T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI

BİRİNCİL İNSOMNİ OLGULARINDA BDT'NİN ETKİNLİĞİ VE BU OLGULARIN GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. BAŞAK AKTÜRK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

ANKARA
NİSAN 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI

BİRİNCİL İNSOMNİ OLGULARINDA BDT'NİN ETKİNLİĞİ VE BU OLGULARIN GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. BAŞAK AKTÜRK

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

ANKARA
NİSAN 2013

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Sayı: 75255018/195 **Tarih:** 29/03/2013
Konu: Tez jürisi hk.

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI' NA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Dr. Başak AKTÜRK tarafından uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Tarihi: 26.03.2013

BAŞKAN
PROF.DR. ASLI KURUOĞLU

ÜYE
PROF.DR. SELÇUK ASLAN

Doç.Dr. Selçuk ASLAN
T.C. G.Ü.T.F. Gazi Hastanesi
PSİKİYATRİ A.D.
Diploma No : 202
Dip.Tescil No: 14580

ÜYE
DOÇ.DR. ASLIHAN SAYIN

Doç.Dr. Aslıhan SAYIN
T.C. Gazi Üniversitesi
Gazi Hastanesi
Psikiyatri
Dip.No: 2518

TEŞEKKÜR

Sevgili anne-babama, hayallerimi gerçekleştirebilmem için her zaman yolumu açan abim Dr. Umut Doğu Aktürk'e, tez sürecindeki desteği için sevgili kuzenim Filiz Doğan'a, emeklerinden dolayı her daim yolunun açık olmasını dilediğim Doç. Dr. Aslıhan Sayın'a, tezimdeki katkılarından dolayı Prof. Dr. Selçuk Aslan'a, ufkumu açan, cesaretimi arttıran sayın Ülkü Gürışık'a, fedakarlığı öğrendiğim Uzman Psikolog Çisem Utku'ya, asistanlık sürecini çekilebilir hale getiren sevgili eş kıdemlilerim Uzman Dr. Bilge Doğan, Damla Alp, Mihrimah Gürışık ve Abdullah Yıldız'a, desteklerini esirgemeyen sevgili kıdemlilerim Uzman Dr Şule Anasoy Tönge, Duygu Kaya, Şafak Yalçın Şahiner ve Selda Şahin'e sonsuz teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
KISALTMALAR vi
TABLOLAR LİSTESİ vii
1.GİRİŞ 1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1. Uykunun Tanımı 3
2.2. Uykunun İşlevi 4
2.3. Uyku-Uyanıklığın Temel Mekanizmaları 6
2.4. Sirkadiyen Ritim ve Homeostatik Etki 7
2.5. Uykuyla İlgili Genel Bilgiler 11
2.6. Uykuyu Etkileyen Etmenler 13
2.6.1. Yaş 13
2.6.2. Cinsiyet 14
2.6.3. Hastalık 14
2.6.4. Çevresel Faktörler 15
2.6.5. Fiziksel Aktivite 16
2.6.6. Emosyonel Durum 16
2.6.7. İlaçlar ve Diğer Maddeler 17
2.6.8. Alkol ve Uyarıcılar 17
2.6.9. Diyet 18
2.6.10. Yaşam Biçimi 18
2.7. Uyku Kalitesi 19

2.8. İnsomni 20
2.9. Birincil İnsomni 24
2.10. ICSD-2'ye Göre İnsomni Alt Tipleri 25
2.10.1. Psikofizyolojik İnsomni 25
2.10.2. Paradoksal (Subjektif) İnsomni 27
2.10.3. Akut İnsomni (Uyum Uykusuzluğu, Geçici Psikofizyolojik Uykusuzluk) 30
2.10.4. İdiopatik İnsomni 30
2.11. İnsomni Hastalarının Psikolojik Özellikleri 31
2.12. İnsomni-Anksiyete Bozukluğu-Depresyon İlişkisi 32
2.13. Uykusuzluk İçin Hazırlayıcı Ve Sürdürücü Etkenler 33
3. GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. Örneklem Grubu 34
3.2. Yöntem 35
3.3. Kullanılan Ölçekler 37
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 37
3.3.2. Uyku Günlüğü 37
3.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği(PUKÖ) 37
3.3.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) 38
3.3.5. Uykusuzlukla İlgili İşlevsiz İnançlar ve Tutumlar (DBAS) 39
3.3.6. Beck Anksiyete Ölçeği 40
3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği 40
3.3.8. Psikiyatrik Görüşme 41
3.4. İstatistiksel Analiz 43
4. BULGULAR 44
5. TARTIŞMA 51
6. SONUÇ 64
7. ÖZET 66

8. SUMMARY 68

9. KAYNAKLAR..... 70

11. ÖZGEÇMİŞ..... 105

KISALTMALAR

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon

AASM : Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi

BDT : Bilişse Davranışçı Terapi

BSR : Bulbar Senkronize Edici sistem

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması

DBAS : Uykusuzlukla İlişkili İşlevsiz İnançlar ve Tutumlar Ölçeği

EEG : Elektroensefalografi

ICD : Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması

ICSD : Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması

NREM : Non-REM

OSS : Otonomik Sinir Sistemi

PGO : Ponto-Genikulo-Oksipital

PET : Pozitron Emisyon Tomografi

PSG : Polisomnografi

PUKÖ : Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği

RAS : Retiküler Aktivasyon Sistemi

REM : Hızlı Göz Hareketleri

SSGİ : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

UŞİ : Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Tedavi Alan Kişilerin Tedaviye Ait Özellikleri..... 42

Tablo 2. Örnekleme Ait Sosyodemografik Özellikler..... 45

Tablo 3. Katılımcıların Kişilik Özelliklerine İlişkin Bilgiler..... 46

Tablo 4. Katılımcılara (N=52) Uygulanan Ölçeklerin Toplam ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri..... 47

Tablo 5. Tedavi Alan ve Almayanlara Göre İlk Kez Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Mann-Whitney U Sonuçları..... 48

Tablo 6. Tedavi Alan Hastalara (N=16) Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Tekrarlı Ölçüm Varyans Analiz Sonuçları..... 49

Tablo 7. Tedavi Almayan Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Tekrarlı Ölçüm Varyans Analiz Sonuçları..... 50

1.GİRİŞ

İnsanların%50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedirler. Bu insanların yarısının sorunlarının ciddi boyutta olduğunu ifade etmeleri, insomninin önemli ve oldukça yaygın olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir. En yaygın uyku sorunu olan uykusuzluk, özellikle kadınlar ve yaşlıları etkilemektedir (1, 2).

Uyku bozuklukları yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde ciddi kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olabilen ve sıklığı açısından büyük önemi olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu bozukluğa sahip olan bireylerin bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya yönlendirilmesi büyük önem taşır (3, 4, 5).

Uykusuzluk şikayetini kronik olarak yaşayan önemli bir alt grup da birincil insomni hastalarıdır. Rutin pratikte insomni hastalarının büyük çoğunluğu farmakoterapi ile tedavi edilmektedir. Ancak BDT' nin aksine bu yaklaşım kanıta dayalı değildir (6, 7, 8). Uyku problemlerinin kısa ve orta vadede farmakoterapiyle çözülebildiğine dair yeterli veri bulunmamaktadır. Uykuyla ilişkili inançlar, aşırı uyarılmışlık hali ve uyku bozucu davranışların tümü kronik insomninin etiyolojisini ve sürmesini destekleyen faktörler olarak kabul edilmekte ve BDT'nin bu alanlar üzerinde çalışarak uyku bozukluğuna daha kalıcı çözümler bulabileceği düşünülmektedir (9, 10, 11).

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

1) Birincil insomni olgularına uygulanan BDT yöntemleri ile hastaların uykusuzluğa bakışlarında değişiklikler oluşturulabilir, uyku kaliteleri arttırılabilir.

1) Birincil insomni hastalarında zamanla hastalığa anksiyete ve depresyon belirtileri eklenir.

2) Birincil insomni hastalarında, mükemmeliyetçi, kaygılı kişilik yapısı (felaketleştirme eğilimi, somatik belirtileri sık takip etme vb.) ön plandadır. Ayrıca insomninin etiyolojisinde önemli yeri olduğu düşünülen bilişsel aktivite artışı uyumadan önce yoğunlaşmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada birincil insomni olgularının klinik özelliklerinin tanımlanması, altta yatan hazırlayıcı ve sürdürücü psikolojik süreçlerinin ortaya konulması ve bunlar içerisinden izleme alınan olguların BDT sürecinde uykusuzluğa bakışlarında, uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inanç ve tutumlarında değişiklik olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca BDT alan ve almayan takipli insomni olgularının uykusuzluk şiddetinin, uyku kalitelerinin ve uykuyla ilişkili inançlarının kıyaslanması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Uykunun Tanımı

Uykunun ve kaynağının ne olduğu, uyku süreçlerinin nasıl kaynakları ve temelleri olduğu tarih boyunca hep ilgi çekmiştir. Uyku dinlenme ve bir yenilenme süreci olarak görülmüştür. Bilimsel kaynaklar da bu görüşü desteklemektedir. Literatürde uykuyla ilgili birçok tanım yer almaktadır; Hartmann (1973) uykuyu düzenli olarak tekrarlayan, çeşitli derecedeki uyaranlarla tekrar uyanıklık durumuna kolayca geçilebilen fizyolojik hareketsizlik durumu olarak tanımlarken Turpin (1986) sadece kısmi fizyolojik hareketsizlik durumunu içeren bir periyod olarak değil, farklı fizyolojik gelişmelerin olduğu karmaşık bir süreç olarak tanımlamıştır. Fordham (1988) ise farklı ve tekrarlayan evrelerden oluşan, dış uyaranlara cevabın azaldığı, yeterli miktarda uyaran olduğu zaman bilinç durumuna geri dönülebilen bilinçsizlik durumu olarak açıklamıştır. Webb' e (1971) göre de uyku, EEG ve diğer fizyolojik parametrelerde evresel değişikliklerin görüldüğü fiziksel hareketsizlik durumudur (12). Roper, Logan ve Thirney için uyku; kişinin etrafında olanlara cevap veremediği, tekrarlayan bir cevapsızlık ve tembellik durumudur. Bilinç geçici olarak kaybolur ancak kişi yeterli bir uyaran ile uyandırılabilir (13).

Günümüzde uyku; Bireyin duyusal ya da başka uyaranlarla, uyandırılabileceği tekrarlayan dönemlerden oluşan bir bilinçsizlik durumu (14-20) ya da organizmanın çevre ile iletişiminin değişik şiddette ve uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (12, 14, 19, 21-30). Uyku; düzenli, tekrarlayan ve kolayca geri dönebilen, uyanıklılıkla karşılaştırıldığında dış uyaranlara yanıt eşiğinin

yükseldiği ve göreceli hareketsizlikle belirli bir durum olarak da tanımlanmıştır (31, 32).

Uyku, merkezi sinir sisteminin aktif katılımı ile gerçekleşmekte, bu sırada psikolojik ve biyolojik aktivite değişmektedir. Tüm bu değişimlerin bir önceki günle sonraki gün arasındaki düzenlemelere hizmet ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle, yıllardır insanda biyolojik ve psikolojik yaşantılarla uyku arasında ilişki kurulmaktadır (22).

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını önemli ölçüde etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (15, 23, 24). İnsan yaşamında temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup, yeme, içme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (33).

2.2. Uykunun İşlevi

Uykunun genel anlamda vücudu dinlendirme ve ertesi güne hazırlama işlevinin yanında; enerji tasarrufu, büyüme, hücrelerin yenilenmesi, organizmanın onarımı, türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması, yeni bilgilerin öğrenilerek kalıcı hale getirilmesi, bazı canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma işlevleri bulunmaktadır. Doğanın bir uyarısı olan yorgunluk, uykunun gerekli olduğunu belirttiği için vücudun koruyucu mekanizması olarak görülmektedir (14, 34, 35).

Uyku deprivasyonun fiziksel ve psikolojik yorgunluğa, deprivasyonun sürmesi halinde ise bunu takip eden bir takım bilişsel bozulmalara yol açtığı

görülmüştür. Deprivasyonun ilk sonuçlarının yorgunluk olması, uykunun dinlendirici bir yönü olduğunu göstermektedir. Uykusuzlukta biliş ve duygulanım bozulmaktadır. REM (hızlı göz hareketleri) uykusunun seçici deprivasyonu başta duygu ve bellek alanlarında olmak üzere psikolojik düzensizliğe yol açmaktadır. NREM (non-REM) uykusunun somatik ve visseral dokuların, REM uykusunun ise beyin dokularının yenilenmesinde rol aldığı, başka bir deyişle NREM uykusuyla fiziksel, REM uykusuyla ise mental iyilik sağlandığı düşünülmektedir. Enerjinin korunması teorisine göre canlılarda gün içinde harcanan enerji bir yenilenme dönemi, yani uyku ile dengelenmelidir (36).

Uyku-uyanıklık siklusunun düzenlenmesinin arka planında homeostazis ve sirkadiyen ritim gibi önemli sistemler vardır. Bu sistemlerin uyku düzenlemesine katkısı olduğu kadar uykunun da bunların düzenlenmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. NREM sırasında sistemin tümüyle dış dünyaya kapalı olmadığı, çevredeki değişimlerin algılanarak düzenlemelerin yapıldığı, REM döneminde ise çevreden bağımsız bir şekilde iç düzenlemelerin yapıldığı düşünülmektedir (36).

Uykuda fiziksel olarak böbreklerden fosfat atılımı, büyüme hormonu ve adrenal hormonların salınımı, vitamin kullanımı, deri onarımı, epitelyum hücre çoğalması ve protein sentezi gerçekleşir. Özellikle bebeklerin büyümesi, erişkinde yaraların kapanması, organizmanın onarımı büyüme hormonunun salgılanmasıyla NREM III ve IV. evrelerinde olur. Uyku sırasında bazal metabolizmanın yavaşlaması ile de vücudun enerjisi korunur (12,14, 23, 24, 31, 32, 33). Dolaşım sistemi uykuda daha iyi çalışır. Uyku sırasında biyolojik işlevlerin yavaşlaması ile kalp daha çok kanla dolar ve her vuruşta daha fazla kanı dolaşıma verir. Uyku sırasında kalp atım hızı dakikada 60 ya da altına düşer. Kalp yavaşlayarak dinlenir

ve kan, günlük yıpranmanın onarımı için gereken maddeleri dokulara taşır (12, 33, 37).

Uyku yalnızca beyin istirahatı olarak değerlendirilemez; REM uykusu öğrenme, bellek, ruhsal denge ve sosyal uyum için önemlidir. Gün içindeki olaylar gözden geçirilir ve önemli bilgiler depolanır. Günlük problemler çözümlenir. Stres ve yeni bazı deneyimler yaşamak REM uykusuna olan gereksinimi arttırır. Birey yeterli REM uykusu uyumazsa, gün içinde gergin ve anksiyeteli olur (12, 15, 23, 30, 31, 33, 38-41).

Hayvan çalışmalarında, yeni görevler öğretilen hayvanların o geceki uykularında REM döneminin arttığı bildirilmiştir. Yeni bir şey öğretilip, REM yoksunluğu yaratıldıktan sonra ertesi gün, öğrenilmiş görevlerle ilgili bilginin saklanamadığı ortaya çıkmıştır(42) . Öğrenme sürecinde, REM döneminin bellek sağlamlaştırmasında belirgin rol oynadığı ortaya konulmuştur (43, 44, 45) .

Yapılan çalışmalar sonucunda uykunun uyaranlara tümüyle kapalı bir sistem olmadığı ancak dış uyaranlara verilen yanıtlarda bir azalma olduğu, böylece kortikal girdilerin azaldığı, bu azalmanın da uyku için gerekli olduğu anlaşılmıştır (44). Sağlıklı bireyler uykuya geçmeden önceki dönemde, uykuda veya gece ortaya çıkan kısa süreli uyanıklıklardaki bilgileri hatırlamazlar (46).

2.3. Uyku-Uyanıklığın Temel Mekanizmaları

Uykuyu başlatan yapı ile uyanıklığın devamını sağlayan yapının, 20-25 yıl öncesine kadar beyin sapında yer aldığı düşünülmekteydi. Buna göre, RAS (retiküler aktive edici sistem) gelen dış ve iç uyarılar bu yapıyı aktive etmekte, korteks desenkronize olarak uyanıklığı sağlamaktaydı. Uykunun bu sistemin

aktivitesinin azalması ile ortaya çıktığı kabul edilmekteydi (47, 48). Uyku nörofizyolojisi konusundaki en önemli saptamalardan biri Moruzzi'nin klasik deneyleri sonucunda, uykunun basitçe RAS' ın gün boyu yorularak inaktif hale geçmesi sonucu gelişen pasif bir olay olmadığının belirlenmesidir. Bu deneyler sonucunda, günümüzde de kabul gören 'aktif uyku teorisi' ortaya atılmıştır (49).

Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrol ettiği iki özel alan vardır. Bu alanlar; beyin sapında, spinal kordda ve serebral kortekste yer alan RAS ve medullada yer alan BSR' dir (bulbar senkronize edici sistem)(19, 20,23, 24, 31, 38, 50). Uyku için bu iki sistem birlikte çalışır. Beyin merkezleri aralıklı olarak baskılanır ve aktive olur. RAS görme, işitme, dokunma ve ağrı uyaranlarını alır. Bu uyaranlar serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olur ve RAS uyarılır, bu durum uyanıklık boyunca devam eder. Uykunun gelmesiyle birlikte BSR aktivitesinde artma görülür. Kişi uyuma girişiminde bulunduğunda, RAS' a gelen uyarılar azalır eğer çevresel koşullar da uygunsa RAS' ın aktivasyonu azalır. BSR uyarılarının artması, uykuya dalmaya neden olur. Bu durum kişi uyanıncaya kadar devam eder, RAS' ın tekrar uyarılmasıyla birlikte kişi uyanır. Uyku esnasında beden sıcaklığı ve kortizol düzeyi düşer, melatonin salgısı artmaya başlar (15, 20, 23, 24, 31, 38, 50-52).

2.4. Sirkadiyen Ritim ve Homeostatik Etki

Uykunun düzenlenmesindeki temel dış faktörler sirkadiyen ritim ile homeostatik belirleyicilerdir (44). İnsanlarda uyku-uyanıklık döngüsü Borbely' nin ikili süreç modeli ile açıklanmıştır. Buna göre uyku-uyanıklık döngüsü, sirkadiyen ritim ve homeostatik etkenler yoluyla ortaya çıkmaktadır (53). Bu modele göre, uyanık kalınan süre ile doğru orantılı olarak artan homeostatik

etkinin en fazla olduğu, sirkadiyen osilasyonun azalmaya başladığı akşam saatlerinde uyku başlamaktadır. Uyku ile homeostatik etkinin yoğunluğunun azalması ve sirkadiyen osilasyonun artması ile de sabah saatlerinde uyku sona ererek yerini uyanıklığa bırakmaktadır (54).

Birçok ortak biyolojik değişken, 24 saatlik siklusta periyodik olarak görülür. Bu 24 saatlik gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur (23, 33, 38, 52, 55-57). Her insanın uyku döngüsü onun biyolojik saati ile uyum içindedir. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur(24, 31, 32). Biyolojik saat, insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına, başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur(23). Başka bir deyişle sirkadiyen ritim günün belli dönemlerinde uykuya eğilimin daha fazla ya da daha az olmasını sağlar (53). Vücut ısısı ve uyku gibi birçok fizyolojik etkinlik ile üzüntü, neşe gibi birçok psikolojik etkinlik sirkadiyen ritim tarafından düzenlenmektedir(57). Sirkadiyen ritim bazı insanların performansının sabah erken saatlerde, bazılarının da akşam saatlerinde ya da gece en üst düzeyde olmasını açıklar(38).

Sirkadiyen ritim içsel bir düzenleme olmakla birlikte dışarıdan alınan aydınlık ve karanlık mesajlarıyla ilişkilidir. En önemli düzenleyicileri ısı ve ışıktır. Düzenleme retinanın algıladığı ışığın retinohipotalamik yol aracılığıyla hipotalamusta iki taraflı yer alan suprakiazmatik çekirdeklere ulaşmasıyla sağlanmakta, böylece gündüz güneş ışığının etkisiyle uyanıklık sağlanmakta, bir yandan nöroendokrin sistem, diğer yandan da nörotransmitterlerin katıldığı

düzenlemelerle sirkadiyen ritim belirlenmektedir (5, 22, 44, 53). Işığın kaybolmasıyla hipotalamusta nöroendokrin düzenlemeler değişmekte, başta melatonin olmak üzere hormonlar salgılanarak ya da diğer hormonlar baskılanarak uyku başlatılmaktadır (22).

Bazı yaşam şekilleri de sirkadiyen ritim üzerinde etkilidir (23). Uzun süre uykusuz kalmanın insan yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışmak uyku kalitesini ve süresini azaltır (58, 59). Vardiyalı çalışmada karşılaşılan sağlık problemlerinin nedeni çalışma saatleriyle biyolojik saatin uyumsuz oluşudur (60). Yavaş dönüşümlü vardiyanın veya uzun süre aynı vardiyada çalışmanın, dönüşüm değişikliklerine uyumu ve gece vardiyasındaki biyolojik ritim bütünlüğünü kolaylaştırdığı düşünülmektedir (61).

Uyku açısından homeostatik düzenleme, uyanık kalınan süre ile ilişkili olarak artan uyku gereksinimidir (62). Uyanıklıkta tüketilen enerji ve organlardaki değişmelerin uykuda yeniden düzeltildiği düşünülmektedir. Akşam saatlerinde düzenleme gereksinimi artmakta, sirkadiyen ritimdeki değişmelerle uyku kolaylıkla başlamaktadır. İç faktörler, sinir sisteminin yapısı ve bu yapıdaki işleyiş olarak ele alınabilir. Hormonal ve kimyasal değişmelere eşlik eden elektrofizyolojik düzenlemelerle uyku başlamakta ve sürmektedir (44, 63). Uyanık kalınan süre arttıkça endojen uyku verici (somnojen) olarak bilinen adenozin, çeşitli sitokinler ve hormonlar, özellikle bazal ön beyinde eşik değerinin üstünde birikerek homeostatik uyku gereksinimini arttırmaktadır (64).

Ön hipotalamustan gelen döngüsel girdiler (sirkadiyen döngü) ve endojen kimyasal uyarılar aracılığıyla gelen homeostatik bilgi doğrultusunda hipotalamusta yer alan ventrolateral preoptik çekirdek uykuyu başlatır. Uyanıklığı

lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik (ağırlık kontrolünde rol oynayan nöropeptit), beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik, posterior hipotalamustan gelen histaminerjik uyarılar sağlamakta, bunların azalması ise uykuyu başlatmaktadır. Beyin sapındaki mezopontin çekirdekler ise uyku sırasındaki NREM, REM döngüsünü kontrol etmektedir (53, 65).

Günümüzde, hem REM uykusu, hem de serotoninle ilgili çalışmalar yeni teoriler ortaya çıkarmıştır (66, 67). Uyanıklıktan NREM uykusuna geçiş, Rostral Rafe çekirdeklerinin aktivasyonu ile salgılanan serotonin; NREM uykusundan REM uykusuna geçiş Locus Ceruleus'un aktivasyonu ile salgılanan noradrenalin; REM uykusundan NREM uykusuna geçiş ise Formatio Reticularis' in aktivasyonu ile salgılanan asetilkolin ile başlatılmaktadır. Serotonin, beyinde daha cok Rafe çekirdeklerinde bulunur. Beyin sapında yerleşmiş olan bu çekirdeklerin uzantıları, talamus, hipotalamus ve frontobazal bölgeye olmaktadır. Rafe çekirdeklerinin serotonerjik aktivitesi uykudan ziyade uyanıklıkta fazladır. Uyanıklıkta serotonerjik aktivite giderek artar ve talamus, hipotalamus, frontobazal bölgelere yayılarak uykunun başlamasına yol açan bazı maddelerin sentezine neden olur (68).

REM uykusunda ise lokus ceruleus ve asetil kolin önemlidir (66, 69). Hızlı göz hareketlerinden bu bölge sorumludur. REM uykusu kolinerjik sistemin aktivasyonu, adrenerjik sistemin ise inhibisyonu ile olmaktadır (70). PET çalışmaları, NREM sırasında beyinde enerji metabolizmasında REM ve uyanıklığa göre yaygın bir azalma olduğunu göstermiştir (71).

Uyanıklık sırasında olduğu gibi REM sırasında da ön beyin RAS tarafından uyarılmakta ancak uyanıklıktan farklı olarak noradrenerjik, serotonerjik uyarılar azalırken kolinerjik uyarılar baskın duruma gelmektedir (65).

Sonuç olarak, memelilerde uyku, belirli aralıklarla tekrar eden REM ve NREM uykusu olmak üzere iki evreden oluşmaktadır. Bu evreler EEG ile ölçülen beyin elektrik aktivitesi, göz hareketleri ve kas tonusundaki değişiklikler değerlendirilerek belirlenmiştir. Uyku dönemleri asetilkolin, norepinefrin, serotonin ve histaminin farklı salıverilmeleri ile yönlendirilmektedir. Uyanıklık sırasında tüm bu nöromodülatörler yüksek seviyede salınırken, REM sırasında serotonin ve norepinefrin salınması en aza iner ve tek başına asetilkolin salınımı baskındır. NREM sırasında ise tüm bu nöromodülatörler göreceli olarak daha düşük seviyede salınmaktadır (53, 72).

2.5. Uykuyla İlgili Genel Bilgiler

İnsan ömrünün yaklaşık üçte biri uykuda geçer (27, 73). Uyku için en düşük sınır ise 5 saattir (14, 74). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de toplumun %75 gibi büyük bir çoğunluğunun 7-8 saat süreyle uyuma alışkanlığına sahip olduğu bildirilmektedir (34).

İnsanların gereksinim duyduğu uyku; yaşı, cinsiyeti, fiziksel durumu, yaptığı iş, aktivite, beslenme ve sağlık durumu, çevresel koşullar ve bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterir (15, 23, 74).Yenidoğanda uyku ritimi 8-10 dönemden oluşan polifazik karakter gösterir. Total uyku süresi 16-20 saat olup bunun %57'si gece uykusudur. Yenidoğanın uyku periyodu 40 dakikadan oluşmaktadır. REM uykusu % 60-80 oranında olup sonraki yaşlarda %20-25'e düşer (23).Süt çocukluğunda gece uykuları ortalama 8-10 saattir. Bu sürenin

%30'unu REM uykusu oluşturur. 1 yaşın sonuna doğru uyku süresi günde 14 saattir. Oyun çocukluğunda 3 yaşına kadar gündüz uykuları da devam eder. Total uyku süresi günde 12 saattir ve bu uykunun %20'si REM uykusudur. Okul çağı çocuğunda sağlık ve aktivite durumuna göre uyku ihtiyacı bireyselleşir ve ortalama uyku süreleri 11-12 saattir. Adölesanlar genellikle gecede 8,5-9,5 saat uyurlar. Uykularının yaklaşık %20'sini REM uykusu oluşturur. Adölesanın yaşam biçimindeki değişiklikler ve fiziksel aktivitelerdeki artış, uyku için ayrılan zamanın kısıtlanmasına ve dolayısıyla gündüz uykusuzluğu yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durum okul başarısında düşme, kazalara yatkınlık, duygu ve davranış değişikliklerine de yol açabilmektedir. Adölesanlar kolayca uyanmaya yatkındır. Özellikle genç kızlar sık uyku bölünmesi ve tekrar uykuya dalma zorluğu yaşar (31, 40).

Kişisel alışkanlıklar, hamilelik, günlük aktiviteler, fiziksel ve emosyonel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak genç yetişkinler, uyku gereksinimlerine göre uyku saatlerini ayarlar (23). Yetişkinlerde ortalama uyku süresi 6-8 saattir. Tüm uykunun ortalama %20-25'i REM uykusudur (23, 75). 45 yaşından sonra uyku süresi yaşla birlikte azalmaya devam ederek 6,5 saate kadar iner. Yaşlılık dönemindeki uykunun özelliği gece boyu uyanmalarla çok daha sık kesilmesi ve yüzeysel olmasıdır (75).

Genel sağlıkla ilgili problemlere yaşlılıkta daha sık rastlanması ve bu durumların uykusuzluğu ve diğer uyku problemlerini arttırması nedeniyle; uykuda yaşla ilgili değişiklikler tanımlanmaya çalışılmaktadır (23).Yaşlılıkta uykunun derinliği ve süresi etkilenir. Uyku döngülerinin sayısı artar, süreleriyse kısalır. Yatakta uyumak için geçen süre %70-80 oranında azalır ve uyumak için daha az

çaba sarf edilir. Genellikle NREM 1. ve 2. dönem uykunun oranı artar, 3. dönem aynı kalır, 4. dönem uykuysa yaşla birlikte % 15-30 arasında azalır ya da tamamen kaybolur. Uyku EEG'sinde sabit bir değişiklik olarak, yavaş dalga aktivitesinde azalma olur. REM uykusunun göreceli yüzdesi yaşla beraber çok az değişmekle birlikte genellikle azalır. REM uykusundaki değişikliklerin yüzdesi azdır ancak REM' in zamana ait dağılımı "düzleşme eğilimindedir". Yani, gecenin her iki döneminde de eşit ve aynı şekilde dağılım gösterir. Ayrıca ışık, gürültü ve ısı değişikliklerinde daha çabuk uyanılır. Sirkadiyen fizyolojide temel bir değişiklik söz konusudur (23, 31, 33).

Kişilerde sürenin kısaltılmak zorunda kalındığı uyku yoksunluğu sonucu istenilmeyen birçok fizyolojik ve psikolojik belirtilerle karşılaşılmaktadır. Bunun yanında fiziksel çalışma, egzersiz, hastalık, gebelik, stres ve mental aktivitenin artmasıyla ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma söz konusu olmaktadır (15,31).

Cinsiyet sağlıklı yaşlanmada, uyku üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği erkeklerde kadınlara göre daha fazla azalma gösterir. Bu da kadın ve erkeklerde farklı bir yaşlanma süreci olduğu düşündürür. Yine noktürnal myoklonus çalışmaları bu olgunun yaşlı erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir (23).

2.6. Uykuyu Etkileyen Etmenler

2.6.1. Yaş

Uyku evrelerinin uzunluğu yaşa göre değişiklik göstermektedir. Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçer. Ancak, yaşın ilerlemesiyle

birlikte uyku gereksinimi de azalır (14, 50, 74).Genelde REM süresinde yaşla değişiklik olmazken, çocuklar erişkinlere kıyasla daha fazla, yaşlılar ise daha az yavaş dalga uykusu (NREM evre 3 ve 4) uyurlar. Yaşlılarda uykunun REM evresinde hızlı göz hareketlerinin sayısında azalma gelişir. Uykuya dalma süresi de yaşlanmayla beraber artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte artan hastalıklarla da uyku kalitesi bozulabilmektedir (12, 15, 23, 31, 32). Yaşlanma süreciyle gelişen duyu bozuklukları, solunum sorunları, idrar güçlükleri, kronik bir hastalığın olması gibi nedenlerle uyku kalitesi bozulabilmektedir (12). Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana gereksinim duyarken, gece daha çabuk ve sık uyanırlar. Normalde yetişkinlerde ortalama 10-30 dakika olan uykuya dalma süresinin yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürdüğü bilinmektedir (12, 34, 35). Ayrıca yaşlıların çoğunluğunun yitirdikleri gece uykusunu karşılamak için gün boyunca yaptıkları uyuklama, bir başka deyişle şekerleme sıklığının yaşla beraber arttığı bildirilmektedir (12).

2.6.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların daha fazla uyku sorunu yaşamakla birlikte erkeklerden daha fazla uyudukları belirlenmiştir (15, 24, 31, 34, 35, 76). Genel olarak delta uykusunun kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulunduğu bilinmektedir (54).

2.6.3. Hastalık

Hasta bireyler sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Hastalık hem fiziksel hem de psikolojik bir stres etkenidir ve uyku düzenini etkiler. Pek çok hastalık; ağrı, fiziksel sıkıntı, anksiyete ve depresyona dolayısıyla

uykusuzluğa neden olmaktadır (15, 24, 31, 34, 35, 77). Gece mesaisi dâhil, vardiyalı çalışmaların hem psikolojik hem de fizyolojik sağlık sorunlarının gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir.

Sadece fizyolojik kaynaklı hastalıklar değil ruhsal hastalıklar da uykuyu bozabilmektedir. Bipolar bozukluk, mizaç bozuklukları, panik bozukluk, depresyon ve demans uyku düzeninde bozulmalarla belirti veren ruhsal hastalıklardır (15, 78).

2.6.4. Çevresel Faktörler

Işık, ısı, koku, hava akımı, gürültü, yatağın, yastığın rahatsızlığı uykusuzluğa neden olabilir (14, 50, 75). Gürültü uyku ile yakından ilişkilidir. Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler (1, 34, 35, 79). Ortamın iyi havalandırılmış olması dinlendirici uyku için şarttır. Yatılan yatağın ölçüsü, rahatlığı, pozisyonu, tek ya da çift kişi ile yatmak uyku kalitesini etkileyen faktörlerdir (1, 24, 32). Kişiler genellikle kendi evlerinde, alışkın oldukları ortamda daha rahat ederler ve daha kolay uyurlar. Bazı kişiler sessiz, sakin, ışıksız bir ortamda uyuyabilirken, kimileri de hafif ışıklı ortamı tercih edebilir(15, 24, 50). Özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler (1). Ortamın sıcaklığı da uyku açısından önemlidir. Ortam sıcaklığının 24^0C den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12^0C den az olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uyku kalitesini bozar (1, 24, 32, 34, 35, 52)**.**

2.6.5. Fiziksel Aktivite

Aktivite ve egzersiz yorgunluğu arttırarak uykuyu etkilemektedir ve bireyin kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır. Fiziksel aktivite hem NREM hem de REM uykusunu arttırır. Egzersiz sırasında salgılanan serotonin derin dinlenmeyi sağladığı için derin dinlenme evresi olan NREM 4. evreyi de düzenler. Düzensiz yapılan egzersiz ise uykunun bozulmasına neden olabilir (12, 15, 23, 24, 31, 50, 74, 75, 80). Uyku için en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşamüzeridir. Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken, kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirir (12).

2.6.6. Emosyonel Durum

Günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunlar uyku düzenini bozar(50, 74). Stres bireyin gergin olmasına neden olarak uykuya dalmasını güçleştirirken, çabuk uyanmasına da neden olabilmektedir (34, 35). Stres uykuyu 2 yolla etkiler: kişi gereksiniminden daha fazla uyuma eğilimi gösterir ve REM süresi kısalır (12).

Major depresif bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğunda uykuya dalmada güçlük ve gece uyanmalar önemli derecede uykusuzluk sorunlarına ve gündüz uykululuğuna neden olabilir. Korku, üzüntü, yas ya da sevinç gibi duygu değişimleri bireyin gevşemesini ve rahat uyumasını engeller. Günlük hayatlarından memnun olmayan endişeli ve mutsuz bireylerin uykularının da doyumsuz ve huzursuz olduğu görülmektedir (12, 15, 24).

2.6.7. İlaçlar ve Diğer Maddeler

Birçok ilaç, nikotin, kafein ve alkol ajitasyon, uykusuzluk ve yorgunluk gibi yan etkilere neden olarak uyku kalitesini bozar (14,50, 74). Diüretikler, digoksin ve beta blokerler bireyin sık uyanmasına neden olabilir (23). Hipnotikler derin uyku fazlarına ulaşmada bölünme, gün içinde aşırı uyuşukluk, enerji azalmasına; diüretikler nokturiye; beta blokerler gece kabuslarına; benzodiazepinler uyku zamanının ve gün içinde uyumaların artmasına neden olabilirler. Narkotik analjezikler, barbitürat ve stimülanlar REM uykusunu bastırır, gece uyanmaya ve gün boyu uykulu olmaya neden olur (12, 34, 35, 37, 77). Sedatifler, antidepresanlar, hipnotikler ve amfetaminler total uyku zamanını arttırmakla beraber REM uykusunda azalmaya sebep olmaktadırlar (31, 74). Hipnotikler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa yol açabilir. Benzodiazepin grubu ilaçlar kesildikten sonra ribaunt insomni gelişebilir (12, 37).

2.6.8. Alkol ve Uyarıcılar

Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici bir etki yaparak uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM 4 ve REM uykusunda azalmaya neden olur. Geceleri sürekli uyanma ve uykuya dalmada güçlük yaşama durumları oluşturmaktadır. Bireyler fiziksel ve ruhsal olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün sinirlilik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet ederler (34, 35, 77). Bu, kısmen tolerans oluşmasına, gece alkol etkisi geçtikten sonra sabaha karşı kendini gösteren alkol yoksunluğuna ve kısmen de dispepsi, baş ağrısı, solunum bozukluğu gibi alkolün somatik etkilerine bağlıdır.

Detoksifiye edilmiş alkoliklerde uyku bozukluğu aylarca hatta yıllarca sürebilir (81). Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata, kola gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı zorlaştırır ve bireyin gece sık sık uyanmasına neden olabilir (14, 31, 32, 34, 35, 37, 50, 74, 77, 81).

2.6.9. Diyet

Besinlerle alınan L-Triptofan bir transmitter olan serotoninin ön maddesidir. Bundan dolayı esansiyel aminoasitlerden yoksun diyet uykuyu bozarken, yeterli protein içeren diyet uykuyu artırır. Oswald' a göre de yatmadan önce alınan yüksek protein içeren besinler (süt, yoğurt, peynir, yumurta, et vb.) triptofan içerdikleri için uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadırlar (82). Karbonhidratlar da serotonin düzeyini etkileyerek kişide sakinlik ve rahatlığa neden olmaktadır. Gece fazla ve ağır yemek yeme ise sindirim güçlüğü yaparak uykunun bölünmesine neden olur. Kilo verme uyku süresinin kısalmasına, kilo alımı ise uyku süresinin uzamasına ve geç uyanmaya neden olmaktadır (15, 23, 24, 31, 34, 35).

2.6.10. Yaşam Biçimi

Bireylerin çalışma şekilleri, beslenme alışkanlıkları ile uyku düzeni ve kalitesi karşılıklı olarak birbirini etkiler. Çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise değişen uyku programına uyum sağlanması zordur. Vardiyalı çalışmaya ya da alışılmamış ağır bir iş performansıyla çalışmaya bağlı olarak oluşan kesintili uyku ve yorgunluk ile yaşanan sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki vardır (12, 24). Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitelerinin gündüz vardiyasında çalışanların uyku kalitelerine göre daha kötü olduğu saptanmıştır (24, 83). Üniversite sınavına hazırlanan adölesanların ders çalışmak için geceleri

geç yatması ve gündüzleri okula gitmek için erken kalkmak zorunda olmaları uyku yoksunluğuna neden olmaktadır. Buna bağlı olarak uyku öncesi ve sonrası performansları düşmekte bu da öğrenme güçlüğünü beraberinde getirmektedir (15, 24, 31). Gece çalışan bireylerin uyku öncesi ve sonrası performanslarının ve uyku kalitelerinin bozuk olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (34, 35, 84). Regestein vardiya seklinde çalışmanın bireylerin performansına ve uyku kalitesine olumsuz etki ettiğini, % 65 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduklarını bildirmiştir. Ayrıca gece geç saatlerde yapılan sosyal aktiviteler ve geceleri yemek yeme bireylerin uyku düzenini ve kalitesini etkiler (12).

Uyku ve obezite arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 68.000 hemşirenin uyku düzenlerinin 16 yıl boyunca izlendiği bir araştırma, uykusuzluğun şişmanlığı körükleyebileceğini ortaya koymuştur. Bu durum uyku eksikliğinin metabolizmayı değiştirmesinden kaynaklanabilir. Bedende açlığı körükleyen ghrelin hormonunun düzeyleri arttıkça, doyma duygusunu arttıran leptin hormonu azalmaktadır. Buna bağlı olarak kilo alımı ya da obezite oluşabilmektedir ki obezite oluşumu da uyku problemlerini beraberinde getirmektedir (85).

2.7. Uyku Kalitesi

Genel sağlık problemleri ilk olarak kendini uykuda ortaya koyduğu gibi uyku düzenindeki bozulmalar da genel sağlık ve günlük hayat üzerinde kesin ve doğrudan etkilere yol açar (75). Uyku kalitesinin önemi; yapılan çalışmalarda uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olması ve kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabilmesidir (86).

Uyku kalitesi tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi güç olan karmaşık bir fenomendir (15, 24, 83, 86). Kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissetmesi olarak tanımlanabilir (15,19, 23, 24, 30, 86). Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönlerini içerir. Toplumda erişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesiyle ilişkili bozukluklar bulunmaktadır (86).

2.8. İnsomni

Uyku bozukluğu eskiden beri bir rahatsızlığın belirtisi olarak bilinmekteyken son 40 yılda başlı başına bir rahatsızlık, bir sendrom olarak kabul edilmektedir (87). Uyku hastalıkları yalnızca ve çoğunlukla uykuda ortaya çıkan normal dışı durumları ve uykunun kendisine ait bozuklukları içerir. Uykunun kendisine ait bozukluklar ise uykunun olması gerekenden az veya çok olması, uykunun olması gereken zamanda olmaması gibi durumlardan oluşur (88).

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku, insomni karşılığı kabul edilmektedir (89, 90). DSM – IV' de bu tanım, en az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku seklinde yapılmaktadır. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomni, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olamadığı durumlar olarak tanımlanabilir (22).

Uykusuzluk toplumda sık görülen bir sorundur. Araştırmaların büyük kısmında erişkin nüfusun yaklaşık 1/5'inde uykusuzluk yakınması bildirilmektedir. Araştırmalarda önemli yakınma olarak uykusuzluk bildirenlerin

oranı ise %7-12 arasındadır. Geniş örneklem üzerinde yapılmış alan çalışmalarında haftada 3 kere ve üzeri önemli bir sorun olarak yaşanan uykusuzluk tipleri incelendiğinde; uykuya dalma güçlüğü %10, uykuyu sürdürme güçlüğü %18, sabah erken uyanma %10,9, dinlendirici olmayan uyku %8,9 oranında bulunmuştur. Belirtilerden herhangi birini haftada en az 3 kere yaşayanların oranı %8,4'tür. Uykusuzluk yakınması kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir. Kadınlarda premenstrüel dönemde ve menapoz döneminde uykusuzluk sorunlarının daha sık yaşanması bu oranı arttıran bir etkendir (91, 92)

Erişkin popülasyonunda bir yıllık prevalansı %20-40 civarında olup, %10-20 oranında ağır ve kalıcı bir şekilde uykusuzluktan yakınanlar bulunmaktadır (22).

Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, genel popülasyonun %22'sinin insomni yakınması olduğu saptanmıştır. Bunların %50'si uykuya dalma , %44'ü uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlarken %6'sı ise hiç uyumadıklarını ifade etmişlerdir (93). İnsomni hastalarının %45,9' u, genel popülasyonun ise %10'u kronik bir şekilde uykusuzluktan yakınmaktadır (94). Narkolepsi ile ilgili uyku sorunlarının yaygınlığı %5 ve %12 arasında değişirken, uyku apnesi ise tüm erişkinlerin %25'inde görülmektedir. Toplumlarda görülen diğer uyku sorunları; horlama, uyurgezerlik, uykuda konuşma, kabus görme, diş gıcırdatma ve noktürnal enürezistir (1, 2).

Uyku bozukluklarının sınıflandırılması; hastalıkların ayrılması, semptom, etiyoloji, patofizyoloji ve tedavinin anlaşılmasında kolaylık sağlamaktadır. Uyku bozukluklarına yer veren sistemler arasında Dünya Sağlık Örgütü' nün hazırladığı

ICD, Amerika Birleşik Devletleri' nde hazırlanan DSM ve ICSD sayılabilir. Uyku bozuklukları 1979 yılında Uyku Bozuklukları Merkezi Derneği tarafından ilk kez sınıflandırılmıştır. Uyku bozuklukları için özel olarak hazırlanmış en kapsamlı tanım ve sınıflandırma ICSD' dir. Son yıllarda uykuyla ilgili araştırmaların gelişmesiyle birlikte eski sınıflama 2003 yılında AASM (Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi) tarafından tamamen gözden geçirilip güncellenmiş ve 2005 yılında ICSD-2 şeklinde yayımlanmıştır. ICDS-2 öncekinden farklı olarak tek eksenli bir sistemdir. İç kaynaklı ve dış kaynaklı terimleri kaldırılmış, ikincil uyku bozuklukları terimi kullanılmamıştır (95). Halen tüm dünyada büyük oranda kabul gören Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması ICSD- 2' de 85 uyku bozukluğu 8 ana kategoride tanımlanmaktadır (96).

Uyku bozuklukları uykunun miktarı ve kalitesiyle ilgili sorunlar (uykusuzluk, aşırı uyku, ritim değişikliği vb.) ya da uyku sırasında yaşanan anormal olaylar (uyurgezerlik, uykuda korku nöbeti, uykuda diş gıcırdatma, horlama vb.) olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uyku bozuklukları sınıflaması

1- İnsomniler

2- Solunum ilişkili uyku bozuklukları

3- Solunumsal bozukluğa bağlı olmayan hipersomniler (Bir sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu, Uykuyla İlişkili Solunum Bozukluğu ya da Uykuyu Bozan Diğer Nedenlerden Kaynaklanmayan)

4- Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları

5- Parasomniler

6- Hareket ilişkili uyku bozuklukları

7- İzole semptomlar, normalin varyantları ve çözülmemiş sorunlar

8- Diğer uyku bozuklukları

Birincil uykusuzluklar kendiliğinden gelişen tablolar olarak 4 ana başlık altında incelenmiştir (ICSD-1 1997). Birincil uykusuzluklar kötü uyku hijyenine bağlı, psikofizyolojik uykusuzluk, uyku düzeyini yanlış değerlendirme, idiopatik uykusuzluk olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamanın klinikte ihtiyaca yeterince cevap vermemesi ve yapılan araştırmalarda çelişkili bulgular oluşması üzerine AASM uluslar arası uyku bozuklukları sınıflandırmasının 2. baskısında(ICSD-2) birincil ikincil uykusuzluk ayrımı kaldırılmıştır. Uykusuzluk için genel tanı ölçütleri belirlenmiş ve uykusuzluklar 11 başlık altında sınıflandırılmıştır (95).

Uykusuzluk Alt Tipleri

1) Uyum uykusuzluğu (Akut uykusuzluk)
2) Psikofizyolojik uykusuzluk
3) Paradoksal uykusuzluk
4) İdiopatik uykusuzluk
5) Ruhsal bozukluğa bağlı uykusuzluk
6) Kötü uyku hijyenine bağlı uykusuzluk
7) Çocukluk çağı davranışsal uykusuzluğu
8) İlaç ya da madde kullanımına bağlı uykusuzluk
9) Tıbbi duruma bağlı uykusuzluk

10) Madde ya da bilinen tıbbi duruma bağlı olmayan belirlenmemiş uykusuzluk(Organik olmayan uykusuzluk)

11) Fizyolojik (Organik) uykusuzluk, belirlenmemiş tip

2.9. Birincil İnsomni

İnsomni, uykuya başlama veya sürdürme bozukluklarını içerir. İnsomni tanısı konulabilmesi için; kişide gündüz uyanıkken de uyku bozukluğuna bağlı bazı belirtilerin olması ve uykusuzluk çeken veya az uyuyan bir kişinin gündüz uyanık olduğu zamandaki aktivitelerinin etkilenmesi gerekir.

DSM-IV' e göre Birincil İnsomni Tanı Ölçütleri:

A-Başlıca yakınma, en az 1 ay süreyle, uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük olması ya da dinlendirici olmayan bir uyku uyumadır.

B-Uyku bozukluğu (ya da eşlik eden gündüz yorgunluğu), klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C-Uyku bozukluğu sadece Narkolepsi, Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu, Sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu ya da bir Parasomni sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D-Bu bozukluk, sadece başka bir zihinsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır (örn. Majör Depresif Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Deliryum).

E-Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV' te birincil insomniyi oluşturan çok farklı davranışsal ve bilişsel faktör olduğu için, ICSD-2' de insomni, bilişsel ve davranışsal nedenleri göz önüne alınarak alt sınıflarına ayrılmıştır (97) .

2.10. ICSD-2'ye Göre İnsomni Alt Tipleri

2.10.1. Psikofizyolojik İnsomni

Öğrenilmiş uykusuzluk, koşullanma uykusuzluğu, fonksiyonel otonomik insomni adları da verilmektedir. Gerek ICSD'de ve gerekse de ICSD-2'de psikofizyolojik insomni olarak adlandırılmaktadır. Bu gruptaki hastalar genelde uyuyamayacakları için endişe duyan ve bu endişeden dolayı uykuya dalamayan hastalardır. Bu hastalar kendi yatakları dışında daha iyi uyuduklarını belirtirler (88) . Psikofizyolojik insomni hastaları genel popülasyonda %1-2 oranında görülürken, uyku merkezlerine gelen hastaların %12-15'ini oluşturmaktadır (98). Bu hastalarda uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, gerginlik, biyolojik uyarılmışlık göstergelerinden olan uyku latensinde artma, uyku indeksinde azalma, uyanıklık sayısı ve süresinde artma görülür.

<u>ICSD-2'ye Göre Psikofizyolojik İnsomni Tanı Ölçütleri:</u>

A-Hastanın belirtileri, insomni için geçerli olan kriterleri karşılar.

B-En az bir ay görülür.

C-Hastada; koşullanmış uyku güçlüğü ve/veya yatakta artmış uyarılmışlık ile ilişkili aşağıda belirtilenlerin bir veya birden fazlası görülür:

i-Uykuyla ilgili aşırı odaklanma veya kaygı

ii-İstenen veya planlanan uyku zamanında uykuya dalmada zorluk çekme fakat istenmeyen zamanda rahatça uyuyabilme

iii-Alıştığı yerden başka bir yerde uyuyabilme (Evden uzaktayken evde olduğuna göre daha kolay uyuma)

iv-Israrcı düşüncelerden kaynaklanan zihinsel uyarılmışlık veya uykuyu engelleyen zihinsel aktivitelere engel olamama

v-Uykuya başlamasına izin verecek bedensel gevşemeyi ketleyen artmış somatik/bedensel gerginlik

D-Başka bir uyku bozukluğuyla, ilaç kullanımı veya madde kullanım bozukluğuyla, tıbbi veya nörolojik, zihinsel bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Hastalar gün içinde kendilerini kötü hisseder ve uykusuzlukla ilgili işlevsel olmayan inançları vardır. Uyku ile birlikte şartlanılan nesne; yatak odası, yatak, yastık vb. kişide uykusuzluğu uyarıcı olarak algılanır. Bu nedenle şartlanma uykusuzluğu olarak da adlandırılır. Psikofizyolojik uykusuzluk sıklıkla stres ve anksiyete bozuklukları, gecikmiş uyku fazı sendromu ve hipnotik ilaç kullanımı ya da kesilmesiyle birlikte bulunur. Hastalar uyuma düşüncesiyle birlikte koşullu bir uyarılma geliştirmiştir. Gündüz işlevselliği ve sosyal ilişkiler genellikle iyidir. Bununla birlikte aşırı yorgunluk olabilir ve kişi uykusuzluk sorunuyla ilgili kendisini çaresiz hisseder.

Psikofizyolojik uykusuzluğu açıklayan bir görüşe göre uykuya dalma yeteneği konusunda kişi performans anksiyetesi geliştirmektedir ve OSS koşullanması durumu pekiştirmektedir. Kişi uykuya dalamıyorum diye kaygılandıkça OSS uyarılması oluşmakta ve uyumak zorlaşmaktadır. Uyarılmışlık bilişsel, emosyonel ve bedensel etkiler taşır. Zihinsel aktivitede hızlanma izlenir.

Yatkınlık gösteren kişiler çoğunlukla geçmişte uykusuzluğu başlatan bir dönem yaşadıklarını ifade ederler. Bu dönemde stres etmeni ile ortaya çıkan uykusuzluk yaşanmıştır. Ancak halen süren uykusuzlukları başlangıçtaki nedenle ilişkisizdir. Bir süre sonra başlangıçtaki hazırlayıcı neden unutulur ancak uykusuzluk sorunu devam eder. Tipik olarak bu olgularda iz bırakan bir anı anksiyete, kaygı ya da korkuya yol açmıştır. Bu akut tablo günlerce sürmüştür, kişide yol açtığı uykusuzluk olumsuz bir etki bırakmıştır. Zamanla kişi yeni bir uykusuzluk gecesi geçirmekten korkar hale gelir. Uyumak için kendisini zorlamaya, uykuya dalamadığında uyuma ümidiyle yatakta beklemeye başlar. Bu uzun çabalar sonunda yatak ve uyunan mekanın kendisi sıkıntı duygusuyla özdeşleşir. Uykusuzluk sonucunda genellikle uyuyamama korkusu gelişir. Hasta "bu gece de uyuyamayacağım " demeye başlar, uyuyamayacağı endişesini unutmaya ve uyumaya çabalar, bu çabaları kaygısını arttırır. Kaygı ise uykunun gecikmesine neden olur. Uykusuz bir gece geçirdiğinde kişinin bu görüşleri pekişir, uykusuzluğu ile ilgili olumsuz inancı güçlenir (95).

2.10.2. Paradoksal (Subjektif) İnsomni

Pseudo-insomni, objektif bulgu olmaksızın insomni, uyku hipokondriazisi ve subjektif uyku yakınması adları da verilmektedir. Psikofizyolojik insomni için olan adlandırmadan farklı olarak paradoksal insomni, ICSD' de ve ICSD-2'de

‘subjektif insomni’ veya ‘uykunun yanlış algılanması’ olarak adlandırılmaktadır. Paradoksal insomnide aslında gerçek bir insomni yoktur. Ancak kişinin uyku gereksinimi ile uyku beklentisi bağdaşmamaktadır. Bunun sonucunda hasta aslında uykusu yeterli olsa bile uykusuz kaldığından yakınır (88). Bu bozukluğun genel popülasyondaki yaygınlığı bilinmemekle birlikte, insomni grubunun %5 ‘ini oluşturmaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır (98) .

Paradoksal İnsomninin ICSD-2’ye Göre Tanı Ölçütleri:

A-Hastanın semptomları, insomni için geçerli olan kriterleri karşılar.

B-En az bir ay görülür.

C-Aşağıdaki bir veya birden fazla kriteri karşılar:

i-Hasta, normal bir uyku örüntüsünü sergilemesine rağmen birden fazla gecedir çok az ya da hiç uyumadığını raporlar.

ii-Takip edilen uyku günlüğü; bir veya birden fazla hafta, yaşa göre belirtilen normal değerlerin altında ortalama uyku süresi olduğunu gösterir, haftanın çoğu gecesi hastanın hiç uyumadığını gösterir, takip edilen günlerde gün içinde uyuklamalar tipik olarak görülmez.

iii-Nesnel verilerle, hastanın bireysel rapor ve uyku günlüğünde belirttiği değerlendirme arasında uyumsuzluk vardır.

D-Aşağıdakilerden en az biri gözlenir:

i-Hasta, birçok gece çevresel uyaranların farkında olduğunu raporlar.

ii-Hasta, birçok gece bilinçli düşüncelerinin ve tekrarlı düşüncelerin olduğunu belirtir.

E-Hastanın, uyku yapılarını bildirdikleri gün içindeki bozulmalar diğer insomni alt gruplarındaki bildirilenler kadar tutarlı olmaz; gün içinde uyuklamalar olmaz, dezoryantasyon, uyarılmışlık ve vijilans kaybından kaynaklanan ciddi kazalar olmaz.

F-Başka bir uyku bozukluğuyla, ilaç kullanımı veya madde kullanım bozukluğuyla, tıbbi veya nörolojik, zihinsel bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Hastalarda objektif değerlendirmede bir sorun saptanmadığı halde, subjektif olarak ya hiç uyumadıkları ya da çok az uyku ile idare ettiklerine inanırlar. Bazı hastaların bedensel işlevleri ile ilgili kaygılarının yüksek oluşu, takıntılı biçimde sürekli fizyolojik işlevlerini incelemeleri bu yanlış algıya neden olabilmektedir.

Birçok kişi uyku sırasında zihinsel aktivitenin tamamen durduğuna dair yanlış bir inanca sahiptir. Bu durumda uykuda olan şeyleri unutma özelliği ile uykuda zihinsel süreçlerin olmayışı birbirine karıştırılmaktadır. Bu sorunu yaşayan kişiler tarafından uykuda zihinsel aktivitenin sürmesi uyumadığının kanıtı olarak görülmektedir. Öte yandan bu olgular sıklıkla “acaba uykuda mıyım?” sorusunu sorarlar. Bu da uykunun bölünmesinin diğer bir nedenidir. Çünkü bu soruyu her akla getirdiklerinde bir kendini gözleme süreci başlamış olur ki bu da uykuyu bozucu etki gösterir.

Depresif özellikler, anksiyete belirtileri, sürekli kendi bedenini izleme ve felaketleştirici yorumları sık kullanma özellikleri izlenir. Uyku sırasında merkezi

sinir sistemi aşırı aktivasyonunun bu tablonun gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir.

Hastalar objektif uyku verileriyle kıyaslandığında uykuya dalma, gece uyanık kalma sürelerini ortalama 1,5 kat fazla, toplam uyku süresini %50 daha kısa tahmin etmektedir. İleri dönük uyku günlüğü tutularak izlendiğinde hastaların bildirdiği uyku süresi kısadır ancak objektif ölçümlerden daha kısa süre tahmin ederler. Hiç uyuyamadıklarını söyledikleri halde gün içinde hastaların uykusuz kalmalarına bağlı beklenen olumsuz etkileri yaşamadıkları gözlenir.

Uyku laboratuarında izlenen PSG bulguları normaldir. Ancak ileri çalışmalarda yapılan dijital EEG incelemelerinde uyku yoğunluklarında azalma gözlenmiştir. Bu düşüş psikofizyolojik uykusuzluk ile normaller arasında bir değerdedir (95).

2.10.3. Akut İnsomni (Uyum Uykusuzluğu, Geçici Psikofizyolojik Uykusuzluk)

Uykusuzluk açık olarak tanımlanan bir stresörle bağlantılıdır. Etkilenen bireyler yaşamlarındaki diğer zorlanma dönemlerinde de uykusuzluk yaşarlar. 3 aydan fazla sürmez, başlangıcı ve sonlanışı zorlanma etmeni ile ilişkilidir (95).

2.10.4. İdiopatik İnsomni

Kendiliğinden başlayan, nedeni iyi bilinmeyen, biyolojik temeli daha belirgin olan uykusuzluk türüdür. Kendiliğinden gelişen birincil bir durumdur. İnatçıdır ve süreklilik gösterir. Çocukluktan başlar ve altta yatan başka bir etmen yoktur. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Beyinde uykuyu düzenleyen biyolojik süreçler ve soyaçekim sorumlu tutulmaktadır. Toplumda yaygınlığı ile

ilgili bilgiler sınırlıdır, genç erişkinlerin yaklaşık %1'inde görülmektedir. Olumsuz ve stresli yaşam olayları ile ilişki göstermemektedir. Çoğunlukla birinci derece aile bireylerinde benzer uykusuzluk yakınmaları vardır (95).

İdiopatik İnsomni Tanı Ölçütleri:

Bozukluk aşağıdakilerin her birinin varlığı ile kronik seyreder:

- Erken çocukluk ya da ergenlikte başlar

- Tanımlanan bir hazırlayıcı ya da neden bulunamaz

- Kalıcı bir iyilik dönemi olmaksızın seyreder

- Uyku düzensizliği diğer bir uyku bozukluğu, tıbbi ya da nörolojik bozukluk, ruhsal bozukluk, ilaç ya da madde kullanımı ile daha iyi açıklanamaz.

Bu olgularda aşırı uyarılmışlık hali bildirilmektedir. Gün içinde de normallere göre uykuya daha az eğilim gösterirler. Genellikle metabolik hızları yüksek kişilerdir. ACTH ve kortizol salınımları artmıştır. EEG analizlerinde uyku sırasında artmış uyarılma hali gösterilmiştir. Bu bulgu neden bu hastaların kendilerini yeterince uyumuş olarak algılamadıklarını açıklayabilir. Görüntüleme çalışmaları elektrofizyolojik anormallikleri desteklemektedir (95).

2.11. İnsomni Hastalarının Psikolojik Özellikleri

Uykusuzluk için tedaviye başvuran hastalar kaygı ve depresyon belirtilerini daha yüksek yaşamaktadır. Özellikle uyku uyuyamama ile ilgili kaygı en sık rastlanan bulgudur. Uykusuzluk sürekli hale geldiğinde uykusuzluğun yol açacağı sonuçlarla ilgili kaygı daha ön plana geçmektedir. Kişilik özellikleri

incelendiğinde süreklilik gösteren bazı örüntüler gösterilmiştir. Bunlar arasında düşünce takıntıları ve kaygı oluşturmaya eğilimli kişilik özellikleri ile distimik kişilik özellikleri sık görülmüştür (99).

2.12. İnsomni-Anksiyete Bozukluğu-Depresyon İlişkisi

Uykusuzluk belirtisinin birlikte bulunduğu fiziksel ve ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve aralarında bulunan zamansal bağlantılar ayırıcı tanıda araştırılmalıdır. Hangi tablonun önce ortaya çıktığı ve uykusuzluk belirtisinin ortaya çıkışı ile bağlantısının ortaya konulması önemlidir.

Psikofizyolojik uykusuzluk ve idiopatik uykusuzluk düşünülen hastaların yaygın anksiyete bozukluğu ile ayırıcı tanılarının yapılması önemlidir. Burada sayılan birincil uykusuzluk tablolarında kaygı uykuya dalamama merkezlidir. YAB' da ise uyku hakkındaki kaygı birçok kaygı belirtisinden sadece birisidir ve genellikle ön planda getirilmez. Hastalar her iki durumda da yorgunluk, genellikle hastalar tarafından unutkanlık olarak ifade edilen konsantrasyon güçlüğü yakınmalarını öncelikli getirebilir. Ancak uykusuzlukta bu yakınmalar uykusuzluğun bir sonucu iken YAB' da aşırı kaygılanmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer bir önemli tablo olan depresyonda ise en belirgin yakınma elem-keder ya da yapmaktan zevk aldığı aktivitelere karşı ilgi ve istek azlığıdır. Buna değersizlik ve depresyonda görülen diğer bilişsel ve uyku-iştahla ilgili bedensel belirtiler eşlik eder. Birincil uykusuzluğu olan hastalarda aktivite düzeyi azalması daha az görülür ve ortaya çıktığında bu durum uykusuzluğa bağlı gelişen yorgunlukla ilgilidir. Birincil uykusuzlukta ertelemecilik ve yatakta dinlenme ikincil bir depresyonu doğurabilir. Ancak burada her iki tablonun bir arada bulunma ihtimalinin de

yüksek olduğu akılda tutulmalıdır (100). Öte yandan depresyon dönemlerini izleyen uykusuzluk tabloları ile sık karşılaşılmaktadır. Her iki tablo bir arada da bulunabilir ve iki tanı birlikte verilebilir.

2.13. Uykusuzluk İçin Hazırlayıcı Ve Sürdürücü Etkenler

Spielmean ve arkadaşları(1987) tarafından geliştirilen modele göre uyku bozukluğu gelişmesi üç etkene bağlıdır: yatkınlık, hazırlayıcı etkenler ve sürdürücü etkenler. Hastalık öncesi dönemde kişide doğuştan gelen yapısal ve karakteri etkileyen psikolojik etkenler vardır. Bunlar; genel metabolik hızın yüksek oluşu, hiperaktif mizacın göstergesi olan hızlı ve hareketli kişilik yapısı, kaygılı kişilik yapısı, gece uyumadan önce düşüncelerin hızlanmasını içerir (101).

Hazırlayıcı etkenler; meslek stresi, yer değiştirme, sınava girme kaygısı, iflas korkusu, müfettiş denetimi, dava açılması, ayrılma, boşanma, yas yaşama, tıbbi bir durum gelişmesi şeklinde çok sayıda neden olabilir. Sürdürücü etkenler; uykuya yardım için sürekli alkol almak, yatakta televizyon izlemek, uyumak için yatakta uzun süre beklemek, psikofizyolojik insomni hastalarında koşullu birer uyaran haline gelen yatak, yastık şeklinde örneklendirilebilir. Akut dönemde olgularda tetikleyici bir yaşam olayının etkisi yüksektir. Bu tetikleyici olay altta yatan yapısal özelliklerin varlığında akut uykusuzluk tablosuna yol açar. Uykusuzluk devam ettiğinde, erken dönem uykusuzlukta bu etkenlerin yanı sıra kişinin korkuları, güvenlik arama ve kaçınma davranışları, uyku ile ilgili tutumları uykusuzluğun artmasına yol açar. Kronik dönemde ise akut dönemde rol oynayan tetikleyici etken ortadan kalkmasına rağmen kişinin psikolojik ve davranışsal tutumları uykusuzluğun sürmesinde en büyük etkendir (95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Grubu

Araştırmamıza Gazi Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne uykusuzluk yakınmasıyla tedavi almak amacıyla başvuran hastalar ve DSM IV'e göre insomni tanısını karşılayan ancak tedavi için başvurmayan hastalar dahil edilmiştir. Çalışma 2010 Aralık-2013 Ocak tarihleri arasında sürdürülmüştür.

Örneklem Grubunu Oluşturma Kriterleri;

1) 18-65 yaş arası olmak

2) En az ilkokul mezunu olmak

3) Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak

4) Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

5) En az 1 aydır, haftanın en az 3 günü; uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma alanlarında sorun yaşama ya da toplam uyku süresinin 5 saatin altında olması ve bu durumun kişinin toplumsal ve mesleki işlevselliğini etkilemesi.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri;

1) Uykusuzluğun anksiyete bozukluğu ya da depresyon tablosuna ikincil gelişmesi (primer insomni üzerine eklenen anksiyete bozukluğu ya da depresyon tabloları çalışmaya dahil edilmiştir).

2) DSM IV'e göre; şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış olmak

3) Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğun olması

4) Alkol ya da madde bağımlısı olmak

5) Hamile olmak

6) Belirgin işlev kaybına yol açan ağır bir fiziksel hastalığa sahip olmak

7) Diğer uyku bozuklukları (narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozukluğu, parasomni, sirkadiyen ritim bozukluğu, tedavi için kullanılan bir ilacın etkisine bağlı uyku bozukluğu) tanısı almış olmak.

8) Çalışmaya alındığı sırada intihar düşüncesi olması.

3.2. Yöntem

Çalışmaya katılan başlangıç örneklemi 52 hastadan oluşuyordu. Bunların 13'ü insomni kriterlerini karşılayan ancak tedavi talebi olmayan hastalardı ve müdehale edilmeden izlendiler.13 hastadan 9'u ile 2. Kontrol görüşmesi yapıldı. Kalan 4 hastaya ulaşılamadığı için 2. Görüşme yapılamadı. Başlangıç örneklemindeki hastaların 39'u ise tedavi talebiyle başvuran hastalardı. Bunların 16'sı terapi sürecini ve 2. kontrol görüşmelerini tamamladı. 4'ü sözel olarak uykularının düzeldiğini ancak 2. Kontrol görüşmesine gelemeyeceğini belirtti. 19'u ise2. Kontrol görüşmesine gelmedi. Kontrol görüşmesine neden gelmedikleri ve terapiye ne derecede düzenli devam ettikleri konusunda yeterli bilgi elde edilemedi. Sonuçta 16 hasta BDT ve gerekli görüldüğünde insomniye ikincil psikiyatrik hastalıkların medikal tedavisiyle, 9 hasta ise herhangi bir müdahale yapılmadan izlendi.

Terapi; terapiyle ilgili genel bilgilendirme, uyku günlüğü tutma, uyku hijyeni, gevşeme eğitimi, yatakta geçirilen sürenin sınırlandırılması, bilişsel yapı ile ilgili düşünce stilleri ve uykuyla ilgili inançların araştırılmasını içeren 6 seanstan oluşuyordu. Eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtileri olan ve herhangi bir tedavi almayan hastalara essitalopram ve hastanın da talebi göz önüne alınarak trazodon tedavisi eklendi. Uyku ilacı başlama konusunda hastayla ortak karar verildi. Hastaların çalışmaya katıldıklarında kullanmakta oldukları antidepresan tedaviler değiştirilmedi. Kullanmakta oldukları uyku ilaçlarının dozları ise yine hastayla birlikte karar verilerek bazı hastalarda azaltıldı. Ortalama 1,5 aylık süre sonunda hastalar tekrar değerlendirildi. Grup terapisiyle takip edilen hastaların ilaç tedavileri ayrıca bireysel görüşmede değerlendirilerek düzenlendi ve bireysel terapide değerlendirilen noktalar grup terapisinde de aynı içerikle ele alındı.

Farmakoterapi BDT'nin etkinliğini net olarak değerlendirebilmek açısından kısıtlılık oluşturmakla birlikte BDT ile takip edilen 16 hastanın biri haricindekiler ek ilaç tedavisi alarak araştırma süresini tamamladı (bkz Tablo 1). Bu hastaların 7'si terapiye alındıklarında farklı merkezde başlanan medikal tedavilerini zaten alıyordu (paroksetin, sertralin, sitalopram, ketiapin, trazodon, zopiklon, mirtazapin) ve medikal tedavilerinde terapi sürecinde radikal bir değişiklik yapılmadı. Bazı hastaların uyku ilacı dozları kendilerinin de talebiyle azaltıldı ve birden fazla uyku ilacı kullanan hastaların ilaçları teke indirildi. Başvuru sırasında psikiyatrik ilaç kullanmayan 8 hastaya ise eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerine yönelik standart bir SSGI (essitalopram) ve uykuya yönelik (trazodon) ilaç tedavisi başlandı (bkz Tablo 1).

3.3. Kullanılan Ölçekler

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılanların; ad-soyad, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek, fiziksel hastalık, sürekli kullanılan ilaç, sigara, alkol, çay-kahve tüketimi, uyunan odadaki kişi sayısı, menapoz ve adet öncesi dönemlerin uyku bozukluğuyla ilişkisini belirlemeye yönelik oluşturulan bir form kullanılmıştır.

3.3.2. Uyku Günlüğü

Hasta uykusuzluk süresini ve sıklığını, ilişkili belirtileri kendisi kaydeder ve bunu mümkün olduğunca gerçekçi değerlendirmesi tedavide önemli bir basamaktır. Uyku hijyeni önerileri, ilaç tedavileri, uyku kısıtlaması gibi birçok yöntemde uyku günlüğü kaydı tutulur ve böylece kendini değerlendirme sağlanır. Her sabah bir önceki gece yatağa giriş saati, uykuya dalma süresi, gece kalkma sayısı, sabah uyanma ve yataktan kalkma saati tedavi süresince günlüğe kaydedilir. Bu işlemeleri yaparken gece saate bakmak gerekmez, tahmini olarak belirtilebilir. Çalışmamızda uyku günlüğü veri değerlendirmesinden ziyade terapinin bir parçası olarak kullanılmıştır.

3.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği(PUKÖ)

Bireyde uyku kalitesini, uyku miktarını ve uykudaki bozulmaları değerlendirebilmek amacıyla Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (α= 0.77) (102). Son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan öz bildirime dayalı bir tarama ve değerlendirme testidir (103). Toplam 24 sorudan oluşan formda 7 bileşene ait

skorlar elde edilir. Ölçekte teste katılan kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulan beş soru da bulunmaktadır. Ancak bu son beş soru puanlamada kullanılmamaktadır. PUKÖ; öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku verimliliği-yeterliliği, uyku bozulmaları, uyku ilacı kullanımı ve gün içindeki işlev bozukluğunun değerlendirildiği yedi alt öğeden oluşmaktadır. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yedi bileşene ait puanların toplamı ise toplam PUKÖ puanını vermektedir. Puanlama; gecen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak yapılmaktadır. Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kotu 3 olarak puanlanmaktadır. Elde edilen toplam puan 0-21 arasında değişmekte ve yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puanın 5 veya üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu göstermektedir. PUKÖ skorunun 5'in üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir. PUKÖ' nün iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı %89. 6, özgünlüğü %86. 5 bulunmuştur (102, 103). PUKÖ anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (83).

3.3.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)

Uykusuzluk şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir ölçme aracıdır(9, 105). Yedi sorudan oluşan ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında

değişmektedir. Daha yüksek puan daha ciddi uyku problemini ifade etmektedir. 0-7 puan aralığı klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluğu, 8-14 puan aralığı uykusuzluk alt eşiğini, 15-21 orta şiddette uykusuzluğu, 22-28 şiddetli uykusuzluğu ifade etmektedir. Ölçeğin maddelerinin ölçüm yaptığı özellikler sırasıyla; uykuya geçişte zorluklar, uykuyu sürdürme güçlükleri, çok erken uyanma, uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. Ölçek bir öz bildirim aracı olmasının yanı sıra, klinisyen veya bir diğer kişi (örneğin eş) tarafından değerlendirmede kullanılabilecek bir araçtır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104).

3.3.5. Uykusuzlukla İlgili İşlevsiz İnançlar ve Tutumlar (DBAS)

Orijinal formu Morin tarafından oluşturulan 30 maddelik bir özbildirim ölçeğidir (9). Çalışmamızda 16 maddelik versiyonu kullanılmıştır (106). İnsanların uykuyla ilgili inanç ve tutumlarını yansıtan ifadelerden oluşur ve bu ifadeler için kişisel inanca karşılık gelen sayı işaretlenir (0-tamamen karşıyım, 10 – tamamen aynı fikirdeyim). Amaç hastanın uykusuzluğa verdiği önemin, bu konuyla ilgili beklentilerinin, endişe ve umutsuzluğunun, uykusuzlukla ilgili nedensel atıflarının değerlendirilmesidir. Toplam DBAS puanı her bir maddenin toplanıp 16'ya bölünmesi ile elde edilir. Puanlar yükseldikçe daha yoğun ve sık işlevsiz inançların ve tutumların varlığına işaret eder. Skor'un 3,8'in üzerinde olması kesme değeri olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ölçek bazı klinisyenler tarafından hastanın dikkatini uykuyla ve sonuçlarıyla ilgili yaptığı abartılı değerlendirmelere çekmek ve işlevsiz inançlarını değerlendirebilmek için terapide de kullanılmaktadır (107).

Önem Teması: Uykusuz geçen gecenin etkilerini abartma eğilimini değerlendirir.5 maddeyi kapsamaktadır; 5, 7, 8, 9, 12.

Uykusuzlukla İlgili Endişe ya da Umutsuzluk: Anksiyöz olma, felaketleştirme eğilimini yansıtır. 6 maddeyi kapsamaktadır; 3, 4, 10, 11, 14, 16.

Beklenti Teması: Kestirmek, yatakta fazla zaman geçirmek gibi kompansatuar davranışların temeli ve bunlar karşılanmadığında anksiyetenin artışını yansıtır. 2 maddeyi kapsamaktadır; 1, 2.

Nedensel Atıflar Teması: İnsomniye neden olan belirgin bir nedenle ilgili inancı yansıtır. Uyumu bozanın, inancın doğru olup olmamasından çok inancın katılığı olduğu düşünülmektedir. Katı inançlar acizlik duygusu, azalmış öz yeterlilik ve başa çıkma çabalarının azalması ile sonuçlanabilmektedir. 3 maddeyi kapsamaktadır; 6, 13, 15.

3.3.6. Beck Anksiyete Ölçeği

A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen 21 maddelik bir ölçektir. Yanıt verenler her belirtiden rahatsız olma düzeyini belirtir. Her belirti 0(hiç yok) ile 3 (şiddetli) arasında 4 puan üzerinden değerlendirilir. Çevirisi Şahin, geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy tarafından yapılmıştır (108).

3.3.7. Beck Depresyon Ölçeği

Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri 0-3 arasında puanlanır. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmıştır (109).

3.3.8. Psikiyatrik Görüşme

Yarı yapılandırılmış DSM-IV temelli görüşmeye göre 2 klinisyen tarafından aşağıdaki klinik özellikler değerlendirilmiştir.

-Yaygın anksiyete bozukluğu

-Mükemmeliyetçi kişilik özellikleri

-Felaketleştirme eğilimi

-Sağlık konularını ve bedensel duyumları sık izleme

-Uykuya dalamadığında geçmişi ya da geleceği çok sık düşünme

-Kaygının ruhsal bileşenlerini sık yaşama (unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü)

-Kaygının bedensel bileşenlerini çok sık yaşama (kaslarda gerginlik hissi, ağrı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı)

-Aşırı uyarılma belirtilerini uyuyamadığında sık yaşama (ateş basması, çarpıntı, terleme, bunalma hissi)

Tablo 1'de tedavi alan hastaların, terapi uygulaması ve ilaç kullanımlarına ait özellikler gösterilmiştir.

Tablo 1. Tedavi Alan Kişilerin Tedaviye Ait Özellikleri

Katılımcılar	**Terapi Uygulaması**	**İlaç Kullanımı**
1	Bireysel	Trazodon (50 mg/gün)
2	Bireysel	Paroksetin (30 mg/gün), Trazodon (100 mg/gün)
3	Bireysel	Ketiapin (150 mg/gün), Mirtazapin (45 mg/gün)
4	Grup	Paroksetin (20 mg/gün), Zopiklon (7,5 mg/gün), Ketiapin (50 mg/gün)
5	Bireysel	-
6	Grup	Essitalopram (10 mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)
7	Grup	Trazodon (100mg/gün), Ketiapin (25 mg/gün)
8	Bireysel	Essitalopram (10 mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)
9	Grup	Essitalopram (10 mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)
10	Grup	Sitalopram (20 mg/gün)
11	Grup	Paroksetin (20 mg/gün)
12	Bireysel	Essitalopram (10 mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)
13	Bireysel	Essitalopram (10 mg/gün)
14	Bireysel	Essitalopram (10 mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)
15	Bireysel	Sertralin (50 mg/gün)
16	Bireysel	Sitalopram (20mg/gün), Trazodon (50 mg/gün)

3.4. İstatistiksel Analiz

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 17.00 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizleri için nonparametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler için betimsel analiz yöntemleri, örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında elde edilen ölçümler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U ve gruplara iki kez uygulanan ölçeklerin sonuçlarını değerlendirmek için de Tekrarlı Ölçüm Varyans analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde,çalışmada yer alan toplam 52 katılımcıya uygulananuykusuzluk şiddeti, uyku kalitesi ve uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inançlarla ilgili ölçek ve alt ölçekpuanlarına ait bulgulara yer verilmiştir. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, katılımcıların %26,9'u erkek, %73,1'i ise kadındır. Yaş ortalamaları 43,46±13,16'dır. Medeni durumlarına bakıldığında, örneklem grubunun çoğunluğu (%69,2) evlidir. Katılımcılar içinde, en çok üniversite (%50) mezunu kişiolup, katılımcıların %38,5'i çalışan kişilerdir. Uyku bozuklukları tipi incelendiğinde, en çok psikofizyolojik insonmia (%73,1) görülmektedir. Hastalık süresi ortalamasıise 9,83±7,69'dur. Örneklem grubunun çoğunluğunda fiziksel bir hastalık (%57,7) yoktur. Grubun %44,2'sinde ilaç kullanımı vardır. Katılımcıların çoğu sigara(%67,3) ve alkol (%75) kullanmazken, en fazla çay (%87,7) tüketmektedir. Gruptaki kişiler en çok,başka biriyle birlikte uyumaktadır (%63,5). Katılımcılardan şuanda menopoz döneminde olup uyku sorunu artışı olan 4 kişi ve uyku sorunu yaşayan 6 kişi olup, 12 kişi bu dönemderuhsal rahatsızlık yaşamaktadır.

Tablo 2. Örnekleme Ait Sosyodemografik Özellikler

Demografik Özellikler	N=52	%
Cinsiyet		
Erkek	14	26,9
Kadın	38	73,1
Medeni Durum		
Evli	36	69,2
Bekar	13	25
Ayrı yaşıyor /Dul/Boşanmış	3	5,7
Eğitim Durumu		
İlkokul	14	26,9
Ortaokul	1	1,9
Lise	11	21,2
Üniversite	26	50
Meslek		
Çalışmayan	17	32,6
Çalışan	20	38,5
Emekli	10	19,2
Öğrenci	5	9,6
Uyku Bozukluğu Tipi		
İdiyopatik İnsonmi	3	5,8
Psikofizyolojik İnsonmi	38	73,1
Paradoksal İnsonmi	7	13,5
Akut İnsonmi	4	7,7
Fiziksel Hastalık		
Var	22	42,3
Yok	30	57,7
İlaç Kullanımı		
Var	23	44,2
Yok	29	55,8
Sigara Kullanımı		
Kullanmayan	35	67,3
1 Paketten Az Kullanan	12	23,1
1 Paket ve Üzeri/ Gün	5	9,6
Alkol Kullanımı		
Kullanmayan	39	75
Nadiren Kullanan	11	21,2
Haftada 1-2 Kere Kullanan	2	3,8
Çay/Kahve Tüketimi		
Çay	43	82,7
Çay ve Kahve	9	17,3
Uyku Uyunan Odadaki Kişi Sayısı		
Yalnız Uyuyan	19	36,5
1 Kişi ile Uyuyan	33	63,5
Menopoz Döneminde OlupUyku Sorunu Artışı Olan		
Evet	4	80
Hayır	1	20
Menstrürasyon Döneminde Ruhsal Rahatsızlık		
Yaşayan	12	57,14
Yaşamayan	9	42,86
Menstrürasyon Döneminde Uyku Sorunu		
Yaşayan	6	19,36
Yaşamayan	15	80,64
	Ort.	**sd**
Yaş	43,46	13,16
Hastalık Süresi (Yıl)	9,83	7,69

Tablo 3'de katılımcıların kişilik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların çoğunluğunda kaygının ruhsal bileşenleri, mükemmelliyetçi kişilik özellikleri ve uyumadan önce geleceğe yönelik yoğunlaşan düşünceler görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Kişilik Özelliklerine İlişkin Bilgiler

	N	**%**
Yaygın Ankisyete Bozukluğu		
Var	7	13,5
Yok	45	86,5
Mükemmelliyetçi Kişilik Özellikleri		
Var	30	57,7
Yok	22	42,3
Felaketleştirme Eğilimi		
Var	18	34,6
Yok	34	65,4
Somatik Yakınmalar		
Var	20	38,5
Yok	32	61,5
Uyumadan Önce Yoğunlaşan Düşünceler (Geçmişle İlgili)		
Var	28	53,8
Yok	24	46,2
Uyumadan Önce Yoğunlaşan Düşünceler (Geleceğe Yönelik)		
Var	30	57,7
Yok	22	42,3
Kaygının Ruhsal Bileşenleri		
Var	35	67,3
Yok	17	32,7
Kaygının Bedensel Bileşenleri		
Var	26	50
Yok	26	50
Uyunamadığında Yaşanan Aşırı Uyarılma Belirtileri		
Var	27	51,9
Yok	25	48,1

Katılımcılara uygulanan Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, DBAS ve Pittsburgh ölçeklerinin toplam ve alt ölçek puanlarına ait ortalama ve standart sapmaları Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcılara (N=52) Uygulanan Ölçeklerin Toplam ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ort.	sd
BeckAnksiyete	13,64	8,46
Beck Depresyon	16,42	9,77
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	16,54	5,22
DBAS Toplam	5,78	2,36
Önem Teması	29,67	14,06
Endişe ve Umutsuzluk Teması	36,23	15,43
Beklenti Teması	12,36	5,15
Atıf Teması	14,40	8,82
Pittsburgh Toplam	13,44	3,4
Öznel Uyku Kalitesi	2,08	0,57
Uyku Gecikmesi	2,67	0,65
Uyku Süresi	2,27	1,03
Uyku Verimliliği	2,35	0,88
Uyku Bozulmaları	1,6	0,63
Uyku İlacı Kullanımı	1,06	1,36
Gün İçindeki İşlev Bozukluğu	1,44	0,94

Katılımcılar tedavi alan ve tedavi almayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Tedavi alan 16 kişi ve tedavi almayan 9 kişiye 1,5 ay arayla tüm ölçekler uygulanmıştır. Tablo 5'te tedavi alan ve almayan kişilere, ölçeklerin ilk uygulama puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak için uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçları gösterilmiştir. BeckAnksiyete ($U=23,5$; $p<.01$), Beck Depresyon ($U=28$, $p<.05$), Uyku Bozulmaları ($U=31$, $p<.05$), Uyku İlacı

Kullanımı (U=40, p<.05), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (U=27,5; p<.05), DBAS (U=15,5; p<.01), Önem Teması (U=32,5; p<.05), Endişe veUmutsuzluk Teması (U=8, p<.001), Atıf Teması (U=13, p<.01) ve Pittsburgh (U=28, p<.05) ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Diğer ölçek ve alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Tedavi alan hastalar tedavi alamayan hastalara göre daha fazla Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Uyku Bozulmaları, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Uyku İlacı Kullanımı, DBAS, Önem Teması, Endişe ve Umutsuzluk Teması, Atıf Teması ve Pittsburgh puanı almıştır.

Tablo 5. Tedavi Alan ve Almayanlara Göre İlk Kez Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Mann-Whitney U Sonuçları

Değişkenler	**Tedavi Alan (N=16) Ortalama**	**Tedavi Almayan (N=9) Ortalama**	**p**
Beck Anksiyete	16,03	7,61	,006
Beck Depresyon	15,75	8,11	,013
Öznel Uyku Kalitesi	14,03	11,17	,273
Uyku Gecikmesi	13,06	12,89	,945
Uyku Süresi	14,25	10,78	,208
Uyku Verimliliği	14,63	10,11	,113
Uyku Bozulmaları	15,56	8,44	,011
Uyku İlacı Kullanımı	15	9,44	,032
Gün İçindeki İşlev Bozukluğu	13,53	12,06	,606
UykusuzlukŞiddetti İndeksi	15,79	8,06	,011
DBAS Toplam	16,53	6,72	,001
Önem Teması	15,47	8,61	,025
Endişe ve Umutsuzluk Teması	17	5,89	,000
Beklenti Teması	14,91	9,61	,083
Atıf Teması	16,99	6,44	,001
PittsburghToplam	15,75	8,11	,012

Tablo 6'da terapi alan ve almayan hastalara uygulanan ölçeklerin, her iki uygulama sonuçları arasında Tekrarlı Varyans Analizi sonuçları gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde tedavi alan hastaların, her iki Endişe ve Umutsuzluk Teması (F=18,673; p<.01), Pittsburgh (F=15,391; p<.01), Öznel Uyku Kalitesi (F=4,623; p<.05), Uyku Gecikmesi (F=12,739; p<.01), Uyku Verimliliği (F=9,304; p<.01) ve Uyku Bozulmaları (F=9,000; p<.01) uygulamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu hastaların, Endişe ve Umutsuzluk Teması, Pittsburgh, Öznel Uyku, Uyku Gecikmesi, Uyku Verimliliği ve Uyku Bozulmaları puanlarının 1,5 ay sonra düştüğü gözlenmiştir.

Tablo 6. Tedavi Alan Hastalara (N=16) Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Tekrarlı Ölçüm Varyans Analiz Sonuçları

Ölçekler	**İlk Uygulama Ort.(sd)**	**İkinci Uygulama Ort.(sd)**	**p**
Beck Anksiyete	17,94 (2,36)	18,94 (3,17)	,651
Beck Depresyon	19 (2,54)	17,06 (2,72)	,209
Uykusuzluk Şiddetti İndeksi	17,12 (1,41)	14,88 (1,53)	,180
DBAS Toplam	6,43 (0,5)	6,2 (0,57)	,441
Önem Teması	32,56 (3,23)	33,44 (3,02)	,690
Endişe ve Umutsuzluk Teması	41,69 (2,91)	30,62 (3,,28)	,001
Beklenti Teması	12,38 (1,32)	12,25 (1,39)	,931
Atıf Teması	16,31 (2,01)	15,5 (2,29)	,533
Pittsburgh Toplam	13,94 (0,97)	10,75 (1)	,001
Öznel Uyku Kalitesi	2,06 (0,17)	1,62 (0,18)	,048
Uyku Gecikmesi	2,56 (0,18)	1,75 (0,23)	,003
Uyku Süresi	2,31 (0,3)	1,75 (0,36)	,057
Uyku Verimliliği	2,38 (0,22)	1,5 (0,33)	,008
Uyku Bozulmaları	1,94 (0,17)	1,56 (0,16)	,009
Uyku İlacı Kullanımı	1,44 (0,38)	1,31 (0,36)	,652
Gün İçindeki İşlev Bozukluğu	1,25 (0,21)	1,25 (0,19)	1,000

Son olarak Tablo 7'de ise tedavi almayan hastaların her iki uygulama sonuçları arasında Tekrarlı Varyans Analizi sonuçları gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde tedavi almayan hastaların tüm ölçeklerin her iki uygulamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Buna göre tedavi alamayan hastaların uyku kalitesi, uykuyla ilişkili işlevsiz inançlar, uykusuzluk şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeylerinde iki uygulama arasından bir değişme olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 7. Tedavi Almayan Hastalara Uygulanan Ölçek Puanlarına Ait Tekrarlı Ölçüm Varyans Analiz Sonuçları

Ölçekler	**İlk Uygulama Ort.(sd)**	**İkinci Uygulama Ort.(sd)**	**p**
Beck Anksiyete	8,67 (1)	10,22(1.64)	,304
Beck Depresyon	9,67 (2,52)	9,89 (2,64)	,908
Uykusuzluk Şiddetti İndeksi	11,22 (1,5)	13,56 (1,85)	,154
DBAS Toplam	2,93 (0,54)	2,86 (0,6)	,876
Önem Teması	17,44 (4,47)	14,44 (3,52)	,418
Endişe ve Umutsuzluk Teması	17,44 (3,06)	15,78 (2,96)	,477
Beklenti Teması	8,11 (1,95)	6,78 (1,54)	,457
Atıf Teması	4,56 (1,57)	6,78 (2,22)	,084
Pittsburgh Toplam	10,56 (0,67)	10,78 (0,83)	,777
Öznel Uyku Kalitesi	1,78 (0,15)	1,78 (0,22)	1,000
Uyku Gecikmesi	2,56 (0,24)	2,56 (0,24)	1,000
Uyku Süresi	2 (0,33)	2,11 (0,2)	,681
Uyku Verimliliği	1,78 (0,32)	1,78 (0,28)	1,000
Uyku Bozulmaları	1,22 (0,15)	1,44 (0,18)	,169
Uyku İlacı Kullanımı	0,11 (0,11)	0,11 (0,11)	-
Gün İçindeki İşlev Bozukluğu	1,11 (0,31)	1 (0,29)	,681

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile birincil insomni hastalarının genel klinik özellikleri gözden geçirildi. Ayrıca uyku kaliteleri BDT ve medikal tedavi ile kısmen düzelse de uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inançlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik oluşmadığı tespit edildi.

Başlangıç örneklemindeki hastaların sosyodemografik özellikleri açısından değerlendirme yapıldığında hastaların büyük bölümünün kadın olması ve yaş ortalamasının orta yaş grubunda olması literatürle uyumludur (bkz Tablo 2). İnsomninin kadın ve erkeklerdeki farklılıklarını araştıran bir meta-analizde kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü ve ileri yaşlarda belirginleştiği tespit edilmiştir (110). Ayrıca bu cinsiyet farklılığının daha ciddi insomni olguları ele alındığında daha da belirgin olduğu görülmüştür (111).

Başlangıç örneklemi uykusuzluk alt tipleri açısından incelendiğinde sadece 3 hastanın idiopatik insomni alt tipinde olduğu görülmektedir ve bu hastalar tedavi talebinde bulunmayanlar sınıfındadır (bkz Tablo 2). İdiopatik insomni kendiliğinden başlayan, nedeni iyi bilinmeyen, biyolojik temeli daha belirgin olan uykusuzluk türüdür. Genç erişkinlerin %1'inde görülür. Çoğunlukla birinci derece aile bireylerinde de benzer uykusuzluk yakınmaları vardır (95). Yapısal oluşu, erken yaşta başlaması gibi klinik özellikleriyle de uyumlu olarak bu veriler idiopatik insomni hastalarının uyku problemleriyle daha barışık olduğunu, durumlarını nazaran kabullenmiş olduklarını düşündürebilir. Ancak bu alt sınıfın toplumdaki yaygınlığı ile ilgili yeterli bilgi olmadığından bu durum toplumdaki oranının diğer alt tiplere göre düşük olmasına da bağlanabilir. Öte yandan örneklemin çok büyük bir bölümünün psikofizyolojik insomni olduğu

görülmektedir. Yaşadıkları uykusuzluğun ötesinde, psikofizyolojik insomni hastalarında diğer alt tiplere göre daha belirgin olarak yaşanan uykusuzlukla ilişkili yüksek kaygının hastaların tedaviye başvurmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Başlangıç örneklemindeki hastaların büyük bölümü premenstrüasyon-menstrüasyon döneminde ruhsal sıkıntı artışı yaşamalarına rağmen uyku problemlerinde artış belirtmemiştir (bkz Tablo 2). Bu veri genellikle premenstrüel dönemde uyku bozukluğunun arttığını bildiren literatürle uyumlu görünmemektedir. Çalışmaya katıldığı sırada menopoz döneminde olan hastaların büyük bölümü ise bu dönemde uyku sorunlarında artış olduğunu ifade etmiştir (bkz Tablo 2). Menopozal dönemde ortaya çıkan uyku sorunlarını bildiren birçok çalışma bulunmaktadır. Genellikle bu çalışmalarda menopozal semptom şiddeti insomni ciddiyetiyle korele bulunmuştur (112-115). PSG gibi objektif uyku ölçümlerinin kullanıldığı çalışmalar da menopozda olan kadınların menopozda olmayanlara göre gece daha uzun süreli uyanıklık ve daha düşük uyku verimliliği yaşadığını göstermektedir (116). Etiyolojide; vazomotor semptomlar, östrojen düzeylerindeki düşüş, bu dönemde ortaya çıkan uykuyla ilişkili solunum ve hareket bozuklukları, komorbid medikal hastalıklar, bu dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları, birincil insomninin alevlenmesi, sirkadiyen ritim bozuklukları ya da basitçe yaşlanmanın direkt olarak kendisinin yer aldığı düşünülmektedir (117, 118).

Eşlik eden yaygın anksiyeteye yönelik değerlendirmede (uyku dışındaki konularla ilgili sürekli kaygı hali, her an kötü bir şey olacak hissi, kolay irkilme vs.) başlangıç örneklemimizdeki hastaların küçük bir bölümü gün içinde uyku

dışındaki konularla ilgili olarak da aşırı kaygı hali yaşadığını belirtti (bkz Tablo 3). Birincil insomni hastalarındaki genel bilişsel uyarılmışlığın uykuya ilişkin uyarılmışlıkla karşılaştırıldığı bir çalışmada, insomni hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla genel ve uykuya ilişkin uyarılmışlık bildirdiği tespit edilmiştir. Ayrıca uykuya ilişkin bilişsel uyarılma uykuya dalma ve uykuyu sürdürme problemleriyle yakından ilişkili bulunurken, genel bilişsel uyarılmışlıkla uyku problemleri arasında bu tür bir ilişki bulunamamıştır (119). Carney ve arkadaşları da genel bilişsel uyarılmayla uykuya ilişkin bilişsel uyarılmanın ayrımının önemli olabileceğini çünkü bu ikisinin uyku parametreleri üzerine etkisinin farklı olabileceğini ileri sürmüştür (120). Bizim çalışmamızda genel uyarılmışlığın standart bir ölçekle değil de psikiyatrik görüşme sırasında yöneltilen sınırlı sayıdaki soruyla değerlendirilmesi bu açıdan kısıtlılık oluşturmaktadır. Beck anksiyete ölçeği ise uykuyla ilişkili-genel uyarılmışlık ayrımını yapmada yeterli spesifik bilgiyi vermemektedir. Öte yandan genel uyarılmışlık bildiren hasta sayısının az olması, uyku bozukluğuyla genel uyarılmışlık arasında anlamlı bir ilişki bulmayan çalışmayla uyumlu görünmektedir (119).

Birincil insomniye ilişkin modeller hastalığın gelişiminde ve sürmesinde bilişsel, emosyonel ve fizyolojik uyarılmışlığın etkisine vurgu yapmaktadır (10, 121-124). Bu bilgiyle uyumlu olarak başlangıç örneklemimizdeki hastaların büyük bölümü uykuya dalamadıklarında; ateş basması, terleme, çarpıntı gibi fizyolojik aşırı uyarılma semptomları ve uykuya dalmadan önce bilişsel aktivite artışı yaşadıklarını bildirmişlerdir (bkz Tablo 3).

Uzamış uyku yoksunluğunun normal uyuyanlarda dahi bilişsel işlevler üzerinde negatif etkisi olduğu bilinmektedir (125). Aynı şekilde birincil insomni hastalarında da bilişsel fonksiyon bozuklukları gösterilmiştir (126). Uykunun bellek oluşumu ve sağlamlaştırılmasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (127). Kronik insomni hastalarında bu alanlarda bozulmalar görülmektedir (128). Çalışmalarda genellikle dikkat ve çalışma belleği ile ilişkili defisitler görülmüştür (129-133). İnsomni olgularında beyindeki yapısal değişiklikleri araştıran bir çalışmada sol orbitofrontal korteks gri madde hacmi kronik insomni hastalarında düşük ve subjektif insomni şiddetiyle anlamlı düzeyde korele bulunmuştur (134). Bir başka çalışmada ise kronik insomninin hastaların bellek ve frontal lob fonksiyonlarında bozulmaya ayrıca iki yönlü hipokampal hacim azalmasına yol açtığı tespit edilmiştir (135). Çalışmamamızdaki başlangıç örnekleminin büyük bölümü bu verilerle uyumlu olacak şekilde unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu gibi problemleri sık yaşadıklarını bildirmişlerdir (bkz Tablo 3). Ancak hem bu şikayetlerin nöropsikolojik testlerle objektif olarak ölçülmemesi hem de örneklemin önemli bir bölümünde depresyon ve anksiyete skorlarının yüksek olması, bu şikayetleri objektif olarak değerlendirmeyi ve tek başına kronik insomniye bağlamayı güçleştirmektedir.

Psikiyatrik görüşme sırasında standart sorularla belirlenen sonuçlar başlangıç örneklemindeki hastaların yüksek oranda ve mükemmeliyetçi kişilik özellikleri taşıdıklarını göstermektedir (bkz Tablo 3). Yine somatizasyon ve felaketleştirme eğilimine yönelik sorularla yapılan değerlendirme sonuçları literatürle uyumlu olacak şekilde anksiyöz ve nevrotik kişilik özelliklerinin insomni hastalarında sık görüldüğü düşüncesini desteklemektedir (bkz Tablo 3). Literatürde mükemmeliyetçiliğin farklı boyutlarının insomninin farklı alt

tipleriyle ilişkili olduğunu öne süren veriler de bulunmaktadır (136). Çalışmalarda birincil insomni hastalarının kişilik özelliklerini değerlendirmek için standart ölçekler dışında dakikliklerini ölçmek gibi bazı yöntemler de kullanılmış ve bu sonuçlar PSG sonuçları ile kıyaslanmıştır. Sonuçta bir belirleyici olarak dakikliğin kullanıldığı obsesif kişilik özelliklerinin insomni etiyolojisinde yeri olabileceği bildirilmiştir (137). Hastaların kişilik özellikleri uygulanacak BDT'nin içeriğinde ele alınabilir olması açısından önemlidir. Bunun yanı sıra uygulanan BDT'ye yanıtla kişilik özellikleri (ödül bağımlılığı gibi) arasında ilişki tespit edilen yayınlar da bulunmaktadır (138, 139). Çalışmamızın bu yöndeki kısıtlılığı kişilik özelliklerinin standart bir ölçekle değil de yapılan psikiyatrik görüşme ile ve sadece belli yönlerden değerlendirilmiş olmasıdır.

Altta yatan biyolojik süreç tam olarak anlaşılmamakla birlikte kronik insomninin depresyon ya da anksiyete bozukluğu gelişimi için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Bu konuyla ilişkili olarak öne sürülen bir hipotez; insomni hastalarının yaşadıkları parçalı REM uykusunun duygudurum regülasyonu ile ilişkili bazı temel süreçleri bozmasıdır (140). İnsomni hastalarıyla normallerin kıyaslandığı 6 yıllık izlem çalışmasında, kronik insomni hastalarında depresyon puanlarının tek epizod insomni yaşayan ya da insomni yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde daha hızlı yükseldiği ve intihar düşüncesi açısından da anlamlı bir yükseklik olduğu tespit edilmiştir (141). Öte yandan depresyon insomni ilişkisini araştıran HUNT çalışmasında iki hastalık arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğuna dair önemli veriler elde edilmiştir (142). Çalışmamızın başlangıç örnekleminde de ortalama depresyon ve anksiyete puanları sınır değerlerde iken hastaların yarıya yakınında depresyon puanları normalin üzerindedir (bkz Tablo 4).

Kronik insomni hastalarında BDT ve medikal tedaviyle kombine BDT'nin etkinliğini araştıran bir çalışmada; tedavi başlangıcında medikal tedavinin BDT ile kombine edilmesi ek fayda sağlarken uzun dönem sonuçlar sürdürüm BDT sırasında medikal tedavinin kesilmesinin daha faydalı olduğunu göstermiştir. Çalışmada en iyi sonuçlar akut dönemde BDT ve medikal tedaviyle takip edilip takibi sadece BDT ile yapılan hastalarda alınmıştır (143). BDT'nin etkinliğini net olarak değerlendirebilmek açısından kısıtlılık oluşturmakla birlikte biz de BDT ile takip ettiğimiz hastaların büyük bölümünü farmakolojik tedavi eşliğinde izledik. Hastaların bir kısmı terapiye alındıklarında farklı merkezde başlanan medikal tedavilerini zaten alıyordu. Başvurusu sırasında psikiyatrik ilaç kullanmayan hastalara ise eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerine yönelik standart bir SSGI ve uykuya yönelik medikal tedavisi başlandı (bkz Tablo 1).

Uyku hijyeni eğitimi AASM'nin standart BDT önerisinin içinde yer almamakla birlikte çalışmamamızda hastalar bu konuda da bilgilendirildi. Öte yandan birincil insomni ve komorbid insomni hastalarında BDT'nin etkinliği ile uyku hijyeni eğitiminin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada hem birincil hem de komorbid insomni hastalarında BDT uyku hijyenine üstün bulunmuştur. Ayrıca birincil ve komorbid insomni gruplarında BDT ile benzer düzeylerde iyileşme elde edilmiştir (144).

Çalışmamızda terapi alan hastaların 2.kontrollerinde uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inançları değerlendiren DBAS skorlarında anlamlı bir düşüş tespit edilmemiştir (bkz Tablo 6). Alt ölçeklere bakıldığında ise sadece endişe-umutsuzluk alt ölçeğinde anlamlı bir düşüş olduğu görülmektedir. Aynı şekilde UŞİ' de terapi alan hastalarda 2. Kontrolde anlamlı bir düşüş elde edilmemiştir.

Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinde ise 2. Kontrolde anlamlı bir düşüş olduğu görülmektedir. Alt ölçekler açısından incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku verimliliği, uyku bozulmaları alt ölçeklerinde anlamlı düşüş olduğu görülmektedir. Beck anksiyete ve Beck depresyon skorlarında ise anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Terapi alan ve almayan gruplar arasında başlangıç puanları (bkz Tablo 5) açısından kıyaslama yapıldığında terapi almayan grubun neredeyse tüm ölçek puanları terapi alan gruba göre daha düşüktür ve 2.kontrolde sadece Pittsburgh toplam puanı terapi alan grupta terapi almayan grubun altına düşmüştür. Ancak bu değerlendirmeyi yaparken terapi alan grupta 16, almayan grupta 9 hasta olması ve terapi almayan grubun başlangıç puanlarının diğer gruba göre düşük olması da göz önünde bulundurulmalıdır. Terapi almayan grubun insomni kriterlerini karşılamasına rağmen tedavi talebiyle başvurmadığı düşünülünce ölçek puanlarının başlangıçta düşük olması beklenen bir durumdur. Terapi almayan grubun Beck anksiyete ve UŞİ' de 2. Kontrolünde başlangıca göre anlamlı olmayan bir yükselme görülmektedir (bkz Tablo 7). Diğer ölçek puanlarında ise 2.kontrolde düşme ya da yükselme olmamıştır.

BDT'nin kronik birincil insomni için uzun süreli etkinliği olduğunu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Benzer şekilde medikal ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkili kronik insomnide de etkili olduğu verilerle desteklenmektedir (145). BDT'nin insomnideki etkinliğine yönelik 9 gözden geçirme ve meta-analiz yayınlanmıştır (146-152). AASM' nin 85 klinik çalışmayı içeren raporları hastaların %70'inde 6 ay devam eden iyilik haliyle BDT'yi ilişkilendirmektedir (149-152). Bu klinik etkinlik hafif-ciddi aralığında bir etki

büyüklüğünü yansıtmaktadır. Bu verilere dayanarak AASM; uyaran kontrol terapisi, gevşeme egzersizi, tersine niyetlenme terapisi ve uyku kısıtlamasını da içeren çok bileşenli bir terapi yaklaşımının standart tedavi olarak kullanılmasını önermiştir (153). Çok bileşenli tedavi bilişsel bileşen dışındaki bütün davranışçı müdahaleleri içermektedir.

Kronik insomniye yönelik yapılan BDT'ye yanıtı değerlendirmek için yapılan 12 aylık bir izlem çalışmasında başlangıç uykusuzluk şiddetinin BDT sonuçlarını olumsuz etkilemediği tespit edilmiştir (158). Aksine daha ciddi düzeyde uyku bozukluğunun BDT sonrası semptomlarda daha fazla düşüşle doğru orantılı olduğu, benzer şekilde anksiyete, depresyon ve düşünce hatalarının da iyi tedavi sonucunu öngördüğü bildirilmiştir. Demografik faktörlerin ise anlamlı öngörücü bir değeri olmadığı tespit edilmiştir. Yine hastaların BDT ve klasik tedavi alacak şekilde ayrıldığı 3 farklı çalışmada BDT'ye düşük yanıtla ilişkili demografik ya da klinik öngörücü tespit edilememiştir (155-157). Literatürde insomninin kronisite ve şiddetine bakılmaksızın %70 tedavi yanıtı alındığı bildiren yayınlar bulunmaktadır (158).

Orta ve ileri yaş(+55) hastalarla yapılan BDT sonuçlarını kıyaslayan bir meta-analizde yaş ne olursa olsun BDT ile uykuya dalma süresi ve gece uyanma üzerinde hafif-ciddi düzeyde bir etki büyüklüğü bildirilmiştir (151). Bu verilerle uyumlu olarak AASM daha yaşlı erişkinlerde de insomni için BDT'yi standart bir tedavi olarak önermektedir (153).

BDT öncesinde hastaların işlevsiz inanç düzeyiyle terapi sonucunda elde edilen etkinliğin ilişkisini araştıran bir çalışmada, işlevsiz inanç düzeyleri daha yüksek olan hastaların terapiden daha belirgin fayda gördüğü, uykuyla ilişkili

yoğun çaresizlik-umutsuzluk yaşayan bir alt grubun BDT için en uygun grup olduğu tespit edilmiştir (164). Çalışmamızda başlangıç DBAS puanları nazaran yüksek olan (>5) 11 hasta bulunmaktadır ancak terapi alan hasta sayısındaki kısıtlılık nedeniyle hastalar bu açıdan istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

İnsomniye yönelik olarak yapılan BDT nitelikli grup terapisinden erken ayrılanların özelliklerinin incelendiği bir çalışmada daha kısa uyku süresi ve daha yüksek depresyon skorlarının erken ayrılmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çalışmaya sadece birincil insomni değil tüm insomni hastaları dahil edilmiştir (159). Birincil insomni hastalarına yapılan bireysel ve grup BDT'yi araştıran randomize kontrollü çalışmalarda %0-8 gibi nispeten düşük terapiden erken ayrılma oranları bildirilmiştir (160-163). Çalışmalardaki erken ayrılma oranlarını belirlemedeki en önemli problem erken ayrılma terimini tanımlamaktaki tutarsızlıkla ilişkili bulunmuştur (159). Bizim çalışmamızda terapiye devam etmeyen ya da 2. Kontrole gelmeyen hastaların büyük bölümüyle ilişkili yeterli veri olmadığı için (terapiden ayrılanların kaç seans devam ettiği ve içlerinden terapiyi tamamlayanların 2. Kontrole neden gelmediği yönünde) bu açıdan net bir değerlendirme yapılamamıştır.

Çalışmamızda terapiye devam eden 16 hastanın 10'unda anksiyete ya da depresyon puanları başlangıçta yüksekti. Bir kısmının komorbid psikiyatrik durumlara yönelik tedavisi tarafımızca başlandı ancak medikal etkinin ortaya çıkması için 6 haftalık kısıtlı bir süre vardı. Terapi alan grubun 2. Kontrollerinde depresyon ve anksiyete puanlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Hastaların UŞİ ve DBAS puanlarında terapi sonrası anlamlı düşüş

olmayışında devam eden komorbid psikiyatrik durumların terapiye uyumu düşürmesinin etkisi olduğu düşünülebilir.

Öte yandan uykusuzluk şikayeti olan hastaların başlangıç depresyon düzeyi ile BDT'nin bir türü olan 'kendine yardım' tedavisinin etkinliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada bazal depresyon düzeyi ne olursa olsun terapinin etkili olduğu bildirilmiştir (165). Ancak bu çalışmada sadece birincil insomni grubu değil uykusuzluğu olan tüm hastalar çalışmaya alınmış ve örneklem internet üzerinden başvurmuştur. Literatürde komorbid insomnisi olan depresyon hastalarında BDT'nin sadece uyku bozukluğunda değil eşlik eden depresyon üzerinde de anlamlı düzelme sağladığını bildiren yayınlar da bulunmaktadır (154). İnsomniye yönelik olarak yapılan BDT'nin eşlik eden anksiyete bozukluğuna etkisini değerlendiren bir gözden geçirme çalışmasında ise, komorbid anksiyete bozukluğu olan ya da olmayan insomni hastalarının anksiyete düzeyleri üzerinde BDT'nin etkisi hafif düzeyde bulunmuştur (166). Bu nedenle BDT sonrası rezidüel anksiyete belirtileri için tekrar değerlendirme yapılmasının ve bu değerlendirmenin standardize edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da 2. Kontrolde hastaların anksiyete puanlarında anlamlı bir değişilik olmadığı görülmektedir.

Literatürde farklı veriler olmakla birlikte, genel olarak çalışmamızdaki tedavi alan insomni olgularının kronisiteleri (11 yıl) ve anksiyete-depresyon puanlarının yüksek olması nedeniyle DBAS ve UŞİ ölçeklerinde anlamlı düşüş olmadığı fikri literatürle uyumlu görünmemektedir. Öte yandan hasta sayısının arttırılması halinde anlam ifade etmeyen bu düşüşlerin anlamlı hale gelebileceği de düşünülebilir. Bir başka bakış açısıyla; hastaların uyku kalitelerinin

Pittsburgh'a göre tedavi sürecinde kısmen artmış olmasına rağmen uykuyla ilişkili işlevsiz inançlarının değişmemesi insomninin uyku bozukluğunun ötesinde uykuyla ilişkili bir çeşit düşünce bozukluğu olduğunu desteklemektedir. Paradoksal insomni hastalarında daha belirgin olan ve PSG çalışmaları ile de gösterilen bu durum, subjektif olarak bildirilenden daha uzun uyumuş olma ve gün içinde bildirilen işlevselliğin sujektif olarak bildirilen uyku problemiyle uyumsuz olması şeklinde kendini göstermektedir.

Çalışmamızdaki önemli bir başka kısıtlılık da tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla sadece öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olmasıdır. Literatürde uykuyla ilişkili biliş değişikliklerinin objektif uyku düzelmesinden ziyade subjektif uyku düzelmesiyle ilişkili olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır (167, 168). Bu nedenle daha objektif değerlendirilmelerin yapılabilmesi için PSG gibi yöntemlerin kullanılması yol gösterici olacaktır.

Bu bulgular çalışmaya alınan olguların ortalama 10 yıl gibi kronik bir uykusuzluk seyri olması nedeniyle bilişsel alt yapılarının değişime dirençli olması ile ilgili olabilir. Daha az kronik olgularla daha başarılı sonuçlar alınabileceği görüşündeyiz. İleri çalışmalarda insomni kronisitesi ile tedaviye yanıt arasındaki ilişki incelenebilir.

Ayrıca çalışmamızda 6 seanslık yapılandırılmış görüşme uygulanmıştır. 8 seanslık görüşmelerle planlanmış ileri çalışmalarda etkinlik açısından tekrar değerlendirme yapılmasının faydalı olacağını düşünüyoruz.

BDT'nin insomni belirtileri üzerindeki düzelmeyi nasıl yaptığına yönelik 2 fikir ortaya atılmıştır; fonksiyonel olmayan inançları değiştirmenin bu inançların desteklediği uyku bozucu alışkanlıkları ortadan kaldırması ya da uykudaki

düzelmenin işlevsiz inançları değiştirmesi (164). Değişimdeki mekanizma her ne olursa olsun hastaların tümünün bu tedaviye optimal yanıt vermediği bilinmektedir (148, 169). Bunun olası nedenlerinin anlaşılabilmesi için hasta alt gruplarını kıyaslama olanağı verecek daha geniş örneklemlerle yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

1) Toplumda birincil insomni sayısının sınırlı olmasına bağlı olarak çalışmaya alınabilen toplam hasta sayısının da sınırlı olması.

2) Terapiyle izleme alınan grubun büyük bölümünde eşlik eden anksiyete bozukluğu ya da depresyon tablosunun olması. Ek psikiyatrik tablolar için başlanan ilaçların tam olarak etkisini gösterebilmesi için yeterli süre olmaması(1,5 ay) ve buna bağlı olarak terapiye uyumun düşük olması.

3) Hastaların uzun yıllardır süren uykusuzluklarına bağlı olarak tükenmişlik-umutsuzluk yaşamaları; bu durumun terapiye uyumu düşürmesi ve takipte kalan hasta sayısının buna bağlı olarak az olması.

4) Hastaların uykularındaki objektif değişikliklerin PSG gibi yöntemlerle değerlendirilememesi nedeniyle ölçeklerle yapılan öznel değerlendirmelere göre sonuca varılması.

5) Terapinin gerçek etkinliğini değerlendirebilmek için hastaların ilaçsız takibinin yapılamaması. Hastaların bir kısmının takibe alındığı sırada farmakolojik tedavilerinin zaten düzenlenmiş olması, bir kısmında ise eşlik eden anksiyete bozukluğu ya da depresyona yönelik olarak farmakolojik tedavinin

başlanma gerekliliği. Yine bir kısım hastada uykusuzluğuna yönelik olarak terapiye ek uyku ilacı başlanmasının tercih edilmesi.

6. SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışma ile birincil insomni hastalarının uyku kaliteleri artsa da uykuyla ilgili düşüncelerinin sürdüğü ve birincil insomninin uyku bozukluğu olmanın ötesinde uykuyla ilişkili bir düşünce bozukluğu olduğu desteklenmiştir.

Sonuçlar BDT'nin birincil insomni hastalarının uyku kalitelerine ve uykuyla ilişkili işlevsiz inanç ve tutumlarına etkisi konusunda net bir cevap vermek için yeterli değildir. Daha geniş örneklemler üzerinde, daha uzun süreli izlemlerin yapıldığı, PSG gibi objektif ölçüm yöntemlerinin de kullanılması ile desteklenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışma sonuçları birincil insomni olgularında; mükemmeliyetçi, anksiyöz kişilik özelliklerinin, uyku öncesi bilişsel aktivite artışının, uyunamadığında ortaya çıkan sempatik sistem aktivasyonunun, unutkanlık gibi bilişsel problemlerin sık görüldüğünü desteklemektedir. Ancak nöropsikolojik testlerle ve kişilik özelliklerini araştırmaya yönelik standart ölçeklerle daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir. Belirlenen bu özellikleriyle birincil insomni anksiyete bozukluklarıyla birçok ortak noktaya sahiptir. Ancak önemli bir fark olarak düşüncenin merkezinde *uyku* bulunmaktadır.

Kronik insomni ile depresyon ve anksiyete bozukluğu üzerinde iki yönlü bir etkileşim olduğu düşünülmektedir. Örneklemimizdeki hastaların büyük bölümünde depresyon puanlarının yüksek saptanması bu fikri desteklemektedir.

Literatürde birincil insomni ve bu konuda BDT etkinliği ile ilgili çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte toplumumuzda bu konu üzerine yapılmış

çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızın bu konu üzerine yapılabilecek ileri çalışmalara destek sağlayacağını umuyoruz.

7. ÖZET

Birincil İnsomni Olgularında BDT'nin Etkinliği ve Bu Olguların Genel Klinik Özellikleri

İnsanların%50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedirler. Uykusuzluk şikayetini kronik olarak yaşayan önemli bir alt grup da birincil insomni hastalarıdır. Uykuyla ilişkili inançlar, aşırı uyarılmışlık hali ve uyku bozucu davranışların tümü kronik insomninin etiyolojisini ve sürmesini destekleyen faktörler olarak kabul edilmekte ve BDT'nin bu alanlar üzerinde çalışarak uyku bozukluğuna daha kalıcı çözümler bulabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada birincil insomni olgularının klinik özelliklerinin tanımlanması, altta yatan hazırlayıcı ve sürdürücü psikolojik süreçlerinin ortaya konulması ve bunlar içerisinden izleme alınan olguların BDT sürecinde uykusuzluğa bakışlarında, uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inanç ve tutumlarında değişiklik olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya alınan 52 hastaya sosyodemografik bilgi formu, uyku günlüğü, UŞİ, PUKÖ, DBAS, Beck depresyon, Beck anksiyete ölçekleri verilmiş ve yarı yapılandırılmış DSM-IV temelli psikiyatrik görüşmeye göre klinik özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Başlangıç örnekleminin 16'sı BDT ve farmakoterapiden oluşan tedavi sonrası, 9'u ise müdahale yapılmadan 2. Kez değerlendirilmiştir. Kalan hastalar 2. değerlendirme yapılamadığı için çalışmayı tamamlayamamıştır. Veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Tedavi alan grupta tedavi sonrası sadece PUKÖ ve DBAS endişe-umutsuzluk alt ölçeğinde anlamlı bir düşüş tespit edilirken, müdahale yapılmayan

grupta 2. Değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre herhangi bir ölçekte anlamlı değişiklik oluşmamıştır. Klinik özellikler açısından incelendiğinde büyük bölümünün artmış bilişsel ve fiziksel uyarılmış yaşadıkları, anksiyöz ve mükemmeliyetçi kişilik özellikleri taşıdıkları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak tedavi sonrası hastaların uyku kaliteleri kısmen artsa da uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inanç ve tutumlarında değişim oluşmamıştır. Bu sonuç insomninin uyku bozukluğu olmanın ötesinde uykuyla ilişkili bir düşünce bozukluğu olduğu fikrini desteklemekle birlikte toplumumuzda BDT'nin insomni üzerindeki etkinliğini değerlendirmek açısından çok sayıda kısıtlılıklar içermektedir.

Anahtar kelimeler: İnsomni, BDT, Uykusuzlukla ilişkili işlevsiz inançlar

8. SUMMARY

CBT Efficacy İn Primary İnsomnia and General Clinical Characteristics of Primary İnsomnia

Fifty percents of populatıon suffer from insomnia a term of life. Primary insomnia is an important subgroup that suffer from insomnia chronically. Disfunctional beliefs and attitudes about sleep, hyperarousal known as etiologic and maintining factors for chronic insomnia. CBT can have long lasting effects on insomnia by focusing on this subjects.

İn this study it is aimed to investigate CBT efficacy in primary insomnia and general clinical characteristics of primary insomnia. Onset sample consist of 52 individuals. Questionnaires which examined socio-demographic data, sleep diary, ISI, PSQI, DBAS, BDI, BAI and for general clinical characteristics psychiatric interview based on DSM-IV were applied. 16 of 52 individuals were followed up for 1,5 months. İn this time we administered a treatment comprised of CBT and pharmacotherapy. After treatment we applied the questionnaires second time. On the other hand we didn't interfere in 9 individuals and applied the questionnaires second time too. Rest of the onset sample didn't complete the study. Data were analyzed by SPSS program.

After treatment 16 individuals only had a significant decrease on PSQI and DBAS worry-helplessness subscale scores. 9 individuals didn't indicate significant change any of the scores. For loooking general clinical characteristics most of the individuals had cognitive-physical hyperarousal and anxious-perfectionist personality traits.

İn conclusion, although getting improvement on sleep quality after treatment we didn't get any change of disfunctional beliefs and attitudes about sleep. The outcome suppot that insomnia is a thought distortion primarly rather than sleep disorder. But our study have many limitations for evaluating CBT for primary insomnia.

Key words: İnsomnia, CBT, Disfunctional beliefs about sleep

9. KAYNAKLAR

1. Baltaş A., Batlaş Z., Stres ve Basa Çıkma Yoları, 5. Baskı, Remzi Kitapevi, İstanbul 1987.

2. Ağargün M.Y. ve ark., ”Subjektive Sleep Qulity And Suidality In Patients With Majör Depression”, Journal Of Psychiatry Research 1997; 31(3): 37-381.

3. Karadağ M. (2007) Uyku bozuklukları sınıflaması. *Akciğer Arşivi,* 8, 88-91.

4. Altıntaş H., Sevencan F., Aslan T., Cinel M., Çelik E. ve Onurdağ F. (2006) Hacattepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *STED*,15(7),114-119.

5. Aydın, H. ve Karacan, İ. (1998). Uyku ve psikofizyolojik süreçler. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.) *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

6. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. American Journal of Psychiatry 2002; 159: 5-11.

7. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. Sleep Medicine Reviews 2009; 13: 205-214.

8. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. NIH Consens Sci Statements. 2005; 15: 22(2) 1-30.

9. Morin, CM. Insomnia: Psychological assessment and management. Guildford Publications; New York:1993.

10. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behaviour Research and Therapy 2002;40(8):869–893.

11. Espie CA. Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. Annual Review of Psychology 2002;53:215–243.

12. Görgülü Ü. (2003), " KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" , Bilim uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara .(Danışmanlar: Prof. Dr. N. Akdemir, Doç. Dr. H.Fesçi)

13. Roper N., Logan WW, Thirney AJ., The Elements of Nursing. New York: Churchill Livingstone.1990.h

14. Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L, eds. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara, Sistem Ofset, 2005; 129–132.

15. Engin E. (1999). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzem Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki

İlişkinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Özgür).

16. Gordon M. (2000). Assesing Sleep and Rest. Nursing Diagnosis Process and Application. Third Edition, St. Louis. Mosby,455-473.

17. Guyton AC and Hall JE. (2001). Beynin Etkinlik Durumları – Uyku: Beynin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar. Tıbbi Fizyoloji (Çev: Ed. Çavuşoğlu H), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 689-696.

18. Khorshid L. (1996). Uyku ve dinlenmenin önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(3): 133-140.

19. Aslan S A. (2005). Ergenlerde Ana-Baba Tutumu Sınav Kaygısı Ders Çalışma Becerilerinin Lise Giriş Sınavını Yordama Düzeyleri. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman Yard. Doç.Dr. M. Gündoğdu).

20. Kara M. (1996). Hastanede Yatan Hastaların Uyku İle İlgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu Soruna İlişkin Tutumları. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yard. Doç. Dr. A Yetkin).

21. Kutlutürkan S. ve Görgülü Ü. (2005). Uyku apne sendromu ve cinsel sağlık. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi, 1(2), 60-65.

22. Aydın H, Özgen F. (1998). Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları. Klinik Psikiyatri Dergisi, cilt 1(2) :87-89

23. Ertekin Ş.(1998), "Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas. (Danışman: Prof. Dr. O. Doğan)

24. Bingöl N. (2006) Hemşirelerin Uyku kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Sivas. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Karagözoğlu)

25. Köktürk O. (1999). Uykunun izlenmesi (1) normal uyku. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 47(3): 372-380.

26. Özer Z. (2000). Uyku öğrenmenin mayası mı? *Bilim ve Teknik*; (39) :48-50

27. Öztürk MO. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı.9. Basım. Ankara. Nobel Tıp Kitapevi: 479-486

28. Papilla İ., Acıoğlu E (2004).Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Hipokrat Dergisi* (13): 387-391.

29. Köktürk O. Normal uyku. Toraks Derneği Merkezi Kursları 2005. Ankara.

30. Eryavuz N. (2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yard. Doç. Ş Yüksel).

31. Özcan N. (2007). Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı. Ed: Ay F., Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, s: 407-421.

32. Öztürk M. (2003). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. N Aytaç).

33. Uran G., (2001), ”Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

34. Kaynak H. Uyku Uyuyamamak mı, Uyanamamak mı? İstanbul: Doğan Kitapçılık, 2003.

35. Abdülkadiroğlu Z., Bayramoğlu F., İlhan N. Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi, 7(3):161-6, 1997.

36. Aydın H. Uykunun biyolojik ve psikolojik işlevi. Toraks Derneği Merkezi Kursları 2003. Ankara.

37. Foley DJ., Monjan AA., Brown SL., et al,.Sleep Complaints Among Elderly Patients: An Epidemiological Study of Three Communities. Sleep 1995;18: 425- 432.

38. Karaefe M. (1996). Dönüşümlü Şiftlerde Çalışan Hemşirelerde Uyku Düzeni Değişimlerinin İncelenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.(Danışman: Prof.Dr. G. Terakye)

39. Taylor C, Lillis C, Priscilla LM(1993). Fundamentals of Nursing the Ant Science of Nursing Care Philadelphia. 2th. Ed. Philadelphia 1993; 720

40. Kaynak D. (2005). Adölesanlarda Uyku ve Bozuklukları. Ed: Ercan O, Alikaşifoğlu M, Ercan G. Adölesan Sağlığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kaya Basım, s.135-146.

41. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM, Quality of Sleep and Health-Related Quality of Life in Haemodialysiss Patients. Nephrol Dial Transplant 2003:18;126-132.

42. Siegel, J.M. (1990). Mechanism of sleep control. Journal of Clinical Neuropsychology, (7): 484-492.

43. Irak M. (1998). Uyku ve bilgi işleme süreçleri. Türk Psikoloji Yazıları. 1 (1): 17-30.

44. Aydın H. ve Yetkin S. (2008). Uyku: yapısı ve işlevi. S. Karakaş (Ed.) Kognitif Nörobilimler. MN. Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı

45. Roth, T., Costa e Silva, J.A., Chase, M.H. (2001). Sleep and cognitive (memory) function: research and clinical perspectives . *Sleep Medicine,* 2: 379-387.

46. Perlis, M.L., Giles, D.E., Mendelson, W.B., Bootzin, R.R., Wyatt J.K. (1997). Psychophyiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research*., 6: 179-188.

47. Elbi H., Bayraktar H., Uyku bozukluklarına tarihsel yaklaşım ve sınıflama içinde: editör Çelikkol A. Uyku bozuklukları, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi;1996.p.7-12.

48. Gözükırmızı E. Uyku ve nörofizyolojisi. İçinde: Çelikkol A, editör. Uyku bozuklukları. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1996. p. 13-22.

49. GÜLEÇ G., Uyku Fizyolojisi U.Ü.T.F. Fizyoloji ABD 2006

50. Kara M. (1997). Uyku hijyeni. *Hemşireler ve Ebeler İçin Türk Hemşireler Dergisi*, 47(6): 22-24.

51. Kozier B. and Erb G. (2000). Rest And Sleep. Fundamentals Of Nursing. Consepts, Process and Practice, Sixth Edition, Addison Wesley Nursing California, 1061-1071.

52. Potter PA and Perry AG (2001). Sleep. Fundamentals of Nursing. Fifth Edition, Philadelphia, By Mosby: 1250-1280 .

53. Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4):300-308, 2004.

54. Aydın H.Uyku ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 30-38, 2007.

55. Çağlayan Ş. (1995). Beynin Entelektüel Fonksiyonları. Yaşam Bilimi Fizyoloji, Panel Matbaacılık, İstanbul, 62-71

56. Erarslan Z. (2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerinde Etkisi. Y.Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Van.(Danışman: Doç.Dr. B.Adak)

57. Ruggiero JS (2003). Correlates of fatique in critical care nurses. Research in Nursing & Health, 26: 434-444.

58. Çalıyurt O. (1998). Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş Ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. T.Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne (Tez yöneticisi: Prof. Dr. E. ABAY).

59. Takahashi M, Arito H & Fukuda H (1999). Biological Rhythm Nurses' Workload Associated with 14-4 Night Shifts. II: Effects of a Nap Taken During the Shifts. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53: 223-225.

60. Akerstedt T (2003). Shift work and disturbed sleep / sakefulness. Occupational Medicine, 53: 89-94.

61. Fischer FM, Bruni A de C, Berwerth A, Moreno R de C, Fernandez R de L and Riviello C (1997). Do weekly and Fast-Rotating shiftwork schedules diffirentially affect duration and quality of sleep. Int Arch Occup Enviran Health, 69: 354-360.

62. Borbely A.A. (1982). A two process model of sleep regulation. Human Neurobiology, 1: 195-204.

63. Rama A., Cho, C., Kushida C. (2006). Normal human sleep. *Sleep: Comprehensive Handbook.* Lee- Chiong, T. (Ed), John Wiley and Sons, Inc.

64. Porkka-Heiskanen T, Strecker RE, McCarley RW (2000) Brain sitespecificity of extracellular adenosine concentration changes during sleep Blanco-Centurion et al. • Adenosine and Sleep Homeostasis J. Neurosci., 2006 • 26(31):8092– 8100 • 8099 deprivation and spontaneous sleep: an in vivo microdialysis study. Neuroscience 99: 507–517.

65. Hobson J.A. and Pace-Schott E.F. 2002. The cognitive neuroscience of sleep: Neuronal systems, consciousness and learning. Nature Rev. Neurosci. 3: 679-693.

66. Fisch BJ. Neurological aspects of sleep ln:Aminoff MJ, editor. Neurology and general medicine. 2nd ed. USA; Churchill Livingstone, 1995: 491-520.

67. Culebras A: Neuroanatomic and neurologie correlates of sleep disturbances. Neurology 1992; 42: 19-27.

68. Abdulkadiroğlu ve ark. Uyku ve uyku bozuklukları Genel tıp dergisi 1997: 7(3)

69. Yaltkaya K., Balkan Oğuz Y. Nöroloji Ders Kitabi, 1. Baskı. Ankara: Palme Yayımcılık; 1994.

70. Parkes JD. Excessive daytime sleepness. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD, editors. Neurology in clinical practica, 2nd ed. USA: Butterworth-Heinemann; 1996. p.61-70.

71. Functional neuroimaging of normal human sleep by positron emission tomography P . Maquet Cyclotron Research Centre, University of LieÁge, LieÁge, Belgium. J. Sleep Res. (2000) 9, 207±231

72. McCormick D.A. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. *Progress in Neurobiology* (1992) 39: 337-388.

73. Kaynak H. Uyku bozuklukları. In Özekmekçi S, Apaydın H, Ed. Nöroloji. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 1995:347-351.

74. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavi Temel İlkeleri. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri,2000.

75. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000:133-140, 186-199.

76. Tosunoğlu A. (1997). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. A. Bayık).

77. Öztürk O. Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı Bozuklukları. 8. baskı, Nobel Kitabevi, Ankara, 479-485, 2001.

78. Montgomery P. and Dennis J. (2004). A Systematic review of Non-Pharmacdogical therapies for sleep problems in later life. Sleep Medicine Review, 8: 47-62.

79. Doraciak Y., Aspects Of Sleep, Nusing Times 1990; 86(51): 38-40.

80. Vardar S, Öztürk L, Vardar E, Kurt C.Ergen Sporcu Kızlarda Egzersiz Yoğunluğu ve Öznel Uyku Kalitesi İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 154-162, 2005.

81. Puntriano M., The Relationship Between Dialysis Adequacies and Sleep Problems in Hemodialysis Patients. Anna Journal 1999; 26: 4, 405-407

82. Wilkie K., ”Golgen Slumbers”, Nursing Times 19/26 December, 1990; 8(51): 36-38.

83. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi’nin Geçerliği ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 7 (2) : 107-115

84. Ağargün MY. ve ark. Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Öznel Uyku Kalitesi. Van Tıp Dergisi 3(1), 1996.

85. Motluk A. (2006). The 10 roards to fatsville. *New Scienties.* [Electronic Journal], http://www.newscientist.com/article/mg19225760.900-the-10-roads-to-fatsville.html

86. Taşkıran N. Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 24 s., 2009.

87. Timur S., Menapozal Dönemlerdeki Kadınlarda Uyku Sorunları ve Yaşam Kalitesine Etkisi; Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi 2008

88. Aksu M. (2008). Uyku bozuklukları. S. Karakaş (Ed.). Kognitif Nörobilimler. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı.

89. Özgen F.Uyku ve Uyku Bozuklukları. Psikiyatri dünyası, 5: 41-48,2001.

90. Hauri PJ. Insomnia. Clin Chest Med 1998; 19: 157-168.

91. S. Aslan, Gulcat, Z., Albayrak, F.S ve ark. “Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey,” International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10 (1), 52-58 (2006).

92. Ohayon MM, Roth T. What are the Contributing factors for Insomnia in the General Population? J Psychosom Res. 2001; 51: 745–755.

93. Kaynak H, Gözükırmızı E, Damcı D, Akıncı T, Denktaş H. The prevalance of insomnia and excessive sleepiness in Turkey. İn: Kırbas D, Leonardi M (eds). Reports of a WHO meeting: Neurology and Public Health. 1st ed. İstanbul: Bitam publications; 1995. 164-9.

94. Aydın H: Dissomniler, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1996:1-33

95. Aslan S., Uykusuzluk Tanı ve Tedavi Klavuzu. HYB Yayıncılık; 2011

96. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). Akciğer Arşivi, 8: 88- 91, 2007.

97. Stepanski E. (2006). Causes of insomnia. *Sleep: Comprehensive Handbook*. Lee- Chiong, T. (Ed), John Wiley and Sons, Inc.

98. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders (2005). *Diagnostic and Coding Manual*. 2nd ed. Westchester, III, American Academy of Sleep Medicine.

99. Harvey R. Colten and Bruce M. Altevogt. (2006) AASM İnsomnia Guidelines Editors. Committee on Sleep Medicine and Research Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. National Academies Press. USA

100. Ohayon MM. (1997) Prevalence of DSM-IV Diagnostic Criteria of İnsomnia; Distinguishing between İnsomnia Related to Mental Disorders From Sleep Disorders. J Psychiatr Res; 31: 333-346

101. Spielman ve ark 1987 (Spielman, A. (1986). Assesment of insomnia. Clinical Psychology Review, 6: 11-26.)

102. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.

103. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Sleep 1991; 14: 331-8.

104. Aslan S., Gülçat Z., Aydın H. (2005) 'İnsomni Şiddeti İndeksi (UŞİ) İnsomni Belirtileri Olan Hastalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması', 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 236, Erzurum

105. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307.

106. Charles M. Morin, PhD, Annie Vallières, PhD, and Hans Ivers Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16), MPs Sleep. 2007; 30(11): 1547–1554.

107. Carney C.E., Edinger J.D., Morin C.M., Manber R., Rybarcyk B., Stepanski E., Lack L., Wright H. (2010). Examining maladaptive beliefs about

sleep across insomnia patient groups. Journal of Psychosomatic Research. 68, 1, 57-65.

108. Ulusoy M. (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

109. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.

110. Zhang B., & Wing Y.-K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. Sleep, 29, 85–93.

111. Leger D., Guilleminault C., Dreyfus J. P., Delahaye C., Paillard M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. Journal of Sleep Research, 9, 35–42.

112. Monterrosa-Castro A, Marrugo-Flórez M, Romero-Pérez I, Chedraui P, Fernández-Alonso AM, Pérez-López FR Prevalence of insomnia and related factors in a large mid-aged female Colombian sample. Maturitas. 2013. pii: S0378-5122(13)00018-2

113. Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Cuadros-Celorrio AM, Fernández-Luzón N, Guadix-Peinado MJ, del Cid-Martín N, Chedraui P. Perceived stress, insomnia and related factors in women around the menopause.; Menopause Rısk Assessment (MARIA) Research Group. Maturitas. 2012; 72(4): 367-72.

114. Blümel JE, Cano A, Mezones-Holguín E, Barón G, Bencosme A, Benítez Z et al. A multinational study of sleep disorders during female mid-life. Maturitas. 2012; 72(4): 359-66.

115. Arakane M, Castillo C, Rosero MF, Peñafiel R, Pérez-López FR, Chedraui P. Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the Insomnia Severity Index. Maturitas. 2011; 69(2): 157-61

116. Xu M, Bélanger L, Ivers H, Guay B, Zhang J, Morin CM.. Comparison of subjective and objective sleep quality in menopausal and non-menopausal women with insomnia. Sleep Med. 2011; 12(1): 65-9.

117. Guidozzi F. Sleep and sleep disorders in menopausal women. Climacteric. 2013; 16(2): 214-219.

118. Ameratunga D, Goldin J, Hickey M. Sleep disturbance in menopause. Intern Med J. 2012; 42(7): 742-7.

119. Kai Spiegelhalder M.D., Ph.D.; Wolfram Regen; Bernd Feige Ph.D.; Verena Hirscher Dipl.-Psych.; Thomas Unbehaun Dipl.-Psych.;Christoph Nissen M.D. et al. Sleep-Related Arousal Versus General Cognitive Arousal in Primary Insomnia Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Freiburg Medical Center, Germany Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 8, No. 4, 2012

120. Carney CE, Edinger JD, Meyer B, Lindman L, Istre T. Symptom-focused rumination and sleep disturbance. Behav Sleep Med 2006; 4: 228-41.

121. Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, Riemann D. Sleep and emotions: a focus on insomnia. Sleep Med Rev 2010; 14: 227-38.

122. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia:a theoretical review. Sleep Med Rev 2006; 10: 215-45.

123. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. J Sleep Res 1997; 6: 179-88.

124. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. Sleep Med Rev 2010; 14: 19-31.

125. Johnson LC, Chernik DA. Sedative-hypnotics and human performance. Psychopharmacology (Berl) 1982; 76: 101-113.

126. Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. Sleep Med Rev 2012; 16: 83-94.

127. Backhaus J, Junghanns K, Born J, Hohaus K, Faasch F, Hohagen F. Impaired declarative memory consolidation during sleep in patients with primary insomnia: Influence of sleep architecture and nocturnal cortisol release. Biol Psychiatry 2006; 60: 1324-1330.

128. Van Petten C. Relationship between hippocampal volume and memory ability in healthy individuals across the lifespan: review and meta-analysis. Neuropsychologia 2004; 42: 1394-1413.

129. Varkevisser M, Kerkhof GA. Chronic insomnia and performance in a 24-h constant routine study. J Sleep Res 2005; 14: 49-59.

130. Altena E, Van Der Werf YD, Strijers RL, Van Someren EJ. Sleep loss affects vigilance: effects of chronic insomnia and sleep therapy. J Sleep Res 2008; 17: 335-343.

131. Hauri PJ. Cognitive deficits in insomnia patients. Acta Neurol Belg 1997; 97: 113-117.

132. Edinger JD, Glenn DM, Bastian LA, Marsh GR. Slow-wave sleep and waking cognitive performance II: Findings among middle-aged adults with and without insomnia complaints. Physiol Behav 2000; 70: 127-134.

133. Sugerman JL, Stern JA, Walsh JK. Daytime alertness in subjective and objective insomnia: some preliminary findings. Biol Psychiatry 1985; 20: 741-750.

134. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, Price JC, Miewald JM, Kupfer DJ. Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. Am J Psychiatry 2004;161:2126-2128.

135. Hyun Jin Noh, Eun Yeon Joo, Sung Tae Kim, So Mee Yoon, Dae Lim Koo, Daeyoung Kim et al. The Relationship between Hippocampal Volume

and Cognition in Patients with Chronic Primary Insomnia, J Clin Neurol 2012; 8: 130-138

136. Totić-Poznanović S, Šaula-Marojević B, Zebić M. [Significance of perfectionism in understanding different forms of insomnia]. Srp Arh Celok Lek. 2012; 140(3-4):204-10.

137. Spiegelhalder K, Regen W, Kyle SD, Endres D, Nissen C, Feige B, Riemann D.J Time will tell: a retrospective study investigating the relationship between insomnia and objectively defined punctuality. J Sleep Res. 2012; 21(3):264-9.

138. An H, Park J, Jang ES, Chung S. The impact of temperament and character on the efficacy of nonpharmacologic treatment of primary insomnia. Compr Psychiatry. 2012; 53(2):201-7.

139. Van de Laar M, Verbeek I, Pevernagie D, Aldenkamp A, Overeem S. The role of personality traits in insomnia Sleep Med Rev. 2010; 14(1):61-8.

140. Baglioni C, Riemann D. Is chronic insomnia a precursor to major depression? Epidemiological and biological findings. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(5): 511-8.

141. Suh S, Kim H, Yang HC, Cho ER, Lee SK, Shin C. Longitudinal Course of Depression Scores with and without Insomnia in Non-Depressed Individuals: A 6-Year Follow-Up Longitudinal Study in a Korean Cohort. Sleep. 2013; 36(3): 369-76.

142. Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, Hysing M, Pallesen S, Krokstad S. Et al. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. 2012; 74(7):758-65.

143. Charles M. Morin, Annie Vallières, Bernard Guay, Hans Ivers, Josée Savard, Chantal Mérette et al. Cognitive-Behavior Therapy, Singly and Combined with Medication, for Persistent Insomnia: Acute and Maintenance Therapeutic Effects. NIH-PA Author Manuscript JAMA. 2009; 301(19): 2005–2015.

144. Edinger JD; Olsen MK; Stechuchak KM; Means MK; Lineberger MD; Kirby A; Carney CE. Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. SLEEP 2009; 32(4): 499-510.

145. Espie CA. "Stepped care": A health technology solution for delivering Cognitive Behavioral Therapy as a first line insomnia treatment. SLEEP 2009; 32(12):1549-1558.

146. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological Interventions for Insomnia - A Metaanalysis of Treatment Efficacy. American Journal of Psychiatry 1994;151: 1172-80.

147. Murtagh DRR, Greenwood KM. Identifying Effective Psychological Treatments for Insomnia - A Metaanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63: 79-89.

148. Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G. Nonpharmacological interventions for insomnia in older adults: A meta-analysis of treatment efficacy. Psychotherapy 1998; 35: 472-82.

149. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep 1999; 22: 1134-56.

150. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD003161.

151. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+years of age. Health Psychology 2006;25:3-14.

152. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). Sleep 2006;29:1398-414.

153. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep 2006;29:1415-19.

154. Manber R, Edinger JD, Gress JL, Pedro-Salcedo MGS, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. Sleep 2008;31:489-95.

155. Espie CA, Fleming L, Cassidy J, Samuel L, Taylor LM, White CA et al. Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. Journal of Clinical Oncology 2008;26:4651-58.

156. Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. Behaviour Research and Therapy 2001;39:45-60.

157. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. Sleep 2007;30:574-84.

158. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analyses of outcome data at 12 months posttreatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001;69:58-66.

159. Jason C. Ong, Ph.D., Tracy F. Kuo, Ph.D., and Rachel Manber, Ph.D Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia?. J Psychosom Res. 2008; 64(4): 419–425.

160. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. Jama 2001; 285(14):1856–1864.

161. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. Arch Intern Med 2004;164 (17):1888–1896.

162. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for latelife insomnia: a randomized controlled trial. Jama 1999;281(11):991–999.

163. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. Jama 2006, 28;295(24):2851–2858.

164. M. Montserrat Sánchez-Ortuño and Jack D. Edinger Duke A penny for your thoughts: Patterns of sleep-related beliefs, insomnia symptoms and treatment outcome. Behav Res Ther. 2010; 48(2): 125.

165. Jaap Lancee Ph.D., Jan van den Bout, Ph.D., Annemieke van Straten, Ph.D. and Victor I. Spoormaker, Ph.D. Baselıne Depressıon Levels Do not Affect Efficacy of Cognıtıve-Behavıoral Self-Help Treatment for Insomnıa Depressıon and Anxıety 00:1–8 (2012)

166. Belleville G, Cousineau H, Levrier K, St-Pierre-Delorme MÈ. Meta-analytic review of the impact of cognitive-behavior therapy for insomnia on concomitant anxiety Clin Psychol Rev. 2011 Jun;31(4):638-52.

167. Pat-Horenczyk R. Changes in attitudes toward insomnia following cognitive intervention as part of a withdrawal treatment from hypnotics. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1998;26(4):345– 357.

168. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behavioural Research and Therapy 2002;40(7):741– 752.

169. Harvey AG, Tang NK. Cognitive behaviour therapy for primary insomnia: can we rest yet? Sleep Medicine Reviews 2003;7(3):237–262.

EKLER

Uyku hakkında işlevsiz inançlar ve tutumlar (DBAS)

Ad: _____ Tarih: _____

İnsanların uyku hakkında inanç ve tutumlarını yansıtan birkaç ifade aşağıda sıralanmıştır. Lütfen her bir ifade ile ilgili kişisel olarak ne kadar hem fikir ya da karşı görüşte olduğunuzu belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Her ifade için kişisel inancınıza karşılık gelen sayısı daire içine alınız. Lütfen tüm maddelere sizin durumunuza tam olarak yanıt uygun olmasa da yanıt veriniz.

Tamamen Karşıyım — Tamamen Aynı fikirdeyim

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Gün içinde zinde hissetmek ve iyi iş görebilmek için 8 saat uyumaya gereksinimim var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Eğer önceki gece yeterli miktarda uyuyamamışsam ertesi gün, gün içi kestirme ile ya da ertesi gece fazla uyuyarak tamamlama gerekir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Kronik uykusuzluğun fiziksel sağlığım üzerinde ciddi olumsuz etkileri oluşturmasından endişeliyim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Uyuma yeteneğimi kaybedebileceğimden endişeleniyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Kötü bir uyku gecesinin ardından ertesi günün aktivitelerini bozulacağını biliyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Gün içinde dikkatli olmam ve iyi iş görebilmem için kötü bir uykusuz gece geçirmektense uyku hapı almamın daha iyi olacağına inanıyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Gün içinde sinirli, çökkün ya da kaygılı hissediyorsam, bu büyük olasılıkla önceki gece iyi uyuyamamış olmamla ilgilidir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Eğer gece kötü uyumuşsam bütün haftamın düzenini bozacağını biliyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Yeterli bir gece uykusu olmaksızın gündüz çok zor iş yapabilirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. İyi ya da kötü bir gece geçirip geçirmeyeceğimi hiç tahmin edemiyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Bozulmuş bir uykunun olumsuz sonuçlarını yönetebilecek becerim çok düşük.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. yorgun hissettiğimde, enerjisiz hissettiğimde ya da gün içinde işlerimi iyi yapamadığımda bu genellikle gece iyi uyumamış olmamla ilgilidir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Uykusuzluğun temel olarak kimyasal bir dengesizlikle ilgili olduğuna inanıyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Uykusuzluk hissetmek yaşamdan zevk alma becerimi bozuyor ve yapmak istediğim şeyleri yapmamı engelliyor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. İlaçlar uykusuzluk için muhtemelen tek çözümdür.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Kötü bir gecenin ardından yapmak zorunda olduğum işlerden kaçınıyorum ya da iptal ediyorum (sosyal ve ailevi).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1) AD-SOYAD ;.....

2)YAŞ;.....

3)CİNSİYET; ERKEK KADIN

4)MEDENİ HALİ; EVLİ BEKAR AYRI YADA BOŞANMIŞ DUL

5)ÇOCUK SAYISI;.....

6)ÖĞRENİM DURUMU;

OKURYAZAR İLKOKUL ORTAOKUL LİSE YÜKSEK OKUL YADA ÜNİVERSİTESİ

7)MESLEĞİ ;

EV HANIMI İŞSİZ İŞÇİ ÇİFTÇİ MEMUR, EMEKLİ ÖĞRENCİ SERBEST

8)HALEN DEVAM EDEN TANI KONULMUŞ HASTALIĞINIZ VARMI?

EVET HAYIR

9)EVETSE NE OLDUĞUNU TARİF EDİNİZ .....

10)SÜREKLİ KULLANDIĞINIZ İLACINIZ VAR MI ? VAR YOK

11)VARSA NELER ?.....

12)SİGARA ; KULLANMIYORUM 1 PAKETTEN AZ 1PAKET / GÜN 1 PAKET ÜZERİ

13) ALKOL ; KULLANMIYORUM NADİREN HAFTADA BİR- İKİ KERE HERGÜN

14)ÇAY- KAHVE TÜKETİM MİKTARI (.....BARDAK)

15)UYUNAN ODADA SİZ HARİÇ KAÇ KİŞİ VAR ?.....

16)MENAPOZ DÖNEMİNDE İSENİZ UYKU SORUNLARI ORTAYA ÇIKTI MI?

MENAPOZDA DEĞİLİM EVET HAYIR

17)ADET ÖNCESİ DÖNEMDE RUHSAL SIKINTILAR YAŞIYORMUSUNUZ ?

(KENDİNİ ÜZGÜN, ÖFKÜN HİSSETME , ÇABUK SİNİRLENME , DİKKAT TOPLAMA GÜÇLÜĞÜ)

EVET HAYIR

18) ADET ÖNCESİ DÖNEMDE UYKUSUZLUK YADA FAZLA UYUMA SORUNLARI VAR MI ?

EVET HAYIR

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
   b) Kendimi üzgün hissediyorum.
   c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
   d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekten umutsuz değilim.
   b) Gelecek konusunda umutsuzum.
   c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
   d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
   b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
   c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
   d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
   b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
   c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
   d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
   b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
   c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
   d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
   b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
   c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
   d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
   b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
   c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
   d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
   b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
   c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
   d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
   b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
   c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
   d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
    b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
    c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
    d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
    b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
    c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
    d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
    b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
    c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
    d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
    b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
    c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
    d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
    b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
    c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
    d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
    b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
    c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
    d) Hiç çalışamıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
    b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
    c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
    d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
    b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
    c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
    d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
    b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
    c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
    d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
    b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
    c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
    d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
    b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
    c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
    d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
    b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
    c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim: ..... Yaş: .... Tarih: .....

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular, yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? .....
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) .....

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5f. Aşırı derecede üşüdünüz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5h. Kötü rüyalar gördünüz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5i. Ağrı duydunuz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2 Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz: _____

_____

_____

5j. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

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

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

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

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az
3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
   1. Hiç problem oluşturmadı
   2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
   3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
   4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
   1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
   2. Diğer odada bur yatak partneri veya oda arkadaşı var
   3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
   4. Partner aynı yatakta

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

11. Gürültülü horlama.
   1. Geçen ay boyunca hiç
   2. Haftada birden az
   3. Haftada bir veya iki kez
   4. Haftada üç veya daha fazla

12. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.
   1. Geçen ay boyunca hiç
   2. Haftada birden az
   3. Haftada bir veya iki kez
   4. Haftada üç veya daha fazla

13. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.
   1. Geçen ay boyunca hiç
   2. Haftada birden az
   3. Haftada bir veya iki kez
   4. Haftada üç veya daha fazla

14 Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.
   1. Geçen ay boyunca hiç
   2. Haftada birden az
   3. Haftada bir veya iki kez
   4. Haftada üç veya daha fazla

15. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.
   1. Geçen ay boyunca hiç
   2. Haftada birden az
   3. Haftada bir veya iki kez
   4. Haftada üç veya daha fazla

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Bileşenleri

Bileşen 1: Soru 6

Bileşen 2: Soru 2 ve soru 5a

Bileşen 3: Soru 4

Bileşen 4: Soru 1, soru 3 ve soru 4

Bileşen 5: Soru b-j

Bileşen 6: Soru 7

Bileşen 7: Soru 8 ve soru 9

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

İsim: _____ Tarih: _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

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

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

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

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

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

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

Kesinlikle endişelendirmiyor	Biraz endişelendiriyor	Oldukça endişelendiriyor	Çok endişelendiriyor	Çok fazla endişelendiriyor
0	1	2	3	4

Puanlama/Yorumlama Yönergesi:

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = _____

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

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

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et-kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor-landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Başak

Soyadı Aktürk

Doğum Yeri ve Tarihi Ankara 17/ 12/ 1982

Eğitimi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006), Ankara Ayrancı Lisesi (2000), Yenimahalle Yunus Emre Ortaokulu (1996), Çanakkale Gazi ilkokulu

Yabancı Dili İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar -

Bilimsel Etkinlikleri -