

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**18-45 YAŞ BİREYLERDE BİLİŞSEL DUYGU
DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN UYKU KALİTESİNİ
YORDAMADAKİ ROLÜ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Melike ARPINAR

İSTANBUL, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**18-45 YAŞ BİREYLERDE BİLİŞSEL DUYGU
DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN UYKU KALİTESİNİ
YORDAMADAKİ ROLÜ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Melike ARPINAR

Öğrenci No:
165590023

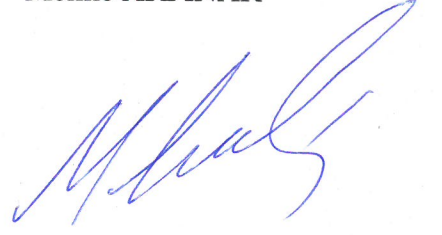
Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin EBADİ

İSTANBUL, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “18-45 Yaş Bireylerde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesini Yordamadaki Rolü” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.15.10.2018

Melike ARPINAR

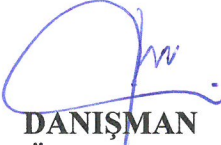


T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

15.10.2018

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1655900023 numaralı *Melike ARPINAR*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*18-45 Yaş Bireylerde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesini Yormadaki Rolü*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 09.10.2018 tarih ve 2018/39 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Doç. Dr. Murat ALAKEL
(Yalova Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Melike ARPINAR
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans 2018
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Uyku, Bilişsel Duygu Düzenleme, Duygular

ÖZ

18-45 YAŞ BİREYLERDE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN UYKU KALİTESİNİ YORDAMADAKİ ROLÜ

Uykunun insan sağlığı için önemi oldukça büyük ve birçok psikopatoloji ile ilişkisi aşikârdır. Çalışmanın diğer bir değişkeni olan duygu düzenleme de benzer şekilde günlük yaşam için önemli bir faktör olarak ifade edilmektedir. Duyguların düşünce veya bilişsel süreçlerle düzenlenmesi, insan hayatıyla ayrılmaz bir şekilde ilişkilidir ve insanların stresli olayların deneyiminden sonra duygularını yönetmelerine yardımcı olmaktadır. Literatürde uyku bozuklukları ile duygu düzenleme ilişkisinin araştırıldığı fakat uyku kalitesine yeterince yer verilmediği dikkat çekmektedir. Bu çalışma, bilişsel duygu düzenleme stratejileri yani bireyin baş etme mekanizmalarının uyku kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Veri toplama amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır. Yetiştiriliş, aile tipi ve yaşanan yer gibi nitelikler dahilinde uyku ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiye etki eden faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Böylelikle etki eden faktörlere dair farkındalık kazandırılmış olacak ve ilgili psikopatolojilerin önlenmesine yönelik çalışmalar arttırılabilecektir.

Name and Surname : Melike ARPINAR
Supervisor : Ass. Prof. Huseyin EBADI
Degree and Date : Master, 2018
Major : Clinical Psychology
Key Words : Sleep, Cognitive Emotion Regulation, Emotions

ABSTRACT

AGES 18-45 COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES OF INDIVIDUALS ROLE OF SLEEP QUALITY

Sleep is important for human health and the relationship with many psychopathologies is obvious. Emotional regulation as another variable of this work is likewise expressed as an important factor for everyday life. The regulation of feelings through thought or cognitive processes is inextricably linked to human life and helps people to manage their emotions after experiencing stressful events. It has been noted in the literature that sleep disturbances are related to emotional regulation, but sleep quality is not sufficient. This study was designed to examine the relationship between cognitive emotional regulation strategies, that is, the individual's coping mechanisms and sleep quality. The Cognitive Emotion Regulation Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index were used to collect data. It is important to determine the factors affecting the relationship between sleep and cognitive emotional regulation strategies, such as raising, family type and living place. This will raise awareness of the affecting factors and enhance the work on the prevention of related psychopathologies.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. Duygu Ve Duygu Düzenleme Kavramı.....	3
1.1.1. Duygu Farkındalığı ve Onarımı	6
1.1.2. Bilişler ve Duygu Düzenleme.....	7
1.1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme	8
1.2. UYKU KAVRAMI.....	14
1.2.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi	14
1.2.2. Sağlıklı Uykunun Nitelikleri.....	16
1.2.3. Uyku Üzerine Etki Eden Faktörler	19
1.2.4. Uyku Sorunlarının Tanısı.....	22
1.2.4.1. Uyku Bozuklukları.....	23
1.2.4.2. Uykusuzluklar (Insomnia)	24
1.2.4.3. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları.....	28

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM	33
2.1. Araştırmanın Modeli.....	33
2.2. Araştırmanın Hipotezleri	34
2.3. Evren ve Örneklem	34
2.4. Veri Toplama Aracı	34
2.4.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	35
2.4.2. Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	35
2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR.....	37
3.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	37
3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Uyku Kalitesi Düzeyleri.....	40
3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiler	41
3.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	46
3.5. Uyku Kalitesinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	72

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA.....	78
4.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum Ve Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma	78
4.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aylık Gelir Düzeyi, Çalışma Süresi, Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma	79
4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Bireylerinin Büyüme Ve Gelişme Dönemlerindeki Yaşantılarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerini Yordamadaki Rolüne İlişkin Tartışma.....	80
4.4. Uyku Kalitesinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma	82
4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Tartışma	85
4.6. Sonuç Ve Öneriler	87
KAYNAKLAR	88
EKLER	102
Ek-1Anket Formu	102

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	37
Tablo 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Puan Ortalamaları	40
Tablo 3. Uyku Kalitesine Puan Ortalamaları	40
Tablo 4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	41
Tablo 5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi ...	44
Tablo 6. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi (Tekrar).....	45
Tablo 7. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaşa Göre Ortalamaları	46
Tablo 8. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları.....	49
Tablo 9. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Evde Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları.....	51
Tablo 10. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları.....	53
Tablo 11. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları.....	56
Tablo 12. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları.....	58
Tablo 13. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları.....	59
Tablo 14. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Aile Durumuna Göre Ortalamaları.....	60
Tablo 15. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiği Göre Ortalamaları	61
Tablo 16. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğü ne Göre Ortalamaları	62
Tablo 17. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığına Göre Ortalamaları	64

Tablo 18. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocukluğun Geçirildiği Yere Göre Ortalamaları.....	66
Tablo 19. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aile Dışında Sosyal Destek Durumuna Göre Ortalamaları.....	67
Tablo 20. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları ..	68
Tablo 21. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Ortalamaları.....	68
Tablo 22. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları.....	69
Tablo 23. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumuna Göre Ortalamaları.....	70
Tablo 24. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Şu Anda Yaşanan Yere Göre Ortalamaları.....	71
Tablo 25. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaşa Göre Ortalamaları	72
Tablo 26. Uyku Kalitesinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları	72
Tablo 27. Uyku Kalitesinin Evde Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları	72
Tablo 28. Uyku Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 29. Uyku Kalitesinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	73
Tablo 30. Uyku Kalitesinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları	73
Tablo 31. Uyku Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları.....	73
Tablo 32. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Aile Durumuna Göre Ortalamaları	74
Tablo 33. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiğine Göre Ortalamaları.....	74
Tablo 34. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğüne Göre Ortalamaları.....	75
Tablo 35. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığına Göre Ortalamaları.....	75
Tablo 36. Uyku Kalitesinin Çocukluğun Geçirildiği Yere Göre Ortalamaları	76
Tablo 37. Uyku Kalitesinin Aile Dışında Sosyal Destek Durumuna Göre Ortalamaları.....	76
Tablo 38. Uyku Kalitesinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	76
Tablo 39. Uyku Kalitesinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Ortalamaları.....	76

Tablo 40. Uyku Kalitesinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları.....	77
Tablo 41. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumuna Göre Ortalamaları.....	77
Tablo 42. Uyku Kalitesinin Şu Anda Yaşanan Yere Göre Ortalamaları	77



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Araştırmanın Modeli	33



KISALTMALAR

NREM : Yavaş göz hareketleri

REM : Hızlı göz hareketleri



GİRİŞ

Sağlıklı yaşamın koşullarından biri kaliteli uykudur. Kişi hayatının ilk anından itibaren dinlenmek, büyümek, gelişmek, öğrenmek ve yeni güne hazırlanabilmek için uykuya ihtiyaç duyar (Şenol vd. 2012 s. 98). İnsanın ana ihtiyaçlarından biri olan uyku, sağlık ve yaşam kalitesi adına her yaşta şarttır. Bedensel büyümenin ve akademik başarının güçlendirilmesinde ana unsur, uykudur.

Uyku, en önemli sirkadiyen döngülerden ve kompleks biyolojik modelden biridir (Sadock, 2010 s. 284). Aynı zamanda insanın temel gereksinimlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Sadock, 2010 s. 278). Uyku-uyanma döngüsü; parlaklık-karanlık, hedefe yönelik olma, ilgi başta olmak üzere günlük aktivitelerde önemli bir rol oynamaktadır (Lima vd., 2002 s. 1373).

Uyku ile genel sağlığın ilişkisi literatürde oldukça fazla vurgulanmışken psikolojik işlevselliğin çeşitli yönleri arasındaki yakın bağlantıları daha çok son yıllarda ifade edilmektedir (Banks vd., 2007 s. 519; Roth, 2007 s. 25). Uyku ve davranış arasındaki güçlü bağlantılar ve bilişsel işlevler uzun süredir bilinmektedir (Bank vd., 2007 s. 519). Şaşırtıcı bir şekilde, uyku ve duygular arasındaki iki yönlü bağlantılar son zamanlarda dikkat çekmektedir. Azalan uyku kalitesi (uykuya dalma ve sürdürmede zorluk) duygudurum bozuklukları ile ilişkili olarak ifade edilmektedir ve özellikle uyku kalitesindeki düşüşün duygudurum bozukluklarını yordama düzeyi vurgulanmaktadır (Bower vd., 2010; Harvey, 2008 s.300).

Oldukça fazla sayıda çalışma içerisinde uyku ve psikopatoloji arasındaki ilişkileri gösteren bilimsel kanıt bulunmaktadır (Dahl vd., 2007 s. 501; Gregory ve Sadeh, 2012 s.133). Uyku yoksunluğunun farklı işlev seviyeleri bilhassa bilişsel, davranışsal ve psikomotor performans üzerindeki olumsuz etkisi, kapsamlı bir şekilde tarif edilmiştir (Astill vd., 2012 s. 1126; Lim vd., 2010 s. 376). Bunlardan birinde Ford ve Kamerow (1989 s 1484), uyku bozukluğunun depresyonun başlamasından önce gözlemlendiğini ifade ettikleri görülmektedir.

Çalışmanın diğer bir değişkeni olan duygu düzenleme de benzer şekilde günlük yaşam için önemli bir faktör olarak ifade edilmektedir. Duyguların düşünce veya

bilişsel süreçlerle düzenlenmesi, insan hayatıyla ayrılmaz bir şekilde ilişkilidir ve insanlara stresli olayların deneyiminden sonra duygularını yönetmelerine yardımcı olmaktadır (Garnefski vd., 2001 s.1312) Bilişsel duygusal düzenleme kapasitesi evrensel olmasına rağmen, bireylerin farklılıkları, başa çıkma stratejileri, yetiştiriliş ve fiziksel sağlık gibi faktörlerle değişim gösterebilmektedir. Zihinsel sağlık ile ilgili olarak bilişsel duygu düzenlemesinin yaygın bir şekilde günlük hayatta gözlemlenebilir olduğu düşünülmektedir

Bilişsel duygu düzenleme, duygu uyandırıcı bilgi alımını yöneten bilişsel yol olarak ifade edilebilir (Garnefski vd., 2001 s. 1312; Thompson, 1991). Duyguların biliş yoluyla düzenlenmesi, insan yaşamıyla ayrılmaz bir şekilde ilişkilidir ve stresli olayların deneyiminden sonra duyguları yönetmeye yardımcı olmaktadır (Stegge vd. 2004 s. 242).

BİRİNCİ BÖLÜM

ALAN YAZIN

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Duygu Ve Duygu Düzenleme Kavramı

Duygu kavramının kelime anlamı, “belirli nesne, olay veya bireylerin insanın iç dünyasında uyandırdığı izlenim” olarak tanımlanabilir (TDK, 2015). Duygu hayatta kalma mücadelesine karşı verilen bedensel tepkiler, bilinçli veya bilinçdışı arzular gibi duyguyu açıklamaya çalışan farklı görüşlerdir. Thompson’a (1994 s. 25) göre duygular fiziksel ve bilişsel bulgulara sahip ve davranışa etki eden durumlar olarak tanımlanabilir. Bireyler duygusal reaksiyon göstermeden önce karşılaştıkları durumlarla ilgili olarak ilk önce, bilişsel ilkeler geliştirdikleri ve sonrasında duygusal bir şekilde tepki verdikleri ifade edilmektedir (Lazarus, 1999 s. 46).

Duyguların genellikle yararlı olduklarını ve olumsuz duyguların yıkıcı özelliklerini bertaraf edip yok etmeye, olumlu duyguları ise pekiştirip sürdürmeye çalışmanın, duygu düzenleme kavramını ortaya çıkardığı düşünülmektedir (Duy vd., 2014 s. 24). Duygu düzenleme kavramı, ilk başlarda bilimsel araştırmalarda olumsuz duyguların kontrol altına alınması ve değişimi için çaba sarf edilmesi olarak öngörülse de zamanla bu alandaki araştırmalar genişletilerek, pozitif duygularında düzenlenebilmesi olarak anlaşılmaya başlanmıştır (Gross, 1999 s. 562). Duygu düzenleme, yeni bir duygusal reaksiyonun başlatılmasını veya sürmekte olan duygusal reaksiyonların değişmesini içerir (Ochsner ve Gross, 2005 s. 243). Duygu düzenleme yetisi, duygulardan uzaklaşmak yerine onları anlamlandırma ve içselleştirme, pozitif duyguları çoğaltma, negatif duyguları eksiltme, kendi kendini teselli etme ve dikkat dağıtmayı kapsamaktadır. Bunlara ek olarak, nefes alıp-verme, bireyin duygularını olduğu gibi kabullenmesini, duygusal problemlerini düzeltmeye yardımcı olmaktadır (Greenberg, 2004, s. 10).

İnsanoğlu yaradılışı gereği, acıdan kaçınan ve hazzı arayan bir yapıya sahiptir. Fakat duygu düzenleme, hedonizm (hazcılık)den farklı olarak, yalnızca negatif duygulardan arınmak anlamına gelmediği gibi pozitif duyguları da yerine göre yaşamak

ve her durumda belli etmemek anlamına gelir (Gross, 1998 s. 286). Örneğin, keyifli bir ruh haline sahip öğretmenin, öğrencisine, sınıfta kaldığını söylerken duygularını belli etmemesi gerekir.

Duygu düzenleme yaklaşımına göre duyguları faaliyete geçiren sinyaller duygusal reaksiyon göstermeden önce bir takım değerlendirmeden geçerler. Yapılan bu değerlendirmenin sonrasında yaşantısal, davranışsal ve psikolojik sistemleri içeren bir kısım reaksiyonlar dizisi faaliyete geçer. Böylece harekete geçen tepkiler değişik yöntemlerle düzenlenir. Bu düzenlemeler de duygusal tepkileri şekillendirir (Gross, 1998 s.281). Gross'a (1998) göre 5 farklı duygu düzenleme yolu saptamıştır. Bunlar; durum seçme, durum değiştirme, dikkatte yayılma, bilişsel değişim ve tepki düzenleme.

Durum seçme, kişinin bir durumu beklenen duygusal sonucuna göre o duruma yönelmesi ya da o durumdan kaçınması haliyken durum değiştirme, kişinin mevcut durumunu gereksinimlerini ya da beklenen duygusal duruma göre değiştirmesidir. Dikkatte yayılma durumu, bireyin bir olayın yarattığı duygusal tesiri değiştirmek için olayın en seçilebilir kısımlarına odaklanmasıdır. Bilişsel değişim yöntemi, bireyin mevcut durumu yeniden değerlendirerek duygusal önemini değiştirmek amacıyla duruma ya da durumu yönetme kabiliyetine dair fikirlerini değiştirmesidir. Olumsuz duyguların psikolojik ve tecrübeye dayalı kısımlarını hafifletmek adına egzersiz veya gevşeme yöntemlerine başvurmak, bağımlılık yapan maddelerin ve yemek yeme alışkanlıklarının duygusal etkilerini azaltmak adına faydalanılan tepki değiştirme yöntemleridir (Gross ve Thompson, 2006 s. 13-15).

Bahsedilen tekniklerle duygu düzenlemenin ele alınması, birleştirici bir yöntem sunması bakımından önemlidir. Bununla birlikte, duygu düzenlemenin bütün aşamalarının önemli olduğu ve incelenmesi gerektiği üzerinde de durulmuştur (Gross, 1999 s. 552).

Ebeveynlerin bir olay ile ilgili bilgi aktarması, duyguların temelinde yer alan sebepleri açıklaması veya olayı tekrar değerlendirmesi, çocuğun bakış açısını ve değerlendirme sürecini etkilemektedir (Moris, vd., 2007 s. 362).

Bu nedenle anne baba kontrolü, çocuğun duygu düzenleme teknikleri üzerinde etki sahibidir. Ebeveynlerin psikolojik kontrolü, çocuğun hislerini yok sayarak duygusal bağımsızlığını engellemektedir. Yine ebeveynlerin eleştirel, suçlayıcı ve sevgisiz davranışları, çocuğun duygusal düzenleme kabiliyetini etkilemektedir (Morris vd, 2007 s367). Duygu düzenleme konusunda sorun yaşayan çocuk öfke, sinir ya da üzüntü gibi olumsuz hislerle mücadele edebilmek adına diğerlerini suçlama, felaketleştirme veya kendini suçlama gibi fonksiyonel olmayan stratejiler geliştirebilmektedir (Eisenberg, vd., 1998 s. 248). Olumlu bir aile-çocuk ilişkisi, çocuğun olumsuz duyguları ile mücadele ederken plan yapmasına, tekrar odaklanmasına ve duygu düzenleme stratejileri geliştirmesine fayda sağlamaktadır. (Eisenberg vd., 1998; Morris vd., 2007 s. 373). Ebeveynlerin demokratik tutumları çocuklarda görülebilecek ruhsal problemleri ciddi ölçüde azaltmaktadır. (Doksat vd. 2016. s.133)

Ebeveynlerin davranışsal kontrolleri, çocuğun hareketlerini düzenlerken uygun olan ya da olmayan davranışlar yönünde arzularını dile getirmesi, kural koyması ve kuralları uygulaması, çocuğun özerkliğini korumaktadır. Bu bağlamda çocuğun kimle zaman geçirdiği, nerede olduğu, ne yaptığı gibi konularda bilgi sahibi olmaları, ebeveynlerin buna dikkat etmesi ile beraber çocuğun da aktif bir katılım sağlaması gerekmektedir. Böylelikle ebeveynlerin izlemesi, pozitif bir aile-çocuk ilişkisinin inşasını sağlamaktadır (Kerr vd., , 2000, s. 367).

Yapılan araştırmalar, ebeveynlerin çocukla ilgili davranışların çocuğun duygusal hayatı ve duygu düzenleme kabiliyeti adına önemli olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin çocuğun olumsuz hislerine dair kabullenici, ilgili ve pozitif sosyalleştirme tavrı göstermeleri, çocuğun duygu düzenleme kabiliyetini pozitif yönde etkilemekte ve saldırgan davranışları azaltmaktadır (Ramsden vd., 2002 s. 657). Buna ek olarak ebeveynlerin, hislerine karşı ilgisiz ve umursamaz bir tavır sergilediklerini düşünen ergenler, duygu düzenleme yönünde daha yoğun sorun yaşamakta ve negatif stratejilere daha sık başvurmaktadır (Yap, vd., 2008 s. 1416). Ebeveynlerini daha baskın ve kuralcı olarak gören çocukların, ebeveynlerini gelişime izin verici olarak gören çocuklara oranla daha çok duygu düzenleme problemi yaşadıkları bilinmektedir (Morris vd., 2007 s. 366).

Hayatlarının başlangıcından beri ebeveynlerin davranışları doğrultusunda duygu düzenleme kabiliyetlerini şekillendiren çocuk ve ergenler, geliştirdikleri yetenek ve stratejiler vasıtasıyla iletişime geçmektedirler. Bu nedenle duygu düzenleme kavramı, çocuk ve ergenin sosyal uyumu ve fonksiyonelliği adına önemlidir. Hislerini ve hareketlerini kontrol edebilen çocuklar öfke gibi negatif duyguları daha kolay yönetebilmektedir. Bu çocuklar sosyal açıdan daha aktiftir ve yaşlıları tarafından daha çok sevilirler (Fabes vd., 1999 s. 441; Morris vd., 2007 s. 370). Duygu düzenleme konusundan başarısız ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine yönelen çocuklar ise yaşlıları tarafından kabul edilmeme riskiyle karşı karşıyadır (Fabes vd., 1999 s. 441).

1.1.1. Duygu Farkındalığı ve Onarımı

İnsan hayatının ilk dönemlerinden başlayarak düşünce ve davranışlara rehberlik etmek suretiyle kişinin fonksiyonelleşmesinde önemli rol üstlenen duygular, mevcut durumlara hızlı ve otomatik bir biçimde anlam verme ile oluşmaktadır (Frijda, 1986 s. 330). Ruh halimizin nasıl olduğunu bildiren duygular (Navaro, 1999 s. 19), hangi durumda nasıl tepki göstereceğimiz yönünde bilgi sağlar ve hareketlerimizi başlatmada, teşvik ve organize olmada büyük önem taşır (Cicchetti, vd., 1995 s. 1). Duygusal farkındalık, bireyin kendisinin ve diğer insanların hislerini tanıma becerisi şeklinde tanımlanmaktadır (Lane vd., 1987 s. 136). Yine duygusal farkındalık, duygunun deneyimlenmesi ve ifadesinden farklı olarak mevcut duygu üzerine bilgi sahibi olmayı ve yalnızca duyguların deneyimlenmesine ek olarak duygusal yaşantılar üzerine düşünmeyi de kapsamaktadır (Croyle 1997 s. 7).

Bireyin yaşadığı duygu durumu başarılı biçimde adlandırması, duygu durumunun diğerlerinin davranışları üzerindeki etkisini görmesine olanak sağlayarak sosyal ilişkilerini de pozitif yönde etkilemektedir (Swinkels vd., 1995). Yaşanan hisleri tanımak, mevcut durum üzerine mühim bilgiler sağlamakta, ardından da en iyi opsiyonları belirlemekte ve istenirse duyguyu değiştirme adına çeşitli seçenekler sunmaktadır (Barret, vd., 2001 s. 715). Bir diğer deyişle duygusal farkındalık, negatif bir duygu durumu değiştirmek ve pozitif duygulara yönelmek adına atılacak adımları kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple de yaşanan negatif hisleri düzeltmek ile ilişkili bir kavramdır (Salovey, vd., 1995 s. 126).

Duygusal farkındalık düzeyi yüksek insanlar, diğerlerini anlama (Greenberg, 2004 s. 9) ve problemlerle mücadele etme konusunda daha az sorun yaşarlar (Stanton, vd., 2000 s. 1151). Yüksek farkındalık düzeyine sahip kişiler, düşük farkındalık düzeyine sahip olanlara oranla daha sık pozitif duygular yaşamakta, daha yüksek öz saygıya sahip olmakta, daha sosyal ve dışa dönük olmakta ve yaşam doyumları daha yüksek olmaktadır (Swinkels vd., , 1995 s. 947). Alan yazında duygusal farkındalığın psikopatoloji ve psikolojik iyi olma düzeyi arasındaki ilişkiye değinen farklı çalışmalar da mevcuttur (Lundh vd., 2002 s. 370; Charry vd., 2004 s. 602).

1.1.2. Bilişler ve Duygu Düzenleme

Bilişler, insan hislerinde mühim bir role sahiptir. Teorilere göre, bilişsel değerlendirmeler, bir hissin tecrübe edilmesini ve hangi duygu olacağının belirlenmesini ortaya çıkarmaktadır (Joorman, vd., 2010 s. 175). Bu belirleme süreci, duygusal durumların önemi, öngörülebilirliği ve kontrol edilebilirliğinin seviyesi gibi çeşitli boyutlarda gerçeklemektedir (Lazarus, 1991 s. 4; Ortony, vd., 1988 s. 1).

Bir duygunun meydana gelişinde bilişlerin gereken şartlardan biri olup olmayışı, yıllar boyunca tartışılan bir konudur (Parkinson, 2007 s. 12; Siemer vd., 2007 s.26). Lazarus (1991 s. 180), biliş ve duyguları ayırtırmanın doğal bir ayrım olmayacağını iddia etmişlerdir.

Biliş ve duygular arasında karşılıklı bir etkileşim mevcuttur (Joorman, vd., 2010 s. 175). Duygusal olaylar, duygu durumla uyumlu hatıraların aktifleşmesini kolaylaştırmaktadır (Bower, 1981 s. 132). Buna ek olarak duygusal durumların değerlendirme tiplerinin yapılması adına da eğilim oluşturduğu iddia edilmektedir (Lerner vd., 2000 s. 474). Böylelikle, kişilerin bazı duyguları tecrübe etme ihtimalleri artmaktadır (Siemer vd, 2010 s. 176).

Duygusal düzenleme süreçlerinin başlangıcı, stratejik ya da otomatik biçimde başlayabilmektedir. Biliş ve hisler söz konusu olduğunda otomatik süreçlerin önemi göz önünde bulundurulursa, duygu üretme ve düzenleme evrelerinin çok hızlı ve bilinç seviyesinde daha az ulaşılabilir olması mümkündür. Bilişsel süreçlerin otomatik oluşu, işbu bileşenlerin ayırt edilmesini zorlaştırmakta, bazı durumlarda bireyin kendisinin

dahi farkında ve niyetli olmayışı duygu üretme ve düzenlemenin ayrıştırılmasını daha da zorlaştırmaktadır (Mauss, vd., 2007 s. 699).

Bilişlerin duygusal tecrübelerin karmaşık bir parçası olduğu kabul edilirken duygusal sorunlarda bilişler ve duygu düzenleme arasındaki bağlantıyı ele alan araştırmaların sınırlı sayıda olması şaşırtıcıdır. Duygusal bozuklukların bilişsel bölümlerinin ele alındığı araştırmalar, son zamanlarda önemli bir artış gösterirken, hangi sürecin duygu düzenleme sorunlarına neden olduğu konusunda nedensel açıklamaların yapıldığı araştırmaların eksikliği halen söz konusudur (Joorman, vd, 2010 s. 176).

Duyguların bilişsel açıklamaları ilk olarak Arnold (1960)'ın çalışmalarında ele alınmıştır. Devamında yapılan çalışmalar, bir olay karşısındaki bireysel tutumların, duygusal tepkilerin tabiatını ve seviyesini belirleyeceğini göstermiştir (Lazarus, 1991; Lazarus ve Folkman, 1987 s. 142).

Araştırmalar, yaşam içerisinde karşılaşılan durumların negatif anlamlandırılmasının depresyon ve anksiyete bozukluklarında yüksek eğilim oluşturabileceğini göstermiştir. Bu tip sorunların negatif duygu durumları, durumlar karşısındaki uygunsuz zihinsel temsillere uygun biçimde çıkan duygusal tepkiler olarak görülebilmektedir (Wilson, vd., 2006 s. 105).

1.1.3. Bilişsel Duygu Düzenleme

Bilişsel duygu düzenleme, sıkıntı yaratan sorun ve hislerin, ruhsal metodlar kullanarak üstesinden gelme şeklinde tanımlanmaktadır (Garnefski, vd. , 200 s. 405; Thompson, 1991 s. 270). Duygu düzenleme kavramı birçok boyuta sahip olduğu için, kavramı tüm yönleri ile tek seferde ele alabilmek zordur (Garnefski vd, 2002 s. 403). Bu nedenle bu çalışma kapsamında da duygu düzenleme kavramı, bilişsel boyutu ile ele alınacaktır.

Yapılan araştırmalar sonucunda da görüldüğü üzere biliş veya fikirler vasıtasıyla duyguların düzenlenmesi, doğal olarak kişinin hayatı ve stres yaratan bir olayın ardından veya olay esnasında kişinin duygularını kontrol edilişiyle alakalıdır (Garnefski vd, 2001 s. 1312; 2002 s. 405).

Yeryüzündeki hemen her insanın hislerini doğrudan yaşamasına ve hisler üzerine birçok bilgiye sahip olmasına rağmen, hislerin net biçimde tanımlanması son derece zordur. Kimi modern yaklaşımlar; bireyin davranışsal tepkiler verirken, mühim anları anımsamaya çalışırken, insanlar arası etkileşimleri kolaylaştırırken ve yeni kararlar alırken duyguların mühim bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır. Duygular insana yardımcı olmakla beraber, yanlış zaman ve seviyede ortaya çıktığı takdirde kişiyi negatif yönde de etkileyebilmektedir. Duygular negatif olduğunda, uygun olmayan bağlamda meydana geldiğinde, aşırı yoğun olduğunda ya da uzun sürdüğünde sorunlar ortaya çıkabilmektedir ve bu nedenle kişi söz konusu duygulardan kurtulmak isteyebilmektedir. Hislerin zaman zaman bu şekilde zararlı olabilme ihtimali, kişide duyguların azaltılması, devam ettirilmesi ya da arttırılması yönündeki duygu düzenleme kavramını önemli hale getirmektedir (Gross vd., 2006; Werner vd., 2010 s. 14).

Duygu ve duygu düzenleme kavramları zaman zaman karıştırılabilmektedir. Bu durumda, duygu düzenleme teriminin tek başına hangi manada kullanılacağı bazen belirsiz olmakla beraber genellikle duygu düzenleme, duyguların diğer şeyleri düzenlemesi şeklinde ifade edilebilmektedir. Bu diğer şeyler fikirler, eylemler, fizyoloji ya da hislerin kendileri olabilmektedir. Uzmanlar, mevcut duyguların düzenleme yoluyla azaltılabileceğini, bitirilebileceğini ya da değiştirilebileceğini belirtmektedir. Duygu düzenleme eylemi otomatik veya kontrollü, bilinçli veya bilinçsiz olabilmektedir. Bu bağlamda duygu düzenleme kavramı ele alınırken, üç ana özelliğin altı çizilmelidir. Bu özellikler şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Kişi, negatif ya da pozitif duygularını düzenleyebilir, azaltabilir ya da arttırabilir.
2. Duygu düzenleme ile alakalı süreçler, çoğunlukla bilinçli gibi görülmekle beraber, süreç içerisinde bilinçsiz biçimde devam edebilmektedir.
3. Duygu düzenlemenin salt iyi veya kötü bir süreç olduğunu söylemek mümkün değildir. Düzenleme süreci duruma göre pozitif ya da negatif

eylemler için kullanılabilmektedir (Joormann, vd., 2010 s. 177; Gross vd., 2007).

Bilinçli ve bilinçdışı süreçler dışında duygu düzenleme, fizyolojik, sosyal ve davranışsal boyutlar içermektedir. Dolayısıyla oldukça kapsamlıdır. Duygular artan kan basıncı, nabız yükselmesi gibi, taşikardi gibi fiziksel duyular ile; sosyal olarak sözlü sözsüz etkileşimle, davranışsal olarak ağlama, bağırma gibi dışavurumlarla; bilişsel olarak dikkatte seçicilik, yansıtma gibi bilinç dışı süreçlerle gözlemlenebilir. Sadece bilinçdışı değil aynı zamanda bilinçli olarak da kendini suçlama, diğerlerini suçlama, felaketleştirme gibi bilişsel süreçlerle ifade edilebilir. Görüldüğü üzere, duygu düzenleme farklı birçok boyuttan oluşmakta ve oldukça kapsamlı değerlendirilmektedir (Garnefski, vd., 2001 s1314). Bilişler kişinin hislerinin belirlenişinde önemli bir role sahiptir. Bilişsel duygu kuramlarına göre bilişsel değerlendirme, hangi duygunun yaşanacağını belirlemektedir. Kuramlara göre duygu düzenlemenin ana yolu bilişlerdir (Joormann, vd., 2010 s187).

Duyguların bilişler vasıtasıyla düzenlenişi, hayatın kaçınılmaz bir parçasıdır. Stresli bir durum süresince ya da akabinde, bilişsel süreçler aracılığıyla kişi hislerini yönetebilir, kontrol edebilir ya da durumun kendisini yıkmasını önleyebilmektedir (Garnefski, vd., 2001 s. 1325). Ergenlik çağının temel bilişsel özelliklerinden biri soyut kavram ve hipotetik durumları değerlendirebilme ve kendi düşünsel süreçlerini analiz edebilme becerisidir. Bu beceriler, tehdit ya da stres yaratan bir durum sonrasında ergenin duygularını yönetip kontrol edebilmesi bakımından önem taşımaktadır. Bilişsel duygu düzenleme, evrensel bir olgu olmakla beraber kişinin hayat içerisinde yaşadığı olaylar karşısında duygularını düzenlemek için kullandıkları biliş ve düşüncelerinde kişisel farklılıklar görülebilir (Garnefski vd., 2005 s. 404). Belli bir bozuklukla ilgili tanı alan her birey kaçınılmaz bir şekilde aynı bozukluğa sahip diğer kişilerden farklı duygu düzenleme stratejisi kullanmaktadır. Bu nedenle her bir kişi için uyumlu ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini belirlemek oldukça zordur (Joormann, vd., 2010 s. 178). Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) bilişsel duygu düzenleme yöntemlerini tanımlamak adına geliştirdikleri ölçme aracında bu yöntemleri kategorize etmişlerdir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, kişinin tehdit ya da stres yaratan

durumlar karşında yöneldiği başa çıkma yöntemleridir. Garnefski vd., (2002), 9 adet strateji belirlemiştir. Bu stratejiler aşağıda tek tek ele alınacaktır.

Olumsuz / uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri:

- **Kendini suçlama:** Bireyin başına gelenler için suçu kendinde aramasıdır. Kişi yaşadığı kötü olaylar karşısında bunun kendi suçu olduğu fikrine kapılmaktadır. Negatif bir durum olduğunda kişi sorumluluğun kendisinde olduğunu düşünmektedir. Kendini suçlama durumunun depresyon ile bağlantılı olduğu bilinmektedir (Anderson, vd., 1994 s. 83).
- **Diğerlerini suçlama:** Bireyin başına gelenler için çevreyi ya da başka birini suçlamasıdır. Kişi, yaşadığı olayların başkasının sorumluluğunda gerçekleştiğini düşünmektedir. Bu strateji, azalmış duygusal iyilik hali ile bağlantılıdır (Tennen vd., 1990 s. 226).
- **Ruminasyon:** Kişinin yaşadığı olay ile alakalı duygu ve düşünceleri sıkça düşünmesidir. Kişinin zihni, yaşadığı his ve düşünceler ile meşguldür. Negatif bir olay ile üzerine yinelenen düşünceler, yüksek düzey depresyon ile bağlantılıdır (Nolen vd., 1994 s. 92).
- **Felaketleştirme:** Kişinin yaşadığı olayı aşırı korkunç şekilde değerlendirmesidir. Kişi, başına gelen durumun olabilecek en kötü şey olduğu fikrindedir. Tecrübe edilen durumun dehşet verici yanına aşırı odaklanma halidir (Sullivan, vd.,1995 s. 524). Felaketleştirme stratejisi, uyumsuzluk, duygusal problemler ve depresyonla bağlantılıdır (Kallay, vd., 2009 s.35).

Olumlu / uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri;

- **Plana yeniden odaklanma;** Negatif durumu ne şekilde ele alacağını ve bir sonraki aşamada ne yapacağını ifade etmektedir. Kişi, başına gelen kötü durum karşısında durumla en iyi başa çıkma yöntemini düşünecektir. Bu strateji, durumların ne şekilde algılanacağına ve nasıl

önlem alınacağına dair düşünmeyi ifade etmektedir (Carver vd., 1989; . s. 279 ; Folkman vd., 1980 s. 224). Plana yeniden odaklanma yöntemi, optimistlik ve öz saygı ile olumlu, kaygı ile olumsuz ilişki içerisindedir (Garnefski vd., 2001 s. 1315).

- **Kabullenme:** Bireyin başına gelenleri kabul etmesini ifade eder. Kişi, olumsuz bir durum yaşadığında olanları olduğu gibi kabul etmeye çalışır. Olanlara kendini teslim etme ile bağlantılı olan kabullenme stratejisi ile optimistlik ve öz saygı arasında olumlu, kaygı ile olumsuz bir ilişki içerisindedir (Carver, vd., 1989 s. 270).
- **Olumlu yeniden değerlendirme:** Bireyin yaşanan negatif olayları, gelişim adına bir fırsat olarak görmesi halidir. Kişi, tecrübe ettiği kötü durumun onu daha güçlü bir insan haline getireceğine inanır. Yaşanılan olay ile alakalı pozitif anlamlar üretmeye yönelik düşünceleri ifade etmektedir (Carver vd., 1989 s. 269; Spirito, vd., 1988 s. 556). Olumlu yeniden değerlendirme yöntemi, iyimserlik ve öz saygı ile olumlu, kaygı ile olumsuz bir ilişki içerisindedir (Garnefski vd, 2001 s. 1315).
- **Olumlu yeniden odaklanma:** Bireyin karşılaştığı negatif olay yerine kendini mutlu edecek şeyleri düşünmesidir. Kişi zihnini konuyla alakası olmayan güzel şeylere odaklar. Asıl olay yerine daha iyi konulara odaklanmak kısa vadede olumlu bir yöntem olarak görülmekle beraber, uzun vadede etkin bir uyumun ortaya çıkmasını engellemektedir (Garnefski vd., 2001 s. 1315).
- **Bakış açısını değiştirme:** Bireyin başına gelen olumsuz olayı başka olaylarla kıyaslayarak daha iyi olduğunu düşünmektir. Kişi, başına gelenin o kadar da kötü olmadığı fikrine tutunur (Garnefski vd., 2005 s. 407). Farklı olaylarla yapılan kıyaslama, yaşanan olayın önemini azaltma amacı taşımaktadır. Bu durum, sosyal karşılaştırmanın bir türevidir (Allan vd., 1995 s. 293). Bu yöntem genel olarak iyilik hali ile alakalı olmakla beraber, bazı araştırmalara göre depresyonla ilişkilidir (Schroevers, vd., 2007 s. 420).

Bu stratejileri ölçmek için halen çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Garnefski ve arkadaşları (2001), bu stratejileri ölçme amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Yukarıda açıklanmış olan 9 farklı strateji sürecini ölçmek için yaratılan bu ölçek, birçok bilişsel başa çıkma stratejisini kapsadığından dolayı diğer ölçüm araçlarından daha farklı bir yere sahiptir. Ölçek, bireyin stres kaynakları karşısında verdiği karakteristik tepkileri ölçmekle beraber, belirli bir stres verici durum karşısında yöneldiği bilişsel stratejileri de ölçmektedir.

Psikoloji dalında çalışan bilim insanları, uzun yıllardır psikiyatrik sorunların ve uyumsuz davranışların gelişimi ve sürdürülmesinde duygu düzenlemenin rolüne odaklanmaktadır. Günümüzde DSM- V-TR'deki (2014) bozuklukların birçoğunda duygusal rahatsızlığı yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Duygu düzenlemenin psikolojik problemlere nasıl sebep olduğu ya da katkı sağladığı konusundaki kuramlar ve tedavi yaklaşımları günden güne yeni deneylerle desteklenmektedir (Kring vd., 2010 s. 96).

Özellikle ön yargılı çıkarımlar ve otomatik değerlendirme süreçleri insanların uyumlu stratejiler kullanmasını ve yeniden değerlendirme yapmasını engellediği için birçok duygusal rahatsızlığın temelini oluşturur (Joormann, vd., 2010 s. 185). Kişinin başa çıkma stratejileri göreceli olarak değişmez niteliklerindendir. Bu stratejiler, kişinin problemlerle nasıl mücadele edeceğini etkilemektedir. Başa çıkma kaynakları, kişinin mizacını, bireysel niteliklerini ve kendisi ve dünya ile ilgili inançlarını kapsamaktadır.

Gençler, çevreyi ve diğerlerini güvenilir olarak algıladığında, başa çıkma stratejilerini etkili biçimde kullanabilmeleri mümkün olmaktadır. Kişisel başa çıkma yöntemlerini kullanma kabiliyeti, sorunun doğası, çocukluk ve ergenlik dönemi niteliklerinden ziyade kişisel özellikler ile alakalıdır. (Geldard vd., 2013 s. 29) İnsan doğduğu andan itibaren çevresiyle iletişim kurarak toplumun bir üyesi olma çabasında bir yandan da fiziksel ve ruhsal gelişimini tamamlamaktadır. (Çutuk, 2017 s. 506) Her insanın kendine özgü bir başa çıkma stili vardır ve bu stil cinsiyet, sosyo ekonomik statü ya da çevresel etkenlerden etkilenebilmektedir (Geldard vd., 2013 s. 29).

1.2. UYKU KAVRAMI

Temel insan gereksinimlerinden olan uyku bireysel olarak değişiklik göstermekte olup, her birey kendi doğal sürecinde değerlendirilmelidir. Tüm yaşı gruplarındaki bireyler arasında uyku süresi ve kalitesi değişmektedir. Aslında uykuda geçen saatlerin süresinden daha önemli olan uyku uyanıklık döngüsünün düzenli sürdürülmesi olarak önerilmektedir (Demir, 2011 s. 688).

1.2.1. Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi

Uyku; sinir sisteminin gelişmesini ve onarılmasını sağlayan doğal bir süreç olarak sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkilidir. (Ertuğrul vd., 2004 s. 301) . Uyku, organizmanın çevre ile olan iletişiminin, farklı şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması hali şeklinde tanımlanmaktadır (Thorpy, 2001 s. 200). Maslow'un ihtiyaçlar piramidine göre yeterli bir uyku, kişinin en temel gereksinimidir ve yemek yeme, soluma, boşaltım ihtiyaçları kadar gereklidir (Maslow,1970 s. 36).

Kişi hayatının yaklaşık 1/3'ünü uykuda geçirmektedir. Uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlara sahiptir (Tural, 2014 s. 1). Temel gündelik hayat aktivitelerinden biri olan uyku, hem organizmanın dinlenmesini sağlamakta, hem de bütün bedeni hayata yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemi olarak kişinin yaşam kalitesini ve sağlığını doğrudan etkilemektedir (Gustafsson, vd., 2003 s. 50).

Uyku, bir davranış biçimi olmakla beraber bilincin basamaklarından da biridir. Uyku hali, sessiz bir alanda birkaç saat hareketsiz durma dürtüsü ile alakalıdır. Uyku esnasında bazı spesifik hareketler gözlenir. Bu hareketlerin en net gözleneni, göz hareketleridir. Uyku sırasında bilincin doğası değişerek birtakım rüyaların ortaya çıkmasına neden olabilir. Uyku esnasında ortaya çıkan zihinsel aktiviteler ile ilgili çok az bilgi anımsanmaktadır. Genel hatlarıyla, kişinin hayatının 1/3'ünü uykuda geçirdiği tahmin edilmektedir. 24 saatlik gün içerisinde, uykunun büyük bir işgal hali olduğunu söylemek mümkündür. Bu noktada, uykunun işlevselliğini anlamak gereklidir (Albrechtvd., 2001 s. 89).

Kişinin gündelik yaşamsal aktivitelerinden biri olarak uyku, temel ihtiyaçların başında yer almaktadır. Uyku organizmayı korumakta ve yenilemektedir. Yeterli uyku ve dinlenme sağlanamadığında konsantrasyon, karar alma kabiliyetleri, günlük faaliyetlere katılım azalmakta, gerginlik seviyesi ve anksiyete artmaktadır (Thorpy, 2001 s. 19). Uzun süre uykusuz kalındığı takdirde beden ısısı kontrolünde, beslenme ve metabolizmada, bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde bozukluklar ortaya çıkmaktadır (Şahin vd., 2013 s. 96).

Çalışmalar, uykunun bedeni dinlendirme, yeni güne hazırlama fonksiyonuna ek olarak enerji tasarrufu, büyüme, hücre yenileme, organizma onarımı, bellek, türe özgü özelliklerin öğrenimi adına genetik belleğin programlanması, yeni bilgilerin öğrenimi, kalıcılaştırılması ve özellikle kimi canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma gibi işlevlerinin de olduğunu göstermektedir (Taşkiran, 2009 s. 1).

Uzun süre uyanık kalma, zihinde ilerleyici bir fonksiyonel bozukluğa ve sinir sisteminde anormal davranış özelliklerinin oluşmasına sebep olabilmektedir. Uykusuzluğun uzun sürdüğü dönemlerde huzursuzluk ve psikotik semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple uykunun henüz sebebi açıklanamamakla birlikte hem santral sinir sisteminin normal etkinlik seviyesini korumasına yardımcı olduğu, hem de santral sinir sisteminin farklı kısımları arasında dengeyi koruduğu düşünülmektedir. İnsanlar uyku sayesinde fiziksel ve ruhsal rahatlığı yaşarlar. Araştırmalar, Non-Rem uykusunun bedensel, REM uykusunun ise ruhsal rahatlık sağladığını ortaya koymuştur. REM uykusu öğrenme, hafıza, ruhsal denge ve sosyal uyum için son derece önemlidir. Stres ve çeşitli yeni tecrübeler yaşamak, REM uykusuna olan ihtiyacı arttırmaktadır. Kişi yeterli REM uykusu uyuyamadığı takdirde gün içinde gergin ve kaygılı olur (Neil, 2011 s. 213).

NREM uykusunda, biyolojik işlevlerde yavaşlama gözlenir. Bu aşamada beyin dokusu gibi özel hücreler ve epiteller yenilenir, böbreklerden fosfat atımı ve vitamin kullanımı artış gösterir. Özellikle NREM IV. evrede, kemik gelişimini sağlayan büyüme hormonu üretimi, protein sentezi ve doku yenilenmesi artmaktadır. Çocuklarda daha uzun süren IV. evre uykusu, bu sebeple büyüme ile ilişkilendirilmektedir. Uyku esnasında kas-fiskelet sistemi gevşemekte, yaşamsal hücrelerin gelişmesi enerjinin korunması için kas kontraksiyonu kaybolmakta ve bazal metabolizma yavaşlamaktadır

(Thorpy, 2001 s. 121). Uyku, immün sisteme de etki etmektedir. NK hücrelerinin 48 saatlik uyku yoksunluğunda azaldığı tespit edilmiştir (Öztürk, 2007 s. 119).

Uyku evreleri olan NREM ve REM sürecinde çeşitli fizyolojik süreçler gözlemlenir. Bu süreçlerde büyüme hormonu ve prolaktin gibi bazı hormonların salgılanması artarken, kardiyak debi düşer; buna bağlı olarak periferik kan basıncı düşerken, pulmoner basınç yükselir, solunum yolları refleksleri ve metabolizma hızında artma, azalma şeklinde değişiklikler olur (Westcombe 2012, s.34). Yetersiz uyku ve dinlenme ise kişilerde konsantrasyon bozukluğuna, yargılama yeteneğinin ve günlük yaşam aktivitelerine katılımın azalmasına, huzursuzluğun artmasına neden olmaktadır (Thorpy, 2001 s. 19).

REM uykusu, öğrenme, hafıza ve davranış uyumu gibi beyinin bilişsel faaliyetleri adına önem taşımaktadır (Aygün ve Rezaki, 2004 s. 304). REM uykusu üzerine yapılan çalışmalar, yoğun REM evresinde bilişsel fonksiyonlarda artış olduğunu göstermiştir. REM'in yoğun olduğu uyku evresi engellendiğinde, bellek fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2007 s. 117). Yeterli REM uykusu alınmadığı takdirde birey, gergin ve kaygılı olmaktadır (Aygün vd., 2004 s. 304).

Özetle, NREM uykusu bedensel, REM uykusu mental dinlenmenin gerçekleşmesini sağlamaktadır. Yeterli ve kaliteli uyku, bedenin yenilenmesi, beyin işlevlerinin iyi çalışması, enerji depolanması, sağlıklı görünüm ve hastalıklardan korunma adına önemlidir (Tural, 2014 s. 5).

1.2.2. Sağlıklı Uykunun Nitelikleri

Elektrofizyolojik araçlar ile uyku dönemi sırasında meydana gelen fizyolojik değişiklikleri değerlendirmek için uyku laboratuvarında kullanılmıştır. Bu çalışmalarda kas tonusu (EMG) ve beyin dalgaları aktivitesi (EEG) göz önünde bulundurulmaktadır.

Uyanıklık; EEG kayıtlarında Beta aktivite (13-30 Hz) ile gözlemlenir (jet gecikmesi gibi uyku zorluklarında çevresel ipuçları ve dizaynların önemli olduğu durumlarda bireyin yaşadığı çatışma, düşük şiddetli, yüksek frekanslı dalga formları) (Albrecht vd. 2001 s. 90).

Gözler kapalıyken; alfa aktivitesi (8-12 Hz) EEG kaydında görünür. Bunlar; eşzamanlı: yüksek genlikli, düşük frekanslı dalga formlardır. Göz hareketleri –EOG- ile ölçümlenir. Solunum, üreme organları ve ısı dönüştürücüler (örneğin, cinsel organlara kan akışını) göz önünde bulundurulur.

1950’li yıllara dek gerçekleştirilen çalışmalar ve genel inanış, uyku sırasında bedensel işlevlerin tümüyle durduğu ve uykunun bir ölüm çeşidi olduğu yönündeydi. Zaman içerisinde, özellikle deneysel araştırmalar sayesinde, durumun bu şekilde olmadığı, farklı uyku fazlarında farklı davranış şekillerinin ve fonksiyonlarının ortaya çıktığı görülmüştür (Albrecht vd. 2001 s. 90).

İlk Uyku Döngüsü;

Uyanık Dinlenme -> alfa ve beta

Evre 1 (10 dakika)

Evre 2 (15 dk)

Uyku içcikleri (EEG dalgasında, uykunun ikinci aşaması sırasında düzenli olarak gerçekleşen küçük titreşimler) & K kompleksleri ile düzensiz teta

Evre 3 (20 dk)

% 20-50 delta

Evre 4 (45 dk)

>% 50 delta

Vücut ritmi, zaman içerisinde döneme özgü farklılıklar gösteren biyolojik süreçleri kapsamaktadır. Kısa ya da uzun vadede değişen ve her dönemde farklı etkiler doğuran bu süreçler, bireyin gündelik tecrübeleri adına son derece önemlidir. Bu durum yalnızca insanlara özgü değildir. Hayvan ve bitkiler de bu durumu deneyimlemektedir. Periyodik biçimde oluşum gösteren döngüsel davranışların yapısı, biyolojik ritm olarak adlandırılmaktadır (Rosenwasser, 2009 s. 280).

Yıllık döngü ritmine örnek olarak hayvanların kış uykusunu örnek vermek mümkündür. Bu durum, yalnızca insanların değil, hayvanların da biyometrikritmlere sahip olduğunu göstermektedir.

Konuyla ilgili önemli çalışmalar gerçekleştiren Folkard (1985); zamansal izolasyon deney ortamında 3 hafta süresince 12 katılımcı ile çalışmıştır. Bu deneyde izolasyon, doğal ışık ve diğer zaman göstergelerinden izole olma durumudur. Katılımcılar 23.45’de yatacak ve 07.45’de uyanacaktır. Zaman geçtikçe, zamanın hızlandırıldığı ve katılımcıların 22 saat değil 24 saatlik bir geçişi olduğu gösterilmiştir. Katılımcılardan yalnızca bir tanesi saat hızına ayak uydurabilmiştir. Bu durum, güçlü bir serbest çalışma ritminin varlığını göstermektedir. Araştırmalar, çevresel ipuçları gizlendiğinde, sirkadiyen ritimin etkilendiğini göstermektedir.

Bu bağlamda günlük ritm, bireyin davranışlarında ya da biyolojik değişimlerinde gün içerisinde meydana gelen, 24 saatlik periyoda tekrarlanan, uyku ve uyanıklık döngüsünü kapsayan ritmdir. Bu tip biyolojik ritimler, yalnızca insanlarda değil, bitki ve hayvanlarda da görülmektedir. Bu durum, doğuştan gelen bir saat şeklinde de tarif edilebilir. Çevresel açıdan, özellikle ışığa dayanan (gün ışığı, karanlık vb.) değişimlerin bireyin biyolojik ritmi ile direkt bir ilişkide olduğu düşünülmektedir. Bu tip zamansal bilgilerin yer almadığı deneysel ortamlarda biyolojik ritme bağlı saatin kontrolü, küçük bir sapma ile devam etmektedir. Folkard’ın (1985) araştırmasında görüldüğü gibi 24 saatlik zaman diliminde kişilerin ayak uydurma konusunda yaşadıkları zorluk da bu bilgiyi desteklemektedir.

Kişilerin gün ışığı ile ilgili ipuçları konusunda yaşadıkları problemlere örnek olarak jet gecikmesi örnek verilebilir. Kişinin gece değil gündüz uyuduğu durumlarda, örnek olarak uyku bozuklukları ve alışma süreçlerinde yaşanan problemler artış göstermektedir.

Sonuç olarak, biyolojik ritm, bireyin gündelik hayatta fiziksel faaliyet döngüsü, uyku, beden ısısı, hormon salgıları ve diğer birçok farklı fizyolojik değişim ile karakterize edilmektedir. Sirkadiyen ritimler, ortalama 24 saat süre ile beyinde yer aldığı düşünülen bir biyolojik saat tarafından kontrol edilmektedir. Varsayımlar, ana biyolojik saatin hipotalamusun suprakiazmatik çekirdek yapısında yer aldığı yönündedir. Zira biyolojik saat, hafıza ile bağlantılıdır (Moore, 1997 s. 253).

Görüldüğü gibi, kişide uyku ihtiyacının doğuşu, bedenin uykuya hazırlanışı ve uyku fazları, direkt olarak biyolojik ritm ile bağlantılıdır. Bu nedenle çevresel

uyaranların gereken uyarıyı sağlamadığı durumlarda, kişinin uyku tepkisinde problem gözlenmektedir.

1.2.3. Uyku Üzerine Etki Eden Faktörler

Uyku kalitesi, kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, enerjik ve yeni güne hazır hissetmesidir (Günaydın, 2014 s. 34). Sağlıklı bir uyku için önemli olan süreden çok uykunun kalitesidir. Kişinin uyandığında kendini zinde ve dinlenmiş hissettiği, gün boyunca da konsantrasyon eksikliği ve yorgunluk hissi yaşamadan, işlevlerini aksatmadan yerine getirebildiği uyku süresi kişi için yeterlidir (Günaydın, 2014 s. 34).

Uyku kalitesini belirleyen birçok çevresel, mental ve bedensel etken bulunmaktadır (Lopes, 2012 s6). Bu etkenler yaş, cinsiyet, ırk, fiziksel aktivite, medeni hal, yaşam dönemi (gebelik vb.), ekonomik durum, yaşam stili, ilaç kullanımı, alkol vb. şeklinde sıralanmaktadır (Lopes, 2012 s. 6; Demir, 2011 s. 685). Bu etkenlerden bir kısmı aşağıda incelenmektedir:

Yaş: Yaşamın ilk dönemlerinde kişi zamanın büyük kısmını uykuda geçirmektedir. Yaş ilerledikçe uyku ihtiyacı da azalmaktadır. Toplam uyku süresi, yaş ilerledikçe azalmaktadır (Şahin, 2013 s. 96). REM uyku süresi yaşa bağlı olarak değişmezken, çocukların yetişkinlere oranla daha çok, yaşlıların ise daha az yavaş dalga uykusu (NREM 3. ve 4. evre) olduğu bilinmektedir (Thorpy, 2001 s. 7). Yaşlılar, gençlere kıyasla uykuya daha uzun süre sonrasında dalarken, geceleri de daha sık ve hızlı uyanırlar. Normal bir yetişkin ortalama 10-30 dakika arasında uykuya dalarken bu süre yaşlılarda 1 saat ya da daha uzun sürebilmektedir (Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 162).

Cinsiyet: Cinsiyet, uyku değerlendirmelerin açısından önemli bir faktördür. Yaş ilerledikçe yavaş dalga uykusu ve genel uyku etkinliği erkeklerde, kadınlardan daha fazla azalma göstermektedir (Sadock 2010 s. 278) Yapılan araştırmalar, kadınların erkeklere oranla daha çok uyku sorunu yaşadıklarını göstermiştir. Ancak kadınlar yaşadıkları uyku sorunlarına rağmen erkeklerden daha fazla uyudukları bilinmektedir (Kaynak, 2001 s. 53).

Fiziksel etkinlik: Fiziksel aktivite kişinin yorulmasını sağlayarak böylelikle daha kolay uyumasına sebep olmaktadır. Gün içerisinde hafif egzersizler yapmak, uykuya dalışı kolaylaştırmaktadır. Sabah erken saatlerde ve uyku öncesinde yapılan egzersizler uykuya bir fayda sağlamaz. Uyku için en doğru egzersiz zamanı, öğleden sonra ya da akşamüzeri saatleridir. Ancak düzensiz yapılan egzersizler, uykunun bozulmasına sebep olabilmektedir. Tüm gün aktif olan, spor yapan bireylerin uykuya daha kolay daldığına inanılmaktadır. Fakat yorgunluğun aşırı boyutta olması, REM uykusunun ilk evresini kısaltırken, dinlenme ile birlikte REM evreleri uzamaya başlamaktadır. Hafif bir bedensel yorgunluk uykuyu kolaylaştırırken, stresli, yoğun ve kötü bir gün sonrası yaşanan aşırı yorgunluk, uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır (Lopes, 2012 s. 12; Demir, 2011 s. 685).

Yaşam stili: Yaşam stili, uyku düzenini ve kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Vardiyalı biçimde çalışan kişiler, değişen uyku saatlerine adapte olmakta zorluk yaşamaktadır. Gece çalışan kişilerde birkaç hafta içinde biyolojik saatte kayma gerçekleşmektedir. Vardiyalı çalışma sistemi, kesintili uyku ve yorgunluk kaynaklı sağlık problemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmektedir (Axelsson vd, 2004 s. 121). Alışılmanın dışında ağır bir iş performansı ile çalışmak, geç saatlerdeki aktivitelere dahil olmak, uyku düzenini bozabilir ve uyku programına sadık kalmak zorlaşabilir.

Alkol ve madde bağımlılığı: Az ya da orta miktar alkol kullanımı başlangıçta sedatif etki yaratarak uykuya dalmayı kolaylaştırmakta, fakat zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arası geçişlerin artmasına, NREM 4. evre ve REM uykusunun azalmasına sebep olmaktadır (Thorpy, 2001 s. 8). Geceleri devamlı uyanma ve uykuya dalmada zorluk yaşama durumları oluşturmaktadır. Bu sebeple bireyler, bedensel ve zihinsel olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün agresiflik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet ederler. Sigara kullanan kişilerde nikotinin uyarıcı etkisi sebebiyle uykuya dalış zorlaşmakta ve hafif uyku gözlenmektedir (Lopes, 2012 s. 9). Kafeinin genellikle uyku latansını uzattığı, toplam uyku süresi ve etkinliğini azalttığı, uyku kalitesinde düşüşe sebep olduğu bilinmektedir. Kafein duyarlılığı, yaşlı yetişkinlerde gençlere oranla daha yüksektir ancak etkilenen doz, kişisel özelliklere ve genetik unsurlara göre değişmektedir (Clark vd., 2016 s. 3).

Beslenme: Sağlıklı beslenen bireyler rahat uyurlar. Gece fazla ağır gıdalar tüketmek sindirim güçlüğü sebebi ile uykunun bölünmesine sebep olmaktadır. Bazı yiyecek ve içeceklerin tüketilmesinin uykuyu etkilediği bilinmektedir., Karbonhidratlar serotonin oranını etkileyerek rahatlama ve sakinlik hissi yaratırken, protein içeren yiyecekler uykuya dalışı kolaylaştırmaktadır (Demir, 2011 s. 685). Bu sebeple uykusuzluk problemi yaşayan kişilere uyku öncesinde ufak porsiyonlarda protein içeren gıdalar verilebilmektedir. Kilo alıp vermek de uyku düzenini etkilemektedir. Kilo vermek uyku süresini kısaltırken, kilo almak uyku süresinin uzamasına sebep olmaktadır (Kaynak, 2001 s. 54).

Hastalıklar: Hastalık durumlarında birey, diğerlerine oranla daha çok uykuya gereksinim duyarlar. Hastalıklar hem bedensel hem de mental açıdan bir stres kaynağıdır ve uyku düzenini etkilerler. Ağrıya sebep olan, bedensel rahatsızlıklar yaratan veya morali bozan, kaygı, depresyon gibi sorunlara sebep olan birçok hastalık, uyku problemlerine sebep olmaktadır. Uyku evrelerinde değişimlere sebep olmaktadır. Örnek olarak hipertiroidizmde kişinin uykuya dalması için uzun süreye ihtiyacı vardır. (Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 163).

İlaç Kullanımı: Bazı ilaçlar, uyku kalitesinde bozukluğa neden olduğu gibi, uyku için tavsiye edilen bazı ilaçlar da faydadan çok yeni sorunlara sebep olabilmektedir. Hipnotik ilaçlar, derin uyku evrelerine geçişte bölünme, gün içinde uyuşukluk hali ve enerji azalmasına neden olabilmekte, diüretik, noktüriye ve betabloker ilaçlar kabuslara, benzodiazepin ilaçları ise uyku zamanının artmasına, gün içerisinde uyumaların artmasına sebep olabilmektedir. Narkotik ilaçlar ise REM uykusunu bastırmakta ve gün boyu uykulu bir halde olmaya sebep olmaktadır (Kaynak, 2001 s. 53).

Anksiyete ve Stres: Gündelik hayatta stres ve anksiyete, uykusuzluğa sebep olan en temel problemlerdendir. Stres, kişinin gergin olmasına sebep olmakta, uykuya dalışını güçleştirmekte ve kolayca uyanmasına sebep olabilmektedir. Emeklilik, fiziksel engeller, hastalık, ölüm veya ekonomik güvencenin yokluğu kişide kaygı bozukluklarına ve depresyona sebep olabilmektedir. Bu tip duygusal stres kaynakları, uyku düzenini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaynak, 2001 s. 53; Abdulkadiroğlu vd., 1997 s. 164). Stres ayrıca, bireyin uykuya geçmesini zorlaştırır, uyku süresince sık sık

uyanmalara neden olur. Stresin devam etmesi uyku alışkanlıklarının bozulmasına neden olur. Anksiyete kandaki norepinefrin düzeyini artırarak sempatik sinir sistemini uyarır. Bu kimyasal değişiklik NREM evre IV ve REM uykusunun azalması ile sonuçlanır ve evrelerdeki değişiklikler ve uyanmalar artar (Thorpy, 2001 s. 19).

Çevre: Çevre uykuya dalma konusunda pozitif ya da negatif yönde etki edebilen bir faktördür. Gürültü ve uyku arasında anlamlı bir ilişki vardır. Gürültülü alanlarda uyku yüzeyseldir ve uyku süresi kısadır. Kimi insanlar uyku için sessiz bir ortamı tercih ederlerken, kimileri de hafif bir müzik sesinde uyumayı seçebilirler. Odanın sıcaklığı da uyku üzerinde etkilidir. 24 santigrat derecenin üstündeki sıcaklıklar sık uyanmaya ve REM uykusunun ksalmasına neden olmaktadır. Yine 12 santigrat derecenin altındaki sıcaklıkta da olumsuz rüyalar görülmekte ve uyku kalitesi düşmektedir. Yatağın ebatı, sertliği, yalnız ya da partner ile uyumak da uyku kalitesini doğrudan etkilemektedir. Özellikle yaş arttığında, çevre ve yatağın güvenliği daha önemli hal almaktadır. Kimi insanlar karanlık ortamda uyumayı tercih ederken, çocuklarda loş ışıktaki daha kolay uyku gözlenmektedir

1.2.4. Uyku Sorunlarının Tanısı

Uyku ile alakalı problemlerin temel belirtileri şu şekildedir:

- Yattıktan sonra uykuya dalma süresinin 20 dakikayı geçmesi,
- Uykuya hızlı dalındığı halde çok sık uyanmak,
- Çok erken saatlerde uyanmak ve tekrar uykuya dalamamak,
- Uyku esnasında soluk alıp vermede sıkıntı yaşama,
- Uyandıktan sonra nefes almada zorluk ya da nefes nefese kalma,
- Sesli ve düzensiz horlamak,
- Gün içerisinde aşırı uykulu olma,
- Uygunsuz anlarda (konuşurken, araç kullanırken vb.) uyuyakalmak,

- Uykudan uyanınca baş ağrısı yaşamak,
- Sık sık kabus görmek,
- Uyku esnasında yürümek veya konuşmak,
- Uyku esnasında tekrarlayan bacak hareketleri.

1.2.4.1. Uyku Bozuklukları

Uyku süreci sırasında meydana gelen herhangi bir aksaklığın kişinin sağlığını ve gündelik hayatını doğrudan etkilediği gerçeği, son yıllarda sıklıkla ele alınan bir konudur. Uyku bozukluğu, genelde tanımlanamayan ve nadir sorgulanan bir durum olup, genel sağlık durumunu direkt olarak etkilemektedir.

Uyku ve dinlenme, karşılanması gereken mühim gereksinimlerdir. Bu ihtiyaçlar karşılanamadığında konsantrasyon zorluğu, karar verme güçlüğü, gündelik faaliyetlere dahil olma yönünde sorunlar ve gerginlik artmaktadır. Uyku, tüm organizmayı koruyucu ve yenileyici bir işlev taşımakla beraber, canlandırıcı, koruyucu ve sağlamlaştırıcı etkilere de sahiptir (Lafçı, 2009 s. 8; Yılmaz, 2012).

Uykuya dair bozuklukların sınıflandırılması ilk kez 1979 yılında söz konusu olmuştur. Artan teknoloji ve tıbbi düzenlemeler çerçevesinde günümüzde bu sınıflandırmanın geçerliliği kalmamıştır. Amerika’da Classification of Sleep Disorders-1 (ICSD-1) olarak 1991’de yayınlanmıştır. Bu kategorizasyona göre uyku bozuklukları 8 temel başlıkta ele alınmaktadır:

- Uykusuzluklar (Insomnia)
- Uyku ile alakalı solunum bozuklukları
- Santral kökenli hipersomniler
- Sirkadyen ritim bozuklukları
- Parasomniler
- Uyku ile alakalı hareket bozuklukları

- Tek belirtiler, normalin değişik şekilleri
- Diğer uyku bozuklukları

1.2.4.2. Uykusuzluklar (Insomnia)

Uykusuzluk, arada rastlanan ve zamanla kronik bir hal alan, negatif sonuçlara neden olan ve en çok görülen uyku bozukluğudur. Bu bozuklukta yorgunluk, sinirlilik ve düşük performans gibi olumsuz durumlara rastlanmaktadır (Pigeon, 2010 s6). Uykusuzluk halen zor teşhis edilen, tedavisi karmaşık ve zahmetli bir durumdur. Uykusuzluk, bir sendrom, belirti veya hastalık olarak kişinin gündelik hayatını etkileyen ve kişiyi aciz bırakan özelliğidir.

Uykusuzluk, uykuya dalmakta zorlanma, uykunun devamlılığında bozulma ve uyanma evresinde yaşanan sorunlar olmak üzere üç ana problemle kliniğe yansımaktadır. Uykuya dalma problemi neticesinde yaşanan uykusuzlukta, temel tetikleyici durumlara ek olarak huzursuz bacak sendromu ve uyku-uyanıklık ritmi bozuklukları gözlenmektedir. Uykunun devamlılığında bozulma neticesinde yaşanan uykusuzluk psikiyatrik bozukluklar, uykuda periyodik bacak hareketleri ve solunum problemleri ile karakterizedir. Uyanma problemi ile ortaya çıkan uykusuzluk ise ise uyku-uyanıklık ritmi bozukluklarında gözlenebilmekle beraber en sık gözlenen biçimi depresyonla ortaya çıkan erken uyanma ve uyuyamama ile karakterizedir (Yetkin ve Aydın, 2014 s. 3).

Yaş, dış etkenler, sirkadyen ritm, tıbbi durumlar, kullanılan ilaçlar uykusuzluğa neden olabilen faktörlerdendir (Taylor, vd., 2014 s. 11). Yapılan bir araştırmaya göre uykusuzluk problemi yaşayan kişilerin yaşamayanlara kıyasla daha yüksek kaygı ve depresyon değerlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Kadınlar, erkeklere nazaran daha yoğun uykusuzluk sorunu yaşadıkları ve daha yüksek depresyon düzeylerine sahip oldukları bilinmektedir (Taylor, vd., 2005 s. 1462).

Uykusuzluk, en yaygın görülen uyku şikâyetidir. Haftalarca sürebilen geçici ya da kısa süreli uykusuzluk, uyku düzeninde bozulmalar, olağan dışı bir uyku durumu ve stresli tecrübelerden dolayı meydana gelmektedir. Uzun süre uyanık olma hali, çoğunlukla zihin fonksiyonlarında bozulma ile bağlantılıdır ve bazen sinir sisteminde

normal dışı aktivitelere neden olmaktadır. Uzun uyanıklık dönemlerinin sonlarına doğru, düşünceler ağırlaşmaktadır. Uzun süre mecburi olarak uyanık kalan kişide sinirlilik ve psikotik durum gelişebilmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak, uykunun merkezi sinir sisteminin çeşitli bölümleri arasında hem beyin aktivitelerinin duyarlılığını hem de dengeyi onardığı düşünülmektedir. Uyku rahatsızlıkları, henüz global ölçekte geniş çapta raporlanmamıştır. Uyku rahatsızlıklarına en çok sanayileşmiş toplumlarda rastlanmaktadır. Uyku rahatsızlıkları, beraberinde çeşitli önemli problemleri de getirmektedir. Bu problemler sosyal yaşantıda sorunlara, hata ve kazalarda artışa ve üretim kaybına sebep olmaktadır. İş ve trafik kazaları düşünüldüğünde, uykusuzluk halk sağlığı açısından negatif sonuçlara da neden olabilmektedir (Pandi-Perimal vd., 2014 s. 866).

Günümüzde uykusuzluğun ölçülmesi ve tanımlanmasının nasıl yapılacağı yönünde daha büyük konseptlerin değerlendirilmesi çabasıyla uykusuzluğun kategorize edilmesi, değerlendirilmesi tedavisinde büyük avantajlar kazanılmıştır. Uykusuzluğun yeterince tanımlanamaması ve tedavisi, mühim sağlık problemlerine neden olmaktadır (Summers vd., 2006 s. 277).

Uyku bozukluğunun kişinin gündelik işlevlerine olan etkisi son derece önemlidir. Bu bozukluğun etkisi, uykusuzluktan ötedir. Çocuk ve yaşlılar uykusuzluk problemi yaşadıklarında, yakınları da bu sıkıntıyı taşımaktadır. Yine uykusuzluk, çalışanların iş performansını düşürmekte ve hayat kalitelerini düşürmektedir (Summers vd., 2006 s. 280).

Uykusuzluk bir hastalık değildir. Sıradan bir durum ve semptom olarak ele alınmaktadır. Genellikle baş ya da karın ağrısı gibi durumlarla karıştırılabilmektedir. Teşhis için öncelikle klinik öykü, hasta özgeçmişi ve aile görüşleri değerlendirilmektedir. Teşhis için kullanılan bazı ek yöntemler de mevcuttur. Uyku günlükleri aracılığıyla uyku/uyanıklık döngüsünün belgelenmesine yardımcı olmaktadır. Uykusuzluk şikayetlerini kategorize edebilmek adına kullanılan yaygın metotlardan biri de süre ile ilintilidir. 2 haftadan kısa süren uykusuzluk geçici, 2-4 hafta arası kısa süreli ve 4 hafta üzeri kronik uykusuzluk olarak adlandırılmaktadır (Szuba vd., 2014 s. 14).

Uykusuzluğun sınıflandırması yapılırken uykusuzluk süresine ek olarak kendine özgü semptomlar ele alınmaktadır. Uykusuz kişilerin değerlendirilmesinde detaylı tıbbi özgeçmiş önemli bir bilgi kaynağıdır.

Kişinin taşıdığı bazı hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, uykusuzluğa neden olan biyolojik etkenler olabilmektedir. Uykusuzluğa sebep olan hastalıklar arasında metabolik ve endokrin bozukluklar, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem hastalıkları, romatizmal hastalıklar ve nörolojik patolojiler sayılabilir. Bu hastalıklara ek olarak çeşitli ilaçlar ve uyarıcılar da uykusuzluğa neden olabilmektedir (Buysse vd., 2014 s. 12);

- Antidepresanlar; trisiklik antidepresanlar kim durumlarda uykusuzluğa neden olabilmektedir. Yine depresyon tedavisinde kullanılan çeşitli ilaçlar da, genellikle tedavinin başlangıcında bir yan etki olarak uykusuzluğa sebep olabilmektedir.
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları; ilk aşamada uykuya dalmayı kolaylaştırmakla beraber, kronik kullanımda ve kesilme evrelerinde uykusuzluğa neden olabilmektedir.
- İlaçlar; antiaritmik ve antihipertansifler, Baklofen ve β -agonist/antagonistleri, dekonjestanlar, antikonvülsanlar, iştah azaltma amacıyla kullanılanlar, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, tiroid preparatları.

Kişinin tecrübe etmekte olduğu gerginlik, anksiyete gibi durumların uykuya dalma için gereken gevşemeye mani olduğu, hatta uyumayı kargı verici bir durum olarak algılamalarına neden olabildiği bilinmektedir. Gerginlik ve anksiyete, uyku bozukluklarına neden olan temel etkenlerdendir.

Birçok iç ve dış etken, kadınlarda uykusuzluğa neden olabilmekte ve normal uyku düzenlerini bozabilmektedir. Kadınlarda uyku döngüsünü bozan en yaygın etkenler hormon düzeyi, menopoz sonrası süreç ve hamilelik halidir. Birçok çalışma, yaşlı insanlarda uykusuzluğun daha sık gözlemlendiğini göstermektedir. Yine çeşitli araştırmalar, boşanmış, ayrılmış ve dul insanlarda evli olanlara nazaran daha yoğun

uykusuzluk gözleendiğini belirlemiştir. Düşük eğitim seviyesi ve gelirin de uykusuzluk oranını etkilediği bilinmektedir.

Farklı psikolojik ve fiziksel hastalıklar da uykusuzluğun sebeplerindendir. Uykusuzluk, depresyon belirtilerinden biridir ve uykusuzluk üzerinden yapılan bir depresyon teşhisi şaşırtıcı olmayacaktır (Szuba vd., 2014 s.46). Hipertansiyon hastalarında uykusuzluk şikayeti ve düzensiz uyku solunumu gözlenebilmektedir. Sigara, alkol ve kahve kullanımı da uykusuzluğa neden olabilmektedir (Buysse vd., 2014 s. 14).

Uykusuzluk, yüksek sağlık bakımı ile tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu bakım ve tedavi maddi açıdan zorlayıcı olabilmektedir. Uykusuzluğun maddi sonuçlarının hesaplanışında, eşlik eden diğer hastalıkların payını ayırt edebilmek zordur (Metlaine vd., 2005 s. 15).

Uykusuzluk hayat kalitesini düşürmekte ve sosyal hayatı olumsuz etkileyebilmektedir. Uzun süreli uyanıklık hali, zihinsel fonksiyonlarda bozulmaya sebep olabilmektedir. Uykusuzluk, kişiyi genel sağlık durumu ve sosyal hayat açısından sorunlara yol açmaktadır. Zaman içerisinde kişinin hayat kalitesi düşmekte ve enerjisiz kalma hali ortaya çıkmaktadır (Metlaine vd., 2005 s. 11).

Uykusuzluk şikâyeti olan bireylerin bir kısmında sadece uyku hijyeninin düzenlenmesi sayesinde önemli fayda sağlanabilmektedir. Hasta uyku hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve şartların düzenlenmesi için yönlendirilmedir. Uyku hijyeni düzenlenmesi, uykuya yardımcı olmak adına kabul edilen genel pratikleri kapsamaktadır. Örnek olarak uykuya geçmekte zorlandığından şikayetçi olan bir hastanın hayatına bakıldığında işten eve 19.00'da geldiği, hızla yemek yiyip çocuklarıyla ilgilendiği, birkaç saat daha çalıştıktan sonra uykuya dalamadığı görülebilmektedir. Bu durumda ana sorunlardan biri, uykuya hazırlanacak gevşemeyi yaşayacak bir akşam yaşamıyor olmasıdır. Uyku hijyeni sağlamak adına aşağıdaki maddelere önem verilmelidir (Tural, 2014 s. 11):

- Sabah uyandıktan sonra yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenebilmek için uykuya devam etmek uyku ritmini bozmakta ve dinlenmeyi de sağlamamaktadır.
- Güne her gün aynı saate başlanmalıdır. Düzenli uyuma uyanma saatleri belirlenmelidir. Hafta içi uykusuz kalmaya ve hafta sonları çöküşe neden olan uyku düzenlerinden kaçılmalıdır.
- Gündüz uykusundan kaçınılmalıdır. Gündüz şekerlemeleri sadece yaşlı ve kuvvetten düşmüş kişiler için fayda sağlamaktadır.
- Düzenli bir egzersiz rutini oluşturulmalıdır. İdeal egzersiz zamanı akşam saatleridir. Ancak akşamın geç saatlerinde egzersiz yapmak, uykuyu kaçırabilmektedir.
- Yatak odası ışık, ses ve ısı konusundan iyi düzenlenmeli ve konforlu bir hale getirilmelidir.
- Yatağa çok aç ya da tok girilmemelidir.
- Uyarıcı maddelerden, alkolden, kafeinli ve gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır.
- Gece boyunca saate bakarak zaman sayılmamalıdır.

1.2.4.3. Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları

Uyku esnasında genellikle horlama eşliğinde görülen solunum düzensizlikleridir. Bu bozuklukların uyku sırasında yaşanması ve belirtilerin hafif alınması teşhisin gecikmesine neden olmaktadır. Uykuda solunum bozuklukları aşağıda gruplanmıştır (DSM-5, 2014 s. 190);

- Santral uyku apne sendromu
- Obstrüktif uyku apne sendromu

- Uykuyla beraber kendini gösteren solunum kısıtlanması ya da oksijen azlığına bağlı sendromlar
- Diğer uyku ile ilişkili solunum bozuklukları.

Santral Kökenli Hipersomniler

Hipersomni, bireyin normalde uyanık olması gereken anlarda uykulu olma hali yaşamasıdır. Hipersomni karşı konulmaz bir uyuma haline neden olduğu için kişinin gündelik hayatını ve performansını negatif yönde etkiler. Hasta araç kullanırken ya da iş esnasında dahi uyuyakalabilmektedir. Doktor sadece hastanın dış görünüşü üzerinden rahatsızlığın derecesini tahmin edebilir.

Sirkadiyen Ritim Bozuklukları

Sirkadyen ritmi en çok ışığın etkilediği bilinmektedir. Bunun dışında melatonin, günlük yaşamdaki fiziksel yorgunluk ya da sosyal etkileşim de manipüle edebilmektedir. Eşlik eden başka bir hastalığın varlığı söz konusu olmadığında sebebin kötü uyku hijyeni olduğu görülebilmektedir. Hasta çok ya da az uyumaktan şikayet etmektedir. Uyku ritm bozukluklarında temel belirti, uyumak istenen vakitte uyunamaması ve uyanık olmak gereken vakitlerde uyanık kalınamamasıdır.

Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları şu şekilde ifade edilmiştir (Thorpy, 2001 s. 45):

- Gecikmiş uyku fazı bozukluğu
- Erken uyku fazı bozukluğu
- Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi
- Serbest gidişli uyku-uyanıklık ritmi
- Jet Lag bozukluğu
- Vardiyalı çalışmaya bağlı uyku-uyanıklık ritim bozukluğu

- Tıbbi durumlara bağılı sirkadiyen ritim uyku bozukluğu

Parasomniler

Parasomni, uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya geçiş esnasında meydana gelen, tam olarak uyanıklık ve uykuya dalma arasında kalma durumudur. Merkezi sinir sistemi uyarımı ile otonom sinir sistemi ve iskelet kaslarına iletimin gerçekleşmesi, hareket sistemi ya da bilişsel süreçlerin aktif hale gelmesiyle kendini gösterir.

Farklı parasomniler uykunun farklı bölümlerinde ortaya çıkabilmekle beraber, yoğunlukla özgül uyku evreleri esnasında gözlenmektedirler. Parasomniler meydana çıktıkları uyku evrelerine göre çeşitli nitelikler taşırlar. Genellikle çocukluk yıllarında ortaya çıkar ve ergenlik döneminde de varlığını sürdürür. Aile hikayesi çoğunlukla pozitifdir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık gözlenir.

Uykunun NREM döneminde ortaya çıkan parasomnialar şu şekilde sıralanmaktadır;

Konfüzyonel uyanma;

Yetişkin bireylerde görülme oranı %4'tür. Genellikle yorgun geçen bir gün sonrasında uyuduktan bir saat sonra ortaya çıkar. Grip, burun tıkanıklığı, uyku apnesi gibi rahatsızlıklar konfüzyonel uyanmayı tetikleyen unsurlardır. Genellikle 5 ila 15 dakika aralığında sürer.

Uyku terörü;

Uykudan ılık atarak ani biçimde ve korku ile ağlayarak uyanma halidir. Kafayı duvara vurma, koşturma ya da yataktan düşme gibi motor bulgular gözlenebilir. Kişi uyanık görünmekle beraber konfüzyondadır. Uyandığında olanların tümüne karşı amneziktir.

Uyurgezerlik;

Genellikle çocuklarda gözlenir. Uyku esnasında dolaşma halidir. Kişi izlendiğinde uyanık olduğu sanılabilir, kapı kilitlerini açar, evden çıkar, buzdolabını

kurcalar. Çoğunlukla söyledikleri anlaşılmaz. Kişiyi bu esnada uyandırmak son derece zordur.

Ritmik hareket bozukluğu;

Sıklıkla boyun ve baş kaslarında tekrarlayan hareketlerdir. Baş ani vurma sonucu yaralanmalar ortaya çıkabilir.

Uykuda konuşma;

Yüzeysel NREM, bazen de REM fazında gözlemlenir. Kişi manasız sesler çıkarır ya da belirsiz biçimde mırıldanır. (DSM-5, 2014 s.196). Ardından farkında olmadan o esnada odada bulunan kişilerle ayrıntılı bir sohbete başlar. Kalitesiz uyku, stres gibi durumlar uykuda konuşma ataklarını sıklaştırır. Bir uyku bozukluğundan dolayı ortaya çıkmadığı takdirde tedavi edilmesi gerekli değildir (DSM-5, 2014 s. 197).

REM uykusu parasomnileri ise şu şekildedir;

REM’le ilişkili davranış bozukluğu;

Yetişkinlikle beraber görünen bir tür parasomnidir. REM fazında gerçekleşen atoninin olmaması ve gerçekçi görülen rüyalar ile kendini gösteren genellikle tehlikeli motor hareketlerin gözlemlendiği süreçlerdir. Haftada ya da gecede birkaç kez tekrarlayabilir. Kişi kendisine ve uyku partnerine zarar verebilir. O esnada gördüğü saldırı içerikli kabusu sabah tüm detaylarıyla hatırlar. Özellikle 50 yaş üstü erkeklerde sıkça gözlenir (Tuncel vd., 2009 s. 287).

Kabus;

Kişi rüya esnasında korku ile uyanır. Normal tipte kişi genellikle uyanmayabilir ve rüya tekrar etmez. Ancak bozukluk durumunda kişi karabasanlar ve ürkütücü rüyalar ile uykudan uyanır” (Tural, 2014 s. 10). Uyku terörü kabuslardan farklı olarak daha belirgin bulgulara sahiptir ve ertesi sabah olayların hatırlanmaması söz konusudur.

Yineleyici izole uyku paralizi (karabasan);

Kişi uykuya dalar ya da uyanırken hareket edememe hali yaşar. Semptomu olan her evre birkaç saniye ila birkaç dakika arasında sürer. Genellikle çığlık ve dehşet ile uyanma gözlenir. Çocuklarda daha yoğun rastlanır. Kişi yoğun bir sıkıntı yaşar ve rüya ile gerçeğı karıştırır. Özel bir tedavisi yoktur (Tural, 2014 s. 10).

Uyku tıbbı, günümüzde son derece ilerlemiş, yaygınlaşmış ve tıp fakültesi eğitim programlarında daha fazla yer edinmiştir. Bütün bu ilerlemeye rağmen hem toplumun hem de doktorların uyku ve uyku bozuklukları ile alakalı yeterince bilgi sahibi olmadıkları bilinmektedir. Bu durumun düzeltilmesi şarttır zira uyku ile alakalı hastalıklar toplumda sıkça gözlenir ve kişinin hayatını negatif yönde etkiler. Kişi okul ve iş hayatını, sosyal yaşantısını, mevcut ilişkilerini yönetmekte zorlanır ve birçok problemle karşılaşabilir.

Uyku rahatsızlıklarının bir kısmı, hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilmektedir. Yine uyku bozuklukları, bireyin bilişsel fonksiyonlarına zarar verebilmekte, psikiyatrik ya da diğer sistemlerde hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

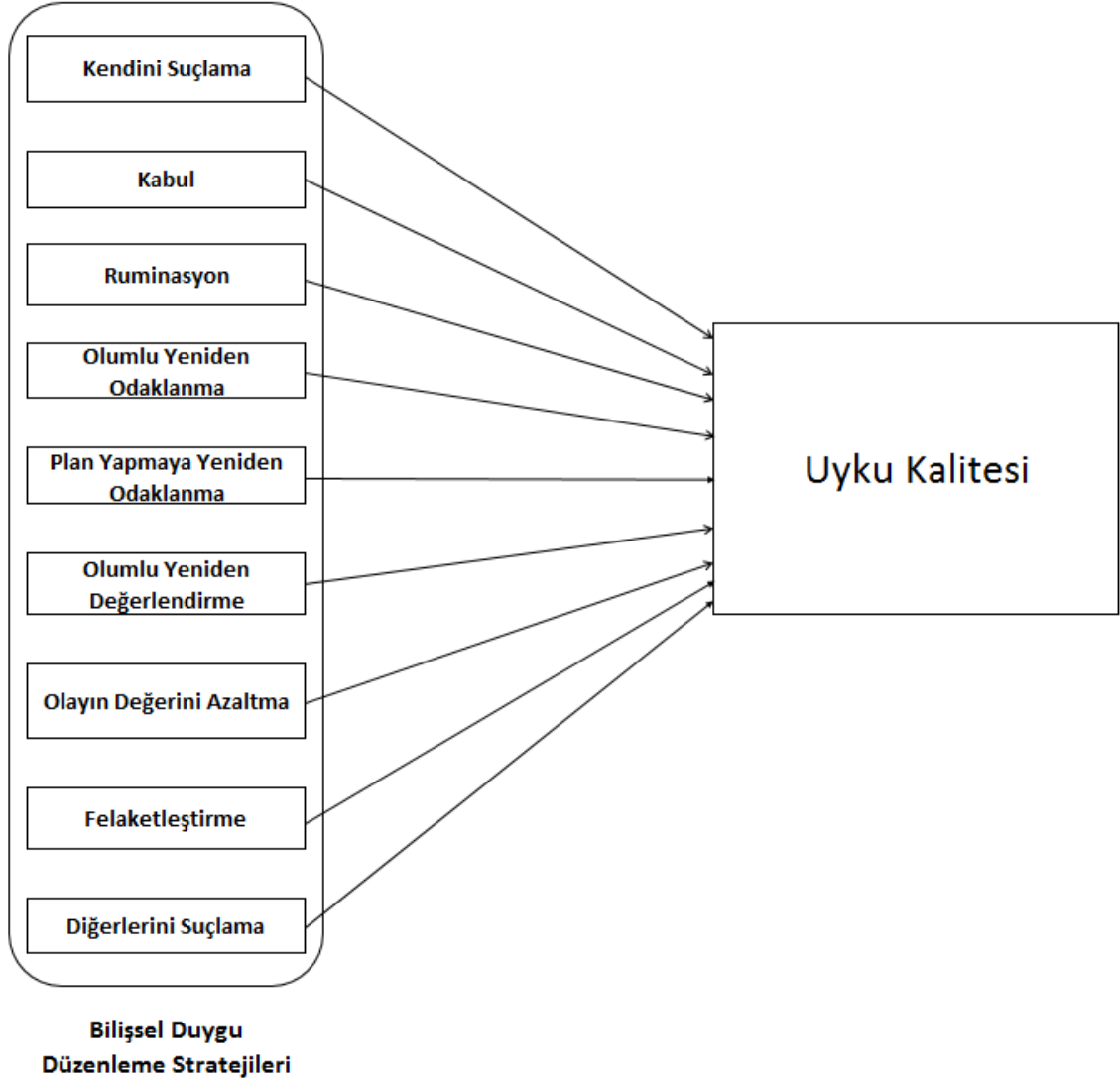
Kronik uykusuzluk kişinin bağışıklık sistemini güçsüzleştirerek enfeksiyonların önünü açmaktadır. Uyku kalitesinde bozukluğa sebep olan hastalıklar, epileptik bireylerde nöbet sıklığını artırmaktadır. Bu durumda temeldeki uyku bozukluğu tedavi edilmeden nöbetleri kontrol etmek mümkün olmayacaktır (Alp vd., 2014 s. 48).

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma tanımlayıcı ve tarama modelinde kesitsel olarak tasarlanmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma amacına göre hipotez ve alt hipotezler aşağıda verilmektedir;

Hipotez: Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.

- Ha: Kendini Suçlamanın uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hb: Kabulün uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hc: Ruminasyonun uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hd: Olumlu Yeniden Odaklanmanın uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- He: Plan Yapmaya Yeniden Odaklanmanın uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hf: Olumlu Yeniden Değerlendirmenin uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hg: Olayın Değerini Azaltmanın uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hh: Felaketleştirmenin uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.
- Hi: Diğerlerini Suçlamanın uyku kalitesi üzerine yordayıcı etkisi vardır.

2.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 18-45 yaş arası sosyal medya kullanıcıları oluşturmaktadır. Araştırmada kesitsel olarak 451 kişi örneklem olarak alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket seçilmiştir. Anket kişisel bilgi formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği ve uyku kalitesinden oluşmaktadır.

2.4.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Araştırmada kullanılan Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek stres veren yaşam olayları sonrasında kişilerin kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 36 maddeden ve 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar şu şekildedir:

- Kendini suçlama alt ölçeği madde numaraları: 1, 10, 19, 28
- Kabul alt ölçeği madde numaraları: 2, 11, 20, 29
- Ruminasyon alt ölçeği madde numaraları: 3, 12, 21, 30
- Olumlu yeniden odaklanma alt ölçeği madde numaraları: 4, 13, 22, 31
- Plan yapmaya yeniden odaklanma alt ölçeği madde numaraları: 5, 14, 23, 32
- Olumlu yeniden değerlendirme alt ölçeği madde numaraları: 6, 15, 24, 33
- Olayın değerini azaltma alt ölçeği madde numaraları: 7, 16, 25, 34
- Felaketleştirme alt ölçeği madde numaraları: 8, 17, 26, 35
- Diğerlerini suçlama alt ölçeği madde numaraları: 9, 18, 27, 36

Her alt boyuttan 4 ile 20 arasında puan elde edilmektedir. Bir alt ölçekten alınan yüksek puan, o alt ölçeğin belirlediği stratejinin daha çok kullanıldığına işaret etmektedir. (Onat ve Otrar, 2010)

2.4.2. Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

1989 yılında Buysse ve ark. tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirir. PUKİ'nin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur. Son 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından

yanıtlanır. Sözü edilen 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Özbildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Özbildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bunlar uyku süresinin, uyku 56 latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini ile ilgilidir. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilmekte, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın yüksekliği uyku kalitesinin kötü olması anlamına gelmektedir. (Ağargün vd., 1996)

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada toplanan veriler istatistik paket programı (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) ile analiz edilmiştir. Araştırma değişkenleri normal dağılım gösterdiğinden parametrik yöntemler kullanılmıştır($p>0,05$). Verilerin analizinde t-testi, Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu bölümde, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve uyku kalitesine ilişkin tanımlayıcı özellikler, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

3.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	20 Yaş Ve Altı	109	24,2
	21-30 Yaş	187	41,5
	31-40 Yaş	101	22,4
	40 Yaş üzeri	54	12,0
	Toplam	451	100,0
Cinsiyet	Kadın	321	71,2
	Erkek	130	28,8
	Toplam	451	100,0
Medeni Durum	Evli	149	33,0
	Bekar	280	62,1
	Ayrı Ve Dul	22	4,9
	Toplam	451	100,0
Evde Kiminle Yaşadığı	Yalnız	41	9,1
	Sadece Eş	41	9,1
	Eş Ve Çocuklar	105	23,3
	Anne Ve Baba	198	43,9
	Diğer	66	14,6
	Toplam	451	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	19	4,2
	Lise	71	15,7
	Üniversite	276	61,2
	Yüksek Lisans - Doktora	85	18,8
	Toplam	451	100,0
Çocuk Sayısı	Yok	323	71,6
	1	65	14,4
	2 Ve üzeri	63	14,0
	Toplam	451	100,0
Şu Anda Yaşanan Yer	Kasaba	15	3,3
	Şehir	436	96,7
	Toplam	451	100,0

Çocukluğun Geçirildiği Yer	Köy	56	12,4
	Kasaba	29	6,4
	Şehir	366	81,2
	Toplam	451	100,0
Aylık Gelir Düzeyi	1000 TL Den Az	105	23,3
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	22,0
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	32,2
	4000 TL Ve üzeri	102	22,6
	Toplam	451	100,0
Çalışma Durumu	Evet	223	49,4
	Hayır	228	50,6
	Toplam	451	100,0
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	42	18,8
	1 - 5 Yıl Arası	79	35,4
	5 - 10 Yıl Arası	53	23,8
	11 Yıl Ve üzeri	49	22,0
	Toplam	223	100,0
Haftalık Çalışma Süresi	Ortalama 40 Saat	120	53,8
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	46,2
	Toplam	223	100,0
Aile Dışında Sosyal Destek Durumu	Evet	314	69,6
	Hayır	137	30,4
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiği	Anne	79	17,5
	Anne + Baba	350	77,6
	Diğer	22	4,9
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığı	Aşırı İlgiyle	68	15,1
	Yeterince İlgi İle	338	74,9
	İlgisiz	45	10,0
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğü	Aşırı Kontrol	106	23,5
	Yeterince Kontrol	293	65,0
	Az Kontrol	52	11,5
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Aile Durumu	Bütün	406	90,0
	Boşanmış	25	5,5
	Parçalanmış	20	4,5
	Toplam	451	100,0
Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumu	Evet	439	97,3
	Hayır	12	2,7
	Toplam	451	100,0

Bireyler yaş değişkenine göre 109'u (%24,2) 20 yaş ve altı, 187'si (%41,5) 21-30 yaş, 101'i (%22,4) 31-40 yaş, 54'ü (%12,0) 40 yaş üzeri; cinsiyet değişkenine göre 321'i (%71,2) kadın, 130'u (%28,8) erkek; medeni durum değişkenine göre 149'u (%33,0) evli, 280'i (%62,1) bekar, 22'si (%4,9) ayrı ve dul; evde kiminle yaşadığı değişkenine göre 41'i (%9,1) yalnız, 41'i (%9,1) sadece eş, 105'i (%23,3) eş ve çocuklar, 198'i (%43,9) anne ve baba, 66'sı (%14,6) diğer; eğitim düzeyi değişkenine göre 19'u (%4,2) ilköğretim, 71'i (%15,7) lise, 276'sı (%61,2) üniversite, 85'i (%18,8) yüksek lisans - doktora olarak; çocuk sayısı değişkenine göre 323'ü (%71,6) yok, 65'i (%14,4) 1, 63'ü (%14,0) 2 ve üzeri; şu anda yaşanan yer değişkenine göre 15'i (%3,3) kasaba, 436'sı (%96,7) şehir; çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre 56'sı (%12,4) köy, 29'u (%6,4) kasaba, 366'sı (%81,2) şehir; aylık gelir düzeyi değişkenine göre 105'i (%23,3) 1000 TL den az, 99'u (%22,0) 1000 TL - 2000 TL arası, 145'i (%32,2) 2000 TL - 4000 TL arası, 102'si (%22,6) 4000 TL ve üzeri; çalışma durumu değişkenine göre 223'ü (%49,4) evet, 228'i (%50,6) hayır; meslekte çalışma süresi değişkenine göre 42'si (%18,8) 1 yıldan az, 79'u (%35,4) 1 - 5 yıl arası, 53'ü (%23,8) 5 - 10 yıl arası, 49'u (%22,0) 11 yıl ve üzeri; haftalık çalışma süresi değişkenine göre 120'si (%53,8) ortalama 40 saat, 103'ü (%46,2) ortalama 45 saat ve üzeri; aile dışında sosyal destek durumu değişkenine göre 314'ü (%69,6) evet, 137'si (%30,4) hayır; çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği değişkenine göre 79'u (%17,5) anne, 350'si (%77,6) anne + baba, 22'si (%4,9) diğer; çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre 68'i (%15,1) aşırı ilgiyle, 338'i (%74,9) yeterince ilgi ile, 45'i (%10,0) ilgisiz; çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre 106'sı (%23,5) aşırı kontrol, 293'ü (%65,0) yeterince kontrol, 52'si (%11,5) az kontrol; çocuklukta aile durumu değişkenine göre 406'sı (%90,0) bütün, 25'i (%5,5) boşanmış, 20'si (%4,4) parçalanmış; çocuklukta anne baba yaşama durumu değişkenine göre 439'u (%97,3) evet, 12'si (%2,7) hayır olarak dağılmaktadır.

3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Uyku Kalitesi Düzeyleri

Tablo 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Kendini Suçlama	451	11,499	3,287	4,000	20,000
Kabul	451	12,342	3,402	4,000	20,000
Ruminasyon	451	13,286	3,805	4,000	20,000
Olumlu Yeniden Odaklanma	451	10,772	3,814	4,000	20,000
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	451	13,789	4,055	4,000	20,000
Olumlu Yeniden Değerlendirme	451	13,685	4,049	4,000	20,000
Olayın Değerini Azaltma	451	12,971	3,850	4,000	20,000
Felaketleştirme	451	9,195	3,548	4,000	20,000
Diğerlerini Suçlama	451	9,723	3,226	4,000	20,000

Araştırmaya katılan bireylerin “kendini suçlama” puan ortalaması (11,499±3,287); “kabul” puan ortalaması (12,342±3,402); “ruminasyon” puan ortalaması (13,286±3,805); “olumlu yeniden odaklanma” puan ortalaması (10,772±3,814); “plan yapmaya yeniden odaklanma” puan ortalaması (13,789±4,055); “olumlu yeniden değerlendirme” puan ortalaması (13,685±4,049); “olayın değerini azaltma” puan ortalaması (12,971±3,850); “felaketleştirme” puan ortalaması (9,195±3,548); “diğerlerini suçlama” puan ortalaması (9,723±3,226); olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Uyku Kalitesine Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Uyku Kalitesi	451	7,084	3,662	0,000	20,000

Araştırmaya katılan bireylerin “uyku kalitesi” puan ortalaması (7,084±3,662); olarak saptanmıştır.

3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiler

Tablo 4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Uyku Kalitesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Uyku Kalitesi	Kendini Suçlama	Kabul	Ruminasyon	Olumlu Yeniden Odaklanma	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Olumlu Yeniden Değerlendirme	Olayın Değerini Azaltma	Felaketleştirme	Diğerlerini Suçlama
Uyku Kalitesi	r	1,000									
	p	0,000									
Kendini Suçlama	r	0,139**	1,000								
	p	0,003	0,000								
Kabul	r	0,122**	0,580**	1,000							
	p	0,009	0,000	0,000							
Ruminasyon	r	0,229**	0,624**	0,582**	1,000						
	p	0,000	0,000	0,000	0,000						
Olumlu Yeniden Odaklanma	r	-0,034	0,258**	0,379**	0,204**	1,000					
	p	0,466	0,000	0,000	0,000	0,000					
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	r	0,126**	0,421**	0,499**	0,481**	0,514**	1,000				
	p	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
Olumlu Yeniden Değerlendirme	r	0,003	0,417**	0,508**	0,443**	0,617**	0,732**	1,000			
	p	0,942	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Olayın Değerini Azaltma	r	-0,004	0,392**	0,546**	0,443**	0,598**	0,607**	0,781**	1,000		
	p	0,931	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Felaketleştirme	r	0,265**	0,477**	0,340**	0,459**	0,119*	0,113*	0,098*	0,156**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,016	0,037	0,001	0,000	
Diğerlerini Suçlama	r	0,256**	0,307**	0,326**	0,360**	0,214**	0,190**	0,110*	0,188**	0,636**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,020	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01

Kendini Suçlama ve uyku kalitesi arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.139$; $p=0,003<0.05$). Kabul ve uyku kalitesi arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.122$; $p=0,009<0.05$). Kabul ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.58$; $p=0,000<0.05$). Ruminasyon ve uyku kalitesi arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.229$; $p=0,000<0.05$). Ruminasyon ve kendini suçlama arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.624$; $p=0,000<0.05$). Ruminasyon ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.582$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Odaklanma ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.258$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Odaklanma ve kabul arasında zayıf, pozitif yönde

anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.379$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Odaklanma ve ruminasyon arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.204$; $p=0,000<0.05$). Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma ve uyku kalitesi arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.126$; $p=0,007<0.05$). Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.421$; $p=0,000<0.05$). Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma ve kabul arasında , pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.499$; $p=0,000<0.05$). Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma ve ruminasyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.481$; $p=0,000<0.05$). Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma ve olumlu yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.514$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Değerlendirme ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.417$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Değerlendirme ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.508$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Değerlendirme ve ruminasyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.443$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Değerlendirme ve olumlu yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.617$; $p=0,000<0.05$). Olumlu Yeniden Değerlendirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında yüksek, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.732$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.392$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve kabul arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.546$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve ruminasyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.443$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve olumlu yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.598$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında orta, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.607$; $p=0,000<0.05$). Olayın Değerini Azaltma ve olumlu yeniden değerlendirme arasında yüksek, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.781$; $p=0,000<0.05$). Felaketleştirme ve uyku kalitesi arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.265$; $p=0,000<0.05$). Felaketleştirme ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamli iliski bulunmaktadir($r=0.477$; $p=0,000<0.05$). Felaketleştirme ve kabul

arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.34$; $p=0,000<0.05$). Felaketleştirme ve ruminasyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.459$; $p=0,000<0.05$). Felaketleştirme ve olumlu yeniden odaklanma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.119$; $p=0,011<0.05$). Felaketleştirme ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.113$; $p=0,016<0.05$). Felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.098$; $p=0,037<0.05$). Felaketleştirme ve olayın değerini azaltma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.156$; $p=0,001<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve uyku kalitesi arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.256$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve kendini suçlama arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.307$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve kabul arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.326$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve ruminasyon arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.36$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve olumlu yeniden odaklanma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.214$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve plan yapmaya yeniden odaklanma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.19$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve olumlu yeniden değerlendirme arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.11$; $p=0,020<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve olayın değerini azaltma arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.188$; $p=0,000<0.05$). Diğerlerini Suçlama ve felaketleştirme arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır($r=0.636$; $p=0,000<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Uyku Kalitesi	Sabit	3,657	4,615	0,000	7,269	0,000	0,111
	Kendini Suçlama	-0,061	-0,865	0,387			
	Kabul	0,007	0,098	0,922			
	Ruminasyon	0,141	2,211	0,028			
	Olumlu Yeniden Odaklanma	-0,086	-1,480	0,140			
	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	0,184	2,939	0,003			
	Olumlu Yeniden Değerlendirme	-0,076	-0,959	0,338			
	Olayın Değerini Azaltma	-0,098	-1,356	0,176			
	Felaketleştirme	0,155	2,313	0,021			
	Diğerlerini Suçlama	0,150	2,208	0,028			

Kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama ile uyku kalitesi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=7,269$; $p=0,000<0.05$). Uyku kalitesi düzeyinin belirleyicisi olarak kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,111$). Bireylerin kendini suçlama düzeyi uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.387>0.05$). Bireylerin kabul düzeyi uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.922>0.05$). Bireylerin ruminasyon düzeyi uyku kalitesi düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,141$). Bireylerin olumlu yeniden odaklanma düzeyi uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.140>0.05$). Bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi uyku kalitesi düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,184$). Bireylerin olumlu yeniden değerlendirme düzeyi uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.338>0.05$). Bireylerin olayın değerini azaltma düzeyi uyku kalitesi düzeyini etkilememektedir ($p=0.176>0.05$). Bireylerin felaketleştirme düzeyi uyku kalitesi düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,155$). Bireylerin diğerlerini suçlama düzeyi uyku kalitesi düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,150$). Araştırma modelinde otokorelasyon bağlantılarını ortadan kaldırmak üzere anlamsız değişkenler çıkartılarak analizler tekrar edilmiştir.

Tablo 6. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi (Tekrar)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Uyku Kalitesi	Sabit	2,629	3,513	0,000	11,870	0,000	0,088
	Ruminasyon	0,101	1,806	0,016			
	Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	0,033	0,699	0,048			
	Felaketleştirme	0,135	2,096	0,037			
	Diğerlerini Suçlama	0,146	2,172	0,030			

Ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama ile uyku kalitesi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=11,870$; $p=0,000<0.05$). Uyku kalitesi düzeyindeki toplam değişim %8.8 oranında ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,088$). Ruminasyon uyku kalitesi puan düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,101$). Plan yapmaya yeniden odaklanma uyku kalitesi puan düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,033$). Felaketleştirme uyku kalitesi puan düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,135$). Diğerlerini suçlama uyku kalitesi puan düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,146$).

3.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 7. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	20 Yaş Ve Altı	109	11,110	3,143	2,724	0,044	2>1 2>3
	21-30 Yaş	187	12,021	3,334			
	31-40 Yaş	101	11,149	3,260			
	40 Yaş üzeri	54	11,130	3,303			
Kabul	20 Yaş Ve Altı	109	12,165	3,630	3,731	0,011	2>3 2>4
	21-30 Yaş	187	12,904	3,253			
	31-40 Yaş	101	12,030	3,422			
	40 Yaş üzeri	54	11,333	3,126			
Ruminasyon	20 Yaş Ve Altı	109	13,358	3,816	6,697	0,000	1>3 2>3 2>4
	21-30 Yaş	187	14,086	3,722			
	31-40 Yaş	101	12,307	3,770			
	40 Yaş üzeri	54	12,204	3,536			
Olumlu Yeniden Odaklanma	20 Yaş Ve Altı	109	10,339	3,850	0,721	0,540	
	21-30 Yaş	187	10,813	3,930			
	31-40 Yaş	101	11,079	3,767			
	40 Yaş üzeri	54	10,926	3,425			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	20 Yaş Ve Altı	109	13,138	4,151	1,690	0,168	
	21-30 Yaş	187	14,219	4,061			
	31-40 Yaş	101	13,802	3,784			
	40 Yaş üzeri	54	13,593	4,245			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	20 Yaş Ve Altı	109	12,835	4,178	2,888	0,035	2>1
	21-30 Yaş	187	14,230	3,985			
	31-40 Yaş	101	13,762	3,881			
	40 Yaş üzeri	54	13,370	4,104			
Olayın Değerini Azaltma	20 Yaş Ve Altı	109	12,486	3,780	0,866	0,459	
	21-30 Yaş	187	13,219	3,827			
	31-40 Yaş	101	12,951	3,933			
	40 Yaş üzeri	54	13,130	3,924			
Felaketleştirme	20 Yaş Ve Altı	109	9,587	3,611	2,263	0,080	
	21-30 Yaş	187	9,460	3,684			
	31-40 Yaş	101	8,604	3,247			
	40 Yaş üzeri	54	8,593	3,345			
Diğerlerini Suçlama	20 Yaş Ve Altı	109	9,743	3,032	1,278	0,281	
	21-30 Yaş	187	10,027	3,369			
	31-40 Yaş	101	9,347	2,988			
	40 Yaş üzeri	54	9,333	3,491			
Uyku Kalitesi	20 Yaş Ve Altı	109	7,606	3,263	2,401	0,067	
	21-30 Yaş	187	7,235	3,675			
	31-40 Yaş	101	6,307	3,736			
	40 Yaş üzeri	54	6,963	4,079			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,724$; $p=0,044<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 21-30 yaş olanların kendini suçlama puanları ($12,021\pm3,334$), yaşı 20 yaş ve altı olanların kendini suçlama puanlarından ($11,110\pm3,143$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 21-30 yaş olanların kendini suçlama puanları ($12,021\pm3,334$), yaşı 31-40 yaş olanların kendini suçlama puanlarından ($11,149\pm3,260$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,731$; $p=0,011<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 21-30 yaş olanların kabul puanları ($12,904\pm3,253$), yaşı 31-40 yaş olanların kabul puanlarından ($12,030\pm3,422$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 21-30 yaş olanların kabul puanları ($12,904\pm3,253$), yaşı 40 yaş üzeri olanların kabul puanlarından ($11,333\pm3,126$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,697$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 20 yaş ve altı olanların ruminasyon puanları ($13,358\pm3,816$), yaşı 31-40 yaş olanların ruminasyon puanlarından ($12,307\pm3,770$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 21-30 yaş olanların ruminasyon puanları ($14,086\pm3,722$), yaşı 31-40 yaş olanların ruminasyon puanlarından ($12,307\pm3,770$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 21-30 yaş olanların ruminasyon puanları ($14,086\pm3,722$), yaşı 40 yaş üzeri olanların ruminasyon puanlarından ($12,204\pm3,536$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden değerlendirme puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup

ortalamları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=2,888$; $p=0,035<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 21-30 yaş olanların olumlu yeniden değerlendirme puanları ($14,230\pm3,985$), yaşı 20 yaş ve altı olanların olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($12,835\pm4,178$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 8. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	1000 TL Den Az	105	12,029	2,850	2,325	0,074	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	11,515	3,427			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	10,966	3,378			
	4000 TL Ve üzeri	102	11,696	3,374			
Kabul	1000 TL Den Az	105	12,933	3,306	1,648	0,177	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	12,061	3,467			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	12,055	3,454			
	4000 TL Ve üzeri	102	12,412	3,328			
Ruminasyon	1000 TL Den Az	105	14,333	3,615	3,665	0,012	1>2 1>3 1>4
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	13,040	4,005			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	12,814	3,670			
	4000 TL Ve üzeri	102	13,118	3,837			
Olumlu Yeniden Odaklanma	1000 TL Den Az	105	10,819	4,224	1,308	0,271	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	10,131	3,331			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	11,090	3,699			
	4000 TL Ve üzeri	102	10,892	3,950			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	1000 TL Den Az	105	14,438	4,064	2,533	0,056	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	12,970	4,205			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	13,655	3,948			
	4000 TL Ve üzeri	102	14,108	3,955			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	1000 TL Den Az	105	14,657	3,983	3,359	0,019	1>2 1>3
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	12,980	4,013			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	13,386	4,064			
	4000 TL Ve üzeri	102	13,794	3,991			
Olayın Değerini Azaltma	1000 TL Den Az	105	13,448	4,012	3,609	0,013	1>2 4>2
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	12,030	3,612			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	12,814	3,864			
	4000 TL Ve üzeri	102	13,618	3,734			
Felaketleştirme	1000 TL Den Az	105	9,571	3,480	0,551	0,648	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	9,162	3,539			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	9,090	3,553			
	4000 TL Ve üzeri	102	8,990	3,641			
Diğerlerini Suçlama	1000 TL Den Az	105	9,838	3,061	0,421	0,738	
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	9,869	3,158			
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	9,476	3,292			
	4000 TL Ve üzeri	102	9,814	3,385			

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,665$; $p=0,012<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Aylık gelir

düzeyi 1000 TL den az olanların ruminasyon puanları ($14,333\pm3,615$), aylık gelir düzeyi 1000 TL - 2000 TL arası olanların ruminasyon puanlarından ($13,040\pm4,005$) yüksek bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 1000 TL den az olanların ruminasyon puanları ($14,333\pm3,615$), aylık gelir düzeyi 2000 TL - 4000 TL arası olanların ruminasyon puanlarından ($12,814\pm3,670$) yüksek bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 1000 TL den az olanların ruminasyon puanları ($14,333\pm3,615$), aylık gelir düzeyi 4000 TL ve üzeri olanların ruminasyon puanlarından ($13,118\pm3,837$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden değerlendirme puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,359$; $p=0,019<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Aylık gelir düzeyi 1000 TL den az olanların olumlu yeniden değerlendirme puanları ($14,657\pm3,983$), aylık gelir düzeyi 1000 TL - 2000 TL arası olanların olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($12,980\pm4,013$) yüksek bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 1000 TL den az olanların olumlu yeniden değerlendirme puanları ($14,657\pm3,983$), aylık gelir düzeyi 2000 TL - 4000 TL arası olanların olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($13,386\pm4,064$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olayın değerini azaltma puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,609$; $p=0,013<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Aylık gelir düzeyi 1000 TL den az olanların olayın değerini azaltma puanları ($13,448\pm4,012$), aylık gelir düzeyi 1000 TL - 2000 TL arası olanların olayın değerini azaltma puanlarından ($12,030\pm3,612$) yüksek bulunmuştur. Aylık gelir düzeyi 4000 TL ve üzeri olanların olayın değerini azaltma puanları ($13,618\pm3,734$), aylık gelir düzeyi 1000 TL - 2000 TL arası olanların olayın değerini azaltma puanlarından ($12,030\pm3,612$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Evde Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Yalnız	41	13,610	3,549	6,532	0,000	1>2 1>3 5>3 1>4 1>5
	Sadece Eş	41	10,756	3,360			
	Eş Ve Çocuklar	105	10,800	3,027			
	Anne Ve Baba	198	11,444	3,185			
	Diğer	66	11,924	3,250			
Kabul	Yalnız	41	13,317	2,876	2,353	0,053	
	Sadece Eş	41	11,634	3,611			
	Eş Ve Çocuklar	105	11,762	3,429			
	Anne Ve Baba	198	12,465	3,447			
	Diğer	66	12,727	3,242			
Ruminasyon	Yalnız	41	14,439	4,225	3,944	0,004	1>2 4>2 5>2 1>3 4>3 5>3
	Sadece Eş	41	12,073	3,220			
	Eş Ve Çocuklar	105	12,438	3,835			
	Anne Ve Baba	198	13,606	3,708			
	Diğer	66	13,712	3,769			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Yalnız	41	11,220	4,071	0,566	0,687	
	Sadece Eş	41	10,781	4,108			
	Eş Ve Çocuklar	105	10,895	3,584			
	Anne Ve Baba	198	10,495	3,831			
	Diğer	66	11,121	3,817			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Yalnız	41	14,878	3,995	1,802	0,127	
	Sadece Eş	41	13,951	4,347			
	Eş Ve Çocuklar	105	13,219	3,749			
	Anne Ve Baba	198	13,616	4,216			
	Diğer	66	14,439	3,771			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Yalnız	41	14,268	4,483	0,864	0,486	
	Sadece Eş	41	12,878	4,226			
	Eş Ve Çocuklar	105	13,705	4,036			
	Anne Ve Baba	198	13,571	4,005			
	Diğer	66	14,136	3,819			
Olayın Değerini Azaltma	Yalnız	41	13,537	4,056	1,060	0,376	
	Sadece Eş	41	11,976	4,009			
	Eş Ve Çocuklar	105	12,991	3,914			
	Anne Ve Baba	198	12,929	3,773			
	Diğer	66	13,333	3,735			
Felaketleştirme	Yalnız	41	10,561	4,353	2,320	0,056	
	Sadece Eş	41	8,561	3,515			
	Eş Ve Çocuklar	105	9,114	3,326			
	Anne Ve Baba	198	9,273	3,520			
	Diğer	66	8,636	3,294			
Diğerlerini Suçlama	Yalnız	41	10,439	3,893	0,657	0,622	
	Sadece Eş	41	9,366	3,659			
	Eş Ve Çocuklar	105	9,619	3,096			
	Anne Ve Baba	198	9,707	3,195			
	Diğer	66	9,712	2,789			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının evde kiminle yaşadığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=6,532$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların kendini suçlama puanları ($13,610\pm3,549$), evde kiminle yaşadığı sadece eş olanların kendini suçlama

puanlarından ($10,756 \pm 3,360$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların kendini suçlama puanları ($13,610 \pm 3,549$), evde kiminle yaşadığı eş ve çocuklar olanların kendini suçlama puanlarından ($10,800 \pm 3,027$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı diğer olanların kendini suçlama puanları ($11,924 \pm 3,250$), evde kiminle yaşadığı eş ve çocuklar olanların kendini suçlama puanlarından ($10,800 \pm 3,027$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların kendini suçlama puanları ($13,610 \pm 3,549$), evde kiminle yaşadığı anne ve baba olanların kendini suçlama puanlarından ($11,444 \pm 3,185$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların kendini suçlama puanları ($13,610 \pm 3,549$), evde kiminle yaşadığı diğer olanların kendini suçlama puanlarından ($11,924 \pm 3,250$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının evde kiminle yaşadığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,944$; $p=0,004 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların ruminasyon puanları ($14,439 \pm 4,225$), evde kiminle yaşadığı sadece eş olanların ruminasyon puanlarından ($12,073 \pm 3,220$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı anne ve baba olanların ruminasyon puanları ($13,606 \pm 3,708$), evde kiminle yaşadığı sadece eş olanların ruminasyon puanlarından ($12,073 \pm 3,220$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı diğer olanların ruminasyon puanları ($13,712 \pm 3,769$), evde kiminle yaşadığı sadece eş olanların ruminasyon puanlarından ($12,073 \pm 3,220$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı yalnız olanların ruminasyon puanları ($14,439 \pm 4,225$), evde kiminle yaşadığı eş ve çocuklar olanların ruminasyon puanlarından ($12,438 \pm 3,835$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı anne ve baba olanların ruminasyon puanları ($13,606 \pm 3,708$), evde kiminle yaşadığı eş ve çocuklar olanların ruminasyon puanlarından ($12,438 \pm 3,835$) yüksek bulunmuştur. Evde kiminle yaşadığı diğer olanların ruminasyon puanları ($13,712 \pm 3,769$), evde kiminle yaşadığı eş ve çocuklar olanların ruminasyon puanlarından ($12,438 \pm 3,835$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının evde kiminle yaşadığı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 10. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	İlköğretim	19	10,000	2,789	3,256	0,022	3>1 4>1 4>2
	Lise	71	10,944	3,084			
	Üniversite	276	11,536	3,304			
	Yüksek lisans - doktora	85	12,177	3,364			
Kabul	İlköğretim	19	11,316	3,931	3,206	0,023	4>1 4>2 4>3
	Lise	71	11,803	3,120			
	Üniversite	276	12,275	3,521			
	Yüksek lisans - doktora	85	13,235	2,947			
Ruminasyon	İlköğretim	19	12,579	3,791	3,287	0,021	3>2 4>2
	Lise	71	12,282	3,723			
	Üniversite	276	13,337	3,836			
	Yüksek lisans - doktora	85	14,118	3,617			
Olumlu Yeniden Odaklanma	İlköğretim	19	12,421	4,811	4,858	0,002	1>3 4>3
	Lise	71	10,845	3,706			
	Üniversite	276	10,312	3,726			
	Yüksek lisans - doktora	85	11,835	3,690			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	İlköğretim	19	14,263	4,067	8,024	0,000	4>2 4>3
	Lise	71	12,690	4,073			
	Üniversite	276	13,496	4,052			
	Yüksek lisans - doktora	85	15,553	3,531			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	İlköğretim	19	14,368	4,153	3,848	0,010	4>2 4>3
	Lise	71	12,747	4,302			
	Üniversite	276	13,533	4,070			
	Yüksek lisans - doktora	85	14,812	3,503			
Olayın Değerini Azaltma	İlköğretim	19	13,684	4,164	2,807	0,039	4>2 4>3
	Lise	71	12,465	3,756			
	Üniversite	276	12,750	3,950			
	Yüksek lisans - doktora	85	13,953	3,373			
Felaketleştirme	İlköğretim	19	9,790	4,090	0,489	0,690	
	Lise	71	9,423	3,500			
	Üniversite	276	9,047	3,518			
	Yüksek lisans - doktora	85	9,353	3,591			
Diğerlerini Suçlama	İlköğretim	19	10,474	3,949	0,928	0,427	
	Lise	71	9,887	3,886			
	Üniversite	276	9,540	2,991			
	Yüksek lisans - doktora	85	10,012	3,190			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,256$; $p=0,022<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi üniversite olanların kendini suçlama puanları ($11,536\pm3,304$), eğitim düzeyi ilköğretim olanların kendini suçlama puanlarından ($10,000\pm2,789$) yüksek

bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların kendini suçlama puanları ($12,177 \pm 3,364$), eğitim düzeyi ilköğretim olanların kendini suçlama puanlarından ($10,000 \pm 2,789$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların kendini suçlama puanları ($12,177 \pm 3,364$), eğitim düzeyi lise olanların kendini suçlama puanlarından ($10,944 \pm 3,084$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,206$; $p=0,023 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların kabul puanları ($13,235 \pm 2,947$), eğitim düzeyi ilköğretim olanların kabul puanlarından ($11,316 \pm 3,931$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların kabul puanları ($13,235 \pm 2,947$), eğitim düzeyi lise olanların kabul puanlarından ($11,803 \pm 3,120$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların kabul puanları ($13,235 \pm 2,947$), eğitim düzeyi üniversite olanların kabul puanlarından ($12,275 \pm 3,521$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,287$; $p=0,021 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi üniversite olanların ruminasyon puanları ($13,337 \pm 3,836$), eğitim düzeyi lise olanların ruminasyon puanlarından ($12,282 \pm 3,723$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların ruminasyon puanları ($14,118 \pm 3,617$), eğitim düzeyi lise olanların ruminasyon puanlarından ($12,282 \pm 3,723$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden odaklanma puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=4,858$; $p=0,002 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi ilköğretim olanların olumlu yeniden odaklanma puanları ($12,421 \pm 4,811$), eğitim düzeyi üniversite olanların olumlu yeniden odaklanma puanlarından ($10,312 \pm 3,726$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların olumlu yeniden odaklanma puanları ($11,835 \pm 3,690$), eğitim düzeyi üniversite olanların olumlu yeniden odaklanma puanlarından ($10,312 \pm 3,726$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=8,024$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların plan yapmaya yeniden odaklanma puanları ($15,553\pm3,531$), eğitim düzeyi lise olanların plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarından ($12,690\pm4,073$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların plan yapmaya yeniden odaklanma puanları ($15,553\pm3,531$), eğitim düzeyi üniversite olanların plan yapmaya yeniden odaklanma puanlarından ($13,496\pm4,052$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden değerlendirme puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,848$; $p=0,010<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların olumlu yeniden değerlendirme puanları ($14,812\pm3,503$), eğitim düzeyi lise olanların olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($12,747\pm4,302$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyiyüksek lisans - doktora olanların olumlu yeniden değerlendirme puanları ($14,812\pm3,503$), eğitim düzeyi üniversite olanların olumlu yeniden değerlendirme puanlarından ($13,533\pm4,070$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olayın değerini azaltma puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=2,807$; $p=0,039<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların olayın değerini azaltma puanları ($13,953\pm3,373$), eğitim düzeyi lise olanların olayın değerini azaltma puanlarından ($12,465\pm3,756$) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek lisans - doktora olanların olayın değerini azaltma puanları ($13,953\pm3,373$), eğitim düzeyiüniversite olanların olayın değerini azaltma puanlarından ($12,750\pm3,950$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 11. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Evli	149	10,772	3,175	5,665	0,004	2>1
	Bekar	280	11,882	3,226			
	Ayrı Ve Dul	22	11,546	4,068			
Kabul	Evli	149	11,772	3,501	3,151	0,044	2>1
	Bekar	280	12,625	3,321			
	Ayrı Ve Dul	22	12,591	3,404			
Ruminasyon	Evli	149	12,356	3,684	9,088	0,000	2>1 2>3
	Bekar	280	13,871	3,720			
	Ayrı Ve Dul	22	12,136	4,313			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Evli	149	10,852	3,814	0,651	0,522	
	Bekar	280	10,664	3,803			
	Ayrı Ve Dul	22	11,591	4,020			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Evli	149	13,416	4,030	0,943	0,390	
	Bekar	280	13,971	3,998			
	Ayrı Ve Dul	22	14,000	4,899			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Evli	149	13,430	4,145	0,449	0,638	
	Bekar	280	13,804	3,942			
	Ayrı Ve Dul	22	13,909	4,800			
Olayın Değerini Azaltma	Evli	149	12,738	4,036	0,412	0,662	
	Bekar	280	13,093	3,679			
	Ayrı Ve Dul	22	13,000	4,731			
Felaketleştirme	Evli	149	8,933	3,436	1,323	0,267	
	Bekar	280	9,393	3,591			
	Ayrı Ve Dul	22	8,455	3,700			
Diğerlerini Suçlama	Evli	149	9,604	3,363	0,272	0,762	
	Bekar	280	9,807	3,114			
	Ayrı Ve Dul	22	9,455	3,764			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=5,665$; $p=0,004<0.05$). Farklılığın hangi

gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Medeni durum bekar olanların kendini suçlama puanları ($11,882 \pm 3,226$), medeni durum evli olanların kendini suçlama puanlarından ($10,772 \pm 3,175$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,151$; $p=0,044 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Medeni durum bekar olanların kabul puanları ($12,625 \pm 3,321$), medeni durum evli olanların kabul puanlarından ($11,772 \pm 3,501$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=9,088$; $p=0,000 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Medeni durum bekar olanların ruminasyon puanları ($13,871 \pm 3,720$), medeni durum evli olanların ruminasyon puanlarından ($12,356 \pm 3,684$) yüksek bulunmuştur. Medeni durum bekar olanların ruminasyon puanları ($13,871 \pm 3,720$), medeni durum ayrı ve dul olanların ruminasyon puanlarından ($12,136 \pm 4,313$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	1 Yıldan Az	42	11,905	3,282	0,715	0,544	
	1 - 5 Yıl Arası	79	11,734	3,433			
	5 - 10 Yıl Arası	53	11,019	3,422			
	11 Yıl Ve üzeri	49	11,714	3,116			
Kabul	1 Yıldan Az	42	11,976	3,112	0,621	0,602	
	1 - 5 Yıl Arası	79	12,722	3,408			
	5 - 10 Yıl Arası	53	12,208	3,225			
	11 Yıl Ve üzeri	49	12,225	2,679			
Ruminasyon	1 Yıldan Az	42	13,595	3,575	1,149	0,330	
	1 - 5 Yıl Arası	79	13,506	4,057			
	5 - 10 Yıl Arası	53	12,528	3,598			
	11 Yıl Ve üzeri	49	12,653	3,887			
Olumlu Yeniden Odaklanma	1 Yıldan Az	42	9,643	3,114	3,733	0,012	3>1 4>1
	1 - 5 Yıl Arası	79	10,987	3,664			
	5 - 10 Yıl Arası	53	12,113	4,196			
	11 Yıl Ve üzeri	49	11,184	3,100			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	1 Yıldan Az	42	13,595	3,927	0,558	0,643	
	1 - 5 Yıl Arası	79	13,873	4,036			
	5 - 10 Yıl Arası	53	14,604	4,430			
	11 Yıl Ve üzeri	49	14,122	3,806			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	1 Yıldan Az	42	13,524	4,122	0,574	0,633	
	1 - 5 Yıl Arası	79	13,658	3,892			
	5 - 10 Yıl Arası	53	14,434	4,079			
	11 Yıl Ve üzeri	49	14,061	3,777			
Olayın Değerini Azaltma	1 Yıldan Az	42	12,762	4,160	0,295	0,829	
	1 - 5 Yıl Arası	79	13,114	3,359			
	5 - 10 Yıl Arası	53	13,057	4,016			
	11 Yıl Ve üzeri	49	13,490	3,577			
Felaketleştirme	1 Yıldan Az	42	9,500	3,409	0,362	0,780	
	1 - 5 Yıl Arası	79	9,443	3,619			
	5 - 10 Yıl Arası	53	8,868	3,638			
	11 Yıl Ve üzeri	49	9,327	3,145			
Diğerlerini Suçlama	1 Yıldan Az	42	9,714	3,459	1,119	0,342	
	1 - 5 Yıl Arası	79	10,304	3,279			
	5 - 10 Yıl Arası	53	9,264	3,271			
	11 Yıl Ve üzeri	49	9,755	3,004			

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden odaklanma puanlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,733$; $p=0,012<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Meslekte çalışma süresi 5 - 10 yıl arası olanların olumlu yeniden odaklanma puanları ($12,113\pm4,196$), meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanların olumlu yeniden odaklanma puanlarından ($9,643\pm3,114$) yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olanların olumlu yeniden odaklanma puanları

(11,184±3,100), meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanların olumlu yeniden odaklanma puanlarından (9,643±3,114) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 13. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Yok	323	11,808	3,324	5,153	0,006	1>2 1>3
	1	65	10,785	3,375			
	2 Ve üzeri	63	10,651	2,742			
Kabul	Yok	323	12,548	3,374	2,364	0,095	
	1	65	12,031	3,678			
	2 Ve üzeri	63	11,603	3,165			
Ruminasyon	Yok	323	13,663	3,738	6,589	0,002	1>3
	1	65	12,769	3,944			
	2 Ve üzeri	63	11,889	3,664			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Yok	323	10,663	3,879	0,551	0,577	
	1	65	11,185	3,750			
	2 Ve üzeri	63	10,905	3,559			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Yok	323	13,994	4,105	1,481	0,228	
	1	65	13,185	3,968			
	2 Ve üzeri	63	13,365	3,845			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Yok	323	13,697	4,051	0,005	0,995	
	1	65	13,662	4,188			
	2 Ve üzeri	63	13,651	3,956			
Olayın Değerini Azaltma	Yok	323	12,920	3,790	0,102	0,903	
	1	65	13,092	4,182			
	2 Ve üzeri	63	13,111	3,853			
Felaketleştirme	Yok	323	9,285	3,611	1,206	0,300	
	1	65	9,369	3,617			
	2 Ve üzeri	63	8,556	3,105			
Diğerlerini Suçlama	Yok	323	9,762	3,200	0,768	0,465	
	1	65	9,954	3,425			
	2 Ve üzeri	63	9,286	3,159			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=5,153$; $p=0,006<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuğu olmayanların kendini suçlama puanları (11,808±3,324), çocuk sayısı 1 olanların

kendini suçlama puanlarından (10,785±3,375) yüksek bulunmuştur. çocuk sayısı yok olanların kendini suçlama puanları (11,808±3,324), çocuk sayısı 2 ve üzeri olanların kendini suçlama puanlarından (10,651±2,742) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=6,589$; $p=0,002<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuğu olmayanların ruminasyon puanları (13,663±3,738), çocuk sayısı 2 ve üzeri olanların ruminasyon puanlarından (11,889±3,664) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 14. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Aile Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Bütün	406	11,382	3,255	3,308	0,037	3>1
	Boşanmış	25	12,040	3,247			
	Parçalanmış	20	13,200	3,607			
Kabul	Bütün	406	12,286	3,378	0,944	0,390	
	Boşanmış	25	12,440	3,969			
	Parçalanmış	20	13,350	3,133			
Ruminasyon	Bütün	406	13,177	3,822	1,939	0,145	
	Boşanmış	25	14,640	3,807			
	Parçalanmış	20	13,800	3,205			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Bütün	406	10,798	3,820	0,155	0,856	
	Boşanmış	25	10,360	3,978			
	Parçalanmış	20	10,750	3,640			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Bütün	406	13,722	4,043	0,664	0,515	
	Boşanmış	25	14,160	4,828			
	Parçalanmış	20	14,700	3,213			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Bütün	406	13,643	4,041	0,594	0,552	
	Boşanmış	25	13,600	5,050			
	Parçalanmış	20	14,650	2,641			
Olayın Değerini Azaltma	Bütün	406	12,919	3,803	0,629	0,534	
	Boşanmış	25	13,080	4,881			
	Parçalanmış	20	13,900	3,417			
Felaketleştirme	Bütün	406	9,111	3,509	1,576	0,208	
	Boşanmış	25	9,520	3,820			
	Parçalanmış	20	10,500	3,887			
Diğerlerini Suçlama	Bütün	406	9,616	3,180	2,268	0,105	
	Boşanmış	25	10,760	3,407			
	Parçalanmış	20	10,600	3,705			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının çocuklukta aile durumu değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,308$; $p=0,037<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta aile durumu parçalanmış olanların kendini suçlama puanları ($13,200\pm3,607$), çocuklukta aile durumu bütün olanların kendini suçlama puanlarından ($11,382\pm3,255$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının çocuklukta aile durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 15. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiği Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Kendini Suçlama	Anne	79	12,038	3,477	1,290	0,276
	Anne + Baba	350	11,383	3,211		
	Diğer	22	11,409	3,737		
Kabul	Anne	79	13,013	3,399	2,029	0,133
	Anne + Baba	350	12,174	3,369		
	Diğer	22	12,591	3,775		
Ruminasyon	Anne	79	13,861	3,754	1,096	0,335
	Anne + Baba	350	13,160	3,801		
	Diğer	22	13,227	4,035		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Anne	79	11,051	4,000	0,444	0,642
	Anne + Baba	350	10,743	3,729		
	Diğer	22	10,227	4,535		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Anne	79	13,772	4,166	0,311	0,733
	Anne + Baba	350	13,751	4,037		
	Diğer	22	14,455	4,068		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Anne	79	13,671	3,934	0,143	0,867
	Anne + Baba	350	13,660	4,048		
	Diğer	22	14,136	4,612		
Olayın Değerini Azaltma	Anne	79	13,190	4,095	0,163	0,850
	Anne + Baba	350	12,931	3,736		
	Diğer	22	12,818	4,797		
Felaketleştirme	Anne	79	9,544	3,931	0,681	0,507
	Anne + Baba	350	9,151	3,396		
	Diğer	22	8,636	4,457		
Diğerlerini Suçlama	Anne	79	10,380	3,600	2,003	0,136
	Anne + Baba	350	9,589	3,085		
	Diğer	22	9,500	3,839		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 16. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğü ne Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Aşırı Kontrol	106	12,009	3,509	4,061	0,018	1>2 3>2
	Yeterince Kontrol	293	11,181	3,066			
	Az Kontrol	52	12,250	3,803			
Kabul	Aşırı Kontrol	106	12,915	3,166	4,326	0,014	1>2 3>2
	Yeterince Kontrol	293	12,000	3,305			
	Az Kontrol	52	13,096	4,122			
Ruminasyon	Aşırı Kontrol	106	14,132	3,549	4,206	0,016	1>2 1>3
	Yeterince Kontrol	293	13,130	3,801			
	Az Kontrol	52	12,442	4,089			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Aşırı Kontrol	106	10,925	3,809	0,511	0,600	
	Yeterince Kontrol	293	10,802	3,813			
	Az Kontrol	52	10,289	3,867			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Aşırı Kontrol	106	14,491	3,719	2,140	0,119	
	Yeterince Kontrol	293	13,543	4,108			
	Az Kontrol	52	13,750	4,315			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Aşırı Kontrol	106	13,943	3,792	0,803	0,448	
	Yeterince Kontrol	293	13,700	4,046			
	Az Kontrol	52	13,077	4,563			
Olayın Değerini Azaltma	Aşırı Kontrol	106	13,293	3,849	1,142	0,320	
	Yeterince Kontrol	293	12,973	3,756			
	Az Kontrol	52	12,308	4,337			
Felaketleştirme	Aşırı Kontrol	106	9,887	3,783	3,134	0,044	1>2
	Yeterince Kontrol	293	8,904	3,333			
	Az Kontrol	52	9,423	4,060			
Diğerlerini Suçlama	Aşırı Kontrol	106	10,774	3,755	8,426	0,000	1>2
	Yeterince Kontrol	293	9,307	2,915			
	Az Kontrol	52	9,923	3,289			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüldüğü değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=4,061$; $p=0,018<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüldüğü aşırı kontrol olanların kendini suçlama puanları ($12,009\pm3,509$), çocuklukta nasıl bir disiplinle

büyütüldüğü yeterince kontrol olanların kendini suçlama puanlarından ($11,181 \pm 3,066$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü az kontrol olanların kendini suçlama puanları ($12,250 \pm 3,803$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü yeterince kontrol olanların kendini suçlama puanlarından ($11,181 \pm 3,066$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=4,326$; $p=0,014 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü aşırı kontrol olanların kabul puanları ($12,915 \pm 3,166$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü yeterince kontrol olanların kabul puanlarından ($12,000 \pm 3,305$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü az kontrol olanların kabul puanları ($13,096 \pm 4,122$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü yeterince kontrol olanların kabul puanlarından ($12,000 \pm 3,305$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=4,206$; $p=0,016 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü aşırı kontrol olanların ruminasyon puanları ($14,132 \pm 3,549$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü yeterince kontrol olanların ruminasyon puanlarından ($13,130 \pm 3,801$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü aşırı kontrol olanların ruminasyon puanları ($14,132 \pm 3,549$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü az kontrol olanların ruminasyon puanlarından ($12,442 \pm 4,089$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin felaketleştirme puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=3,134$; $p=0,044 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü aşırı kontrol olanların felaketleştirme puanları ($9,887 \pm 3,783$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyüdüğü yeterince kontrol olanların felaketleştirme puanlarından ($8,904 \pm 3,333$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin diğerlerini suçlama puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($F=8,426$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü aşırı kontrol olanların diğerlerini suçlama puanları ($10,774\pm3,755$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü yeterince kontrol olanların diğerlerini suçlama puanlarından ($9,307\pm2,915$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma puanlarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Aşırı İlgiyle	68	11,647	3,480	3,483	0,032	3>2
	Yeterince İlgi İle	338	11,314	3,129			
	İlgisiz	45	12,667	3,925			
Kabul	Aşırı İlgiyle	68	12,382	3,490	0,529	0,589	
	Yeterince İlgi İle	338	12,269	3,348			
	İlgisiz	45	12,822	3,695			
Ruminasyon	Aşırı İlgiyle	68	14,279	3,705	3,183	0,042	1>2
	Yeterince İlgi İle	338	13,044	3,675			
	İlgisiz	45	13,600	4,649			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Aşırı İlgiyle	68	11,441	3,563	1,798	0,167	
	Yeterince İlgi İle	338	10,728	3,810			
	İlgisiz	45	10,089	4,133			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Aşırı İlgiyle	68	14,412	3,926	1,335	0,264	
	Yeterince İlgi İle	338	13,746	4,024			
	İlgisiz	45	13,178	4,433			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Aşırı İlgiyle	68	13,882	4,127	1,744	0,176	
	Yeterince İlgi İle	338	13,787	3,930			
	İlgisiz	45	12,622	4,706			
Olayın Değerini Azaltma	Aşırı İlgiyle	68	13,353	3,713	1,142	0,320	
	Yeterince İlgi İle	338	12,991	3,833			
	İlgisiz	45	12,244	4,157			
Felaketleştirme	Aşırı İlgiyle	68	10,515	4,258	8,065	0,000	1>2 3>2
	Yeterince İlgi İle	338	8,820	3,277			
	İlgisiz	45	10,022	3,799			
Diğerlerini Suçlama	Aşırı İlgiyle	68	10,677	3,609	9,999	0,000	1>2 3>2
	Yeterince İlgi İle	338	9,343	2,969			
	İlgisiz	45	11,133	3,811			

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama puanlarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,483$; $p=0,032<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların kendini suçlama puanları ($12,667\pm3,925$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların kendini suçlama puanlarından ($11,314\pm3,129$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruminasyon puanlarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,183$; $p=0,042<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların ruminasyon puanları ($14,279\pm3,705$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların ruminasyon puanlarından ($13,044\pm3,675$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin felaketleştirme puanlarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=8,065$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların felaketleştirme puanları ($10,515\pm4,258$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların felaketleştirme puanlarından ($8,820\pm3,277$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların felaketleştirme puanları ($10,022\pm3,799$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların felaketleştirme puanlarından ($8,820\pm3,277$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin diğerlerini suçlama puanlarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=9,999$; $p=0,000<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların diğerlerini suçlama puanları ($10,677\pm3,609$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların diğerlerini suçlama puanlarından ($9,343\pm2,969$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların diğerlerini suçlama puanları ($11,133\pm3,811$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların diğerlerini suçlama puanlarından ($9,343\pm2,969$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kabul, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma puanlarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 18. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocukluğun Geçirildiği Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Suçlama	Köy	56	11,482	3,347	1,603	0,202	
	Kasaba	29	12,552	3,247			
	Şehir	366	11,418	3,276			
Kabul	Köy	56	12,375	3,570	1,476	0,230	
	Kasaba	29	13,379	2,808			
	Şehir	366	12,254	3,413			
Ruminasyon	Köy	56	13,304	4,319	0,727	0,484	
	Kasaba	29	14,103	3,405			
	Şehir	366	13,219	3,754			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Köy	56	10,536	3,379	0,615	0,541	
	Kasaba	29	11,483	2,935			
	Şehir	366	10,751	3,937			
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Köy	56	13,929	4,017	0,352	0,704	
	Kasaba	29	14,345	3,958			
	Şehir	366	13,724	4,075			
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Köy	56	14,036	4,238	1,167	0,312	
	Kasaba	29	14,621	3,698			
	Şehir	366	13,557	4,044			
Olayın Değerini Azaltma	Köy	56	13,518	4,156	1,945	0,144	
	Kasaba	29	14,000	3,218			
	Şehir	366	12,806	3,836			
Felaketleştirme	Köy	56	9,214	3,586	0,501	0,606	
	Kasaba	29	9,828	3,186			
	Şehir	366	9,142	3,573			
Diğerlerini Suçlama	Köy	56	9,214	2,599	3,135	0,044	2>1 2>3
	Kasaba	29	11,035	2,994			
	Şehir	366	9,697	3,308			

Araştırmaya katılan bireylerin diğerlerini suçlama puanlarının çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur($F=3,135$; $p=0,044<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere post-hoc analizi uygulanmıştır. Çocukluğun geçirildiği yer kasaba olanların diğerlerini suçlama puanları ($11,035\pm2,994$), çocukluğun geçirildiği yer köy olanların diğerlerini suçlama

puanlarından (9,214±2,599) yüksek bulunmuştur. Çocukluğun geçirildiği yer kasaba olanların diğerlerini suçlama puanları (11,035±2,994), çocukluğun geçirildiği yer şehir olanların diğerlerini suçlama puanlarından (9,697±3,308) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme puanlarının çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 19. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aile Dışında Sosyal Destek Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Evet	314	11,417	3,280	-0,799	0,425
	Hayır	137	11,686	3,307		
Kabul	Evet	314	12,198	3,276	-1,362	0,174
	Hayır	137	12,672	3,664		
Ruminasyon	Evet	314	13,322	3,774	0,301	0,764
	Hayır	137	13,204	3,887		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Evet	314	10,736	3,646	-0,303	0,762
	Hayır	137	10,854	4,186		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Evet	314	13,627	4,048	-1,285	0,199
	Hayır	137	14,161	4,061		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Evet	314	13,602	4,006	-0,661	0,509
	Hayır	137	13,876	4,154		
Olayın Değerini Azaltma	Evet	314	12,930	3,845	-0,344	0,731
	Hayır	137	13,066	3,871		
Felaketleştirme	Evet	314	9,134	3,518	-0,556	0,579
	Hayır	137	9,336	3,624		
Diğerlerini Suçlama	Evet	314	9,602	3,224	-1,206	0,228
	Hayır	137	10,000	3,224		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının aile dışında sosyal destek durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Kadın	321	11,411	3,373	-0,890	0,374
	Erkek	130	11,715	3,068		
Kabul	Kadın	321	12,330	3,466	-0,110	0,912
	Erkek	130	12,369	3,250		
Ruminasyon	Kadın	321	13,477	3,837	1,675	0,095
	Erkek	130	12,815	3,695		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Kadın	321	10,564	3,760	-1,823	0,069
	Erkek	130	11,285	3,912		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Kadın	321	13,660	3,923	-1,061	0,289
	Erkek	130	14,108	4,362		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Kadın	321	13,567	3,986	-0,974	0,331
	Erkek	130	13,977	4,201		
Olayın Değerini Azaltma	Kadın	321	12,988	3,775	0,142	0,887
	Erkek	130	12,931	4,043		
Felaketleştirme	Kadın	321	9,224	3,661	0,274	0,784
	Erkek	130	9,123	3,266		
Diğerlerini Suçlama	Kadın	321	9,791	3,332	0,708	0,480
	Erkek	130	9,554	2,952		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Ortalama 40 Saat	120	11,550	3,108	-0,203	0,840
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	11,641	3,583		
Kabul	Ortalama 40 Saat	120	12,550	3,073	1,024	0,307
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	12,117	3,243		
Ruminasyon	Ortalama 40 Saat	120	13,442	3,889	1,428	0,155
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	12,709	3,741		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Ortalama 40 Saat	120	11,050	3,623	0,023	0,982
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	11,039	3,710		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Ortalama 40 Saat	120	13,975	4,049	-0,295	0,768
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	14,136	4,075		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Ortalama 40 Saat	120	14,000	3,922	0,384	0,701
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	13,796	3,989		
Olayın Değerini Azaltma	Ortalama 40 Saat	120	13,558	3,636	1,931	0,055
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	12,602	3,745		
Felaketleştirme	Ortalama 40 Saat	120	9,025	3,362	-1,239	0,217
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	9,602	3,585		
Diğerlerini Suçlama	Ortalama 40 Saat	120	9,600	2,935	-1,115	0,274
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	10,087	3,592		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Evet	223	11,592	3,329	0,594	0,553
	Hayır	228	11,408	3,251		
Kabul	Evet	223	12,350	3,153	0,051	0,959
	Hayır	228	12,333	3,636		
Ruminasyon	Evet	223	13,103	3,830	-1,010	0,313
	Hayır	228	13,465	3,780		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Evet	223	11,045	3,655	1,507	0,133
	Hayır	228	10,504	3,953		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Evet	223	14,049	4,053	1,348	0,178
	Hayır	228	13,535	4,050		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Evet	223	13,906	3,945	1,145	0,253
	Hayır	228	13,469	4,145		
Olayın Değerini Azaltma	Evet	223	13,117	3,710	0,793	0,428
	Hayır	228	12,829	3,985		
Felaketleştirme	Evet	223	9,292	3,471	0,570	0,569
	Hayır	228	9,101	3,627		
Diğerlerini Suçlama	Evet	223	9,825	3,256	0,665	0,506
	Hayır	228	9,623	3,199		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Evet	439	11,485	3,289	-0,535	0,593
	Hayır	12	12,000	3,330		
Kabul	Evet	439	12,319	3,406	-0,851	0,395
	Hayır	12	13,167	3,271		
Ruminasyon	Evet	439	13,271	3,814	-0,505	0,614
	Hayır	12	13,833	3,563		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Evet	439	10,718	3,812	-1,826	0,069
	Hayır	12	12,750	3,467		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Evet	439	13,781	4,083	-0,254	0,799
	Hayır	12	14,083	2,968		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Evet	439	13,708	4,050	0,738	0,461
	Hayır	12	12,833	4,086		
Olayın Değerini Azaltma	Evet	439	12,961	3,852	-0,330	0,742
	Hayır	12	13,333	3,916		
Felaketleştirme	Evet	439	9,180	3,536	-0,549	0,583
	Hayır	12	9,750	4,093		
Diğerlerini Suçlama	Evet	439	9,693	3,202	-1,209	0,227
	Hayır	12	10,833	3,996		

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının çocuklukta anne baba yaşama durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Şu Anda Yaşanan Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Kendini Suçlama	Kasaba	15	12,267	3,283	0,920	0,358
	Şehir	436	11,473	3,288		
Kabul	Kasaba	15	13,933	3,712	1,848	0,065
	Şehir	436	12,287	3,382		
Ruminasyon	Kasaba	15	15,000	3,684	1,779	0,076
	Şehir	436	13,227	3,799		
Olumlu Yeniden Odaklanma	Kasaba	15	11,800	4,313	1,062	0,289
	Şehir	436	10,736	3,796		
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	Kasaba	15	15,733	4,200	1,894	0,059
	Şehir	436	13,723	4,038		
Olumlu Yeniden Değerlendirme	Kasaba	15	15,600	4,437	1,868	0,062
	Şehir	436	13,619	4,024		
Olayın Değerini Azaltma	Kasaba	15	15,333	4,030	2,430	0,015
	Şehir	436	12,890	3,822		
Felaketleştirme	Kasaba	15	8,467	2,748	-0,808	0,419
	Şehir	436	9,220	3,572		
Diğerlerini Suçlama	Kasaba	15	9,533	2,748	-0,231	0,817
	Şehir	436	9,729	3,243		

Araştırmaya katılan bireylerin olayın değerini azaltma puanlarının şu anda yaşanan yer değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($t_{(449)}=2.430$; $p=0.015<0,05$). Kasabada yaşayanların olayın değerini azaltma puanları ($\bar{x}=15,333$), şehirde yaşayanların olayın değerini azaltma puanlarından ($\bar{x}=12,890$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, felaketleştirme, diğerlerini suçlama puanlarının şu anda yaşanan yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.5. Uyku Kalitesinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 25. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	20 Yaş Ve Altı	109	7,606	3,263	2,401	0,067
	21-30 Yaş	187	7,235	3,675		
	31-40 Yaş	101	6,307	3,736		
	40 Yaş üzeri	54	6,963	4,079		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 26. Uyku Kalitesinin Aylık Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	1000 TL Den Az	105	7,267	3,547	1,356	0,256
	1000 TL - 2000 TL Arası	99	7,616	3,948		
	2000 TL - 4000 TL Arası	145	6,717	3,457		
	4000 TL Ve üzeri	102	6,902	3,754		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının aylık gelir düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 27. Uyku Kalitesinin Evde Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Yalnız	41	7,585	3,866	1,911	0,108
	Sadece Eş	41	5,634	2,718		
	Eş Ve Çocuklar	105	7,114	4,105		
	Anne Ve Baba	198	7,237	3,562		
	Diğer	66	7,167	3,480		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının evde kiminle yaşadığı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 28. Uyku Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	İlköğretim	19	8,947	4,075	1,734	0,159
	Lise	71	7,028	3,329		
	üniversite	276	7,018	3,739		
	Yüksek Lisans - Doktora	85	6,929	3,528		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 29. Uyku Kalitesinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Evli	149	6,738	3,814	1,129	0,324
	Bekar	280	7,286	3,583		
	Ayrı Ve Dul	22	6,864	3,590		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 30. Uyku Kalitesinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	1 Yıldan Az	42	7,500	3,590	1,053	0,370
	1 - 5 Yıl Arası	79	7,481	3,738		
	5 - 10 Yıl Arası	53	6,547	4,259		
	11 Yıl Ve üzeri	49	6,612	3,587		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 31. Uyku Kalitesinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Yok	323	7,152	3,533	0,348	0,706
	1	65	7,092	3,831		
	2 Ve üzeri	63	6,730	4,147		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılık bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 32. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Aile Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Bütün	406	6,924	3,610	7,413	0,001	3 > 1 3 > 2
	Boşanmış	25	7,280	3,635			
	Parçalanmış	20	10,100	3,611			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta aile durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,413$; $p=0,001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta aile durumu parçalanmış olanların uyku kalitesi puanları ($10,100 \pm 3,611$), çocuklukta aile durumu bütün olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,924 \pm 3,610$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta aile durumu parçalanmış olanların uyku kalitesi puanları ($10,100 \pm 3,611$), çocuklukta aile durumu boşanmış olanların uyku kalitesi puanlarından ($7,280 \pm 3,635$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 33. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Kim Tarafından Yetiştirildiğine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Anne	79	8,304	3,864	6,582	0,002	1 > 2
	Anne + Baba	350	6,754	3,577			
	Diğer	22	7,955	3,331			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,582$; $p=0,002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta anne tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi puanları ($8,304 \pm 3,864$), çocuklukta anne + baba tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi puanlarından ($6,754 \pm 3,577$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 34. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir Disiplinle Büyütüldüğüne Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Aşırı Kontrol	106	8,142	3,587	9,528	0,000	1 > 2 3 > 2
	Yeterince Kontrol	293	6,543	3,539			
	Az Kontrol	52	7,981	3,913			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,528$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü aşırı kontrol olanların uyku kalitesi puanları ($8,142 \pm 3,587$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü yeterince kontrol olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,543 \pm 3,539$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü az kontrol olanların uyku kalitesi puanları ($7,981 \pm 3,913$), çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğü yeterince kontrol olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,543 \pm 3,539$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 35. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Nasıl Bir İlgiyle Bakıldığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Uyku Kalitesi	Aşırı İlgiyle	68	8,015	3,618	15,426	0,000	3 > 1 1 > 2 3 > 2
	Yeterince İlgi İle	338	6,586	3,382			
	İlgisiz	45	9,422	4,560			

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanları ortalamalarının çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=15,426$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların uyku kalitesi puanları ($9,422 \pm 4,560$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların uyku kalitesi puanlarından ($8,015 \pm 3,618$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı aşırı ilgiyle olanların uyku kalitesi puanları ($8,015 \pm$

3,618), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,586 \pm 3,382$) yüksek bulunmuştur. Çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı ilgisiz olanların uyku kalitesi puanları ($9,422 \pm 4,560$), çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığı yeterince ilgi ile olanların uyku kalitesi puanlarından ($6,586 \pm 3,382$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 36. Uyku Kalitesinin Çocukluğun Geçirildiği Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Uyku Kalitesi	Köy	56	7,464	3,861	0,435	0,648
	Kasaba	29	7,310	4,072		
	Şehir	366	7,008	3,603		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocukluğun geçirildiği yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 37. Uyku Kalitesinin Aile Dışında Sosyal Destek Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	314	6,994	3,752	-0,795	0,427
	Hayır	137	7,292	3,452		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının aile dışında sosyal destek durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38. Uyku Kalitesinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Kadın	321	7,417	3,788	3,064	0,001
	Erkek	130	6,262	3,198		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur ($t_{(449)}=3.064$; $p=0.001<0,05$). Kadınların uyku kalitesi puanları ($\bar{x}=7,417$), erkeklerin uyku kalitesi puanlarından ($\bar{x}=6,262$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 39. Uyku Kalitesinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Ortalama 40 Saat	120	6,658	3,677	-1,757	0,080
	Ortalama 45 Saat Ve üzeri	103	7,553	3,925		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 40. Uyku Kalitesinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	223	7,072	3,811	-0,072	0,943
	Hayır	228	7,097	3,518		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41. Uyku Kalitesinin Çocuklukta Anne Baba Yaşama Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Evet	439	7,036	3,663	-1,680	0,094
	Hayır	12	8,833	3,326		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının çocuklukta anne baba yaşama durumu değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 42. Uyku Kalitesinin Şu Anda Yaşanan Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Kalitesi	Kasaba	15	8,533	4,518	1,561	0,119
	Şehir	436	7,034	3,625		

Araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesi puanlarının şu anda yaşanan yer değişkenine göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, bilişsel duygu düzenleme stratejileri yani bireyin baş etme mekanizmalarının uyku kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Veri toplamak amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır.

4.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum Ve Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma

21-30 yaş aralığında olan katılımcıların kendini suçlama, ve kabul puanları yaşı 18-21 ve 31-45 olanlardan yüksek bulunmuştur, bunun nedeni 21-30 yaş grubundaki bireylerin hayata atılma, aile kurma, hayata dair sorumlulukların tamamını üstlenme dönemi ve iş yaşam dengesini kurma çabalarındaki olumsuzlukların nedenlerini kendilerine yöneltmeleri olabilir, ayrıca 20 yaş altı bireylerin ergenlik döneminden yeni çıkmış ve sorgulayıcı bir dönemde olmaları kabul puanlarını etkilemiş olabilir. 40 yaş üzeri bireylerde olumlu yeniden değerlendirme puanları yüksektir. Bu duruma fiziksel ve zihinsel olgunlaşma ve kazanılan tecrübelerin de katkısı olabilir.

Cinsiyet açısından literatürde farklı çalışma sonuçları olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle kendini suçlama, kabul, olumlu yeniden değerlendirme ve plana yeniden odaklanma stratejilerinin Cinsiyete Göre farklılaştığı tespit edilmiştir (Nolen-Hoeksema vd.,1994 s. 92, Garnefski vd., 2004 s. 273). Erkeklerle oranla kadınların daha çok ruminasyon stratejisi kullandığı görülmektedir. Yine kadınların yaşadıkları olumsuz durum ile alakalı düşünceleri erkeklere kıyasla daha fazla yineledikleri bilinmektedir. Bu bulgu, literatürde konu üzerine yapılmış diğer araştırmalar ile uyumludur. Literatürdeki çalışmalarda da ruminasyon ve olayın değerini azaltma stratejilerinin daha çok kadınlar tarafından kullanıldığı vurgulanmaktadır (Martin vd., 2005 s. 1252, Garnefski vd., 2004. S. 272).

Katılımcıların medeni durumlarına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; Kendini Suçlama ve Ruminasyon altboyutlarında bekâr olanların

lehine anlamlı farklılaşma söz konusudur. Kabul alt boyutunda ise ayrı ve dul olanların daha yüksek ortalaması olduğu görülmektedir.

Benzer şekilde, katılımcıların evde kiminle yaşadığına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde kendini suçlama ve ruminasyon başlıklarında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. En yüksek ortalama yalnız yaşayanlardadır. Sadece eş ile yaşayanlarda ise en düşük ortalamalar mevcuttur.

Katılımcıların çocuk sayısına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; Kendini Suçlama ve Ruminasyon boyutlarında çocuğu olmayanların daha yüksek ortalama sahibi oldukları dikkat çekmektedir. Kraaiji vd., (2008) çocuk sahibi olmayan ve sadece eşle yaşayan bireylerin olumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandığını belirtmişlerdir. Bu sonuç elde edilen bulguları destekler niteliktedir

4.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aylık Gelir Düzeyi, Çalışma Süresi, Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılması incelendiğinde; aylık gelir düzeyi ile bazı alt boyutlarda anlamlı fark olduğu dikkat çekmiştir. Ruminasyon ve olumlu yeniden değerlendirme altboyutlarında en yüksek ortalamalar 1000TL den az geliri olanlardadır. Olayın değerini azaltma düzeyi ise en yüksek 4000TL geliri olanlardadır. Literatürde aylık gelir ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin birlikte değerlendirilmediği görülmektedir. Denk gelinen bir çalışmada, Côté, Gyurak ve Levenson'ın (2010) gelirin duygu düzenleme stratejileri için anlamlı farklılaşma yaratan bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Hangi altboyutları içeren bir sonuç olduğu detaylı verilmemiş fakat artan aylık gelirin strateji kullanımını olumlu etkilediği vurgulanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; Kendini Suçlama, Kabul, Ruminasyon, Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Olayın Değerini Azaltma altboyutlarında yüksek lisans- doktora mezunu olanların lehine anlamlı farklılaşma olduğu dikkat çekmiştir. Olumlu Yeniden Odaklanma altboyutunda ise en yüksek ortalama ilköğretim mezunlarına aittir. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin

kullanımı ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı oluşu literatürde en çok vurgulanan faktörlerden biri olarak dikkat çekmektedir. Eğitimin yüksek oluşu olumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili saptanmış ve eğitim düzeyindeki farklılıkların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçtan farklı olarak, eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olan kişilerin olumsuz duygu düzenleme stratejilerini daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (Balzarotti, vd., 2014 s. 128, Garnefski vd., 2002 s. 414).

Dolayısıyla eğitim açısından değerlendirildiğinde; bilişsel duygu düzenleme stratejilerine dair farkındalık ve bilgi işleme sürecinin niteliği birlikte değerlendirilebilir görülmektedir (Mauss vd., 2007 s. 699). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda bilişsel duygu düzenleme ve eğitim durumu ilişkisini araştıran bulgulara denk gelinememiştir. Bu sebeple ağırlıklı olarak yurtdışındaki araştırmalar incelenebilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerde çalışma durumu çıkmamasının nedeni araştırmaya katılanlardan çalışmayan grubun öğrenci ve ev hanımlarından oluşması olabilir.

Katılımcıların meslekteki çalışma sürelerine göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; sadece Olumlu Yeniden Odaklanma boyutunda 5 - 10 Yıl Arası çalışanların daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Olumlu yeniden odaklanma stratejisi bireyin negatif olay yeriine daha olumlu mutluluk verici düşüncelere odaklanmasıdır. Literatürde konuyla ilgili çalışma bulunmamakla beraber Olumlu yeniden odaklanma becerisi yüksek olan insanların iş doyumu, motivasyon ve kariyer planlamada daha başarılı oldukları söylenebilir.

4.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Bireylerinin Büyüme Ve Gelişme Dönemlerindeki Yaşantılarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerini Yordamadaki Rolüne İlişkin Tartışma

Hemen hemen herkes çocukluk döneminde karşılaştığı davranışlara dayanan bir takım duygu tutum davranış ve etkileri yetişkinlik döneminde kendinde farkedir.

Katılımcıların çocuklukta aile durumuna göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; parçalanmış/ boşanmış aileden gelen katılımcıların daha

yüksek kendini suçlama ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir. Bu sonuç literatürdeki birçok çalışmada da desteklenmektedir. Genel olarak, boşanmış ailede yetişen bireylerin kendini suçlama davranışının yoğun olduğu görülmektedir (Wallerstein ve Kelley, 1980 s.330; Morganett, 2005 s20). Boşanmış ailelerde yetişen bireylerin kendini suçlama puanının yüksek olmasının nedeni özellikle küçük yaşlarda kendilerini dünyanın merkezi gibi görür ve herşeyi yapabileceklerine inandıkları benmerkezci dönemde ebeveynin boşanmış olması veya çocukları korkutma veya hata yapmaktan alıkoymak amacıyla yaramazlık yaparsan giderim vs şeklindeki tehditkar yaklaşımların boşanma ile birlikte tümüyle çocuğun suçlu olduğunu algılamasına sebep olabilir.

Aşırı disiplinde ebeveynler sevgi ve güven ihtiyacını görmez, korkutarak ve utandırarak kontrol sağlamaya çalışır, aşağılanma, tehdit ve reddedilme ile belirli bir duygusal istismar şekli olan aşırı disiplin, çocuğun bilişsel, duygusal ve fiziksel olarak sorunlu bir gelişim göstermesine neden olmaktadır (Bildik vd., 2004).

Katılımcıların çocuklukta nasıl bir disiplinle büyütüldüğüne göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; aşırı kontrolcü disiplinle ve yetersiz disiplinle büyüyen bireylerde kendini suçlama, kabul, ayrıca aşırı disiplinle büyüyen bireylerde Ruminasyon, Felaketleştirme ve Diğerlerini Suçlama ortalamalarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Gerek aşırı disiplin gerekse disiplinsiz büyüyen insanlarda bireyin duygusal ve bilişsel gelişimi desteklenmediğinden olaylarla ilgili kendini suçlama eğilimi ve depresif kişilik yapısı ve boyun eğme şekli olarak kabul duyguları geliştirmeleri duygusal açlıktan kaynaklanıyor olabilir.

Bununla beraber aşırı disiplin ile büyüyen bireylerin olayları korkunç ve dehşet verici olarak yorumlayarak felaketleştirmeye yatkın olması, ruminasyon eğiliminin fazla olması ve diğerlerini suçlama, duygusal istismarın bir şekli olan aşırı disiplinin bireyin bilişsel fiziksel ve duygusal gelişiminin yetersiz kalması, duygu düzenleme ve baş etme mekanizmaları geliştirememesi, alternatif düşünce geliştirememesi ve sorumluluk almasına izin verilmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çocuklukta ihmal edilen ve ilgisiz büyütülen bireylerin duygu düzenlemelerinin sağlıklı olmadığını bildiren çalışmalardan birinde nörobiyolojik gelişim için sosyal etkileşimin önemi vurgulanmıştır (Siegel, 1999 s. 4-5). Yetersiz disiplin, kontrolsüzlük de ilgisiz ebeveyn davranışdır ki en az duygusal istismar kadar zarar veren bu yetiştirme şekli de duygusal ihmal denilmektedir.

Katılımcıların çocuklukta nasıl bir ilgiyle bakıldığına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; ilgisiz büyüyenlerin Ruminasyon ve Felaketleştirme, ilgisiz ve sevgisiz büyüyen bireylerde en az duygusal istismar kadar duygusal ve bilişsel gelişimi engwelleyen ve zarar veren duygusal ihmale maruz kaldıklarından ruminasyon ve felaketleştirme puanları yüksek çıkmış olabilir.

Aşırı ilgiyle büyütülenlerin Kendini Suçlama ve Diğerlerini Suçlama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni çocuğun sorumluluk sahibi olmasına engel olabileceği gibi yetersizlik şemaları geliştirmesi olabilir, ilköğretim öğrencilerinde yapılan bir çalışmada aşırı ilgi; bireyin özerklik, yetenek ve bağımsızlığını engelleyerek sosyal kaygıya neden olduğu saptanmıştır (Erkan, 2002 s.123).

Katılımcıların çocukluğun geçirildiği yere göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelendiğinde; sadece diğerlerini suçlama altboyutunda kasabada yaşayanların daha yüksek ortalamaya sahip oldukları fark edilmiştir. Bunun nedeni kasaba ve köy kültüründe toplumsal ve ailevi disiplinin daha fazla ve yoğun olması olabilir.

Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile aile dışında sosyal destek, çocuklukta kim tarafından yetiştirildiği, cinsiyet, haftalık çalışma süresi, çalışma durumu, çocuklukta anne baba ile yaşama, şu anda yaşanan yer faktörlerinin anlamlı ilişki sahibi olmadığı görülmektedir.

4.4. Uyku Kalitesinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırmasına İlişkin Tartışma

Anne tarafından yetiştirilenlerin uyku kalitesi daha yüksektir. Uyku kalitesinin çocuklukta nasıl bir disiplin ile büyütüldüğüne göre nasıl farklılaştığı incelendiğinde;

aşırı kontrol ile büyütülenlerin daha düşük uyku kalitesi tarifledikleri görülmektedir. Aynı zamanda, ilgisiz büyütülen katılımcıların daha düşük uyku kalitesi ifade ettikleri dikkat çekmektedir.

Ailevi ya da sosyal konularda sorun yaşayan çocuklarda depresyon ve kaygı bozukluğundan kaynaklı daha sık kötü uyku kalitesi görülmektedir (Şenol vd., 2012 s. 99). Aile yapısındaki bozukluklar, uyku düzensizliğinin temel sebeplerindendir. Kişi için başarıya ulaşmada temel unsurlardan biri olan aile gerekli ortamı yaratamadığında ve kişi bu durumdan rahatsızsa, kaygı ve çözüm bulamama halinden dolayı ortaya bilişsel bir sorun çıkabilmektedir. Bu da uyku düzensizliğine yol açabilir (Kaynak, 2005 s. 14, Bülül vd. 2010 s. 205). Bu hususta özellikle üzerinde durulması gereken nokta, ebeveynlerin çocuklarının bilişsel ve duygusal bütünlüğü için güvenilir bir ortam sağlaması gerekliliğidir.

Çocuğun güvensiz bir ortamda ilgisiz büyüyor olması yeteri kadar uyaran ile zihinsel stratejilerini oluşturamamasına, duygularında yetersiz farkındalığa sebebiyet verebilmektedir (Ali, vd., 1993 s. 364).

Araştırmaya katılan kadınların erkeklere nazaran daha kötü uyku kalitesi saptanmıştır. Literatürde birçok farklı araştırma sonuçları bulunmakta örneğin, Xu vd., (2011) ile Johnson vd., (2006) çalışmalarından farklı sonuç elde edildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda cinsiyet ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir. Diğer taraftan çalışma bulgularından farklı bir şekilde kadınların erkeklerden daha fazla uyku kalitesi tarifledikleri de vurgulanmaktadır (Chung vd., 2008). Bazı çalışmalar da erkeklerin kadınlara kıyasla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu göstermektedir (Liu vd., 2008). Ertekin'in (1998) çalışması sonucunda kadın hastaların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bingöl ve arkadaşları da (2006) çalışmalarında, benzer olarak kadınların uyku kalitesini erkeklere oranla daha kötü bulmuştur. (Horne, 2010) çalışmasında ise kadınların erkeklere oranla daha fazla uyku gereksinimi olduğunu, kadın beyninin çok fonksiyonlu düşünme ve daha fazla aktif olmasından dolayı daha çok yorulduğunu ve daha fazla dinlenmesi gerektiğini buna rağmen kadınların erkeklere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduklarını belirtmiştir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde çalışmamızda kadınlarda erkeklerden daha düşük uyku kalitesi

gözlenmesinin, öncelikle uyku süresi ihtiyacının daha uzun olmasından kaynaklı olabilir, diğer bir nereden Türk kadınlarının iş hayatlarının yanı sıra ev ortamında ki sorumluluklarının fazla olması gün içerisindeki iş-zaman dengesinden kaynaklı olması da diğer bir sebep olabilir.

Uyku Kalitesi ile aylık gelir, evde kiminle yaşadığı, eğitim, medeni durum, meslekte çalışma süresi, çocuk sayısı, çocukluğunun geçirildiği yer, aile dışında sosyal destek, başka işte çalışmış olma, haftalık çalışma süresi, çalışma durumu, çocuklukta anne baba yaşama durumu ve şu anda yaşanan yer faktörlerinin anlamlı ilişki sahibi olmadığı görülmektedir.

Kişinin uyku ve dinlenme ihtiyacını belirleyen temel faktörlerden biri yaşıdır. Uyku gereksinimi kişiye ve gelişim süreçlerine göre değişiklik göstermektedir (Koulouglioti, vd., 2008 s. 106). Araştırmaya katılan bireylerde uyku kalitesi ve yaş ile ilişkili bir fark gözlenmemiştir, benzer şekilde Şendir ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalarda da yaş ve uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Şendir vd. 2007). Ancak Buysse vd., (1991) araştırmasında yaşlı insanların gençlere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Öte yandan (Günaydın, 2014 s. 38) ve (Bingöl, 2006) tarafından yapılan çalışmalarda orta yaş üzeri bireylerin daha iyi uyku kalitesine sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Medeni durum açısından araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitesinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların genel uyku kalitesi puanlarının kötü olması bekar ve genç yetişkinlerde arkadaş ve sosyal medya kullanımı ile ilişkili, evli bireylerde ise sorumluluk, iş-yaşam dengesi ile düzeni bozulan sirkadiyen ritim kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber literatürde farklı bulgular olduğu dikkat çekmektedir. Japonya’da gerçekleştirilen bir araştırmaya göre vardiya değişimi, evlilerin uyku kalitelerini bekarlara kıyasla daha az etkilemektedir (Watanabe vd., 2004). Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlardan bazıları bulgumuzu desteklerken, bazıları desteklememektedir. Bu durum, katılımcıların farklı yaşam stilleri ve sorumluluklarına sahip olmalarından dolayı ortaya çıkmış olabilir.

Eğitim düzeyi ve uyku kalitesi açısından araştırmamıza katılan bireylerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde ise Yaggi vd., (2006) tarafından

gerçekleştirilen çalışmaya göre eğitim düzeyindeki artış, uyku kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Bir başka çalışma ise uyku kalitesinin eğitim seviyesi ile bağlantılı olmadığı yönünde sonuç vermiştir (Bingöl, 2006)

4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Tartışma

Uyku kalitesi puan düzeyi arttıkça kötü uyku kalitesi söz konusudur. 5 puan ve üzerinde uyku kalitesi indeksi puan alanların uyku kalitesi kötüdür. Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre bireylerin ruminasyon, plan yapmaya yeniden odaklanma, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama stratejilerini kullananların uyku kaliteleri düşüktür. Bunun nedeni olumsuz duygu düzenleme stratejilerinden olan ruminasyonun zihin karışık his ve düşüncelerle sürekli olarak kötü duruma odaklı olması ve ruminasyon stratejisinin depresif özelliklerle bağlantılı olmasından kaynaklı olarak bireyin uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorlanması ve istenmeyen kötü rüyalar, kâbuslar görülmesi olabilir.

Felaketleştirme stratejisi de depresif özellikler gösteren bireylerde daha sık görüldüğünden bu stratejiyi yoğun kullanan kişilerde de uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve kâbusların olması duygu durumla bağlantılı olabilir.

Diğerlerini suçlama stratejisini azalmış duygusal iyilik halinde daha yoğun yaşanan aşaması kişinin uykuya dalmasını güçleştirebilmektedir.

Benzer sonuçlar literatürle karşılaştırıldığında konuyla ilgili çok az çalışma bulunmakla beraber Amaral vd (2015) yaptığı 549 kişilik bir örneklem çalışmasında Ruminasyon, Kendini Suçlama ve Felaketleştirme stratejilerini kullanan bireylerin, uykuyu başlatma ve sürdürmede zorlandıklarını tespit etmiştir.

Lu vd., (2016) 115 çocukla yaptıkları bir çalışmada olumsuz duygu düzenleme stratejileri yüksek olan çocukların kötü uyku kalitesine sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Yüksek düzeyde ruminasyon stratejisi kullananları daha düşük düzeyde ruminasyon stratejisi kullananlara göre daha kötü uyku kalitesine sahiptir, bu bireylerin

olumsuz duyguları nasıl algıladıkları ve bunlara müdahale etme tarzları da bu durumu açıklar niteliktedir (Fairholme, 2015 s. 53).

Araştırmaya katılan bireylerde plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi uyku kalitesini düşülmektedir. Bilindiği gibi plana yendien odaklanma özsyaygı ile olumlu kaygı ile olumsuz bir ilişki içerisinde. Kişinin kaygı barındırması kişinin uyku kalitesini düşürebilir, ayrıca kişi plana çok fazla odaklandığında yoğun şekilde düşünme ve planlama sürecinde uykuyu başlatmada sorun yaşıyor olabilir.

Sağlıklı yaşamın koşullarından biri kaliteli uykudur. Kişi hayatının ilk anından itibaren dinlenmek, büyümek, gelişmek, öğrenmek ve yeni güne hazırlanabilmek için uykuya ihtiyaç duyar (Şenol vd. 2012 s. 94). İnsanın ana ihtiyaçlarından biri olan uyku, sağlık ve yaşam kalitesi adına her yaşta şarttır. Bedensel büyümenin ve akademik başarının güçlendirilmesinde ana unsur, uykudur.

Yetersiz uyku genel bir problem olarak değerlendirilmekte ve geniş psikopatoloji çeşitliliği ile birlikte ele alınmaktadır (Harvey, vd., 2011 s. 12). Benzer şekilde, duygularla ve duygu düzenlemesiyle ilgili zorluklar, çeşitli psikopatoloji türleri ile tanı sürecinde önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır (Kring vd., 2010 s. 96). Uyku ve duygular arasındaki ilişki psikopatoloji varlığı ile yönetilir gibi görünmektedir. Larson, vd., 2012 s. 1994) bir gece boyunca yaşanan uyku yoksunluğunun normal bir uyku sürecine kıyasla durum kaygısını ve hafif bir stresöre yönelik kardiyovasküler reaktivite artışını sağladığını belirtmişlerdir. Deneysel çalışma içeren literatür incelendiğinde; uykusuzluğun ve kalitesiz uykunun olumsuz duygulanımın artması ve pozitif duygulanımın azalmasına vesile olduğunun vurgulandığı görülmektedir. Aynı zamanda, duygu düzenlemesindeki güçlüklerin varlığı ifade edilmiştir (Fairholme vd., 2015).

Bir başka çalışmada Zohar, vd., (2005) toplam uyku süresindeki azalma ve kısıtlanmanın amaca yönelik duygulanım ve duygu düzenlemeyi olumsuz etkilediğini belirttiği görülmektedir. Literatürde uykusuzluğun duygu düzenleme üzerine etkileri ağırlıklı olarak çalışılmıştır. Bazı çalışmalarda, uyku yoksunluğu gibi, kötü uyku kalitesinin de bilişsel yeniden değerlendirme yeteneğini azalttığı vurgulanmaktadır (Baglioni vd., 2010; Bower vd., 2010; Mauss vd. 2013 s.568).

Mauss vd., (2013), uyku eksikliğinin yanı sıra uyku kalitesinde bozulmanın da, bilişsel kontrol süreçleri gibi daha yüksek bilişsel işlevleri bozarak bilişsel yeniden değerlendirme yeteneğini değiştirebileceği sonucuna varmışlardır. Bu sonuçun daha önce de vurgulandığı görülmektedir (Tucker vd. 2010 s. 55).

4.6. Sonuç Ve Öneriler

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri olan baş etme mekanizmalarının bireyin uyku kalitesine olan etkisi ile ilgili çok nadir çalışma bulunması nedeniyle araştırma bulgularının literatürle karşılaştırma imkanı olmamıştır. Bu bağlamda bu çalışma literatüre katkı açısından önem arz etmektedir.

Olumlu ve olumsuz duygu düzenleme stratejilerinin günlük yaşamı sürdürmedeki işlevselliği ve önemi üzerindeki etkilerine dair çalışma ve bulgulardan hareketle bilişsel duygu düzenleme stratejileri ruhsal sağlığı ile fiziksel sağlık, hayat düzeni, insan ilişkileri, iş yaşamı ve birçok durumla ilgili duyguları arasında köprü görevi gördüğünü söylemek mümkündür.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve ruh sağlığının olumlu ve doğru gelişmesi için çocukluktan itibaren her yaş düzeyinde ki bireylere eğitim programları düzenlenmeli, veli ve öğretmenler bu konuda bilinçlendirilmeli, böylece psikolojik olarak daha iyi ve güçlü toplumsal yapı oluşması sağlanabilir. Ayrıca olumlu ve olumsuz duygularla ilgili medya aracılığıyla bireylere bilgilendirme ve beceri kazandırmak mümkün olabilir.

Uyku kalitesini etkileyen faktörlere yönelik farkındalık kazanmak, duygu düzenleme süreçlerine olumsuz etkisini önlemek önem taşımaktadır.; bu bağlamda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyku kalitesine, uyku bozukluklarına olan etkilerine yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Özellikle bu kapsamda deneysel çalışmalar çok faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abdulkadiroğlu Z., Bayramoğlu F., İlhan N. (1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi. 7(3): 161-6.
- Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7:107-15.
- Albrecht, U., Oster, H. (2001). The circadian clock and behavior. Behav. Brain Res. 125(1—2):89—91
- Ali NJ, Pitson DJ, (1993) Stradling JR. Snoring, sleepdisturbance, and behaviour in 4-5 year olds. Arch DisChild. 68(3):360-6.
- Allan, S. ve Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. Journal of Personality and Individual Differences, 19, 293-299.
- Alp, R., Altindag, E. (2014). Uyku ve Epilepsi. Epilepsi Dergisi, 20(Supp: Ek-1), 46-49. Yılmaz, T.T. (2012). Uyku Bozuklukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Önemi. Smyrna Tıp Dergisi.94-97.
- Amaral, A., Soares, M., Pereira, A., Bos, S., Roque, C., Bajouco, M., Macedo, A. (2015). Stress, Cognitive Emotion Regulation, and Sleep in University Students. European Psychiatry, 30, 934.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C. ve Sedikides, C. (1994). Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement, and test. Journal of Personality and Social Psychology, 66, 549-558.

- Arnold, M. A. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- Astill, R.G., Van der Heijden, K.B., Van Ijzendoorn, M.H., Van Someren, E.J., (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: a century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin* 138, 1109–1138.
- Axelsson J, Akerstedt T, Kecklund G. (2004) Tolerance to shift work-how does it relate to sleep and wakefulness? *International Archives of Occupational and Environmental Health* 77: 121-129.
- Aygün E, Rezaki M. (2004) Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15 (4): 300-308.
- Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, Riemann D (2010) Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep Med Rev* 14(4):227–238
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., Velotti, P. (2014). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143
- Banks, S., Dinges, D.F., 2007. Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 3, 519–528.
- Barrett, F. L., Gross, J., Corner- Christensen, T. ve Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Bildik, T, Büküşoğlu, N, Kesikçi, H . (2004). Çalışan Ergenlerin Psikososyal Sorunları Ve Kendi Çözüm Önerileri. *Ege Tıp Dergisi*, 43 (2), 105-111. Retrieved From [Http://Dergipark.Gov.Tr/Etd/Issue/31402/343547](http://Dergipark.Gov.Tr/Etd/Issue/31402/343547)
- Bingöl, N. (2006) “Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi”, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas

- Bower, B., Bylsma, L. M., Morris, B. H., Rottenberg, J. (2010). Poor reported sleep quality predicts low positive affect in daily life among healthy and mood-disordered persons. *Journal of Sleep Research*, 19, 323-332.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Buysse D.J. Reynolds, C.F., Monk, T.H., Hoch, C.C., Yeager, A.L., Kupfer, D.J. (1991). Quantification Of Subjective Sleep Quality in Healthy Elderly Men and Women Using The Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep*, 14 (4), 331-338
- Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *SLEEP* 2014;37(1):9-17.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
- Bülbül S., Kurt G., Ünlü E., Kırılı E., (2010) Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 53: 204-10
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Charry, W., Campell, H., Bydlowski, S., Chevallier, J. ve Consoli, S. M. (2004). Emotional Awareness and social anxiety in obese patients waiting for gastric banding surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 581-673.
- Chung KF, Cheung MM. (2008) Sleep-wake patterns and sleep disturbance among Hong Kong Chinese adolescents. *Sleep*;31(2):185-94
- Cicchetti, D.; Ackerman, B.P. ve Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychology. *Developmental and Psychopathology*, 1, 1-10.
- Clark I, Landolt HP, Coffee, Caffeine, and Sleep: A Systematic Review of Epidemiological Studies and Randomized Controlled Trials, *Sleep Medicine Reviews* (2016), doi: 10.1016/j.smr.2016.01.006.

- Côté, S., Gyurak, A., Levenson, R. W. (2010). The Ability to Regulate Emotion is Associated with Greater Well-Being, Income, and Socioeconomic Status. *Emotion* (Washington, D.C.), 10(6), 923–933.
- Croyle, Kristin L., "Emotional awareness and couples' relationship satisfaction" (1997). Theses, Dissertations, Professional Papers. Paper 5304.
- Çutuk, Z. A. (2017). 5. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Becerilerinin Özsaygı Ve Denetim Odağı İle İlişkisi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.
- Dahl, R.E., Harvey, A.G., Allison G. (2007). Sleep in children and adolescents with behavioral and emotional disorders. *Sleep Medicine Clinics* 2, 501–511.
- Déll-Gustafsson U.M., Gustavsson G., Yngman Uhlin P. (2003). Effects of sleep loss in men and women with insufficient sleep suffering from chronic disease: a model for supportive nursing care. *Int J Nurs Pract*; 9 (1): 49-59
- Demir Y. (2011) Uyku ve uyku ile ilgili uygulamalar. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. (Ay FA.) 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 682-94.
- Deveci, E., Doksat, N. G., Yektaş, Ç., Doksat, K. (2016). Üniversite Öğrencisi Kızların Yeme Tutumlarının Duygudurum Bozukluğu İle İlişkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(2), 129-134
- Duy, B., M.A. Yılmaz. (2014) Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 5, 41, 23-35
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273
- Erkan, Z. (2002). Sosyal kaygı düzeyi yüksek ve düşük ergenlerin ana baba tutumlarına ilişkin nitel bir çalışma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(10).

- Ertuğrul A, Rezaki M. (2004) Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri, Türk Psikiyatri Dergisi, 15: 300-308.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I, Poulin, R., Shepard, S., Friedman, J. (1999). Regulation, emotionality, and preschoolers' socially component peer interactions. *Child Development*, 70(2), 432-442
- Fairholme, C. R., Manber, R. (2015). Sleep, emotions, and emotion regulation: An overview. In K. A. Babson, M. T. Feldner, K. A. Babson, & M. T. Feldner (Eds.), *Sleep and affect: Assessment, theory, and clinical implications* (pp. 45–61). San Diego , CA : Elsevier Academic Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.
- Ford, D. E., Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 262, 1479-1484.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Garnefski, N., Kommer, T. V.D., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. ve Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619-631.

- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276
- Geldard, K., Geldard, D. (2013). Ergenler ve gençlerle psikolojik danışma-proaktif yaklaşım. (M. Pişkin, Çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3–16.
- Gregory, A.M., Sadeh, A., 2012. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 16, 129–136.
- Gross J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev. Gen. Psychol.* 2, 271–299
- Gross J. J. (1999) “Emotion Regulation: Past, Present, Future”, *Cognition and Emotion*, 13, 5, 551-573
- Gross, J. J., Thompson, R. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford
- Günaydın N. (2014) Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 5(1): 33-40.
- Harvey, A. G. (2008). Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 299-303.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225–235.
- Horne, J. (2010). Sleepiness as a need for sleep: when is enough, enough? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(1), 108-118.

- Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N., (2006) Epidemiology of DSM-IV insomnia in: adolescence lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*; 117: 247–56
- Joormann J., Yoon K.L., ve Siemer, M., (2010). Cognition and Emotion Regulation. A. M. Kring ve D.M. Sloan (Eds), *Emotion regulation and psychopathology* (174-203). Newyork: Guilford Press.
- Kallay, E., Tıncaş, I. ve Benga, O. (2009). Emotion regulation, mood states, and quality of mental life. *Cognition, Brain, Behavior*, 13(1), 131-48.
- Kaynak D. (2005) Adolesanda Uyku ve Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi; 43: 135-46.
- Kaynak H. (2001). Uyku Uyuyamamak mı, Uyanamamak mı? *Milliyet Yayınları*. 53-54.
- Kerr, M., Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366 – 380
- Koulouglioti C, Cole R, Kitzman H. (2008) Inadequate Sleep and Unintentional Injuries in Young Children. *Public Health Nursing*; 25 (2): 106–14.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 9-16
- Kring, Ann M., Sloan, Denise M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. US: Guilford Press
- Lafçı, D., (2009). Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi. Adana: Yüksek Lisans Tezi.

- Lane, R. D., Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive - developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Larson, R. A., Durocher, J. J., Yang, H., DellaValla, J. P., Carter, J. R. (2012). Influence of 24- hour sleep deprivation on anxiety and cardiovascular reactivity in humans. *Faseb Journal*, 26, 684.15.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1987). Transactional Theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lerner, J. S. ve Keltner, D. (2000). Beyond valence: toward a model of emotion-specific influences on judgment and choice. *Cognition and Emotion*, 14, 473-494.
- Lim, J., Dinges, D.F., (2010). A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychological Bulletin* 136, 375
- Lima, PF., Medeiros, AL, Araujo, JF. (2002). Sleep - wake pattern of medical students :early versus late class starting time .*Braz J Med Biol Res*, 35, s..1373-1377.
- Liu X, Zhao Z, Jia C, Buysse DJ. (2008) Sleep patterns and problems among Chinese adolescents. *Pediatrics*; 121: 1165–73
- Lopes C.S., (2012) Epidemiology of insomnia: prevalence and risk factors. *Can'tsleep? Issues of Being an Insomniac*. (Sahoo S.) Rijeka, Intech 3-22.
- Lundh, L. G., Johnsson, A., Sundqvist, K. Ve Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2(4), 361-379.
- Martin, R.C., Dahlen, E.R. (2005) Cognitive Emotion Regulation in the Prediction of Depression, Anxiety, Stress and Anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1246-1260

- Maslow, A. H., (1970), *Motivation and Personality* (2nd Ed.). New York: Harper and Row.
- Mauss I.B., Troy A.S., LeBourgeois M.K. (2013) Poorer sleep quality is associated with lower emotion-regulation ability in a laboratory paradigm. *Cogn Emot* 27(3):567–576
- Mauss, I.B., Cook, C.L., & Gross, J.J. (2007). Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 698-711.
- Metlaine A., Leger, D., Choudat D. (2005) Socioeconomic Impact of Insomnia in Working. *Industrial Health.*, 43:11-19.
- Moore R.Y., (1997) Circadian rhythms; basic neurobiology and clinical applications. *Annue Rev Med*, 48:253-266.
- Morganett, S.R. (2005). Yaşam Becerileri Ergenler İçin Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları, (Çev. S. Gürçay, S., Kaya, A. Saçkes, M.), PegamA Yayıncılık, Ankara
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16, 361-388
- Navaro, L. (1999). *Bir Cadı Masalı*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Neil R. Carlson (Çev. ed.: Muzaffer Şahin) “Fizyolojik Psikoloji: Davranışın Nörolojik Temelleri” Nobel Yayınevi, 2011
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Ochsner KN1, Gross JJ. (2005) The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci.*;9(5):242-9.

- Onat, O. ve Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* , (31), 123 - 143
- Ortony, A., Clore, G. L. ve Collins, A. (1988). The cognitive structure of emotions. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Öztürk L. (2007) Yanıtını arayan eski bir soru: niçin uyuruz? İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 70: 114-21.
- Pandi-Perumal SR, Verster JC, Kayumov L, Lowe AD, Santana MG, Pires MLN, Tufik , Melle MT.(2006). Sleep Disorders, Sleepiness and Traffic Safety: A Public Health Menace. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39:863-871.
- Parkinson, B. (2007). From situations to emotions: appraisals and other paths. *Emotion*, 7, 21-25.
- Pigeon, W. R. (2010). Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia. *The Indian journal of medical research*, 321-332.
- Ramsden, S. R., Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion-coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 657–667.
- Rosenwasser, A. (2009) Functional neuroanatomy of sleep and circadian rhythms. *Brain Research Reviews*, 61; 281-306
- Roth, T., (2007). Introduction—advances in our understanding of insomnia and its management. *Sleep Medicine* 8, S25–S26.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (Eds.). (2010). Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. ve Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp.125-154). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schroevers, M., Kraaij, V., Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43, 413-423.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford
- Siemer, M., Reisenzein, R., (2007). Appraisals and emotions: can you have one without the other?. *Emotion*, 7, 26–29.
- Spirito, A., Stark, L. J., Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555–574.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150- 1169.
- Stegge H., Meerum Terwogt M., Reijntjes A., Van Tijen N., (2004) Children's conception of the emotion process: consequences for emotion regulation. In: Nyklic'ek I., Temoshok L., Vingerhoets A. (eds) *Emotional expression and health*. Routledge, Hove
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. ve Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532.
- Summers MO, Crisostomo MI, Stepanski EJ. Recent Developments in the Classification, Evaluation, and Treatment of Insomnia. 2006,

- Swinkels, A. T., Gulliano, A. (1995). The measurement and conceptualization of mood awareness: Monitoring and labeling one's states. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(9), 934- 950.
- Szuba MP, Kloss JD, Dinges DF. (2003) *Insomnia: Principles and Management*. Cambridge University Press
- Şahin L, Aşcioğlu M, Taşkin E. (2013) Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 22: (1); 93-98.
- Şendir, M., Acaroğlu, R., Kaya, H., Erol, S., Akkaya, Y.(2007).Evaluation Of Quality Of Sleep And Effecting Factors in Hospitalized Neurosurgical Patients ,*Neurosciences*, 12 (3),226-231.
- Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen Akça, R., Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 93-102
- Taşkıran N. (2009) *Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep-New York Then Westchester*, 28(11). 1457-1464.
- Taylor, D., Gehrman, P., Dautovich, N. D., Lichstein, K. L., McCrae, C. S. (2014). Causes of insomnia. In *Handbook of Insomnia*, 11-27. Springer Healthcare Ltd.
- Tennen, H. ve Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 209- 232.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme In Search Of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52

- Thorpy, Michael J. The encyclopedia of sleep and sleep disorders / Michael J. Thorpy and Jan Yager. 2nd, ed., updated and rev. p. cm
- Ting Lu, Kelly M. Tu, Mona El-Sheikh, Brian E. Vaughn, (2016). Preschool Children's Negative Emotionality and Peer Acceptance: The Moderating Role of Sleep. Social Development, 25(4), 704-721.
- Tucker AM., Whitney P., Belenky G., Hinson JM., Van Dongen HPA (2010) Effects of sleep deprivation on dissociated components of executive functioning. Sleep 33(1):47.
- Tuncel D, Orhan, F.Ö. (2009) Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar., 1:180-296
- Tural Ü. Uyku ve Bozuklukları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem 5 Ders Notları http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/utural/uyku.pdf
- Wallerstein, J. S., Kelly, J. B. (1980). Surviving the breakup: How parents and children cope with divorce. New York: Basic Books
- Watanabe M, Akamatsu Y, Furui H, Tomita T, Watanabe T, Kobayashi F. Effects of changing shift schedules from a half-day to a half-day shift before a night shift on physical actives and sleep patterns of single nurses and married nurses with children. Ind Health, 2004; 42(1): 34-40
- Werner, K., Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. In A. M., Kring, D.M. Sloan (Eds), Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. (13- 37). New York: Guilford Press.
- Westcombe, A., Green, A. (2012). Sleep : Multi-Professional Perspectives. London: Jessica Kingsley Publishers

- Wilson, E. MacLeod, A. Mathews, A. ve Rutherford, E. M. (2006). The causal role of interpretive bias in anxiety reactivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 103111.
- Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J., (2011) Sleep quality of Chinese adolescents: Distribution and its associated factors. *Journal of Paediatrics and Child Health*;5:1-8
- Yaggi K, McKinlay JB, Araujo AB. (2006) Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 29 (3)
- Yap, M. B. H., Allen, N. B. ve Ladouceur, C. D. (2008). Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child Development*, 79(5), 1415-1431
- Yetkin, S., Aydın, H. (2014). Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1, 1-8.
- Zohar, D., Tzischinsky, O., Epstein, R., Lavie, P. (2005). The effects of sleep loss on medical residents' emotional reactions to work events: A cognitive-energy model. *Sleep*, 28(1), 47–54.

EKLER

Ek-1Anket Formu

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyet

A)erkek b)kadın

3.Medeni Durumunuz

A) Evli
B) Bekar
C) Boşanmış
D) Eşinden ayrı yaşıyor
E) Dul

5.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

A) Yalnız
B) Sadece eşinizle
C) Eş ve çocuklar
D) Anne ve baba
E) Diğer

6.Eğitim düzeyiniz?

A) İlköğretim
B) Lise
C) Üniversite
D) Yüksek lisans-doktora

7.Sahip olduğunuz çocuk sayısı

A) 0
B) 1
C) 2
D) 3 ve üzeri

8.Şu an yaşadığınız yer?

A) Köy
B) Kasaba
C)Şehir
D) Diğer..... belirtiniz

9.Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

A) Köy
B) Kasaba
C) Şehir
D) Diğer..... belirtiniz

10.Gelir düzeyiniz nedir?

A) 1000 tl' nin altında
B) 1000-2000 tl arasında
C) 2000-4000 tl arası
D) 4000 tl ve üzeri

11.Yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

A) Evet
B) Hayır

12.Meslekte çalıştığınız süre nedir?

A) 1 yıldan az
B) 1-5 yıl arası
C) 5-10 yıl
D) 11 yıl ve üzeri

13.Haftalık çalıştığınız süre

A) Ortalama 40 saat
B) Ortalama 45 saat ve üstü

14.Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

A) Evet
B) Hayır

15.Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?

A) Anne
B) Baba
C) Bakıcı
D) Anne+baba
E) Diğer.....

16.Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?

A) Aşırı ilgiyle
B) Yeterince ilgi ile
C)İlgisiz

17.Çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?

A) Aşırı kontrol
B) Yeterince kontrol
C) Az kontrol

18.Çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?

A) Bütün
B) Boşanmış
C)Parçalanmış

19.Çocukluğunuzda anne-babanız yaşıyor muydu?

A) Evet
B) Hayır

BAŞIMA KÖTÜ BİR OLAY GELDİĞİNDE		Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
	1) Bunun suçlusu benim diye düşünürüm.	()	()	()	()	()
	2) Artık bu olayın olup bittiğini kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	3) Bu yaşadığımla ilgili ne hissettiğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	4) Yaşadıklarımdan daha hoş olan şeyleri düşünürüm.	()	()	()	()	()
	5) Yapabileceğim en iyi şeyi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	6) Bu olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
	7) Her şey çok daha kötü olabilirdi diye düşünürüm.	()	()	()	()	()
	8) Yaşadığım olayın başkalarının başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	9) Bu olayda başkalarının suçu olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	10) Bu olayın tek sorumlusunun ben olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()

	Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
11) Durumu kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()
12) Zihnim yaşadığım olay hakkında ne düşündüğüm ve hissettiğimle sürekli meşgul olur.	()	()	()	()	()
13) Olayla hiç ilgisi olmayan hoş şeyler düşünürüm.	()	()	()	()	()
14) Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
15) Başımdan geçenlerin bir sonucu olarak daha güçlü bir insan haline gelebileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
16) Diğer insanların çok daha kötü tecrübeler geçirdiklerini düşünürüm.	()	()	()	()	()
17) Başıma gelen olayın ne kadar korkunç olduğunu düşünüp dururum.	()	()	()	()	()
18) Başımdan geçen olaydan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
19) Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	()	()	()	()	()
20) Bu olayla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
21) Bu olayla ilgili neden böyle hissettiğimi anlamak isterim.	()	()	()	()	()
22) Başımdan geçen olay yerine hoş bir şeyler düşünürüm.	()	()	()	()	()
23) Bu durumu nasıl değiştireceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()

		Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
	24) Bu durumun olumlu yanlarının da olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	25) Diğer şeylerle karşılaştırıldığında bunun o kadar da kötü olmadığını düşünürüm.	()	()	()	()	()
	26) Yaşadığım bu şeyin bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	27) Bu olayda diğerlerinin yaptığı hataları düşünürüm.	()	()	()	()	()
	28) Esas sebebin kendimle ilgili olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	29) Bununla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.	()	()	()	()	()
	30) Bu durumun bende uyandırdığı duygularla boğuşurum.	()	()	()	()	()
	31) Hoş olayları düşünürüm.	()	()	()	()	()
	32) Yapabileceğim en iyi şeyle ilgili bir plan düşünürüm.	()	()	()	()	()
	33) Bu durumun olumlu yanlarını ararım.	()	()	()	()	()
	34) Kendime hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu söylerim.	()	()	()	()	()
	35) Sürekli bu durumun ne kadar korkunç olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
	36) Esas sebebin başkalarıyla ilgili olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()

PİTTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ
(PUKİ)

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
- 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?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b	Gece yansı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c	Tuvalete gittiniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h	Ağrı duyduunuz	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i	Diğer nedenler	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

- 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 Çok
- 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 Çok
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
☐0 Hiç problem oluşturmadı ☐2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐1 Yalnızca çok az bir 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 ☐2 Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
☐1 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ☐3 Partner aynı yatakta

- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a. Gürültülü horlama	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Diğer huzursuzluklarınız	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

ÖZGEÇMİŞ

27 Mayıs 1983 tarihinde Sakarya İli'nde doğdum. İlk, öğrenimimi Altınizade Hafize Özal ilkokulunda, orta ve lise öğrenimimi Kadıköy İmam Hatip Lisesi'nde tamamladım. 2010 senesinde Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden Mezun oldum. 2017 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans eğitime başladım. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Yabancı Dilim İngilizcedir.

Melike ARPINAR