaşam boyu PA geçirenlerde de panik bozukluk prevalansı %12.8 bulunmuştur. Toplum düzeyinde ise panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1.7 bulunmuştur. PB tanısı almayıp panik atak geçirenlerin 2/3'ünde tekrarlayan panik atak görülmüş (18). Amerika'daki çalışmalara göre genel toplumun %7-28 arasında hayatında bir kez panik atak geçirmiştir. Benzer şekilde 6 Avrupa ülkesinde yetişkin genel nüfusunda bu oran %6.8, Almanya'da ergenler ve genç yetişkinler arasında yapılan çalışmaya göre %9.4 bulunmuştur (19)

Panik atak oranları erkekler ile karşılaştırıldığında kadınlarda 2-3 kat yüksek bulunmuştur. (%2.2 erkek, %5.6 kadın). Ortalama başlangıç yaşı 20’li yaşlarında başlarından ortalarına kadardır. Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) verilerine göre kadınlarda pik yaptığı yaş aralığı 10-28 yaş arası bulunurken Amerika’da yapılan çalışmada erkeklerde bu bulgulara ek olarak 40’lı yaşların sonuna doğru 2. kez pik yaptığı bir yaş aralığı gösterilmiştir (20).

2000 yılında İngiltere’de Ulusal İstatistik Ofisi tarafından yapılan çalışmada 16-74 yaş arası Büyük Britanya’da yaşayan kişilerin evlerinde görüşme yapıldı. Her evden rastgele 1 kişi seçilip anket çalışması ve görüşmeye alındı. 8580 kişiyle yapılan çalışmaya göre panik bozukluk 1 haftalık prevalans değeri % 1.7 bulunmuş. (21).

### **2.1.3. Etiyopatogenez**

Çoğu araştırmacı panik bozukluğun çevresel ve genetik etkenlerle tetiklendiğine inansa da tam olarak nörobiyolojisi belirsizdir. Literatür çalışmalarında birinci derece akrabalarda panik bozukluk olan kişilerde kontrol grubuna kıyasla 20 kat fazla panik bozukluk tanısının olduğu gösterilmiştir (22).

Paniğin ilk nöroanatomi modelini Gorman ve arkadaşları tarafından ortaya konuldu. Bu modelde panik ataklar Locus Coeruleus’taki (LC) noradrenerjik aktivitesiyle ilişkilendirildi. Karbondioksit ile de LC’deki aktivitesinin arttığı görülmüştür. Ayrıca insanlar ve maymunlarda da yohimbinin de panik benzeri etkileri gösterilmiştir (15). Son zamanlarda 2 ana hipotez öne sürülmüştür. Birincisi tehlike anında görev alan nöronal ağlarda 5-HT reseptörlerindeki inhibisyon eksikliği, ikincisi ise alarm sisteminin endojen opioidlerin hatalı tamponlanmasına bağlı olarak aşırı duyarlı hale gelmesidir. Dorsal periaquaduktal gri maddedeki (dPAG) 5-HT reseptörleri endojen opioidlerle etkileşime girerek antipanik etki ortaya çıkarabilmektedir. Bu bulgu antidepresanların dPAG’taki 5-HT salınımını arttırması yoluyla ve opioidlerin 5-HT reseptörleriyle etkileşimi panik bozukluk tanısı almış hastalardaki terapötik etkiyi açıklamaktadır (23).

Çalışmalar PB’un artan CO<sub>2</sub> duyarlılığı ile ilişkin olduğu ve PB hastalarında CO<sub>2</sub> maruziyeti sonrası panik atakların tetiklenebildiği gösterilmiştir (24). PB semptomları provoke edilen az sayıda psikiyatrik hastalıktan biridir (25,26). PB hastaların 1. Derece sağlıklı akrabalarında CO<sub>2</sub> maruziyeti sonrası diğer sağlıklı bireylere göre anlamlı şekilde daha fazla tepki gösterilmiştir (27).

Noradrenerjik sistemle ilgili olarak, COMT ve NET gen polimorfizmlerinin PB patofizyolojisinde rol oynadığı varsayılmaktadır (28). Genom çapında ilişkilendirme çalışmalarında (GWAS) 2 büyük çalışma yapılmıştır. İlki Japonya’da 200 PB, 200 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yapılan çalışmada 1q32 kromozomu üzerindeki plakofilin-1 (PKP1) genindeki tekli nükleotid polimorfizm markörü rs860544 gözlenmiştir (29,30). İkinci çalışma ise Almanya’da 260 PB, 260 sağlık kontrol grubu üzerinde yapılan çalışmada 12q24 kromozomundaki transmembran-protein-132D (TMEM132D) genindeki tek nükleotid polimorfizmi rs7309727’de gözlenmiştir. Fareler üzerinde yapılan çalışmalarda aşırı kaygıların anterior singulat korteksteki TMEM132D mRNA ekspresyonunda anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bir hipoteze göre de TMEM132D’nin hücre yüzey markerlarıyla etkileşime girerek oligodendrositlerin farklılaşmasında rol aldığı savunulmuştur (31).

#### **2.1.4. İkiz Çalışmaları**

En büyük ikiz çalışmaları Vietnam, Virginia, Hollanda, Avustralya’da yapılmış olup 1000’den fazla ikiz çifti incelenmiştir. Çalışmaların sonucu olarak ortalama %30-46 arasında genetik olarak kalıtılabilirliği gösterilmiştir. İkiz çalışmalarında stres, perinatal faktörler, madde kötüye kullanımı, çeşitli sosyal olaylar (şiddete maruz kalma, sosyal izolasyon) gibi paylaşılmayan çevresel faktörler geriye kalan yüzdeyi açıklamaktadır. Bu çevresel faktörler dışında da ebeveyn ayrılığı, yoksulluk ve aşırı ebeveyn kontrolü de risk faktörleri arasındadır (32).

#### **2.1.5. Görüntüleme**

Amigdala, hipokampus, talamus, hipotalamus, lokus sereus, periaquaduktal gri madde ve diğer beyin sapı bölgeleri Gorman ve arkadaşları tarafından korku ağı olarak adlandırılmıştır (33). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemelerinde (fMRI) çoğunlukla amigdala hiperaktivasyonu üzerinde durulsa da bu bulgunun uyarılara, örneklem heterojenitesine, nörogörüntüleme tekniklerine bağlı olarak değiştiği görülmüştür. Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında ise frontal ve temporal kortikal alanlardaki limbik yapılarda, bazal ganglionlarda, hipofiz bezi ve hipotalamusta ve orta beyin/beyin sapı yapılarında hacimsel ve morfometrik değişiklikler bildirilse de çalışmalar arasında gösterilen farklılıklar bu bulguların panik

bozukluk açısından spesifik olarak gösterilmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmalardaki küçük örneklem boyutu ve eşanlı psikiyatrik hastalıkların olması çalışma yapılmasını sınırlandıran diğer faktörlerdir (34). Bazı çalışmalarda ise insula ve dorsoanterior singulat korteks (dACC) üzerinde durulmuştur (35,36).

### **2.1.6. Klinik Özellikler**

PB yaklaşan felaket duygularının eşlik ettiği akut yoğun anksiyete ataklarıyla seyreden seyreden bir hastalıktır. Panik atak dakikalardan saatlere kadar uzayan ani ve yoğun bir korku veya endişe dönemidir. Panik atak bir semptomdur ve PB dışında birçok bozukluk da PA neden olabilir (37). Panik ataklar, bir gün içinde birkaç ataktan bir yıl içinde sadece birkaç atağa kadar değişkenlik gösterebilir (38).

### **2.1.7. Eştanılar**

PB tanısı alan hastaların %91'inde başka bir psikiyatrik hastalık eşlik edebilmektedir. PB tanılı hastalar, en sık AG olmak üzere, kaçmanın zor olabileceği yerlere karşı korku veya endişe anlamına gelen bir dizi eştanı durumu başvurabilirler. PB tanısı alan hastalarının yaklaşık 1/3'ünde tanı konmadan önce daha önceden major depresif bozukluk (MDB) tanısı almıştır. YAB (%15-30), Sosyal fobi (%15), özgül fobi (%2-20), TSSB (%2-10) yaygın görülen eştanılardır. (38).

Uluslararası geniş çaplı yapılan bir epidemiyolojik çalışmada PB tanısı alan hastaların %80.4'ünde başka bir psikiyatrik hastalık eşlik ettiği saptanmıştır. En fazla eşlik eden tanılar anksiyete bozuklukları (%63.1), duygudurum bozuklukları (%53.7) madde bağımlılığı bozukluğu (%26.2) ve dürtü kontrol bozukluklarıdır. (%10.4) (18).

Psikiyatrik hastalıklar dışında pulmoner (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), kardiyovasküler (hipertansiyon, koroner arter hastalığı), gastrointestinal (irritabl bağırsak sendromu, diyabet) eşlik edebilir (2). Astım tanısı olan hastalar üzerinde yapılan çalışmada %20'si panik atak yaşamış %10'una panik bozukluk teşhisi konmuştur. Astım tanısı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında ise hem başlangıç hem takipte panik atak prevalansı yüksek bulunmuştur (40,41). Esansiyel hipertansiyonda panik bozukluk prevalansı 3 kat artmıştır. PB ve hipertansiyon benzer sempatik patern ateşlemelerine sahip olduğu görülmüştür (42). PB ve mitral valv prolapsusu ile ilgili çalışmalar olsa da arasındaki ilişki zayıf bulunmuştur (43).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada PB ile koroner hastalığı, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (44). PB hastalarında irritabl bağırsak sendromu prevalansı da yüksek saptanmıştır (45). Özellikle Tip 1 DM hastalarında panik bozukluk prevalansı %5 gibi anlamlı olacak derecede yüksek bulunmuştur (46).

### **2.1.8. Ayırıcı Tanı**

Çoğu medikal durum PB ile benzer semptomatoloji ile prezente olabilir. Endokrin bozukluklar (hipertiroidi, hipotiroidi, feokromositoma, insülinoma, hiperparatiroidizm), solunumsal hastalıklar (astım, KOAH, pulmoner embolizm), kardiyolojik hastalıklar (aritmiler, miyokardiyal infarktüs, mitral valv prolapsosu), merkezi sinir sistemi hastalıkları (epilepsi, serebrovasküler olaylar), ilaç intoksu panik atak benzeri otonomik bulgulara yol açabilir (38). Nefes darlığı panik bozuklukta görüleceği gibi konjestif kalp yetmezliği, KOAH, pulmoner embolide de görülebilmektedir (47). Aynı şekilde altta yatan bir göğüs ağrısı koroner arter hastalığı (KAH) ve/veya panik bozukluk olarak karşımıza çıkabilir (48).

### **2.1.9. Tedavi**

En etkili tedavi farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapidir (BDT). Aile ve grup terapileri hastanın panik ataklara sebep olan psikososyal zorluklara uyum sağlama konusunda yardımcı olur (38). Trisiklik antidepresanlar (TCAs) 1960'tan beri PD tedavisinde kullanılmaktadır. Selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI); TCA ve benzodiyazepinler kadar etkilidir ancak daha iyi tolere edilebilen ilaçlardır. SSRI'lar ilk tercih edilen farmakolojik tedavidir. Doğrudan karşılaştırmalı çalışmalar sayılı olsa da paroksetin, sitolopram ve fluvoksaminin klomaprime benzer etkiler olduğu gösterilmiştir. Paroksetin PB çalışması en çok yapılan SSRI'dır. (49).

Venlafaksin PB tedavisi için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan tek Serotonin ve Noradrenalin Geri alım inhibitörüdür (SNRI). Benzodiyazepinler Amerikan psikiyatri derneği (APA) kılavuzuna göre antidepresanlarla birlikte veya tek başına kullanılabilir ancak bazı klinisyenler tolerans, bağımlılık ve yoksunluk gibi etkilerinin olması nedeniyle ilk basamak tedavi olarak tercih etmeyebilir. Tek antidepresan, tek benzodiyazepin veya ikisinin kombinasyonu şeklindeki tedaviler vaka bazında seçilmelidir (50). 35 çalışmanın

içerildiği 6785 katılımcı derleme çalışmasında benzodiyazepin ile antidepresanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (51).

### **2.1.10. Prognoz**

Remisyon dönemine geldikten sonra bile nüks oranı yüksektir. Genellikle antidepresan tedavi kesilmesinden %50'den fazla nüks oranı gösterilmektedir.

Kötü sonucun öngörücüleri şunları içerir:

1. Düşük sosyoekonomik durum
2. Tedavi öncesi hastalık süresi
3. Başlangıçta 'fobik' kaçınmanın şiddeti (ancak panik atak sıklığı değil)
4. Duygudurum bozukluğu; kişilik bozukluğu; alkol ve/veya madde kötüye kullanımı eşlik etmesi
5. Kadın cinsiyet (erkekler ve kadınlar eşit remisyon oranlarına sahip ancak kadınlarda nüks görülme olasılığı daha yüksektir) (49).

## **2.2. AGORAFOBİ**

### **2.2.1 Tarihçe**

AG terimi Yunancada 'agora' ve 'phobos' kelimelerinden türetilmiş olup pazaryeri korkusu anlamına gelmektedir (52). AG, esas olarak panik ataklarla ilişkili olduğu varsayıldığı için, psikiyatrik bozuklukların uluslararası sınıflandırmalarında diğer fobilerden ayırt edilen özgül bir fobi biçimidir. AG, ani bir yetersizlik durumunda kaçışın zor olabileceği yerlerde veya durumlarda bulunmaktan korkma ve kaçınma olarak tanımlanır (53). 1871'de Dr Westhpal tarafından AG'nin ilk tanımlaması yapılmıştır. AG literatürde DSM-III'ün yayınlanmasına kadar fobik bozukluk veya fobik nevroz olarak rapor edilmiştir. Uluslararası alanda ayrı bir tanısal kod olarak ICD-9 ile kodlanmış olup ICD-10'da da bu devam etmiştir.

DSM-III'te 'yalnız kalmaktan veya kaçmanın zor olabileceği ya da ani yetersizlik durumunda yardımın bulunamayacağı halka açık yerlerde bulunmaktan belirgin korku ve kaçınma' ICD tanımlamasına benziyordu. 1980'lerde AG'nin fobilerden ziyade panik ataklarla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Panik ataklı AG (bozukluğun başlangıç aşamasında tekrarlayan panik ataklar gidiyorsa) ve panik ataksız AG (panik atak öyküsü yoksa) ayrımı yapılmıştır. (54).

DSM-III-R'de panikli ve paniksiz AG arasındaki ayrım kaldırılmış ve panik bozukluğu öyküsü olmayan AG ayrı bir kodlanabilir tanı olarak kalmıştır. Ayrıca AG PB'un altında AG'li PB ve AG'siz PB olarak ayrılmıştır (55). DSM-IV ile AG'nin alt bir tanı olarak sınıflandırılması devam etmiştir (8).

DSM-5'te PB ve AG tanılarının yanı sıra panik atakların tanımlanmasında beş temel değişiklik yapılmıştır:

- 1) PB ve AG'nin ayrılması
- 2) AG'yi özgül fobiden ayırt etmek için kriter ve kılavuzların eklenmesi,
- 3) AG için 6 aylık bir süre şartının eklenmesi
- 4) Panik atakların herhangi bir DSM-5 tanısına belirleyici olarak eklenmesi
- 5) Panik atak türlerinin tanımlayıcılarında değişiklikler (55)

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

AG'nin yaşam boyu yaygınlığı ortalama yüzde 2-6 arasında değişmektedir. 65 yaş üstünde ise AG yaygınlık oranı yüzde 0.4 olarak bulunmuş olsa da AG'nin ve PB tanımlamasında konusundaki anlaşmazlıklar oranlar arasında farklılıklara yol açabilmektedir (38). Örneğin 65 yaş üstü 1968 kişi üzerinde yapılan 4 yıllık bir çalışmada Fransa'da yapılan AG'nin başlangıçtaki 1 aylık prevalansı %10,4, yaşam boyu prevalansı ise %17,7 olarak gözlemlenmiştir (53).

Psikiyatrik örneklemlerde AG üzerine yapılan çalışmalar, etkilenen hastaların en az dörtte üçünde PB'nun da bulunduğunu bildirmiş olsa da, toplum örneklemlerinde AG üzerine yapılan çalışmalarda hastaların yarısında panik bozukluğu olmaksızın AG bulunduğunu gösterilmiştir. Bu farklı bulguların nedenleri bilinmemektedir, ancak büyük olasılıkla tespit tekniklerindeki farklılıkları dolayı olduğu düşünülmektedir (38).

2005 yılında Avrupa ülkelerinde yapılan geniş bir çalışmada 12 Aylık prevalans %0,4 ila %3,1 arasında değişmektedir ve tüm çalışmaların medyan değeri %1,3'tür (aralık 0,7 -2,0). Cinsiyet olarak karşılaştırıldığında ise kadınlarda erkeklere kıyasla oran daha yüksek bulunmuştur (erkek %0,6, kadın %1,5) (20).

### 2.2.3 Etiyoloji

Kendler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre AG'de genetik geçiş %61 olarak bildirilmiştir (56). Çocuklukta yaşanan olumsuz olayların (örn, ayrılık, ebeveyn ölümü, vb.) hem AG hem de PB ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (54).

### 2.2.4 Görüntüleme

AG'li PB hastalarında fMRI çalışmalarında ventral striatum ve insulada beklenti anksiyetesine bağlı aktivasyon artışı gözlemlenmiştir (57). AG tanılı hastalarda BDT uygulandığında ventral striatum aktivitesinin azaldığı ve bu azalmanın tedaviye yanıt ile pozitif korelasyonu olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde sağ taraf amigdalada BDT sonrası aktivasyonda azalma saptanmıştır (58).

### 2.2.4. Klinik Özellikler

Tipik olarak agorafobik durumlar arasında evde yalnız olmak, halka açık bir meydana veya alışveriş merkezinde bulunmak, asansör kullanmak, metroda, otobüste veya diğer toplu taşıma araçlarında seyahat etmek, bir tünelden veya köprüden geçmek veya kalabalık yerlerde bulunmak sayılabilir. Hasta buradaki yerlerden kaçınma davranışı gösterebilir. Bu tür bir kaçınma, hastanın panik belirtilerinin ortaya çıkması durumunda kendisini ciddi sonuçlardan koruma girişimini temsil eder ve ani etkisi beklenti anksiyetesini azaltmaktır. Kaçınma anlık kaygıyı hafifletse de, panik atakların sıklığını veya şiddetini azaltmada nadiren etkili olur (59).

Çalışmalar (AG'si olmayan panik bozukluğu olan hastalara kıyasla) AG'si olan hastalarda bağımlı kişilik özelliklerinin görülme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır:

- 1) Bağımlı ve kaçınan kişilik özellikleri
- 2) Okul reddi de dahil olmak üzere ayrılık kaygısı öyküsü
- 3) Düşük düzeyde öz yeterlilik ve öz yeterlilik
- 4) Daha yüksek depresyon seviyeleri
- 5) Zihinsel kontrolü kaybetme ve bayılma korkularının artması
- 6) Daha fazla sosyal değerlendirme kaygısının olduğu görülmüştür (60).

### **2.2.5. Ayırıcı Tanı**

AG için ayırıcı tanı, anksiyete veya depresyona neden olabilecek tüm tıbbi bozuklukları içerir. Majör depresif bozukluk, şizofreni, paranoid kişilik bozukluğu, kaçınma kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu psikiyatrik ayırıcı tanılardır (38).

Özgül fobi de en çok karıştırılan ayırıcı tanıdır. Çok sayıda durumdan kaçınma, spesifik fobiler ile agorafobik kaçınma arasındaki ayırmada en faydalı kriterdir. AG'si olan bireylerde, kişi korkulan bir nesne ya da duruma maruz kalmayı ya da bunlarla temas etmeyi beklemediğinde bile endişe ortaya çıkar ve bu durum sürekli bir kaygı durumu yaratır. Örneğin kişi asansör kullanırken panik atak geçirdikten sonra bu spesifik duruma karşı bir korku geliştirmiştir. Endişenin merkezinde düşme ya da kilitli kalma yerine panik atak geçirme olasılığı olsa bile, bu vakada spesifik fobi (asansör) tanısı devam etmektedir. DSM kriterlerine göre, panik ataklar sadece asansörlerle sınırlıysa ve korkunun kaynağı panik atak geçirmek olsa bile, özgül fobi en uygun tanıdır. Bununla birlikte, kişi daha sonra kaçındığı diğer durumlarda panik ataklar yaşıyorsa, AG ile bağlantılı panik bozukluk tanısı daha uygundur (61).

### **2.2.6. Tedavi**

Mevcut literatürde AG'li PB tedavisi ilgili yayınlar varken PB olmadan AG ilgili çalışmalar yetersizdir ve mevcut araştırmalar iyileşmenin panik atakların azalması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Paroksetin, sertralin, essitlopram, sitalopram ve klomipramin en tutarlı sonuçları gösterirken imipramine, fluvoksamin ve fluoksetin sınırlı etkinlik gösterilmiştir (62). Ayrıca maruz bırakma etkili tedavi seçenekleri arasındadır (54).

## **2.3 UYKU**

### **2.3.1 GİRİŞ VE TARİHÇE**

Uykuyu basitçe tanımlarsak çevreye karşı tepkisizliğin ve algısal kopuşun geri döndürülebilir bir davranışsal durumdur (63). Uykunun modern anlayışı ilk Berger tarafından atılmıştır. İlk uyku kaydını yaparak insanların uykuya daldığında beyindeki alfa dalgasının kaybolduğunu göstermiştir (64). Polisomnografi (PNG) ile yapılan ölçümlerde uzun uyku süreleri bildirenlerde IL-6/CRP enflamatuvar yolağının

yükseldiğini, kısa uyku sürelerinde ise TNF $\alpha$ 'da yükselme olduğunu gösterilmiştir (65).

### **2.3.2 BEYİN DALGALARI**

Beynimizin yaydığı 5 farklı dalga türü vardır.

1. Beta dalgası (12-40 Hz) genelde uyanıkken gözlemlenir. Kafein gibi bazı uyarıcılar aldığımızda beta aktivitesini arttırabilir.
2. Alfa dalgası (8-12 Hz) genelde sakinleştiğimiz veya rahatladığımız durumda gerçekleşir. Alfa dalgası beta ve teta dalgası arasındaki frekans aralığındadır.
3. Teta dalgası (4-8 Hz) genelde hayal kurma ve uykuyla ilgilidir. Onarıcı uykuda rol oynar.
4. Delta dalgası (0-4 Hz) insanda kaydedilen en yavaş beyin dalgasıdır. En sık bebeklerde ve küçük çocuklarda görülür. En derin rahatlama, onarıcı, iyileştirici uyku düzeyleriyle ilişkilidirler. Yeterli delta dalgası üretimi, iyi bir gece uykusundan uyandıktan sonra kendimizi tamamen yenilenmiş hissetmemize yardımcı olur.
5. Gama dalgaları (40-100 Hz) yüksek işlem görevlerinin yanı sıra bilişsel işlevlerle de ilgilidir. Gama dalgaları öğrenme, hafıza ve bilgi işleme için önemlidir (66).

### **2.3.3 NREM VE REM DÖNEMİ**

REM uyku dönemi Aserinsky ve Kleitman tarafından keşfedilmesinden sonra uykunun kabaca iki dönemden oluştuğunu biliyoruz(NREM ve REM dönemi). Şu an bile tam olarak neden uyuduğumuz ve neden uykunun 2 dönemden oluştuğu belirsizliğini koruyor (67), ancak son yapılan çalışmalarda uykunun nöroplastitenin düzenlenmesi, hafıza ve öğrenme süreçlerinde kritik öneme sahip olabileceğine yönelik kanıtlarda mevcuttur (68). NREM uykusu 4 bölüme, REM uykusu ise 2 bölüme ayrılabilir. NREM uykusunun 3. ve 4. Aşaması yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır. REM uykusu ise fazik ve tonik bölümler şeklinde kendi içinde sınıflandırılır (69).

Elektroensefalografi (EEG), elektro-okülografi (EOG) ve elektromiyografi (EMG) bulgularına göre bir uyku döngüsü 90 ila 110 dakika arasında sürer ve gece boyunca 4 ila 6 arasında uyku döngüsü kaydedilir. NREM uykunun yaklaşık %75-

80'lik bölümünü oluşturur (70). Uykuya NREM aşamasında girilir. Gecenin üçte birine yavaş uyku dalgası hakimdir. Gecenin son yarısında REM uyku dönemi baskındır ve uyku süresi ilerledikçe REM süresi de uzar (71). Limbik ve amigdala bağlantılarında artmış aktivasyon, dorsal prefrontal kortekste azalmış aktivasyonla ilişkiliyken evre 2 NREM ise REM'e kıyasla daha fazla kortikal aktivasyon ile ilişkilidir (11).

Rüyaların yaklaşık yüzde 80'inin REM uykusu esnasında, yüzde 20'sinin ise NREM uykusu esnasında gerçekleştiğine dair bir inanış vardır. REM rüyalarını hatırlamak NREM rüyalarını hatırlamaktan daha kolaydır. Ayrıca bir kişi REM rüyalarının başlamasından hemen sonra uyandırılırsa, ertesi sabah yataktan kalktıktan sonra hatırlamaya göre rüyaları hatırlamak daha kolaydır. REM rüyaları genellikle canlı, gerçekçi olmayan ve acayip rüyalardır (70).

NREM 1 . fazında (N1) uyku süresinin %3-8'ini oluşturur. N1 uykusu en sık uyanıklıktan diğer uyku evrelerine geçişte veya uyku sırasındaki uyanmaları takiben ortaya çıkar. uyanıklığın karakteristik özelliği olan alfa aktivitesi azalır ve düşük voltajlı, karışık frekanslı bir örüntüsü ortaya çıkar. EMG aktivitesi azalır ve EOG yavaş yuvarlanan göz hareketleri görülür.

NREM 2. Fazı (N2) N1'den 10-12 dakika sonra başlar ve toplam uyku süresinin %45-55'ini oluşturur. Karakteristik bulgu olarak uyku içcikleri ve K kompleksi yer alır. EEG'de delta dalgaları ilk bu evrede ortaya çıkar.

NREM 3. ve 4. Fazında (N3-N4) toplam uyku süresinin %15-20'sini kaplar ve yavaş dalga uykusunu oluşturur. Evre 3 uyku orta miktarda yüksek genlikli, yavaş dalga aktivitesi ile nitelendirilirken; evre 4 uyku büyük miktarda yüksek genlikli, yavaş dalga aktivitesi ile nitelendirilir. EOG, evre 2-4 NREM uykusunda göz hareketlerini kaydetmez.

REM uyku süresinin %20-25'ini oluşturur. NREM uykusu başlamasından 60-90 dakika sonra ilk REM uykusuna geçilir. İlk REM uykusu REM uykusu sırasındaki EEG traseleri, yavaş alfa ve teta dalgaları içeren düşük voltajlı, karışık frekanslı bir aktivite ile karakterize edilir. REM uykusu genellikle canlı rüyalar, yüksek beyin

aktivitesi, kas tonusu baskılanması (genellikle çene kaslarından ölçülür) ve hızlı göz hareketleri ile ilişkilidir.

REM Tonik evrenin özellikleri arasında desenkronize bir EEG, iskelet kası gruplarının atonisi ve monosinaptik ve polisınaptik reflekslerin baskılanması yer alır. Fazik REM uykusu, her yöne hızlı göz hareketlerinin yanı sıra kan basıncında, kalp atış hızında, düzensiz solunumda, dil hareketlerinde ve çene ve uzuv kaslarının miyoklonik seğirmelerinde fazik dalgalanmalarla karakterizedir. Teta aralığında bir frekansa sahip olan testere dişi dalgaları genellikle hızlı göz hareketleriyle birlikte ortaya çıkar. REM uykusu sırasında birkaç apne veya hipopne dönemi ortaya çıkabilir (69,72).

### **2.3.4 UYKU HİJYENİ**

Uyku hijyenin ilk tanımı Peter Hauri tarafından uykusuzluklarını iyileştirmek amacıyla kullanılmıştır (73). Uyku hijyenin asıl endikasyonu uykuyu başlatmaya veya sürdürmeye elverişli olmayan alışkanlıklar edinen, maddeler tüketen ve/veya uyku çevrelerini düzenleyen hastalardır (74). 1991'de yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına göre Yetersiz Uyku Hijyeni:

1. Haftada en az iki kez gündüz uyumak
2. Değişken uyanma saatleri veya yatma zamanı.
3. Sık periyotlarla (haftada iki ila üç kez) yatakta geçirilen uzun süreler.
4. Yatmadan önce alkol, tütün veya kafein içeren ürünleri düzenli kullanılmak.
5. Yatma zamanına çok yakın egzersiz yapmak.
6. Yatma vaktine çok yakın bir zamanda heyecan verici veya duygusal olarak üzücü olay yaşamak.
7. Uyku ile ilgili olmayan faaliyetler (örn. televizyon izleme, okuma, ders çalışma,
8. için yatağın sık sık kullanılması atıştırma, vb.) için yatağın sık kullanılması
9. Konforsuz bir yatakta uyumak (kalitesiz yatak, elverişsiz battaniye, vb.).
10. Yatak odasının çok aydınlık, çok havasız, çok dağınık, çok sıcak, çok soğuk veya uykuya elverişsiz olması.
11. Yatmadan hemen önce yüksek konsantrasyon gerektiren aktiviteler yapmak.

12. Düşünme, planlama, anımsama gibi zihinsel faaliyetlerin yatakta gerçekleşmesi (75).

Uyku hijyenine ilişkin kurallar büyük farklılıklar gösterebilir. Kabaca kurallar olarak:

1. Öğleden sonra geç saatlerde veya akşam erken saatlerde egzersiz yapın.
2. Gün içinde uyumayın.
3. Yatmadan önce hafif bir atıştırma yapın.
4. Yatmadan önce sıvı tüketmekten kaçının.
5. Yatmadan önceki 6 Saat içinde kafeinli ürünlerden kaçının.
6. Hipnotik olarak alkolden kaçının.
7. Nikotin içeren ürünlerden kaçının.
8. Gürültüyü azaltmak için kulak tıkacı veya beyaz gürültü kullanın.
9. Evcil hayvanlarla birlikte uyumaktan kaçının.
10. Uyku ortamını rahat ve uykuya elverişli hale getirin.
11. Sabahları alarm kurarak düzenli bir uyku programı uygulayın (74).

Son olarak American Academy of Sleep Medicine raporu ve 2008'de Journal of Clinical Sleep Medicine'da yayınlanan bir klinik kılavuz ise yetersiz kanıt nedeniyle uyku hijyeni eğitimi tek bir terapi olarak desteklememiştir (Kanıt düzeyi yok) (76,77).

### **2.3.5 İNSOMNİA BOZUKLUĞU**

İnsomnia bozukluğu, uyku miktarı veya kalitesinden memnuniyetsizlik, uykuya dalma güçlüğü, uykuya dönme güçlüğü ile birlikte sık gece uyanmaları ve/veya sabah istenenden daha erken uyanma ile karakterizedir (78).

İnsomnia semptomlarının dünya genelindeki yaygınlığı yaklaşık %30-35'tir ve farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar benzer yaygınlık tahminleri ortaya koymaktadır. Buna karşın, kullanılan tanı kriterlerine bağlı olarak, uykusuzluk bozukluğunun yaygınlık oranları %3,9 ile %22,1 arasında değişmekte olup, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV (DSM IV) kriterlerini kullanan çok uluslu çalışmalarda ortalama yaklaşık %10'dur (79–82). Risk faktörleri arasında kadın cinsiyet(hem menopoz sonrası hem regl döneminde) , ailede pozitif insomnia

öyküsü, şiddetli ve süreğen yaşam olayları ile strese maruz kalma, ek tıbbi hastalığının olması, psikiyatrik rahatsızlığının olması, gece veya vardiyalı bir işte çalışmak gibi etkenler yer almaktadır (83,84).

Uykusuzluk yaşayan kişilerle yapılan polisomnografi (PSG) çalışmalarda şikayetlerle bulguların zayıf korelasyon gösterilmiştir (85). Bundan sebeple Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği'nin yayınladığı kılavuzları polisomnogramın insomnianın rutin değerlendirilmesinde endike olmadığını belirtilmiştir (86). Uykusuz hastalarda yapılan PET (pozitron emisyon tomografisi) çalışmasında beynin uyanıklığı teşvik eden yapılarında uykudan uyanıklığa geçerken metabolizmada azalma olmayışı ve NREM döneminde sağlıklılara kıyasla daha yüksek serebral aktivite gözlenmiştir (87).

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar dışlandığında bile insomnia için önemli bir ailesel kümelenme ve yüksek kalıtımsallığı gösterilmiştir (88). CLOCK genlerinde, GABAA reseptörünün  $\beta 3$  alt birimini kodlayan genlerde ve serotonin taşıyıcı genlerde mutasyonlar tanımlanmıştır (89–91) Kronik insomnia bozukluğu kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, tip 2 diyabet, gastroözofageal reflü (GÖRH) ve astım için ciddi bir risk faktörüdür (92). İnsomnia eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında major depresif bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni, yaygına anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, madde kullanım bozukluğu vardır (93,94).

BDT-I kronik insomnia'nın ilk basamak tedavisidir (95). Farmakolojik tedaviler arasında benzodiyazepinler-benzodiyazepin reseptör agonistleri, melatonin reseptör agonisti(ramelton, tasimelton), orexin reseptör antagonisti (Suvorexant), H1 reseptör agonisti (Doksepin, Difenhidramin) vardır. Endikasyon dışı ilaçlarda ise antidepresanlardan trazodon, mirtazapin – antipsikotiklerden olanzapin, ketiyapin – antikonvülzanlardan da gabapentin verilebilir (92). Randomize kontrollü çalışmaların meta-analizlerine göre, benzodiazepinler ve benzodiazepin reseptör agonistleri akut uykusuzluk için güvenli ve etkili kısa süreli tedavilerdir. Ancak, uzun süreli kullanımda tolerans gelişimi ve yüksek bağımlılık riski nedeniyle güvenlikleri ve etkinlikleri önemli ölçüde kısıtlanmaktadır (96).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ETİK KURUL**

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 4331 karar numarası ile onay almıştır. (Ek-1)

#### **3.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI**

Çalışma 15.11.2023- 15.02.2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran AG'li PB ve AG'siz PB tanısı konulan 18-65 yaş arası, okuma yazma bilen, zekâ düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olan, uyku bozukluğuna sebep olabilecek ek bir hastalığı olmayan, vardiyalı bir işte çalışmayan, araştırmaya gönüllü olan hastalar ile sağlıklı gönüllüler ile yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G\*Power 3.1.9.7 programı aracılığıyla güç analizi yapıldı. Effect size=0.5 anlamı kabul edilmesi ön görülerek alfa anlamlılık 0.05, %95 power için örneklem sayısı toplamda 99(33+33+33) olarak bulunmuştur.

#### **3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ VE ÇALIŞMA VERİ TABANININ HAZIRLANMASI**

Çalışmaya 07.06.2022-07.06.2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran AG'li panik bozukluk 33 hasta, AG'siz panik bozukluk 33 hasta ve gönüllü 33 sağlıklı grup dâhil edildi.

Hasta ve gönüllü gruptan bireylerle yüz yüze görüşüldü, ölçekler ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve sonrasında çalışmada örneklemi oluşturan bireyler ile ilgili bilgi elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri içeren sosyodemografik özellikler formu, Panik agorafobi ölçeği, Pittsburgh uyku kalite indeksi, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, araştırmacı gözetimi altında araştırmaya

katılanlar tarafından dolduruldu. Panik bozukluk şiddeti ölçeği yapılan muayene sonucu klinisyen tarafından dolduruldu.

### **3.4. KULLANILAN ÖLÇEKLER**

#### **3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Formu**

Hastalara çalışmanın amacına yönelik bu çalışmaya özgün 14 soruluk sosyodemografik özellikler formu uygulandı. Bu form ile hastaların isim-soyisim, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, aylık geliri ve varsa ek hastalıkları ile kullandığı ilaçlar, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ailede uyku bozukluğu öyküsü, sigara, alkol, madde kullanımı, hastalık süresi psikiyatri ve/veya uyku için ilaç kullanıp kullanmadığı hakkında bilgiler toplandı ve kaydedildi. Ek-2

#### **3.4.2. Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği**

Panik bozukluğu şiddeti ölçeğinde amaç AG'li ya da AG'siz panik bozuklukta belirti şiddetini tespit etmektir. Değerlendirme son bir ay kıstas alınarak yapılır. Yedi maddeden oluşmaktadır. Puanlaması uygulayıcı tarafından yapılır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 28'dir. Her madde, 0; hiç, 1;nadir, 2; orta, 3; şiddetli, 4; aşırı sıklığı belirtecek şekilde, 0-4 aralığında puanlanır. Panik atak yoksa, uygulamada 2. ve 3. sorulara sıfır puan verilir 4. sorudan devam edilir, 4. ve 5. sorulara da sıfır puan verildiyse kalan sorular sorulmadan ölçek sıfır olarak puanlanır. Ülkemizde geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışması 2004'te Monkul tarafından yapılmıştır (97). Ek-3

#### **3.4.3. Panik Agorafobi Ölçeği**

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastada panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirir. Her bir alt bölüme ait puanlar panik bozukluğun bileşen puanlarını, bu puanların toplamı ise şiddet puanını belirler. Gerek gözlemci, gerekse öz bildirim formlarından her biri beşer başlıkta toplam 14'er soru içermektedir. Başlıklar ve kapsadıkları soru sayısı sırayla: Panik atağı özellikleri (3+1), agorafobi/kaçınma davranışı (3), beklenti anksiyetesi (2), yetiyitimi (3), sağlık

konusunda endişe (2)'dir Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 11/12 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (% 92,94) ve duyarlılık (% 92,00) sağlanmaktadır. Ölçeğin 34 güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alfa katsayısı gözlemci formu için 0,88, özbildirim formu için ise 0,86 olarak hesaplanmıştır. Türkçe formu Tural ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır (98). Ek-4

#### **3.4.4. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)**

Uyku bozukluğu olan kişileri, sağlıklı kişilerden ayırt etmeye, uyku sorunlarını saptamaya, uyku niteliğini belirlemeye yarayan bir değerlendirme aracıdır. Kendini değerlendirme ölçeğidir, ancak hasta yakının değerlendirdiği sorularda bulunmaktadır. Ölçeğin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi özbildirim sorusudur ve 5 soru ise eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmak üzere hazırlanmıştır. Sözü edilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Ölçeğin puanlanan toplam 18 sorusu 7 bileşenden oluşur: öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu. Bileşenlerin bazıları tek bir soru ile belirtilmekte, diğer bazıları ise birkaç sorunun gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir ve toplam 0-21 arasında bir değere sahiptir. Ölçeğin toplam puanının 5'ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (99). Ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısı 0,804, bileşenler için Cronbach alfa katsayısı ise 0,35- 0,92 arasında bulunmuştur. Bileşen toplam puan korelasyon katsayıları ise 0,22-0,77 arasında bulunmuştur. Test yeniden test güvenilirliği ise 0,93-0,98 arasında bulunmuştur. Ek-5

#### **3.4.5. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)**

İnsomnia belirtilerinin şiddetini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0 ve 4 arasında puanlanan beşli Likert tipi ölçüm vermektedir. Ölçekte tersine puanlanan madde bulunmamaktadır. Yedi maddenin puanları toplanarak değerlendirme yapılmaktadır. Ölçme aracının toplam puanlarına göre değerlendirme yapılmaktadır. Toplam puanlardaki artış insomnia

belirti şiddetindeki artışa işaret etmektedir. Türk örnekleminde bir kesme noktası hesaplanmamıştır. Ölçeği geliştirenler 10 ve üzerinde puan alanlar için klinik olarak insomnia tanısının düşünülmesi gerektiğini, 15 ve üzerinde puan alanlar için klinik tanının konulabileceğini ifade etmektedir Ek-6

### 3.5. ÇALIŞMADA KULLANILAN İSTATİKSEL YÖNTEM

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin Panik Şiddet ve Panik Agorafobi ölçek puanı hariç hiçbirinin normal dağılıma uymadığı belirlendi. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama±SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare test istatistiği verildi.

AG'li - AG'siz Gruplamasına göre Panik Şiddet ve Panik Agorafobi ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi kullanıldı. Ailede psikiyatrik hastalık durumu, ailede uyku bozukluğu olma durumu, psikiyatrik tedavi alma durumu, alkol-sigara kullanım durumu, cinsiyet ve çalışma durumuna göre PUKİ Toplam Puan ve Uykusuzluk Şiddet İndeks puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Gruplara göre bireylerin PUKİ Toplam Puan ve Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi. Ayrıca hastalık süresi ve aylık gelir durumuna göre Panik Şiddet ve Panik Agorafobi puanının karşılaştırılmasının gruplarda dengeli dağılım yoksa Kruskal Wallis, gruplarda dengeli dağılım varsa One-Way ANOVA testi kullanıldı.

Panik Şiddet ölçek puanı ile Panik Agorafobi ölçek puanı arasında yapılan korelasyon analizinde pearson korelasyon testi diğer ölçek puanları arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı kullanıldı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk,

NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Tezi yazan kişi, tez danışmanı ve tez yazım sürecinde katkı sağlayan ve ileri bir tarihte bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında, karar vermelerini uygunsuz bir biçimde etkileyebilecek tarzda bir ilişki (maddi-manevi) yoktur.



## 4. BULGULAR

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %24.2'si (n=8) ilköğretim mezunu, %24.2'si (n=8) lise mezunu, %51.6'sı (n=17) üniversite mezunu, agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %3.0'ü (n=1) okur yazar, %21.2'si (n=7) ilköğretim mezunu, %36.4'ü (n=12) lise mezunu, %39.4'ü (n=13) üniversite mezunu, sağlıklı bireylerin %3.0'ü (n=1) okur yazar, %3.0'ü (n=1) ilköğretim mezunu, %18.2'si (n=6) lise mezunu, %75.8'i (n=25) üniversite mezunudur. Gruplara göre eğitim durumu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=14.688$ ,  $p=0.023$ ). Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %42.4'ü (n=14) çalışmıyor, %57.6'sı (n=19) çalışıyor, agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %57.6'sı (n=19) çalışmıyor, %42.4'ü (n=14) çalışıyor, sağlıklı bireylerin %27.3'ü (n=9) çalışmıyor, %72.7'si (n=24) çalışmaktadır. Gruplara göre çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=6.203$ ,  $p=0.045$ ). Ayrıca gruplara göre meslek dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=22.640$ ,  $p=0.004$ ). Sağlıklı bireylerin %66.7'si (n=22), agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %30.3'ü (n=10), agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %27.3'ü (n=9) memur-işçi iken, sağlıklı bireylerin %9.1'i (n=3), agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %24.2'si (n=8), agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %36.4'ü (n=12) işsiz-ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %51.6'sının (n=17) aylık gelir durumu asgari ücret altında, %24.2'sinin (n=8) asgari ücret-2 asgari ücret aralığında, %24.2'sinin (n=8) 2 asgari ücret üstünde, agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %66.7'sinin (n=22) aylık gelir durumu asgari ücret altında, %27.3'nün (n=9) asgari ücret-2 asgari ücret aralığında, %6.1'inin (n=2) 2 asgari ücret üstünde, sağlıklı bireylerin %24.2'sinin (n=8) aylık gelir durumu asgari ücret altında, %12.1'inin (n=4) asgari ücret-2 asgari ücret aralığında, %63.6'sının (n=21) 2 asgari ücret üstündedir. Gruplara göre aylık gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=26.684$ ,  $p<0.001$ ). Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin %57.6'sı (n=19), agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin %45.5'i (n=15), sağlıklı bireylerin %21.2'si (n=7) sigara kullanmaktadır.

Gruplara göre sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=9.325$ ,  $p=0.009$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1. Gruplara Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

	Agorafobili Panik Bozukluk (n=33)	Agorafobisiz Panik Bozukluk (n=33)	Sağlıklı (n=33)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2$	p
<b>Yaş</b>					
<i>Ort±SS</i>	35.64±11.21	35.67±10.69	35.97±11.62	* $\chi^2=0.005$	0.997
<i>Medyan (Min-Max)</i>	35.0 (20-64)	35.0 (20-56)	32.0 (22-57)		
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	10 (30.3)	10 (30.3)	10 (30.3)	$\chi^2=0.001$	0.999
Kadın	23 (69.7)	23 (69.7)	23 (69.7)		
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	22 (66.7)	21 (63.6)	18 (54.5)	$\chi^2=1.110$	0.574
Bekar	11 (33.3)	12 (36.4)	15 (45.5)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okur yazar	0 (0.0)	1 (3.0)	1 (3.0)	$\chi^2=14.688$	<b>0.023</b>
İlköğretim mezunu	8 (24.2)	7 (21.2)	1 (3.0)		
Lise mezunu	8 (24.2)	12 (36.4)	6 (18.2)		
Üniversite mezunu	17 (51.6)	13 (39.4)	25 (75.8)		
<b>Meslek</b>					
İşsiz-Ev hanımı	8 (24.2)	12 (36.4)	3 (9.1)	$\chi^2=22.640$	<b>0.004</b>
Memur-İşçi	10 (30.3)	9 (27.3)	22 (66.7)		
Serbest meslek	9 (27.3)	5 (15.1)	2 (6.1)		
Emekli	0 (0.0)	3 (9.1)	2 (6.1)		
Öğrenci	6 (18.2)	4 (12.1)	4 (12.1)		
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışmayan	14 (42.4)	19 (57.6)	9 (27.3)	$\chi^2=6.203$	<b>0.045</b>
Çalışan	19 (57.6)	14 (42.4)	24 (72.7)		
<b>Aylık Gelir</b>					
Asgari ücret altı	17 (51.6)	22 (66.7)	8 (24.2)	$\chi^2=26.684$	<b>&lt;0.001</b>
Asgari ücret- 2	8 (24.2)	9 (27.3)	4 (12.1)		
Asgari ücret					
2 Asgari ücret üstü	8 (24.2)	2 (6.1)	21 (63.6)		

<b>Ek Tıbbi Hastalık Öyküsü</b>					
Var	12 (36.4)	10 (30.3)	7 (21.2)	$\chi^2=1.853$	0.396
Yok	21 (63.6)	23 (69.7)	26 (78.8)		
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>					
Var	18 (54.5)	16 (48.5)	9 (27.3)	$\chi^2=5.509$	0.064
Yok	15 (45.5)	17 (51.5)	24 (72.7)		
<b>Ailede Uyku Bozukluğu</b>					
Var	6 (18.2)	7 (21.2)	3 (9.1)	$\chi^2=1.938$	0.379
Yok	27 (81.8)	26 (78.8)	30 (90.9)		
<b>Sigara Kullanımı</b>					
Var	19 (57.6)	15 (45.5)	7 (21.2)	$\chi^2=9.325$	<b>0.009</b>
Yok	14 (42.4)	18 (54.5)	26 (78.8)		
<b>Alkol Kullanımı</b>					
Var	12 (36.4)	9 (27.3)	9 (27.3)	$\chi^2=0.861$	0.650
Yok	21 (63.6)	24 (72.7)	24 (72.7)		
<b>Madde Kullanımı</b>					
Yok	33 (100.0)	33 (100.0)	33 (100.0)	-	-

\* $\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi,  $\chi^2$ :Ki kare Testi

Agorafobili-Agorafobisiz panik bozukluk gruplamasına göre hastalık süresi ve psikiyatrik tedavi alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2. Agorafobili-Agorafobisiz Gruplarına Göre Hastalık Süresi, Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu Karşılaştırılması**

	Agorafobili Panik Bozukluk (n=33)	Agorafobisiz Panik Bozukluk (n=33)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	$\chi^2$	p
<b>Hastalık Süresi</b>				
<1 yıl	12 (36.4)	16 (48.5)	$\chi^2=3.624$	0.163
1-5 yıl	8 (24.2)	11 (33.3)		
>5 yıl	13 (39.4)	6 (18.2)		
<b>Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu</b>				
Var	14 (42.4)	12 (36.4)	$\chi^2=0.254$	0.614
Yok	19 (57.6)	21 (63.6)		

$\chi^2$ :Ki kare Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması  $8.39\pm 4.34$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $7.52\pm 5.48$ , sağlık bireylerin  $4.21\pm 3.27$  olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre bireylerin PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=16.182$ ,  $p<0.001$ ). PUKİ toplam puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca PUKİ toplam puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puan ortalaması  $11.58\pm 6.93$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $9.48\pm 6.79$ , sağlık bireylerin  $4.97\pm 5.28$ 'dir. Gruplara göre bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=17.361$ ,

$p<0.001$ ). Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Grup	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	$\chi^2$	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Agorafobili Panik Bozukluk <sup>a</sup>	8.39±4.34	7.0 (2-18)	$\chi^2$ =16.182	<b>&lt;0.001</b>
	Agorafobisiz Panik Bozukluk <sup>a</sup>	7.52±5.48	6.0 (0-19)		
	Sağlıklı <sup>b</sup>	4.21±3.27	4.0 (0-14)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Agorafobili Panik Bozukluk <sup>a</sup>	11.58±6.93	11.0 (1-26)	$\chi^2$ =17.361	<b>&lt;0.001</b>
	Agorafobisiz Panik Bozukluk <sup>a</sup>	9.48±6.79	9.0 (0-24)		
	Sağlıklı <sup>b</sup>	4.97±5.28	4.0 (0-22)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi, Farklı harfler  $p<0.05$  düzeyinde farklılığı gösterir

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Öznel Uyku Kalitesi puan ortalaması  $1.70\pm0.98$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $1.52\pm0.94$ , sağlık bireylerin  $0.70\pm0.58$  olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre bireylerin PUKİ Öznel Uyku Kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=21.030$ ,  $p<0.001$ ). PUKİ Öznel Uyku Kalitesi puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Ayrıca PUKİ Öznel Uyku Kalitesi puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Uyku Latansı puan ortalaması  $1.82 \pm 1.07$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $1.70 \pm 1.13$ , sağlık bireylerin  $0.91 \pm 1.07$ 'dir. Gruplara göre bireylerin PUKİ Uyku Latansı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=12.195$ ,  $p=0.002$ ). PUKİ Uyku Latansı puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). PUKİ Uyku Latansı puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Uyku Bozukluğu puan ortalaması  $1.70 \pm 0.68$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $1.27 \pm 0.57$ , sağlık bireylerin  $0.85 \pm 0.57$ 'dir. Gruplara göre bireylerin PUKİ Uyku Bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=23.663$ ,  $p<0.001$ ). PUKİ Uyku Bozukluğu puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). PUKİ Uyku Bozukluğu puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu puan ortalaması  $1.45 \pm 1.23$ , agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin  $0.85 \pm 1.00$ , sağlık bireylerin  $0.48 \pm 0.79$ 'dur. Gruplara göre bireylerin PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=11.847$ ,  $p=0.003$ ). PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu puanları bakımından grupların ikili karşılaştırmasında Agorafobili panik bozukluğu—Agorafobisiz panik bozukluğu, Agorafobisiz panik bozukluğu—Sağlıklı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4. Gruplara Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

	Grup	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	$\chi^2$	p			
<b>PUKİ Öznel Uyku Kalitesi</b>	Agorafobili Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.70±0.98	2.0 (0-3)	$\chi^2$ =21.030	<b>&lt;0.001</b>			
	Agorafobisiz Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.52±0.94	2.0 (0-3)					
	Sağlıklı <sup>b</sup>	0.70±0.58	1.0 (0-2)					
	Agorafobili Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.82±1.07	2.0 (0-3)			$\chi^2$ =12.195	<b>0.002</b>	
	Agorafobisiz Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.70±1.13	2.0 (0-3)					
Sağlıklı <sup>b</sup>	0.91±1.07	1.0 (0-3)						
<b>PUKİ Uyku Latansı</b>	Agorafobili Panik Bozukluk	0.76±1.12	0.0 (0-3)	$\chi^2=0.772$	0.680			
	Agorafobisiz Panik Bozukluk	0.97±1.24	0.0 (0-3)					
	Sağlıklı	0.67±1.02	0.0 (0-3)					
	<b>PUKİ Uyku Süresi</b>	Agorafobili Panik Bozukluk	0.64±1.02			0.0 (0-3)	$\chi^2=0.398$	0.820
		Agorafobisiz Panik Bozukluk	0.85±1.30			0.0 (0-3)		
Sağlıklı		0.58±0.97	0.0 (0-3)					
<b>PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği</b>		Agorafobili Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.70±0.68	2.0 (1-3)	$\chi^2$ =23.663	<b>&lt;0.001</b>		
		Agorafobisiz Panik Bozukluk <sup>a</sup>	1.27±0.57	1.0 (0-2)				
	Sağlıklı <sup>b</sup>	0.85±0.57	1.0 (0-2)					
	<b>PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı</b>	Agorafobili Panik Bozukluk	0.33±0.78	0.0 (0-3)			$\chi^2=2.948$	0.229
		Agorafobisiz Panik Bozukluk	0.39±0.93	0.0 (0-3)				
Sağlıklı		0.06±0.24	0.0 (0-1)					

<b>PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu</b>	Agorafobili Panik	1.45±1.23	2.0 (0-3)	$\chi^2$ =11.847	<b>0.003</b>
	Bozukluk <sup>a</sup>				
	Agorafobisiz Panik	0.85±1.00	0.0 (0-3)		
	Bozukluk <sup>a,b</sup>				
	Sağlıklı <sup>b</sup>	0.48±0.79	0.0 (0-3)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi, Farklı harfler  $p<0.05$  düzeyinde farklılığı gösterir

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin Panik Şiddet Ölçek puan ortalaması 13.64±5.94, agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin Panik Şiddet Ölçek puan ortalaması 9.88±4.65 olduğu belirlenmiştir. Agorafobili-Agorafobisiz panik bozukluk gruplamasına göre bireylerin Panik Şiddet Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (t=2.861, p=0.006). Ayrıca Agorafobili-Agorafobisiz panik bozukluk gruplamasına göre bireylerin Panik Agorafobi Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (t=3.191, p=0.002). Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin Panik Agorafobi Ölçek puan ortalaması agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 5).

**Tablo 5. Agorafobili-Agorafobisiz Gruplamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Grup	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	t	p
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Agorafobili Panik Bozukluk	13.64±5.94	13.0 (3-26)	t=2.861	<b>0.006</b>
	Agorafobisiz Panik Bozukluk	9.88±4.65	9.0 (2-18)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Agorafobili Panik Bozukluk	23.42±9.91	23.0 (3-47)	t=3.191	<b>0.002</b>
	Agorafobisiz Panik Bozukluk	15.91±9.21	15.0 (2-34)		

t:Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde Panik Şiddet Ölçek puanı ile Panik Agorafobi Ölçek puanı arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.883;p<0.001$ ). Panik Şiddet Ölçek puanı ile PUKİ toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.514;p=0.002$ ). Panik Şiddet Ölçek puanı ile Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.653;p<0.001$ ). Panik Agorafobi Ölçek puanı ile PUKİ toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.446;p=0.009$ ). Panik Agorafobi Ölçek puanı ile Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.660;p<0.001$ ). PUKİ toplam puanı ile Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.775;p<0.001$ ).

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde Panik Şiddet Ölçek puanı ile Panik Agorafobi Ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.702;p<0.001$ ). Panik Şiddet Ölçek puanı ile PUKİ toplam puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.384;p=0.027$ ). Panik Şiddet Ölçek puanı ile Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.515;p=0.002$ ). Panik Agorafobi Ölçek puanı ile PUKİ toplam puan ve Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.420;p=0.015$ ,  $r=0.506;p=0.003$ ). PUKİ toplam puanı ile Uykusuzluk Şiddet İndeks puanı arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.846;p<0.001$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları**

		Panik Şiddet Ölçek Puanı		Panik Agorafobi Ölçek Puanı		PUKİ Toplam Puan	
		r	p	r	p	r	p
<b>Agorafobili Panik Bozukluk (n=33)</b>	Panik Şiddet Ölçek Puanı						
	Panik Agorafobi Ölçek Puanı	0.883*	<0.001				
	PUKİ Toplam Puan	0.514	0.002	0.446	0.009		
	Uykusuzluk Şiddet İndeksi	0.653	<0.001	0.660	<0.001	0.775	<0.001
<b>Agorafobisiz Panik Bozukluk (n=33)</b>	Panik Şiddet Ölçek Puanı						
	Panik Agorafobi Ölçek Puanı	0.702*	<0.001				
	PUKİ Toplam Puan	0.384	0.027	0.420	0.015		
	Uykusuzluk Şiddet İndeksi	0.515	0.002	0.506	0.003	0.846	<0.001

r: Spearman İlişki Katsayısı, \*Pearson İlişki Katsayısı

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde hastalık süresine göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastalık Süresi	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	$\chi^2$ ; F	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	<1 yıl	8.17±3.74	8.0 (3-17)		
	1-5 yıl	10.25±4.86	10.5 (4-18)	$\chi^2=2.199$	0.333
	>5 yıl	7.46±4.50	6.0 (2-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	<1 yıl	11.42±6.44	11.5 (3-20)		
	1-5 yıl	15.50±7.87	13.5 (5-26)	$\chi^2=3.242$	0.198
	>5 yıl	9.31±6.16	11.0 (1-21)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	<1 yıl	12.25±5.91	12.0 (3-25)		
	1-5 yıl	15.25±5.97	13.5 (7-25)	F=0.623	0.472

	>5 yıl	13.92±6.12	14.0 (3-26)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	<1 yıl	20.92±9.44	21.5 (4-37)	F=0.770	0.472
	1-5 yıl	26.50±11.08	23.5 (14-47)		
	>5 yıl	23.85±9.79	24.0 (3-45)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi, F:One-Way ANOVA Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde hastalık süresine göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastalık Süresi	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	$\chi^2$	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	<1 yıl	7.00±4.98	6.0 (2-19)	$\chi^2=0.293$	0.864
	1-5 yıl	7.82±6.82	5.0 (0-17)		
	>5 yıl	8.33±4.76	8.5 (2-14)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	<1 yıl	8.94±6.56	8.0 (0-22)	$\chi^2=1.785$	0.410
	1-5 yıl	8.64±7.57	8.0 (0-20)		
	>5 yıl	12.50±6.16	10.5 (7-24)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	<1 yıl	9.13±4.73	7.5 (2-16)	$\chi^2=1.297$	0.523
	1-5 yıl	10.55±4.57	9.0 (3-17)		
	>5 yıl	10.67±5.12	8.5 (5-18)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	<1 yıl	14.75±9.77	14.0 (3-32)	$\chi^2=1.823$	0.402
	1-5 yıl	15.18±8.59	15.0 (2-26)		
	>5 yıl	20.33±8.94	18.5 (9-34)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumu	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	8.33±4.16	7.0 (2-17)	z=0.018	0.986
	Yok	8.47±4.69	8.0 (3-18)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	11.11±6.98	11.5 (1-22)	z=0.181	0.873
	Yok	12.13±7.07	10.0 (3-26)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	13.06±6.21	13.0 (3-26)	t=0.610	0.547
	Yok	14.33±5.73	13.0 (6-25)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	22.83±10.83	23.0 (3-45)	t=0.370	0.714
	Yok	24.13±9.01	23.0 (8-47)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde ailede psikiyatrik hastalık durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Ailede Psikiyatrik Hastalık Durumu	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	8.88±6.16	7.5 (2-19)	z=1.175	0.245
	Yok	6.24±4.56	6.0 (0-16)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	11.38±8.02	9.0 (0-24)	z=1.030	0.309
	Yok	7.71±4.98	8.0 (0-14)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	10.88±4.59	11.0 (4-17)	t=1.201	0.239
	Yok	8.94±4.66	8.0 (2-18)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	17.69±8.73	15.5 (3-32)	t=1.079	0.289
	Yok	14.24±9.59	11.0 (2-34)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde ailede uyku bozukluğu olma durumuna göre PUKİ Toplam puan, PUKİ Alt Boyut Puanları ve Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Uyku Bozukluğuna Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması**

	Ailede Uyku Bozukluğu	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
<b>PUKİ Öznel Uyku Kalitesi</b>	Var	2.17±0.75	2.0 (1-3)	z=1.290	0.222
	Yok	1.59±1.01	2.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Latansı</b>	Var	2.33±1.03	3.0 (1-3)	z=1.318	0.222
	Yok	1.70±1.07	2.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Süresi</b>	Var	1.00±1.26	0.5 (0-3)	z=0.612	0.600
	Yok	0.70±1.10	0.0 (0-3)		
<b>PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	Var	0.83±1.17	0.5 (0-3)	z=0.682	0.569
	Yok	0.59±1.01	0.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Bozukluğu</b>	Var	2.17±0.75	2.0 (1-3)	z=1.769	0.109
	Yok	1.59±0.64	2.0 (1-3)		
<b>PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı</b>	Var	0.50±0.84	0.0 (0-2)	z=0.938	0.538
	Yok	0.30±0.77	0.0 (0-3)		
<b>PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu</b>	Var	1.83±1.47	2.5 (0-3)	z=0.849	0.424
	Yok	1.37±1.18	1.0 (0-3)		
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	10.83±5.08	10.5 (5-17)	z=1.311	0.205
	Yok	7.85±4.06	7.0 (2-18)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	13.33±7.92	14.0 (3-22)	z=0.725	0.479
	Yok	11.19±6.79	11.0 (1-26)		

z: Mann Whitney U Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde ailede uyku bozukluğu olma durumuna göre PUKİ Toplam puan, PUKİ Alt Boyut Puanları ve Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Ailede Uyku Bozukluğuna Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması**

	Ailede Uyku Bozukluğu	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
PUKİ Öznel Uyku Kalitesi	Var	1.71±0.95	1.0 (1-3)	z=0.439	0.682
	Yok	1.46±0.95	2.0 (0-3)		
PUKİ Uyku Latensi	Var	1.71±1.38	2.0 (0-3)	z=0.160	0.880
	Yok	1.69±1.09	2.0 (0-3)		
PUKİ Uyku Süresi	Var	1.14±1.46	0.0 (0-3)	z=0.194	0.880
	Yok	0.92±1.19	0.0 (0-3)		
PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği	Var	0.86±1.46	0.0 (0-3)	z=0.133	0.914
	Yok	0.85±1.29	0.0 (0-3)		
PUKİ Uyku Bozukluğu	Var	1.29±0.49	1.0 (1-2)	z=0.026	0.980
	Yok	1.27±0.60	1.0 (0-2)		
PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı	Var	0.57±1.13	0.0 (0-3)	z=0.754	0.620
	Yok	0.35±0.89	0.0 (0-3)		
PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu	Var	0.86±0.90	1.0 (0-2)	z=0.192	0.880
	Yok	0.85±1.05	0.0 (0-3)		
PUKİ Toplam Puan	Var	8.14±7.13	4.0 (2-19)	z=0.177	0.880
	Yok	7.35±5.11	6.5 (0-16)		
Uykusuzluk Şiddet İndeksi	Var	10.71±7.63	9.0 (1-22)	z=0.442	0.682
	Yok	9.15±6.67	8.0 (0-24)		

z: Mann Whitney U Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde psikiyatrik tedavi alma durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	7.14±3.86	6.5 (2-17)	z=1.370	0.174
	Yok	9.32±4.53	8.0 (3-18)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	9.36±5.93	10.5 (1-17)	z=1.258	0.212
	Yok	13.21±7.30	12.0 (2-26)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	12.71±7.17	12.0 (3-26)	t=0.761	0.452
	Yok	14.32±4.93	13.0 (4-25)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	22.07±11.85	22.0 (4-47)	t=0.667	0.510
	Yok	24.42±8.41	26.0 (3-37)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde psikiyatrik tedavi alma durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	7.00±5.80	4.5 (1-19)	z=0.451	0.671
	Yok	7.81±5.41	7.0 (0-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	6.92±6.59	8.0 (0-22)	z=1.502	0.141
	Yok	10.95±6.59	10.0 (0-24)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	8.92±5.03	8.0 (3-17)	t=0.895	0.378
	Yok	10.43±4.46	9.0 (2-18)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	13.50±9.87	10.0 (2-30)	t=1.142	0.262
	Yok	17.29±8.75	16.0 (3-34)		

*z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi*

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde sigara kullanım durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Sigara Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Sigara Kullanımı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	8.16±4.46	7.0 (3-18)	z=0.548	0.602
	Yok	8.71±4.30	8.0 (2-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	12.00±6.09	11.0 (2-26)	z=0.456	0.653
	Yok	11.00±8.13	11.0 (1-25)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	12.95±5.29	13.0 (3-26)	t=0.772	0.446
	Yok	14.57±6.80	14.0 (3-25)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	22.53±9.78	23.0 (3-45)	t=0.600	0.553
	Yok	24.64±10.32	24.0 (8-47)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde sigara kullananların PUKİ toplam puan ortalaması  $9.93\pm 5.76$ , sigara kullanmayanların  $5.50\pm 4.44$ 'tür. Sigara kullanımına göre agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $z=2.159$ ,  $p=0.030$ ). Ayrıca sigara kullanımına göre agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sigara kullanan bireylerin Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puan ortalaması sigara kullanmayanlara göre daha yüksektir. Agorafobisiz panik bozukluk olan bireylerde sigara kullanım durumuna göre Uykusuzluk Şiddet İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Sigara Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	<b>Sigara Kullanımı</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>z; t</b>	<b>p</b>
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	9.93±5.76	9.0 (2-19)	z=2.159	<b>0.030</b>
	Yok	5.50±4.44	4.0 (0-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	10.60±5.79	10.0 (1-22)	z=1.270	0.215
	Yok	8.56±7.55	8.0 (0-24)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	11.67±4.49	11.0 (5-18)	t=2.121	<b>0.042</b>
	Yok	8.39±4.35	8.0 (2-16)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	19.93±8.45	20.0 (9-34)	t=2.468	<b>0.019</b>
	Yok	12.56±8.64	11.0 (2-32)		

*z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi*

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde alkol kullanım durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Alkol Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Alkol Kullanımı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	6.83±4.13	6.0 (3-18)	z=1.821	0.069
	Yok	9.29±4.29	9.0 (2-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	9.50±6.92	8.0 (2-26)	z=1.387	0.175
	Yok	12.76±6.81	13.0 (1-25)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	12.42±6.32	12.5 (3-26)	t=0.889	0.381
	Yok	14.33±5.75	13.0 (3-25)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	21.42±10.92	22.0 (3-45)	t=0.876	0.388
	Yok	24.57±9.37	24.0 (8-47)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde alkol kullanım durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Alkol Kullanımına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Alkol Kullanımı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Var	6.44±3.74	7.0 (2-14)	z=0.345	0.736
	Yok	7.92±6.02	6.0 (0-19)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Var	8.33±4.66	9.0 (0-14)	z=0.223	0.827
	Yok	9.92±7.47	8.5 (0-24)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Var	10.89±5.62	8.0 (3-18)	t=0.758	0.454
	Yok	9.50±4.31	9.0 (2-17)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Var	17.11±11.12	18.0 (3-34)	t=0.454	0.653
	Yok	15.46±8.61	15.0 (2-32)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan erkek bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması  $5.70\pm 2.67$ , kadın bireylerin  $9.57\pm 4.44$  olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $z=2.535$ ,  $p=0.010$ ). Agorafobili panik bozukluğu olan erkek bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puan ortalaması  $7.80\pm 4.39$ , kadın bireylerin  $13.22\pm 7.25$ 'dir. Cinsiyete göre agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $z=2.138$ ,  $p=0.031$ ). Agorafobili panik bozukluk olan bireylerde cinsiyete göre Panik Şiddet ve Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Erkek	5.70±2.67	5.0 (3-12)	z=2.535	<b>0.010</b>
	Kadın	9.57±4.44	9.0 (2-18)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Erkek	7.80±4.39	9.0 (1-13)	z=2.138	<b>0.031</b>
	Kadın	13.22±7.25	13.0 (1-26)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Erkek	12.30±6.11	13.0 (3-25)	t=0.849	0.402
	Kadın	14.22±5.90	13.0 (3-26)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Erkek	21.20±12.34	22.0 (3-47)	t=0.846	0.404
	Kadın	24.39±8.79	24.0 (8-45)		

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan erkek bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması 4.10±4.70, kadın bireylerin 9.00±5.19 olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (z=2.830, p=0.004).

Agorafobisiz panik bozukluğu olan erkek bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeksi puan ortalaması 4.10±4.91, kadın bireylerin 11.83±6.18'dir. Cinsiyete göre agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (z=3.027, p=0.002).

Agorafobisiz panik bozukluk olan bireylerde cinsiyete göre Panik Şiddet ve Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 20).

**Tablo 20. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	z; t	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Erkek	4.10±4.70	2.5 (0-16)	z=2.830	<b>0.004</b>
	Kadın	9.00±5.19	8.0 (2-19)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Erkek	4.10±4.91	2.0 (0-13)	z=3.027	<b>0.002</b>
	Kadın	11.83±6.18	10.0 (0-24)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Erkek	7.80±5.20	5.5 (3-17)	t=1.745	0.091
	Kadın	10.78±4.19	10.0 (2-18)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Erkek	12.40±8.49	12.0 (2-24)	t=1.470	0.152
	Kadın	17.43±9.26	17.0 (3-34)		

*z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi*

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde çalışma durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>z; t</b>	<b>p</b>
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Çalışmayan	9.71±4.53	9.0 (4-18)	z=1.480	0.142
	Çalışan	7.42±4.03	6.0 (2-17)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Çalışmayan	13.36±7.22	12.0 (4-26)	z=1.222	0.226
	Çalışan	10.26±6.59	10.0 (1-21)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Çalışmayan	14.71±5.37	12.5 (7-26)	t=0.893	0.379
	Çalışan	12.84±6.34	13.0 (3-25)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Çalışmayan	25.21±8.88	24.0 (14-45)	t=0.888	0.382
	Çalışan	22.11±10.64	22.0 (3-47)		

*z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi*

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde çalışma durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Medyan (Min-Max)</b>	<b>z; t</b>	<b>p</b>
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Çalışmayan	8.05±5.07	8.0 (2-17)	z=0.987	0.339
	Çalışan	6.79±6.10	4.5 (0-19)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Çalışmayan	10.89±6.76	9.0 (0-24)	z=1.444	0.152
	Çalışan	7.57±6.57	7.5 (0-22)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Çalışmayan	10.95±4.75	11.0 (2-18)	t=1.571	0.126
	Çalışan	8.43±4.26	8.0 (3-16)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Çalışmayan	16.89±8.96	17.0 (3-34)	t=0.711	0.482
	Çalışan	14.57±9.70	15.0 (2-31)		

*z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi*

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde aylık gelir durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Aylık Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Aylık Gelir	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	$\chi^2$ ; F	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Asgari ücret altı	8.65±4.74	7.0 (2-18)	$\chi^2=0.592$	0.744
	Asgari ücret- 2	8.63±3.78	8.0 (5-17)		
	Asgari ücret üstü	7.63±4.41	5.5 (3-15)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Asgari ücret altı	11.94±7.49	11.0 (1-26)	$\chi^2=0.131$	0.937
	Asgari ücret- 2	11.63±7.01	13.0 (1-20)		
	Asgari ücret üstü	10.75±6.41	11.0 (2-21)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Asgari ücret altı	13.47±5.79	12.0 (3-26)	F=1.557	0.227
	Asgari ücret- 2	16.38±6.61	15.0 (6-25)		
	Asgari ücret üstü	11.25±5.06	12.5 (3-17)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Asgari ücret altı	24.12±8.64	24.0 (14-45)	F=1.128	0.337
	Asgari ücret- 2	26.25±12.14	23.5 (8-47)		
	Asgari ücret üstü	19.13±9.98	22.0 (3-28)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi, F:One-Way ANOVA Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde aylık gelir durumuna göre PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Aylık Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Aylık Gelir	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	$\chi^2$	p
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Asgari ücret altı	7.91±5.28	7.0 (2-17)	$\chi^2=0.887$	0.642
	Asgari ücret- 2 Asgari ücret	7.22±6.51	6.0 (0-19)		
	2 Asgari ücret üstü	4.50±3.54	4.5 (2-7)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Asgari ücret altı	10.36±6.82	9.0 (0-24)	$\chi^2=1.305$	0.521
	Asgari ücret- 2 Asgari ücret	7.56±7.42	6.0 (0-22)		
	2 Asgari ücret üstü	8.50±2.12	8.5 (7-10)		
<b>Panik Şiddet Ölçek Puanı</b>	Asgari ücret altı	10.55±4.58	9.5 (2-18)	$\chi^2=1.801$	0.406
	Asgari ücret- 2 Asgari ücret	8.11±4.37	8.0 (3-15)		
	2 Asgari ücret üstü	10.50±7.78	10.5 (5-16)		
<b>Panik Agorafobi Ölçek Puanı</b>	Asgari ücret altı	16.23±9.27	16.0 (3-34)	$\chi^2=1.468$	0.480
	Asgari ücret- 2 Asgari ücret	13.56±8.85	15.0 (2-30)		
	2 Asgari ücret üstü	23.00±11.31	23.0 (15-31)		

$\chi^2$ :Kruskal Wallis Testi

Agorafobili panik bozukluğu olan bireylerde yaş ile PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ayrıca Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde de yaş ile PUKİ, Uykusuzluk Şiddet İndeksi, Panik Şiddet, Panik Agorafobi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. Yaş ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları**

		Yaş	
		r	p
<b>Agorafobili Panik Bozukluk (n=33)</b>	PUKİ Toplam Puan	-0.227	0.204
	Uykusuzluk Şiddet İndeksi	-0.230	0.198
	Panik Şiddet Ölçek Puanı	-0.009	0.961
	Panik Agorafobi Ölçek Puanı	-0.075	0.676
<b>Agorafobisiz Panik Bozukluk (n=33)</b>	PUKİ Toplam Puan	-0.034	0.852
	Uykusuzluk Şiddet İndeksi	0.062	0.730
	Panik Şiddet Ölçek Puanı	-0.163	0.364
	Panik Agorafobi Ölçek Puanı	-0.170	0.345

*r*:Spearman İlişki Katsayısı

Agorafobili panik bozukluğu olan evli bireylerin PUKİ Uyku Bozukluğu puan ortalaması  $1.45\pm 0.51$ , bekar bireylerin  $2.18\pm 0.75$ 'dir. Medeni duruma göre agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Uyku Bozukluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $z=2.685$ ,  $p=0.014$ ). Evli bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puan ortalaması  $9.23\pm 5.84$ , bekar bireylerin  $16.27\pm 6.75$  olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin Uykusuzluk Şiddet İndeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $z=2.734$ ,  $p=0.005$ ). Medeni duruma göre agorafobili panik bozukluğu olan bireylerin PUKİ Öznel Uyku Kalitesi, PUKİ Uyku Latansı, PUKİ Uyku Süresi, PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği, PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı, PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu, PUKİ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26. Agorafobili Panik Bozukluk Olan Bireylerde Medeni Duruma Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması**

	Medeni Durum	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
<b>PUKİ Öznel Uyku Kalitesi</b>	Evli	1.45±0.96	1.5 (0-3)	z=1.951	0.063
	Bekar	2.18±0.87	2.0 (1-3)		
<b>PUKİ Uyku Latansı</b>	Evli	1.73±1.03	1.5 (0-3)	z=0.759	0.486
	Bekar	2.00±1.18	2.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Süresi</b>	Evli	0.55±0.96	0.0 (0-3)	z=1.438	0.218
	Bekar	1.18±1.33	1.0 (0-3)		
<b>PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	Evli	0.41±0.91	0.0 (0-3)	z=2.188	0.063
	Bekar	1.09±1.14	1.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Bozukluğu</b>	Evli	1.45±0.51	1.0 (1-2)	z=2.685	<b>0.014</b>
	Bekar	2.18±0.75	2.0 (1-3)		
<b>PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı</b>	Evli	0.36±0.85	0.0 (0-3)	z=0.085	0.955
	Bekar	0.27±0.65	0.0 (0-2)		
<b>PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu</b>	Evli	1.32±1.17	1.5 (0-3)	z=0.972	0.355
	Bekar	1.73±1.35	2.0 (0-3)		
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Evli	7.27±3.53	7.0 (2-17)	z=1.762	0.082
	Bekar	10.64±5.06	11.0 (4-18)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Evli	9.23±5.84	9.0 (1-20)	z=2.734	<b>0.005</b>
	Bekar	16.27±6.75	16.0 (4-26)		

z: Mann Whitney U Testi

Agorafobisiz panik bozukluğu olan bireylerde medeni duruma göre PUKİ Öznel Uyku Kalitesi, PUKİ Uyku Latansı, PUKİ Uyku Süresi, PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği, PUKİ Uyku Bozukluğu, PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı, PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu, PUKİ Toplam puan ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27. Agorafobisiz Panik Bozukluk Olan Bireylerde Medeni Duruma Göre PUKİ Toplam Puan, Alt Boyutları ve Uykusuzluk Şiddet İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması**

	Medeni Durum	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z	p
<b>PUKİ Öznel Uyku Kalitesi</b>	Evli	1.52±1.08	2.0 (0-3)	z=0.236	0.839
	Bekar	1.50±0.67	1.0 (1-3)		
<b>PUKİ Uyku Latansı</b>	Evli	1.71±1.06	2.0 (0-3)	z=0.001	0.999
	Bekar	1.67±1.30	2.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Süresi</b>	Evli	0.90±1.30	0.0 (0-3)	z=0.680	0.542
	Bekar	1.08±1.16	1.0 (0-3)		
<b>PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	Evli	0.90±1.37	0.0 (0-3)	z=0.203	0.868
	Bekar	0.75±1.21	0.0 (0-3)		
<b>PUKİ Uyku Bozukluğu</b>	Evli	1.29±0.64	1.0 (0-2)	z=0.326	0.782
	Bekar	1.25±0.45	1.0 (1-2)		
<b>PUKİ Uyku İçin İlaç Kullanımı</b>	Evli	0.29±0.78	0.0 (0-3)	z=0.807	0.593
	Bekar	0.58±1.16	0.0 (0-3)		
<b>PUKİ Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu</b>	Evli	0.90±1.09	0.0 (0-3)	z=0.244	0.839
	Bekar	0.75±0.87	0.5 (0-2)		
<b>PUKİ Toplam Puan</b>	Evli	7.52±5.59	6.0 (0-17)	z=0.075	0.956
	Bekar	7.50±5.52	6.5 (2-19)		
<b>Uykusuzluk Şiddet İndeksi</b>	Evli	9.76±7.54	9.0 (0-24)	z=0.244	0.811
	Bekar	9.00±5.51	8.5 (1-22)		

z: Mann Whitney U Testi

## 5. TARTIŞMA

### 5.1 Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda gruplar arasındaki sosyodemografik veriler incelendiğinde tüm gruplarda kadın/erkek oranı yaklaşık 2.3 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde kadın/erkek oranı agorafobide 3.1 ; PB'ta 2.5 olarak bildirilmiştir (100).

Çalışmamızda AG'li PB hastalarının yaş ortalaması 35.64 ( $\pm$  11,21) , AG'siz PB hastalarının yaş ortalaması 35.67( $\pm$  10,69) olarak bulunmuştur. Bir çalışmanın meta analizinde PB'un başlangıç yaşının 25-35 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının çalışmamızdakine benzer bulunduğu bildirilmiştir. (101).

Çalışmamızda AG'li PB hastalarının ilkokul mezunu oranı %24.2 iken, AG'siz PB da bu oran %21.2 bulunmuştur. PB tanılı hastalarda eğitim durumu AG eşlik etmesinden bağımsız sağlıklı grupta kıyaslandığında anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada PB ve AG tanılı hastaların %25.9'unun liseyi erken bıraktıkları gösterilmiştir (102). Eğitim süresi 12 yıldan az olan kişilerin, üniversite eğitimi almış (16 veya daha fazla yıl) kişilere göre panik atak geçirme olasılığı 4 kattan fazla, panik bozukluğu geçirme olasılığı 10 kattan fazla ve agorafobili panik bozukluk geçirme olasılığı 7 kattan fazla bulunmuştur (103). Ayrıca çalışmamızda kontrol grubunun bir kısmının hastanede çalışan memur kişilerden oluşması, kontrol grubunun hasta grubuna kıyasla eğitim düzeyinin yüksek bulunmasına sebebiyet vermiş olabilir.

Çalışmamızda AG'li PB hasta grubunda işsizlik oranı %24.2, AG'siz PB işsizlik oranı %36.4, sağlıklı grupta ise işsizlik oranı %9.1 olarak bulunmuştur. Literatürde PB tanılı hastalar arasında işsizlik oranı %25'tir ve yalnızca %57'si tam zamanlı olarak çalıştığı bildirilmiştir. Çalışan hastaların iş verimlilikleri düşük olarak değerlendirilmiştir (104).

Çalışmamızda sigara kullanımına bakıldığında her iki hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Hasta grubundaki sigara

içme oranları AG'li PB'ta %57.6, AG'siz PB'ta %45.5 olarak saptanmıştır. Verilerimizi literatürle karşılaştırdığımızda yine benzer oranlarla karşılaştık. Birden fazla araştırmanın incelendiği bir derleme çalışmasında panik bozukluk hastalarının sigara içme oranı yaklaşık %40 olarak bulunmuştur (105). Genel nüfusa kıyasla PB'li hastalarda sigara içme oranı daha yüksektir (106). Ergenler ve genç yetişkinlerde yapılan bir çalışmada günde 20'den fazla sigara içmenin AG ve PB açısından risk teşkil ettiği sonucuna varılmıştır (107), bu sonuç iki yönlü ilişkiyi destekler niteliktedir

Çalışmamızda alkol kullanımı açısından hasta grupları ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde PB olan hastalarda alkolizm yaygın görülmektedir; anksiyete bozukluğu klinik örneklemelerinde yaşam boyu alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı %7-28 aralığındadır. PB tanılı hastalarda alkolizm riski genel popülasyona kıyasla dört kattan fazla bulunmuştur (108). Alkoliklerin yaklaşık %10-40'ında klinik anksiyete semptomları, özellikle de panikle ilişkili anksiyete bozuklukları görülmektedir (109). Alkol kullanım bozukluklarının hem AG'li PB hem de AG'siz PB'la birlikte görülme eğiliminde olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Bu eştanıların nedeni tartışmalı olsa da 3 faktör üzerinde durulmaktadır: Birincisi hastaların alkolü panik belirtilerini bastırmak için ilaç niyetine kullanmaları, ikincisi kronik alkol kullanımının ve alkol yoksunluğunun nörokimyasal sistemde panik belirtilerini tetikleyen değişikliklere neden olduğu ve üçüncüsü iki eştanının da genetik olarak bir sonraki nesillere aktarılmasının neden olduğu tahmin edilmektedir (110).

Çalışmamızda madde kullanımı açısından hasta grupları ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak literatüre baktığımızda panik atakların marihuana, kokain, amfetaminler ve diğer uyarıcılar dahil olmak üzere uyuşturucu kullanımıyla tetiklendiği veya şiddetlendiği bildirilmiştir (108). Esrar kullananların yaklaşık %40'ının esrar kullanımına bağlı en az bir kez panik atak yaşadığı bildirilmiştir (111).

Hem alkol kullanımı hem madde kullanımında çalışmamızın sonuçlarının literatürden farklı bulunmasında ; çalışmaya katılanların çekinceleri(verdiği bilgilerin

işten kovulmasına sebep olacağı düşüncesi), dini inanışlar ve/veya örneklem grubunun küçük olmasının etkili olmuş olabilir.

## **5.2 Hasta Grupları Arasında PUKİ ve UŞİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda hem AG'li PB hem AG'siz PB tanılı hastalarda kontrol grubuna kıyasla toplam PUKİ ve UŞİ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. PUKİ alt skorlarına baktığımızda ise Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı, Uyku Bozukluğu puanlarında AG'li ve AG'siz PB tanılı gruplarla sağlıklı grup arasında anlamlı fark bulunmuştur, Gündüz Uykuya Bağlı İşlev Bozukluğu punalarında ise sadece AG'li PB grubu sağlıklı gruba göre anlamlı fark saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde subjektif olarak uyku bozukluğunun sağlıklı kontrollere kıyasla daha yaygın olduğu (112), PUKİ skorlarının sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunduğu gösterilmiştir (113,114). Ayrıca PB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre uyku latansında gecikme, uyku süresinde azalma ve uyku kalitesinde düşme görüldüğü bildirilmiştir (115–117). Panik bozukluk tanısı olan hastalar ile kontrol grubunun uyku özelliklerinin PSG aracılı araştırıldığı bir çalışmada ; PB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre uykuya dalmada anlamlı fark saptanmazken uyku bölünmesi ve erken uyanma açısından fark gözlemlendiği bildirilmiştir (118).

PB tanısı olan hastalarda, uykusuzluk, huzursuz veya bölünmüş uyku, gece panik atakları gibi uyku bozuklukları sık görülmektedir. PB tanısı almış kişilerde uykuya dalma güclüğü için %68, huzursuz ve bölünmüş uyku için %77'lik prevalans bildirilmiştir (119). Yapılan çalışmalarda PB tanısı almış hastaların, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde daha fazla zorluk yaşadıkları ve uykularının daha uzun uyku latansı ile karakterize olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise uyku başlangıcından sonra uyanık kalma süresinin PB tanısı almış hastalarda arttığı ve bunun da uyku verimliliğinin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (120–123).

Ayrıca nokturnal panik ataklar dediğimiz gece uykuda oluşan panik ataklar uyumadan önce korku ve endişeye yol açtığı için sekonder insomnia'ya sebep olabilir (124). Sistematik bir meta-analizde, PB tanılı hastaların %52.1'inin yaşamları boyunca bir kez nokturnal panik atak yaşadığı ve bunun da uykusuzluğu tetiklediği öne

sürülmüştür. PB tanılı hastalarda hem subjektif hem de objektif verilere göre uykusuzluğun sağlıklı popülasyondan fazla olduğu gösterilmiştir (125). Genellikle bunu yaşayan kişilerin gece boyunca panik atak geçirme korkusundan dolayı gece uykuya dalmakta zorlanabildikleri ve uyumaktan kaçınma davranışı sergiledikleri bildirilmiştir (126,127). Nokturnal panik atak semptomu olan PB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, bu grupta hastalık şiddeti ile uykusuzluk şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir. Fakat aynı korelasyon gündüz panik atak ya da gündüz+gece panik atak yaşayan grupta bildirilmemiştir (128).

AG'li PB olan bireylerde uyku bozukluğu görülme olasılığı sağlıklı bireylere göre 3 kat daha fazladır (129). 14 PB tanılı hasta ve 14 kontrol grubu ile yapılan başka bir çalışmada, hastalarda daha yüksek uyanıklık yüzdesi, daha düşük uyku verimliliği ve daha az miktarda evre 4 uykusu nedeniyle daha düşük yavaş dalga uykusu yüzdesi olduğu bildirilmiştir. (130).

Çalışmamızda AG'li PB tanısı almış hastalar ve AG'siz PB tanısı almış hastalar karşılaştırıldığında, PUKİ ve UŞİ skor ortalamaları AG'li PB tanısı almış hastalarda yüksek bulunsa da istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konuda literatürde kısıtlı sayıda çalışma bulunmakla beraber, bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde PUKİ ile değerlendirilen uyku özellikleri açısından AG'li PB tanısı almış hastalar ve AG'siz PB tanılı hastalar arasında anlamlı fark saptanmamıştır(131).

Çalışmamızda hastaların PUKİ kesme puanına göre değerlendirdiğimizde AG'siz PB'ta %55, AG'li PB'ta %67'sinin PUKİ puanları yüksek bulunmuştur. 13-16 yaş grubu arasında yapılan bir çalışmada PB hastalarında eşlik eden insomnia (%35.7), AG eşlik eden insomnia oranı ise (%30.7) olarak bulunmuştur (133). Yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda ise panik bozukluk tanılı hastaların %70'inin uykusuzluktan etkilendiği gösterilmiştir (102,134).

### **5.3 Agorafobili Panik Bozukluk ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Hastalık Şiddetinin Uykusuzluk Şiddeti ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda hem AG'li hem de AG'siz PB tanısı almış hastalarda Panik Şiddeti Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği puanlarıyla PUKİ ve UŞİ puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamızda hasta gruplarında hastalık

şiddeti arttıkça uykusuzluk şiddetinin arttığı ve uyku kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Bulgumuzu destekler biçimde literatürde şiddetli panik semptomlarının uyku bozukluğunu önemli ölçüde arttırdığı gösterilmiştir (135). Bir çalışmada PB tanılı hastalarda Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanına göre remisyonda olan ve remisyonda olmayan 2 grup arasında karşılaştırma yapılmıştır. PB tanılı hastalarda remisyonda olmayanlar, remisyonda olanlara göre daha fazla uykuya dalma güçlüğü ve gece uyku bölünmeleri şikayetlerinin olduğu bildirmiştir (136). Ek olarak PB olgularında tedavi sonrası subjektif uyku yakınmalarının gerilediği gösterilmiştir. Ancak total uyku süresi, uyku latansı ve uyku kalitesi gibi PUKİ alt skorlarında anlamlı fark bulunamamıştır (137).

Bu sonuçlar iki yönlü ilişkiyi destekler niteliktedir, literatürde de her iki durumu da destekleyen veriler mevcuttur (138).

#### **5.4 Agorafobili Panik Bozukluk ve Agorafobisiz Panik Bozukluk Tanılı Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda AG'li PB tanısı almış hastalar ve AG'siz PB tanısı almış hastalar karşılaştırıldığında AG'li PB tanısı almış hastalarda Panik Şiddet Ölçeği ve Panik Agorafobi Ölçeği puanları istatistiki açıdan anlamlı derece yüksek bulunmuştur.

Literatürde PB'a sıklıkla agorafobi eşlik etmektedir ve agorafobisi olan panik hastalarının agorafobisi olmayanlara kıyasla daha kötü prognoza sahip olduğu bilinmektedir (139). 562 olguyla yapılan bir çalışmada AG'li PB, sadece agorafobi ve sadece panik bozukluk tanılı hastalar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada işlevsellik olarak en kötü grup sadece agorafobi tanılı hastalar olurken en iyi grubun ise sadece panik bozukluk tanılı hastalar olduğu bildirilmiştir (140) .

Literatürde AG'siz PB tanısı almış hastalarda Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği puanları AG'li PB tanılı hastalara göre önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Bununla beraber işlevsellik daha az gözlenmiştir (54).

AG'li PB'un DM, astım gibi hastalıklarla karşılaştırıldığında fiziksel işlevsellik açısından yaşam kalitesini daha fazla etkilediği gösterilmiştir (141). Tüm bu bulgulara baktığımızda çalışmamızın literatürle uyumlu nitelikte olduğunu gördük.

### **5.5 Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Ailede Uykusuzluk Olan ve Olmayan Grupların Uykusuzluk Şiddeti ve Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması**

Çalışmamızda PB tanılı hastalarda (AG eşlik etsin veya etmesin) ailede uyku bozukluğu olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında PUKİ ve UŞİ skorlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Literatürde ise uykusuzluk çeken kişilerde, birinci derece akrabaların %35 ile %55'i de uykusuzluk sorunu yaşadığı bildirilmiştir; bu oran uyku sorunu yaşamayan kişilerin birinci derece akrabalarında görülen uykusuzluk oranına göre oldukça yüksek bulunmuştur. Genetik ve çevresel faktörleri ayırmak için, %42 ile %57 arasında kalıtım oranları veren çeşitli ikiz çalışmaları yapılmıştır (96). 953 kişinin katıldığı başka bir çalışmada da 1. Derece akrabalarında uykusuzluk yaşayan kişilerin oranı %39.7 olarak bulunmuştur. Ailesinde uykusuzluk yaşayan kişilerde uyku sorunu yaşayan ve yaşamayan gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak uyku problemi yaşamayan grupta, hayatı boyunca en az bir kere uykusuzluk yaşayan kişiler çıkartıldığında anlamlı fark bulunmuştur (142).

### **5.6 Sigara Kullanımının Hastalık Şiddetine, Uykusuzluk Şiddetine ve Uyku Kalitesine Etkisi**

Çalışmamızda sadece PB tanılı hastalarda sigara içenler, sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında Panik Şiddet Ölçeği ve Panik Agorafobi Ölçek puanları sigara içenlerde anlamlı derece yüksek bulunmuştur.

Literatürde ise PB tanısı almış hastalarda sigara kullanımının bireylerde daha fazla beklenti anksiyetesi ve işlevsellikte azalmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada panik atak sıklığı ve şiddetinde sigara içen ve içmeyen gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (143).

Çalışmamızda sadece PB tanılı hastalarda sigara içenler, sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında PUKİ puanı sigara içenlerde anlamlı derece yüksek bulunmuştur.

Brezilya’da yapılan bir çalışmada PB ve YAB tanılı hastalarında günlük içilen sigara sayısı ile PUKİ puanı arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (144). Sigara ve fiziksel aktivitenin uykusuzluk üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, uykusuzluk şikayetinin en yüksek oranda görüldüğü grubun fiziksel aktivite yapmayan ve sigara içen grup olduğu bildirilmiştir (145).

Sigara içimi uykusuzluk için bir risk faktörüdür (146). Özellikle gece sigara içimi, daha fazla uykusuzluk ve daha kısa uyku süresi ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir (147). Nikotin kullanımı ile doz-bağımlı olarak uyanıklıkta artış, REM ve yavaş dalga uyku döneminde azalma gözlenmiştir (148). Uzun dönem nikotin kullanımının etkilerine baktığımızda ise düşük dozda REM uyku dönemini arttırdığı, yüksek dozlarda ise REM dönemi ve total uyku süresinde azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir (149,150).

### **5.7 Panik Bozukluk Tanılı Kadın Hastalar ile Erkek Hastalar Arasında PUKİ ve UŞİ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda hem AG’li hem AG’siz PB olgularında PUKİ ve UŞİ ölçek puanları cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında kadınlarda erkeklere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde YAB, PB ve TSSB ile uykusuzluk arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir. Anksiyete bozukluğu olan yaklaşık her dört kadından biri uykusuzluktan veya aşırı uyku halinden şikayet eder (151). Bir dizi başka faktör de uyku üzerinde etkili olabilir. Menopoz, psikososyal faktörler, marital problemler, boşanma, işsizlik ve boş yuva sendromu gibi durumlar uyku bozukluklarına katkıda bulunabilmektedir (152)

Yapılan bir çalışmada 237 orta yaş kadın hastalarda uykusuzluğun klinik koşullarda peri- ve post-menopozal kadın hastalar arasında oldukça yaygın olduğunu, uykuyu başlatma güçlüğü ve dinlendirici olmayan uykunun somatik semptomlardan ziyade psikolojik semptomlarla daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu, uykuyu başlatma güçlüğü ve dinlendirici olmayan uykunun anksiyete ve depresyonla ilişkili

olduğu gösterilmiştir. Orta yaşlı kadınların uykuyu başlatmada ciddi zorluk yaşamalarının anksiyete bozuklukları ilişkili olabileceği dşnlmştir (153)

Sağlıklı popülasyonda kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla insomnia ile ilişkilendirilmiştir (154,155). Bunun sebebi tam olarak anlaşılamasa de adet döngüsü sırasındaki hormonal değişimler olduğu düşünülmektedir (156–158). Hormon düzeyleri ile uyku arasındaki ilişki karmaşık olmasına rağmen, dolaşımdaki östrojen ve progesteronun azalması ile uykusuzluğa eğilimin artması arasında bir ilişki olduğu görülmektedir (159–161). Progesteronun intravenöz uygulandığında sedatif etkisi olduğu gösterilse de vücuttaki progesteron düzeyi ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (162). Kanıtlar adet döngüsünün luteal fazı ve menoz gibi kadına özgü hormonal değişikliklerin uykusuzluk ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (157). Bir çalışmada da menozdaki kadınların insomnia sıklığı daha fazla grlmştir (163).

Çalışmamızın kısıtlılıkları örneklem gruplarının sayıca az olması, uygulanan ölçeklerin özbildirim leği niteliğinde olması, çalışmanın tek merkezden yapılması ve PSG lmlerinin yapılamamasıdır.

## 6. SONUÇLAR

Tüm grupların yaş ortalaması yaklaşık 35'ti. Kadın erkek oranı da 2.3'tü. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilemedi.

PB tanılı hastalarda (AG eşlik etsin veya etmesin) uykusuzluk, uykuya dalmada zorluk, subjektif uyku kalitesi düşüklüğü gibi özellikler kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Uyku süresi, uyku etkinliği, uyku için ilaç kullanımı açısından kontrol grubuna göre farklılık gözlenmemiştir. Gündüz uykuya bağlı işlev bozukluğu sadece AG'li grupta kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur. Bu da PB'un insomniaya sebep olduğunu göstermektedir.

PB hastalarında (AG eşlik etsin veya etmesin) hastalık semptomlarının şiddeti ne kadar fazla ise uykusuzluk ve uyku kalitesi o kadar fazla etkilenir. İnsomnia ve panik ataklar her ikisi de birbirini tetikleyen durumlardır.

PB'a agorafobinin eşlik etmesi hastalığının şiddetini arttırdığı sonucuna varılmıştır. Bundan dolayı eşitlik durumu işlevselliği önemli ölçüde etkilemiştir.

PB tanılı hastalarda (AG eşlik etsin veya etmesin) ailede uyku bozukluğunun varlığı hastalarda uyku sorunlarını etkilemediği görülmüştür.

Sigara kullanan PB hastalarında sigara kullanmayanlara göre daha fazla uykusuzluk ve daha düşük uyku kalitesi bulunmuştur. Sigaranın düşük uyku kalitesi ve uykusuzluğa sebep olduğunu tespit ettik.

Kadın PB hastaları erkeklere göre nispeten daha fazla uykusuzluk çektiğini ve daha düşük uyku kalitesine sahip olduğunu bulduk.

Özet olarak hem AG'li PB hem AG'siz PB uykuyu etkilemektedir. Başka durumların varlığı(kadın cinsiyet, sigara içmek vb.) insomnia riskini artırabilir. Çalışmamız bizden sonraki çalışmalara yardımcı olmakla birlikte bu verilerin doğrulanması açısından, bu konunun daha fazla araştırılmasına, daha büyük örneklerle uzun süreli izlem çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Perrotta G. Panic Disorder: Definitions, Contexts, Neural Correlates and Clinical Strategies.
2. Meuret AE, Kroll J, Ritz T. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications. 2017;
3. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder [Internet]. Vol. 368, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 2006. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
4. Roest AM, de Vries YA, Lim CCW, Wittchen HU, Stein DJ, Adamowski T, et al. A comparison of DSM-5 and DSM-IV agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2024 Jan 18];36(6):499–510.
5. Trotter D. THE INVENTION OF AGORAPHOBIA. *Victorian Literature and Culture*. 2004.
6. Fava GA, Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later. Vol. 77, *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2007. p. 1–2.
7. Disease WKTJ of N and M, 1989 undefined. *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. [journals.lww.com](http://journals.lww.com) [Internet]. [cited 2024 Jan 18]
8. Schmidt NB, Norr AM, Korte KJ. Panic Disorder and Agoraphobia: Considerations for DSM-V. *Res Soc Work Pract*. 2014 Jan;24(1):57–66.
9. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 Feb 1;47(2):29–42.
10. K. Pavlova M, Latreille V. Sleep Disorders. Vol. 132, *American Journal of Medicine*. Elsevier Inc.; 2019. p. 292–9.

11. Mcnamara P, Johnson P, McLaren D, Harris E, Beauharnais C, Auerbach S. Rem and nrem sleep mentation. In: International Review of Neurobiology. Academic Press Inc.; 2010. p. 69–86.
12. Ramsawh H, Stein M, Belik S, ... FJJ of psychiatric, 2009 undefined. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jan 19];
13. Mellman TA. Sleep and Anxiety Disorders. Vol. 29, Psychiatric Clinics of North America. 2006. p. 1047–58.
14. Brown WJ, Wilkerson AK, Boyd SJ, Dewey D, Mesa F, Bunnell BE. A review of sleep disturbance in children and adolescents with anxiety. Vol. 27, Journal of Sleep Research. Blackwell Publishing Ltd; 2018.
15. Egidio A, Rafael N, Freire CR. Panic Disorder Neurobiological and Treatment Aspects.
16. Nardi AE, Balon R. The 40th Anniversary of Panic Disorder: From DSM-III to the Future. Vol. 40, Journal of Clinical Psychopharmacology. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 105–8.
17. Balaram K, Marwaha R. Agoraphobia. 2020 [cited 2024 Jan 18];
18. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016 Dec 1;33(12):1155–77.
19. Beesdo-Baum K, Knappe S. Epidemiology and Natural Course. 2014.
20. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, Cosci F, Truglia E, De Graaf R, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 2005 Aug;15(4):435–43.
21. Skapinakis P, Lewis G, Davies S, Brugha T, Prince M, Singleton N. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: Epidemiology, comorbidity and functional limitation. *European Psychiatry*. 2011 Sep;26(6):354–62.

22. Friedlander AH, Marder SR, Sung EC, Child JS. Panic disorder: Psychopathology, medical management and dental implications. *Journal of the American Dental Association*. 2004;135(6):771–8.
23. Graeff FG. New perspective on the pathophysiology of panic: Merging serotonin and opioids in the periaqueductal gray. Vol. 45, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. Associacao Brasileira de Divulgacao Cientifica; 2012. p. 366–75.
24. Papp L, Klein D, psychiatry JGTA journal of, 1993 undefined. Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation, and panic disorder. *europemc.org*LA Papp, DF Klein, JM GormanThe American journal of psychiatry, 1993•europemc.org [Internet]. [cited 2024 Jun 18];
25. Coryell W, Pine D, Fyer A, disorders DKJ of affective, 2006 undefined. Anxiety responses to CO<sub>2</sub> inhalation in subjects at high-risk for panic disorder. ElsevierW Coryell, D Pine, A Fyer, D KleinJournal of affective disorders, 2006•Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jun 18
26. psychiatry WCB, 1997 undefined. Hypersensitivity to carbon dioxide as a disease-specific trait marker. Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jun 18];
27. Perna G, Cocchi S, Bertani A, ... CATA journal of, 1995 undefined. Sensitivity to 35% CO<sub>2</sub> in healthy first-degree relatives of patients with panic disorder. *europemc.org*G Perna, S Cocchi, A Bertani, C Arancio, L BellodiThe American journal of psychiatry, 1995•europemc.org [Internet]. [cited 2024 Jun 18]; Available from: <https://europemc.org/article/med/7694916>
28. Woo JM, Yoon KS, Yu BH. Catechol O-methyltransferase genetic polymorphism in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Oct 1;159(10):1785–7.
29. Otowa T, Yoshida E, Sugaya N, Yasuda S, Nishimura Y, Inoue K, et al. Genome-wide association study of panic disorder in the Japanese population. *J Hum Genet*. 2009;54(2):122–6.

30. Otowa T, Tanii H, Sugaya N, Yoshida E, Inoue K, Yasuda S, et al. Replication of a genome-wide association study of panic disorder in a Japanese population. *J Hum Genet.* 2010 Feb;55(2):91–6.
31. Nomoto H, Yonezawa T, Itoh K, Ono K, Yamamoto K, Oohashi T, et al. Molecular cloning of a novel transmembrane protein MOLT expressed by mature oligodendrocytes. *J Biochem.* 2003 Aug 1;134(2):231–8.
32. Schumacher J, Kristensen AS, Wendland JR, Nöthen MM, Mors O, McMahon FJ. The genetics of panic disorder. Vol. 48, *Journal of Medical Genetics.* BMJ Publishing Group; 2011. p. 361–8.
33. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, Revised. *Focus (Madison).* 2004 Jul;2(3):426–39.
34. Sobanski T, Wagner G. Functional neuroanatomy in panic disorder: Status quo of the research. *World J Psychiatry.* 2017;7(1):12.
35. Engel KR, Obst K, Bandelow B, Dechent P, Gruber O, Zerr I, et al. Functional MRI activation in response to panic-specific, non-panic aversive, and neutral pictures in patients with panic disorder and healthy controls. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016 Sep 1;266(6):557–66.
36. Feldker K, Heitmann CY, Neumeister P, Bruchmann M, Vibrans L, Zwitterlood P, et al. Brain responses to disorder-related visual threat in panic disorder. *Hum Brain Mapp [Internet].* 2016 Dec 1 [cited 2024 Jun 18];37(12):4439–53.
37. Shah A, Pataki CS, Professor of Psychiatry C, Biobehavioral Sciences the, Sussman N. EDITORIAL ASSISTANT CONTRIBUTING EDITORS.
38. kaplan 11e.
39. Association DAP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 2013 [cited 2024 Jun 25];
40. Goodwin R, Jacobi F, general WTA of, 2003 undefined. Mental disorders and asthma in the community. *jamanetwork.com [Internet].* [cited 2024 Jun 9];

41. Goodwin R, Medicine WEP, 2003 undefined. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community. cambridge.org [Internet]. [cited 2024 Jun 9];
42. Esler M, Eikelis N, Schlaich M, Lambert G, Alvarenga M, Kaye D, et al. Human sympathetic nerve biology: Parallel influences of stress and epigenetics in essential hypertension and panic disorder. In: Annals of the New York Academy of Sciences. Blackwell Publishing Inc.; 2008. p. 338–48.
43. Mitral Valve Prolapse and Panic Disorder.
44. Chen YH, Lin HC. Patterns of psychiatric and physical comorbidities associated with panic disorder in a nationwide population-based study in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jan;123(1):55–61.
45. Sugaya N, Kaiya H, Kumano H, Nomura S. Relationship between subtypes of irritable bowel syndrome and severity of symptoms associated with panic disorder. *Scand J Gastroenterol*. 2008;43(6):675–81.
46. De Ornelas Maia ACC, Braga ADA, Brouwers A, Nardi AE, De Oliveira E Silva AC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Compr Psychiatry*. 2012 Nov;53(8):1169–73.
47. Berliner D, Schneider N, Welte T, Bauersachs J. The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2016 Dec 9 [cited 2024 Jun 18];113(49):834. Available from: /pmc/articles/PMC5247680/
48. Katerndahl DA. Panic and CAD in Primary Care Patients With Chest Pain The Association Between Panic Disorder and Coronary Artery Disease Among Primary Care Patients Presenting With Chest Pain: An Updated Literature Review.
49. Seddon K, Nutt D. Pharmacological treatment of panic disorder. 2007.
50. Ziffra M. Panic disorder: A review of treatment options. Vol. 33, *Annals of Clinical Psychiatry*. Quadrant Healthcom Inc.; 2021. p. 124–33.
51. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, et al. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. Vol.

2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016.

52. Foa EB, Steketee G, Young MC. AGORAPHOBIA: PHENOMENOLOGICAL ASPECTS, ASSOCIATED CHARACTERISTICS, AND THEORETICAL CONSIDERATIONS. Vol. 4, *Clinical Psychology Review*. 1984.
53. Ritchie K, Norton J, Mann A, Carrière I, Ancelin ML. Late-Onset Agoraphobia: General Population Incidence and Evidence for a Clinical Subtype. Vol. 170, *AmJ Psychiatry*. 2013.
54. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. Vol. 27, *Depression and Anxiety*. 2010. p. 113–33.
55. Asmundson GJG, Taylor S, Smits JAJ. Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. Vol. 31, *Depression and Anxiety*. Blackwell Publishing Inc.; 2014. p. 480–6.
56. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychol Med [Internet]*. 1999 [cited 2024 Apr 27];29(3):539–53.
57. Wittmann A, Schlagenhauf F, Guhn A, Lueken U, Gaehlsdorf C, Stoy M, et al. Anticipating agoraphobic situations: The neural correlates of panic disorder with agoraphobia. *Psychol Med*. 2014;44(11):2385–96.
58. Wittmann A, Schlagenhauf F, Guhn A, Lueken U, Elle M, Stoy M, et al. Effects of cognitive behavioral therapy on neural processing of agoraphobia-specific stimuli in panic disorder and agoraphobia. *Psychother Psychosom*. 2018 Nov 1;87(6):350–65.
59. Katherine Shear M, Cassano GB, Frank E, Rucci P, Rotondo A, Fagiolini A. The panic-agoraphobic spectrum: development, description, and clinical significance. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):322–1.
60. Other anxiety disorders. 2007.

61. Coelho CM, Gonçalves DC, Purkis H, Pocinho M, Pachana NA, Byrne GJ. Specific phobias in older adults: Characteristics and differential diagnosis. Vol. 22, *International Psychogeriatrics*. 2010. p. 702–11.
62. Perna G, Daccò S, Menotti R, Caldirola D. Antianxiety medications for the treatment of complex agoraphobia: Pharmacological interventions for a behavioral condition. Vol. 7, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd; 2011. p. 621–37.
63. Carskadon MA, Dement WC. Chapter 2-Normal Human Sleep : An Overview.
64. Berger H. Ueber das elektroenkephalogramm des menschen.... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Jun 9].
65. Patel SR, Zhu X, Storfer-Isser A, Mehra R, Jenny NS, Tracy R, et al. SLEEP DuraTiOn anD inflaMMaTOry MarkErS Sleep Duration and Biomarkers of Inflammation. Vol. 32, *SLEEP*. 2009.
66. Chauhan P, Singh MP. Brain Waves and Sleep Science. *Intl J Engg Sci Adv Research*. 2016;2(1):33–6.
67. Le Bon O. Relationships between REM and NREM in the NREM-REM sleep cycle: a review on competing concepts. Vol. 70, *Sleep Medicine*. Elsevier B.V.; 2020. p. 6–16.
68. Nissen C, Piosczyk H, Holz J, Maier JG, Frase L, Sterr A, et al. Sleep is more than rest for plasticity in the human cortex. *Sleep*. 2021 Mar 1;44(3).
69. Rama AN, Charles Cho S, Kushida CA. Chapter 2 NREM-REM sleep. *Handbook of Clinical Neurophysiology*. 2005;6(C):21–9.
70. Chokroverty S. Overview of sleep & sleep disorders [Internet]. Vol. 131, *Indian J Med Res*. 2010.
71. Hirshkowitz M. Normal human sleep: An overview. Vol. 88, *Medical Clinics of North America*. 2004. p. 551–65.
72. McCarley RW. Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Med*. 2007 Jun;8(4):302–30.

73. P Hauri - Kalamazoo, MI: The Upjohn Company, 1977 - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Jun 30].
74. Posner D, Gehrman PR. Sleep Hygiene. In: Behavioral Treatments for Sleep Disorders. Elsevier Inc.; 2011. p. 31–43.
75. The International Classification of Sleep Disorders,... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Jun 30].
76. Schutte-Rodin SL, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine* [Internet]. 2008 Oct 15 [cited 2024 Jun 30];4(5):487–504.
77. Sleep undefined, 2006 undefined. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *academic.oup.comSleep*, 2006•*academic.oup.com* [Internet]. [cited 2024 Jun 30];
78. coding AA of SMD and, 2005 undefined. International classification of sleep disorders. *cir.nii.ac.jp* [Internet]. [cited 2024 Jun 25];
79. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. Prevalence of Insomnia and its Treatment in Canada. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743711105600905> [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2024 Jun 25];56(9):540–8.
80. reviews MOS medicine, 2002 undefined. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *ElsevierMM OhayonSleep medicine reviews*, 2002•*Elsevier* [Internet]. [cited 2024 Jun 25];
81. Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V, et al. Prevalence and Perceived Health Associated with Insomnia Based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition Criteria: Results from the America Insomnia Survey. *Biol Psychiatry*. 2011 Mar 15;69(6):592–600.

82. Ohayon M, medicine CRIS, 2009 undefined. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). ElsevierMM Ohayon, CF Reynolds III Sleep medicine, 2009 • Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jun 25];
83. Morin CM, Drake CL, Harvey AG, Krystal AD, Manber R, Riemann D, et al. Insomnia disorder. Nat Rev Dis Primers. 2015 Sep 3;1.
84. SUPPLEMENT PREVALENCE OF INSOMNIA. 2024.
85. Carskadon MA, Dement WC, Mitler MM, Zarcone VP, Spiegel R. Self-Reports Versus Sleep Laboratory Findings in 122 Drug-Free Subjects with Complaints of Chronic Insomnia.
86. Thorpy M, Chesson A, Kader G, Millman R, Potolicchio S, Reite M, et al. Practice parameters for the use of polysomnography in the evaluation of insomnia. Sleep [Internet]. 1995 [cited 2024 Jun 27];18(1):55–7.
87. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, David Kupfer BJ. Functional Neuroimaging Evidence for Hyperarousal in Insomnia [Internet]. Vol. 161, Am J Psychiatry. 2004.
88. Wing YK, Zhang J, Lam SP, Li SX, Tang NL, Lai KY, et al. Familial aggregation and heritability of insomnia in a community-based study. Sleep Med. 2012 Sep;13(8):985–90.
89. Deuschle M, Schredl M, Schilling C, Wüst S, Frank J, Witt SH, et al. Association between a Serotonin Transporter Length Polymorphism and Primary Insomnia. Sleep [Internet]. 2010 Mar 3 [cited 2024 Jun 30];33(3):343. Available from: /pmc/articles/PMC2831428/
90. Serretti A, Benedetti F, Mandelli L, Lorenzi C, Pirovano A, Colombo C, et al. Genetic dissection of psychopathological symptoms: Insomnia in mood disorders and CLOCK gene polymorphism . American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2003 Aug 15;121B(1):35–8.

91. Buhr A, Bianchi MT, Baur R, Courtet P, Pignay V, Boulenger JP, et al. Functional characterization of the new GABAA receptor mutation  $\beta$ (R192H). *Hum Genet.* 2002 Aug;111(2):154–60.
92. Pradeep Bollu by C, Kaur H, Pradeep Bollu MC. *Sleep Medicine: Insomnia and Sleep.*
93. Soehner A, Kaplan K, clinics AHS medicine, 2013 undefined. Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. [sleep.theclinics.com](http://sleep.theclinics.com) [Internet]. [cited 2024 Jul 1];
94. neuroscience KKI in clinical, 2018 undefined. Comorbid insomnia and psychiatric disorders: an update. [ncbi.nlm.nih.gov](http://ncbi.nlm.nih.gov) [Internet]. [cited 2024 Jul 1];
95. Morin C, Bootzin R, Buysse D, Sleep JE, 2006 undefined. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). [academic.oup.com](http://academic.oup.com) [Internet]. [cited 2024 Jul 1];
96. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. Vol. 14, *The Lancet Neurology.* Lancet Publishing Group; 2015. p. 547–58.
97. Monkul ES, Tural Ü, Onur E, Fidaner H, Alkin T, Shear MK. Panic Disorder Severity Scale: Reliability and validity of the Turkish version. *Depress Anxiety* [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2024 Jul 3];20(1):8–16.
98. Derg. *UTTurkPsikiyatri*, 2000 undefined. Panik ve agorafobi olceginin guvenirlik ve gecerliligi. [cir.nii.ac.jp](http://cir.nii.ac.jp) [Internet]. [cited 2024 Jul 1];
99. MY A. Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksinin Gecerligi ve Guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 1996 [cited 2024 Jul 3];7:107–15.
100. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology.* 2011 Sep;21(9):655–79.

101. De Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. Vol. 62, Canadian Journal of Psychiatry. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 237–46.
102. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement.
103. Psychiatry AJ, Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and Panic Disorder in the United States. 1994.
104. Katerndahl D, Psychiatry JRJ of C, 1997 undefined. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. psychiatrist.com [Internet]. [cited 2024 Jul 7];
105. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner EW, McLeish AC. Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: A review of the empirical literature. Clin Psychol Rev. 2005;25(6):761–89.
106. Breslau N, Marlyne Kilbey M, Andreski P, Epidemiol-ogy R, Breslau P, Ford Hospital H. Nicotine Dependence, Major Depression, and Anxiety in Young Adults From the Departments of [Internet].
107. Johnson J, Cohen P, Pine D, Klein D, Jama SK, 2000 undefined. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. jamanetwork.com [Internet]. [cited 2024 Jul 7];
108. Cowley DS. Alcohol Abuse, Substance Abuse, and Panic Disorder.
109. Cox, BJ, Norton GR, Swinson RP, Endler NS. SUBSTANCE ABUSE AND PANIC-RELATED ANXIETY: A CRITICAL REVIEW. Vol. 28, Rex Ther. 1990.
110. Cosci F, Schruers K, ... KAJ of C, 2007 undefined. Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship. legacy.psychiatrist.com [Internet]. [cited 2024 Jul 7];
111. Hathaway AD. Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users: a missing piece of the public health puzzle. Addiction Research & Theory [Internet]. 2003 Dec [cited 2024 Jul 7];11(6):441–58.

112. Overbeek T, Van Diest R, Schruers K, Kruizinga F, Griez E. Sleep complaints in panic disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005 Jul;193(7):488–93.
113. Hoge EA, Marques L, Wechsler RS, Lasky AK, Delong HR, Jacoby RJ, et al. The role of anxiety sensitivity in sleep disturbance in panic disorder. *J Anxiety Disord*. 2011 May;25(4):536–8.
114. Todder D, Baune BT. Quality of sleep in escitalopram-treated female patients with panic disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2010 Mar;25(2):167–73.
115. Lydiard RB, Zealberg J, Laraia MT, Fossey M, Prockow V, Gross J, et al. Electroencephalography during sleep of patients with panic disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1989;1(4):372–6.
116. Stein M, Enns M, disorders MKJ of affective, 1993 undefined. Sleep in nondepressed patients with panic disorder: II. Polysomnographic assessment of sleep architecture and sleep continuity. ElsevierMB Stein, MW Enns, MH Kryger*Journal of affective disorders, 1993*•Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jul 2];
117. Mellman TA, Uhde TW. Electroencephalographic Sleep in Panic Disorder A Focus on Sleep-Related Panic Attacks From the Unit on Anxiety and Affective Disorders, *Biological Psychiatry* [Internet].
118. Meliman TA, Uhde TW. Sleep Panic Attacks: New Clinical Findings and Theoretical Implications. 1989.
119. Papadimitriou GN, Linkowski P. Sleep disturbance in anxiety disorders. Vol. 17, *International Review of Psychiatry*. 2005. p. 229–36.
120. Saletu-Zyhlarz G, Anderer P, ... PBH, 2000 undefined. Nonorganic insomnia in panic Disorder: comparative sleep laboratory studies with normal controls and placebo-controlled trials with alprazolam. *Wiley Online Library* [Internet]. [cited 2024 Jul 2];

121. Lauer C, Krieg J, Garcia-Borreguero D, ... AÖP, 1992 undefined. Panic disorder and major depression: a comparative electroencephalographic sleep study. Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jul 2];
122. Hauri PJ, Friedman M, Ravaris CL. Sleep in Patients with Spontaneous Panic Attacks. Sleep [Internet]. 1989 Jul 1 [cited 2024 Jul 2];12(4):323–37.
123. Arriaga F, Paiva T, Matos-Pires A, Cavaglia F, Lara E, Bastos L. The sleep of non-depressed patients with panic disorder: A comparison with normal controls. Acta Psychiatr Scand. 1996;93(3):191–4.
124. Mellman T, psychiatry TUTJ of clinical, 1990 undefined. Patients with frequent sleep panic: clinical findings and response to medication treatment. europepmc.orgTA Mellman, TW UhdeThe Journal of clinical psychiatry, 1990•europepmc.org [Internet]. [cited 2024 Jul 3];
125. Belleville G, Potočnik A, ... GB... AI and, 2019 undefined. A Meta-Analysis of Sleep Disturbances in Panic Disorder. books.google.com [Internet]. [cited 2024 Jul 7];
126. Craske MC, Rowe MK. Nocturnal Panic.
127. Lepola U, Koponen H, Leinonen E. 105 I I I. Vol. 38, Journal of Psychosomatic Research. 1994.
128. Nakamura M, Sugiura T, Nishida S, Komada Y, Inoue Y. Is nocturnal panic a distinct disease category? Comparison of clinical characteristics among patients with primary nocturnal panic, daytime panic, and coexistence of nocturnal and daytime panic. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2013 May 15;9(5):461–7.
129. Cousineau H, Marchand A, Bouchard S, Bélanger C, Gosselin P, Langlois F, et al. Insomnia symptoms following treatment for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. 2016;204(4):267–73.
130. Arriaga F, Paiva T, Matos-Pires A, Cavaglia F, Lara E, Bastos L. The sleep of non-depressed patients with panic disorder: a comparison with normal

- controls. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1996 Mar 1 [cited 2024 Jul 2];93(3):191–4.
131. Lesser IM, Rubin RT, Rifkin A, Swinson RP, Ballenger JC, Burrows GD, et al. Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. II. Dimensions of depressive symptomatology and their response to treatment. Vol. 16, *Journal of Affective Disorders*. 1989.
  132. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders [Internet].
  133. Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res*. 2006 Dec;40(8):700–8.
  134. Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G. Treatment of Endogenous Anxiety With Phobic, Hysterical, and Hypochondriacal Symptoms [Internet].
  135. Hong S, Kim S, Park DH, Ryu SH, Ha JH, Jeon HJ. The Mediating Effect of Insomnia on the Relationship between Panic Symptoms and Depression in Patients with Panic Disorder. *J Korean Med Sci*. 2021;36(9):1–10.
  136. Miniati M, Palagini L, Maglio A, Marazziti D, Dell’Osso L. Can sleep disturbance be a cue of mood spectrum comorbidity? A preliminary study in panic disorder. *CNS Spectr*. 2020 Feb 1;25(1):32–7.
  137. Cervena K, Matousek M, Prasko J, Brunovsky M, Paskova B. Sleep disturbances in patients treated for panic disorder. *Sleep Med*. 2005 Mar;6(2):149–53.
  138. Uhde TW, Cortese BM. Anxiety and Insomnia Theoretical Relationship and Future Research.
  139. Na HR, Kang EH, Yu BH, Woo JM, Kim YR, Lee SH, et al. Relationship between personality and insomnia in panic disorder patients. *Psychiatry Investig*. 2011 Jun;8(2):102–6.

140. Goisman R, Warshaw M, ... LPTJ of, 1994 undefined. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *journals.lww.com* [Internet]. [cited 2024 Jul 4];
141. Skapinakis P, Lewis G, Davies S, Brugha T, Prince M, Singleton N. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: Epidemiology, comorbidity and functional limitation. *European Psychiatry*. 2011 Sep;26(6):354–62.
142. Beaulieu-Bonneau S, Leblanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM. INSOMNIA IS A COMMON COMPLAINT IN THE GENERAL POPULATION. 1 THE DIAGNOSIS OF INSOMNIA INVOLVES BOTH SLEEP SYMPTOMS, SUCH AS DIFFICULTY INITIATING or maintaining sleep Family History of Insomnia in a Population-Based Sample [Internet]. Vol. 30, SLEEP. 2007.
143. Zvolensky MJ, Schmidt NB, McCreary BT. The impact of smoking on panic disorder: An initial investigation of a pathoplastic relationship.
144. Hacimusalar Y, Karaaslan O. Assessment of sleep quality of patients with panic disorder and generalized anxiety disorder during remission: A case-control study. *Rev Psiquiatr Clín*. 2020 Jan 1;47(1):19–24.
145. Chen LJ, Steptoe A, Chen YH, Ku PW, Lin CH. Physical activity, smoking, and the incidence of clinically diagnosed insomnia. *Sleep Med*. 2017 Feb 1;30:189–94.
146. Hu N, Wang C, Liao Y, Dai Q, Health SCP, 2021 undefined. Smoking and incidence of insomnia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Elsevier [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 5];
147. Rhee J, Haynes P, Chakravorty S, Health FPS, 2021 undefined. Smoke at night and sleep worse? The associations between cigarette smoking with insomnia severity and sleep duration. Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jul 5];
148. Davila DG, Hurt RD, Offord KP, Harris CD, Shepard JW. Acute effects of transdermal nicotine on sleep architecture, snoring, and sleep-disordered breathing in nonsmokers. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994;150(2):469–74.

149. Salin-Pascual RJ, Moro-Lopez ML, Gonzalez-Sanchez H, Blanco-Centurion C. Changes in sleep after acute and repeated administration of nicotine in the rat. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;145(2):133–8.
150. Gillin J, Lardon M, Ruiz C, ... SGJ of clinical, 1994 undefined. Dose-dependent effects of transdermal nicotine on early morning awakening and rapid eye movement sleep time in nonsmoking normal volunteers. [journals.lww.com/JC Gillin, M Lardon, C Ruiz, S Golshan, R Salin-Pascual](https://www.lww.com/journals.lww.com/JC-Gillin-M-Lardon-C-Ruiz-S-Golshan-R-Salin-Pascual/Journal-of-clinical-psychopharmacology,1994) *Journal of clinical psychopharmacology*, 1994 • [journals.lww.com](https://www.lww.com/journals.lww.com) [Internet]. [cited 2024 Jul 5];
151. Guidozzi F. Sleep and sleep disorders in menopausal women. Vol. 16, *Climacteric*. 2013. p. 214–9.
152. Käppler C, Hohagen F. Psychosocial aspects of insomnia: Results of a study in general practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Feb 1;253(1):49–52.
153. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, et al. Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and post-menopausal women. *Maturitas*. 2012 May;72(1):61–5.
154. Meta-Analysis Procedure [Internet]. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-abstract/29/1/85/2708069>
155. Zeng LN, Zong QQ, Yang Y, Zhang L, Xiang YF, Ng CH, et al. Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 20;11.
156. Miller EH. Women and Insomnia. Vol. 6, *Clinical Cornerstone • SLEEP DISORDERS AND WOMEN* • 2004.
157. Krystal AD. *Insomnia in Women*. 2003.
158. Jaussent I, Dauvilliers Y, Ancelin ML, Dartigues JF, Tavernier B, Touchon J, et al. Insomnia symptoms in older adults: Associated factors and gender differences. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;19(1):88–97.

159. Krystal A, Edinger J, Wohlgemuth W, reviews GMS medicine, 1998 undefined. Sleep in peri-menopausal and post-menopausal women. ElsevierAD Krystal, J Edinger, W Wohlgemuth, GR MarshSleep medicine reviews, 1998•Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jul 5];
160. Mauri M. Sleep and the reproductive cycle: A review. Health Care Women Int. 1990;11(4):409–21.
161. Baker A, Simpson S, Research DDJ of P, 1997 undefined. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. ElsevierA Baker, S Simpson, D DawsonJournal of Psychosomatic Research, 1997•Elsevier [Internet]. [cited 2024 Jul 5];
162. Lancel M, Faulhaber J, Holsboer F, Rupprecht R. Progesterone induces changes in sleep comparable to those of agonistic GABA(A) receptor modulators. Am J Physiol Endocrinol Metab. 1996;271(4 34-4).
163. Hsu HC, Lin MH. Exploring Quality of Sleep and Its Related Factors Among Menopausal Women.

## 8. EKLER

### Ek-2: Sosyodemografik Özellikler Formu

ADI SOYADI:

YAŞ:

CİNSİYET:

MEDENİ DURUM:

1- Bekar 2- Evli

EĞİTİM:

1- Okur- yazar 2- İlköğretim 3- Lise 4- Üniversite

MESLEK:

1-İşsiz 2-Memur/işçi 3-Serbest 4-Emekli 5-Öğrenci 6-Ev Hanımı

Aylık Gelir:

Panik Bozukluk hastasıysanız ilk ne zaman tanı kondu?:

TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ 1.Var( ) 2.Yok

TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ NEDENİYLE İLAÇ KULLANIMI:

1.Var 2.Yok

AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1.Var

( ) 2.Yok

AİLEDE UYKU BOZUKLUĞU ÖYKÜSÜ: 1.Var 2.Yok

ALIŞKANLIKLAR:

A. Sigara kullanımı

1.Yok 2. Nadiren 3.Haftada bir iki kez 4. Her gün Miktarı ( )

B. Alkol kullanımı

1.Yok 2. Nadiren 3.Haftada bir iki kez 4. Her gün Miktarı ( )

C. Uyuşturucu madde kullanımı

1.Var ( ) 2.yok

HALİHAZIRDA ALMAKTA OLDUĞU PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİ:

UYKU İLE İLİŞKİLİ ŞİKAYETLER NEDENİYLE VERİLEN TEDAVİ (VARSA):

### **Ek-3: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği**

İsim Soyadı \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

#### **DEĞERLENDİRİCİYE GENEL ÖNERİLER**

Amaç, agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğundaki DSM-IV belirtilerinin şiddetini ölçmektir. Panik atağı sıklığı ve şiddetinin sabit bir biçimde ölçülmesini sağlamak amacıyla puanlamalar son bir ay için yapılır.

Kullanıcılar farklı bir zaman dilimi seçerlerse zaman dilimi tüm başlıklar için tutarlı olmalıdır.

Her soru 0-4 olarak puanlanır, öyle ki, 0=hiç ya da mevcut değil, 1=ılımlı, nadir belirtiler, hafif bozulma; 2=orta, sık belirtiler, işlevsellikte hafif etkilenme ama hala idare edilebilir; 3=şiddetli, aşırı uğraş halindeki belirtiler, işlevselliğin büyük ölçüde aksaması ve 4=aşırı, yaygın neredeyse değişmez belirtiler, yetiyitimi yaratıcı.

Görüşmeci hastanın tam ya da sınırlı belirtili panik atağı/ları geçirip geçirmediğini bilmiyorsa önce bunu sormalıdır. Panik yoksa 2. ve 3. sorular 0 olarak puanlanmalı, görüşme 4. sorudan başlatılmalıdır. 4. ve 5. Sorular da 0 olarak puanlandıysa 7. ve 8. sorular sorulmadan 0 olarak puanlanır.

#### **1. PANİK ATAĞI SIKLIĞI, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**

0=Hiç panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı (SBP) yok

1=Hafif, ortalama tam panik atağı sayısı haftada birden az ve bir SBP/gün'den daha fazla değil.

2=Orta, haftada bir veya iki tam panik atağı ve/veya çoğul SBP'ler/gün.

3=Şiddetli, haftada ikiden çok tam panik atakları ama ortalama günde birden çok değil.

4=Aşırı, günde birden fazla tam panik atağı geçirme, geçirilen günlerin sayısının geçirilmeyenlerden fazla olması.

#### **2. PANİK ATAKLARI SIRASINDAKİ ZORLANMA, SINIRLI BELİRTİLİ ATAKLAR DAHİL**

0=Panik atağı ya da sınırlı belirtili panik atağı yok ya da ataklar sırasında hiç zorlanma yok.

1=İlımlı zorlanma, ama hiç ya da az bir aksama ile etkinliği sürdürebilmektedir.

2=Orta zorlanma, ama hala idare edilebilir, etkinliğini sürdürebilmekte ve/veya konsantrasyonunu idame

ettirmekte, ama bunları güçlkle yapabilmektedir.

3=Şiddetli, belirgin zorlanma ve aksama, konsantrasyonunu yitirir ve/veya etkinliğini durdurmak zorundadır, ama odanın ya da durumun içinde kalabilmektedir.

4=Aşırı, şiddetli ve yetiyitimi yaratıcı zorlanma, etkinliğini durdurmak zorunda, eğer mümkünse odayı ya da durumu terkedecektir, eğer kalırsa konsantre olamamakta, aşırı zorlanmaktadır.

### 3. BEKLENTİ ANKSİYETESİNİN ŞİDDETİ (Paniğe ilişkin korku, kaygılı beklenti ya da endişe)

0=Panik atağı hakkında tasa yok

1=İlimli, panik atağı hakkında ara sıra korku, endişe ya da kaygılı beklentisi oluyor.

2=Orta, sıklıkla endişeli, korkulu ya da kaygılı beklenti içinde, ama anksiyetesiz dönemleri de var. Dikkat çekici bir yaşam biçimi değişikliği var, ama anksiyete hala idare edilebilir ve genel işlevselliği bozulmamıştır.

3=Şiddetli, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklentilerle zihinsel uğraşı, konsantrasyon ve/veya verimli işlev görme becerisinde büyük ölçüde aksama var.

4=Aşırı, neredeyse sabit, yetiyitirici anksiyete, panik atağı hakkındaki korku, endişe ve kaygılı beklenti nedeniyle önemli görevleri sürdürememektedir.

### 4. AGORAFOBİK KORKU / KAÇINMA

0= Hiç, korku ya da kaçınma yok

1=İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle durumla yüzleşebilir ve başa çıkabilir Yaşam biçimi

değişikliği yok ya da az.

2=Orta, dikkat çekici korku ve/veya kaçınma, ama hala kontrol edilebilir; korkulan durumlardan kaçınır ama bir yoldaşla birlikte yüzleşebilir. Biraz yaşam biçimi değişikliği vardır, ama genel işlevsellik bozulmamıştır.

3=Şiddetli, yoğun kaçınma; fobiye uyabilmek için büyük ölçüde yaşam biçimi değişikliği gerekmektedir, bu da olağan etkinlikleri sürdürmeyi güçleştirmektedir.

4=Aşırı, yaygın yetiyitirici korku ve/veya kaçınma. Yaşam biçiminde yoğun değişiklik gerekmiştir öyle ki, önemli görevler yapılamamaktadır.

### 5-PANİK ATAĞI İLE İLİŞKİLİ DUYUMLARDAN KORKU / KAÇINMA

0=Zorlanma yaratıcı bedensel duyumları uyaran durum ya da etkinliklerden korku ya da kaçınma yok.

1=İlimli, arasıra korku ve/veya kaçınma, ama genellikle bedensel duyumları uyaran durum ve etkinliklerle az zorlanma ile yüzleşebilir ve sürdürebilir. Yaşam biçiminde az değişiklik vardır.

2=Orta, göze çarpıcı kaçınma ama hala idare edilebilir. Kesin ama sınırlı bir yaşam biçimi değişikliği vardır, öyleki, genel işlevsellik bozulmamıştır.

3=Şiddetli, yoğun kaçınma, yaşam biçiminde büyük ölçüde değişikliğe ya da işlevsellikte aksamaya yol

açmaktadır.

4=Aşırı, yaygın ve yetiyitimi yaratıcı kaçınma. Önemli görev ve etkinlikleri yapmayacak kadar yoğun bir yaşam biçimi değişikliği gerekmiştir.

## 6. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK ÇALIŞMA İŞLEVSELLİĞİNDE BOZULMA / AKSAMA.

(Puanlayıcılara not: Bu soru çalışmaya odaklanmıştır. Eğer kişi çalışmıyorsa okulu, tam gün okula gitmiyorsa evdeki sorumlulukları hakkında sorular sorunuz.)

0=Panik bozukluğu belirtilerinden dolayı bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, işin zorlaştığını hissetmekte ama performansı hala iyidir.

2=Orta, belirtiler düzenli ve kesin aksamaya yol açmakta, ama hala kontrol edilebilir. Meslek performansı

etkilenmiş, ama başkaları çalışmasının hala yeterli olduğunu söylemektedirler.

3=Şiddetli, mesleksi performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmuştur, öyle ki, başkaları farketmiştir; bazı günler işe gidememektedir ya da hiç iş yapamamaktadır.

4=Aşırı, yeti yitirici belirtiler, çalışmamaktadır (ya da okula gidememekte veya ev içi sorumluluklarını sürdürememektedir).

## 7. PANİK BOZUKLUĞUNA BAĞLI OLARAK TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKTE BOZULMA / AKSAMA

0=Bozulma yok.

1=İlımlı, hafif bozulma, toplumsal davranış niteliğinin biraz değiştiğini hissetmektedir ama toplumsal işlevsellik hala yeterlidir.

2=Orta, toplumsal yaşamda kesin aksama, ama hala kontrol edilebilir. Toplumsal etkinliklerin sıklığında ve/veya kişiler arası etkileşimlerin niteliğinde biraz azalma vardır, ama hala olağan toplumsal etkinliklerin çoğuna katılabilmektedir.

3=Şiddetli, toplumsal performansta önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır. Toplumsal etkinliklerde belirgin bir azalma ve/veya diğerleriyle etkileşimde belirgin bir güçlük vardır; diğerleriyle etkileşmek için kendini hala zorlayabilmekte ama toplumsal ya da kişiler arası durumların çoğundan hoşlanmamakta ya da iyi işlev görememektedir.

4=Aşırı, yetiyitimi yaratıcı belirtiler, nadiren dışarı çıkmakta ve diğerleriyle etkileşmektedir, panik bozukluğu nedeniyle bir ilişkisini bitirmiş olabilir.

TOPLAM PUAN (1-7. soruların toplamı)

#### **Ek-4: Panik Agorafobi Ölçeği**

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız.

Panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunaltı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

Çarpıntılar veya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması

Terleme

Titreme, sarsılma

Ağız kuruluğu

Nefes almada güçlük

Boğulma duygusu

Göğüste ağrı, sıkışma hissi

Bulantı ya da karın bölgesinde rahatsızlık hissi (örneğin midenin altüst olması)

Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi

Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da “tam olarak burada değilim” duyguları

Denetim kaybı, “delirme” ya da bayılma korkusu

Ölüm korkusu

Ateş basması ya da ürperme

Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkta panik atağı geçirdiniz?

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu

A.2. Geçen hafta içindeki panik ataklarımız ne şiddetteydi?

0. Panik atağı şiddetli değildi.

1. Ataklar çok az şiddetliydi
2. Ataklar orta derece şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi
4. Ataklar çok şiddetliydi

A.3. Panik ataklarının her biri genellikle ne kadar sürüyordu?

0. Panik atağı olmadı
1. 1-10 dakika arası sürdü
2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü
4. 2 saatten daha uzun sürdü

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

0. Çoğunlukla beklenmedik
1. Beklenmedikler beklenenlerden çok
2. Bazısı beklendik bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı?

0. Kaçınma yok (veya panik ataklarımın nerede ortaya çıkacağı belli olmuyor)
1. Oldukça nadir kaçındım
2. Bazen kaçındım
3. Sık sık kaçındım
4. Her zaman kaçındım

B.2. Lütfen kaçındığınız durumları ya da birisi yanınızda değilken panik atağı geçirdiğiniz

veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

01. Uçaklar
02. Metro (yer altında)
03. Otobüsler, trenler
04. Gemiler
05. Tiyatrolar, sinemalar

06. Süpermarketler
07. Kuyrukta beklemek
08. Konser salonları, stadyumlar
09. Parti ya da sosyal toplantılar
10. Kalabalıklar
11. Lokantalar
12. Müzeler
13. Asansörler
14. Kapalı yerler (tünel gibi)
15. Sınıflar, konferans salonları
16. Otomobile binmek veya sürmek (örneğin trafik sıkışıkken)
17. Geniş salonlar (lobiler)
18. Sokakta yürümek
19. Tarlalar, geniş caddeler, avlular
20. Yüksek yerler
21. Köprülerden geçmek
22. Evden uzaklara gitmek
23. Evde tek başına kalmak

Diğer durumlar:

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

0. Önemli değil (veya kaçınma yok)
1. Çok az önemli
2. Orta derecede önemli
3. Epeyce önemli
4. Çok önemli

C.1. Geçen hafta içinde panik ata<sup>ca</sup> geçirmekten korkunuz oldu mu?

0. Hiçbir zaman korkum olmadı
1. Oldukça nadiren korktum
2. Bazen kortum
3. Sık sık korktum
4. Her zaman korktum

C.2. Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede
3. Epeyce
4. Çok şiddetli

D.1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar

vb.) kısıtlanmaya ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ya da agorafobiniz toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlamaya ya da bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

D.3. Geçen hafta içine panik ataklarınız ya da agorafobiniz iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlanma ya da bozulmaya yol açtı mı?

0. Bozulma yok
1. Çok az bozulma oldu
2. Orta derecede bozulma oldu
3. Epeyce bozulma oldu
4. Çok şiddetli bozulma oldu

E.1. Geçen hafta içinde bunaltı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı?

0. Yok
1. Çok az
2. Orta derecede

3. Epeyce
4. Çok şiddetli

E.2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtilerinizin ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığımız olur mu? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz?

0. Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
1. Oldukça nadir
2. Bazen
3. Sık sık
4. Her zaman (daha çok organik bir hastalıktır)

B.2. Başlığı: Tüm korkulan durumları ekleyin. Korkulan durum yoksa 0 puan, 1 durum=1 puan, 2-3 durum=2 puan, 4-8 durum= 3 puan, 8 durumdan çoksa=4 puan.

**TOPLAM PUAN**

= U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın

## Ek-5: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

### VI. PITTSBURG UYKU KALİTE İNDEKSİ

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir yılı göz önünde bulundurun. Lütfen tüm soruların cevaplayınız.

#### SORULAR

1.	Geçen ay geceleri <b>genellikle</b> ne zaman yattınız?	Saat:
2.	Geçen ay geceleri uykuya daldımanız <b>genellikle</b> ne kadar zaman (dakika) aldı?	Dakika:
3.	Geçen ay sabahları <b>genellikle</b> ne zaman kalktınız?	Saat:
4.	Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	Saat:
5.	Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?	
		<b>GEÇEN AY</b>
		Hiç      1'den az      1-2 kez      3'den çok
a.	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	
b.	Gece yarısı veya sabah erken uyandıınız	
c.	Tuvalete gittiniz	
d.	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	
e.	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	
f.	Aşırı derecede üşüdünüz	
g.	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	
h.	Kötü rüyalar gördünüz	
i.	Ağrı duydunuz	
j.	Diğer nedenler (yazınız): .....	
6.	Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz? 0. Çok iyi      1. Oldukça iyi      2. Oldukça kötü      3. Çok kötü	
7.	Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız? 0. Hiç      1. 1'den az      2. 1-2 kez      3. 3'den az	
8.	Geçen hafta araba sürerken yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız? 0. Hiç      1. 1'den az      2. 1-2 kez      3. 3'den az	
9.	Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu? 0. Hiç problem oluşturmadı 1. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu 2. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 3. Çok büyük bir problem oluşturdu	
10.	Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı ? 0. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok 1. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var 2. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil 3. Partneri aynı yatakta	
11.	Eğer bir oda arkadaşı veya partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.	
		<b>GEÇEN AY</b>
		Hiç      1'den az      1-2 kez      3'den çok
a.	Gürültülü horlama	
b.	Uykuda iken nefes alıp verme sırasında uzun aralıklar	
c.	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçırma	
d.	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	
e.	Uyurken oluşan diğer huzursuzluklar (yazınız):.....	

PUANLAMASI

Bileşen 1: Özel uyku kalitesi soru 6 'nın puanlamasıyla elde edilir.	
Bileşen 2: Soru 2 ve 5a'nın puanlamasıyla elde edilir.	
Soru 2 ve 5a 2'nin toplamı	
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3
Bileşen 3: Soru 4'ün puanlamasıyla elde edilir.	
Bileşen 4: Soru 1,3 ve 4 ile hesaplanır.	
Bileşen 5: Soru 5b-j'nin hesaplanmasıyla elde edilir.	
Soru 5a,5j'nin toplamı	
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3
Bileşen 6: Soru 7'nin puanlamasıyla elde edilir	
Bileşen 7: Soru 8 ve 9 'un puanlamasıyla elde edilir.	
Soru 8 ve 9'un toplamı	
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

## **Ek-6: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi**

### **1a-Uykuya dalmakta güçlük**

- 0-Hiç
- 1-Hafif
- 2-Orta
- 3-Şiddetli
- 4-Çok Şiddetli

### **1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük**

- 0-Hiç
- 1-Hafif
- 2-Orta
- 3-Şiddetli
- 4-Çok Şiddetli

### **1c-Çok erken uyanma problemi**

- 0-Hiç
- 1-Hafif
- 2-Orta
- 3-Şiddetli
- 4-Çok Şiddetli

### **2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?**

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

### **3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durumu, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?**

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

### **4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?**

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

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

0-Kesinlikle endişelendirmiyor

1-Biraz endişelendiriyor

2-Oldukça endişelendiriyor

3-Çok endişelendiriyor

4-Çok fazla endişelendiriyor

