



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ BOZUKLUĞU
OLAN VE OLMAYAN BİREYLERİN
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE, DİSSOSİYASYON,
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
RUMİNASYON DEĞİŞKENLERİ
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

SEYYİDE ŞİFA GÖKTAŞ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ENGİN EMREM BEŞTEPE**

**KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
MAYIS/2025**

İTHAF

“Eşim Muhammed Ali, oğlum Balamir ve Kızım Belma’ya ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

İzaha gerek kalmadan beni hep göğsünde yumuşatan, mesleğine olan saygı ve sevgisini hiç kaybetmemiş, her ne yaşanırsa yaşansın ahlaki değerlere sadık kalmayı mihenk taşı edinmiş kılavuzum babam Dr. Ekrem YILMAZ'a, azim ve kararlılığıyla bahanelere sığınmamayı bizlere öğreten ve hep örnek olan annem Dr. Öğr. Üyesi Ayten YILMAZ'a, her anlamda desteklerini sunan kardeşlerim Dr. İsmail Zahid YILMAZ, Dr. Sena AKBAŞ ve Mahmud Ragıp YILMAZ'a çok teşekkür ederim. Sizler olmasaydınız yaşama ait adımlarımı bu kadar sağlam atamazdım.

Öğrencilik hayatım boyunca her daim bana inandığını dile getiren ve hissettiren, alandaki profesyonelliğine ve karakterine hayran olduğum danışman hocam Prof. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE'ye teşekkür ederim. Zira sadece dar zamanlarımda değil, sevincimde de orada olduğunuzu biliyordum.

Yaşamın içerisinde bana güçlü yanlarımı keşfettiren, yorulduğumda nefes olan, akademiye olan muhabbetimi perçinleyen, özverisini esirgemeyen ve bir an olsun üzerime titremeyi bırakmamış değerli eşim Yüksek Gıda Mühendisi Muhammed Ali GÖKTAŞ'a, anneliği ilk kez onunla tattığım, ruhu da kendi gibi güzel olan Bal oğlum Balamir GÖKTAŞ'a, hanemize geldiği günden beri şükür sebebiz, pamuk kızım Belma GÖKTAŞ'a kalbi şükranlarımı sunuyorum. Göz aydınlığımız oldunuz. İyi ki doğdunuz, iyi ki benim yavrum oldunuz. Bu serüvende tezi hep beraber yazdık diyebiliriz.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ÖZET	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. UYKU NEDİR?	4
2.2. UYKU BOZUKLUKLARI.....	4
2.3. UYKU ARAŞTIRMALARININ TARİHÇESİ	6
2.4. UYANIKLIK NEDİR?	7
2.5. UYKU-UYANIKLIK DÖNGÜSÜ.....	7
2.6. UYKUNUN NÖROFİZYOLOJİSİ	9
2.7. UYKU EVRELERİ VE NİTELİKLERİ.....	12
2.7.1. Evre Wake: Uyanıklık	12
2.7.2. Evre NREM1	12
2.7.3. Evre NREM2	13
2.7.4. Evre NREM3	14
2.7.5. Evre REM	14
2.8. GENEL İLKELER VE KAYIT YÖNTEMLERİ	15
2.9. UYKU VE BELLEK KONSOLİDASYONU	16
2.10. İNSOMNİ (UYKUSUZLUK BOZUKLUĞU)	17
2.10.1. Klinik Özellikler	18
2.10.2. Kronik İnsomni Tanı Kriterleri.....	19
2.10.3. Kısa Süreli İnsomni Tanı Kriterleri	20
2.10.4. İnsomnide Etiyoloji.....	20
2.10.5. Uykusuzluk Bozukluğunun Klinik Alt Tipleri	23
2.10.5.1. Psikofizyolojik insomni	23
2.10.5.2. İdiyopatik insomni	24
2.10.6. Tedavi	25
2.10.7. Uyku Hijyeni Eğitimi.....	25

2.10.8. İnsomnide Farmakolojik Sağaltımlar.....	26
2.11. HİPERSOMNİLER (AŞIRI UYKULULUK)	28
2.11.1. Hipersomnide Etiyoloji ve Epidemiyoloji	30
2.11.2. Hipersomninin Nöroanatomi ve Fizyopatolojisi.....	31
2.11.3. Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar.....	31
2.11.4. Aşırı Uykululuk Klinik Alt Boyutları.....	32
2.11.4.1. Narkolepsi	32
2.11.4.2. İdiyopatik hipersomni	36
2.11.5. Hipersomnide Farmakolojik Tedavi	37
2.12. DİSSOSİYASYON.....	38
2.13. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	39
2.13.1. İstismar Türleri ve İhmal	41
2.13.1.1. Fiziksel istismar	41
2.13.1.2. Cinsel istismar:	42
2.13.1.3. Duygusal istismar:	43
2.13.1.4. İhmal	45
2.14. RUMİNASYON	45
2.15. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	49
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	49
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	50
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	50
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	50
3.3.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	51
3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)	52
3.3.5. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)	53
3.4. VERİ ANALİZİ.....	53
4. BULGULAR.....	56
4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BULGULAR	56
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler	56
4.1.2. Çalışma Özellikleri ve Gelir Düzeyi.....	58
4.1.3. Sigara, Alkol, Madde ve Kafein Kullanımı	59
4.1.4. Yeme ve Uyuma Alışkanlıkları ile Genel Sağlık Durumu	60
4.1.5. Deney Grubundaki Katılımcıların Aldıkları Tanı ve Uyku Bozukluğu Özellikleri	62

4.1.6. Deney Grubundaki Katılımcıların Kalıtsal ve Kronik Hastalıklarına İlişkin Bulgular	64
4.2. HİPOTEZLERE YÖNELİK BULGULAR	66
4.2.1. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Puanlarının Karşılaştırılması	66
4.2.2. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Ruminasyon Puanlarının Karşılaştırılması	67
4.2.3. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Dissosiyasyon Puanlarının Karşılaştırılması	68
4.2.4. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Çocukluk Çağı Travma Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
4.2.5. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi	71
4.2.6. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Ruminasyon Üzerindeki Etkisi	73
4.2.7. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi	75
4.2.8. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Ruminasyon Üzerindeki Etkisi	77
4.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ DİSSOSİYASYON VE RUMİNASYON ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN KONTROL GRUBUNDA TESPİTİ	79
4.3.1. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi	79
4.3.2. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Ruminasyon Üzerindeki Etkisi	81
4.3.3. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi	83
4.3.4. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Ruminasyon Üzerindeki Etkisi	85
4.4. İNSOMNİ/HİPERSOMNİ BOZUKLUĞU BULUNAN BİREYLERDE ALINAN TANIYA GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR.....	86
4.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE, RUMİNASYON, DİSSOSİYASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	88
4.5.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	89
4.5.2. Ruminasyon Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	91
4.5.3. Dissosiyasyon Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	95
4.5.4. Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	98
5. TARTIŞMA	102

5.1. İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DİSSOSİYASYON, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, RUMİNASYON, DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ.....	103
5.2. İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DİSSOSİYASYON, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, RUMİNASYON VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTENİN KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ.....	111
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	117
KAYNAKLAR	119
EKLER.....	137



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Çocukluk çağı travmaları ölçeği Cronbach Alpha güvenirlik bulguları	51
Tablo 3.2: Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği Cronbach Alpha güvenirlik bulguları.....	52
Tablo 3.3: Ölçek puanlarına ait çarpıklık ve basıklık değerleri.....	54
Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	56
Tablo 4.2: Katılımcıların çalışma özellikleri ve gelir düzeylerine göre dağılımı	58
Tablo 4.3: Katılımcıların sigara, alkol, madde ve kafein kullanım özelliklerine göre dağılımı	59
Tablo 4.4: Katılımcıların yemek yeme, uyuma ve sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı	61
Tablo 4.5: Deney grubundaki katılımcıların aldıkları tanı ve uyku bozukluğu ile ilgili çeşitli özellikleri	63
Tablo 4.6: Deney grubundaki katılımcıların kalıtsal hastalıklarına ilişkin bulgular	64
Tablo 4.7: Deney grubundaki katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin bulgular.....	65
Tablo 4.8: Deney ve kontrol gruplarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.9: Deney ve kontrol gruplarının ruminasyon puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.10: Deney ve kontrol gruplarının dissosiyasyon puanlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.11: Deney ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma puanlarının karşılaştırılması (normal dağılım gösterenler)	69
Tablo 4.12: Deney ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma puanlarının karşılaştırılması (normal dağılım göstermeyenler).....	70
Tablo 4.13: Deney ve kontrol gruplarında çocukluk çağı travma varlığının karşılaştırılması (kesme puanlarına göre).....	70
Tablo 4.14: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerindeki etkisi	72

Tablo 4.15: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisi.....	74
Tablo 4.16: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi.....	76
Tablo 4.17: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisi	78
Tablo 4.18: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerindeki etkisi	80
Tablo 4.19: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisi.....	81
Tablo 4.20: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi	83
Tablo 4.21: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisi	85
Tablo 4.22: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları, ruminasyon, dissosiyasyon ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması.....	87
Tablo 4.23: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler	89
Tablo 4.24: Ruminasyon düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler	92
Tablo 4.25: Dissosiyasyon düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler.....	95
Tablo 4.26: Çocukluk çağı travmaları düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler	99

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile dissosiyasyon arasındaki ilişki.....	73
Şekil 4.2: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ruminasyon arasındaki ilişki.....	75
Şekil 4.3: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişki.....	77
Şekil 4.4: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki.....	79
Şekil 4.5: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile dissosiyasyon arasındaki ilişki.....	81
Şekil 4.6: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ruminasyon arasındaki ilişki.....	82
Şekil 4.7: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişki.....	84
Şekil 4.8: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki.....	86

SİMGELER VE KISALTMALAR

APB	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BSR	: Bulbar Senkronize Sistemi
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.Basım
DYÖ	: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrokülografi
GAUH	: Gündüz Aşırı Uykululuk Hali
İH	: İdiyopatik Hipersomni
MSLT	: Çoklu Uyku Latans Testi
NREM	: Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı
OSS	: Otonom Sinir Sistemi
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Revizyon
ICSD	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması
PSG	: Polisomnografi
RAS	: Retiküler Aktivasyon Sistemi
REM	: Hızlı Göz Hareketleri
RDBÖ	: Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği
SOREM	: Uyku Başlangıcında REM Uykusu

İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ BOZUKLUĞU OLAN VE OLMAYAN BİREYLERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE, DİSSOSİYASYON, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE RUMİNASYON DEĞİŞKENLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada insomni ve hipersomni alt boyutlarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dissosiyasyon, Çocukluk Çağı Travma ve Ruminasyon ile ilişkisinin incelenmesi, bahsi geçen uyku bozukluklarının çok boyutlu ele alınması, epidemiyolojik ve etiyolojik çerçevede değerlendirilmesi, izole semptomların ve devre dışı bırakılan normal varyantların araştırılması ve insomni ve hipersomni psikiyatrik hastalıkları sağaltımı için bir tedavi planı sunulması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (ASRS), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ) olmak üzere beş bölümden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır. Deney grubu verileri 05.06.2023-12.08.2024 tarihleri arasında T.C. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden toplanmış olup, 18-65 yaş arası psikofizyolojik ve idiyopatik insomni, narkoleptik ve idiyopatik hipersomni tanısı almış 113 katılımcıyı kapsamaktadır. Kontrol grubu verilerine ise kartopu örnekleme metodu ile ulaşılmış olup 252 katılımcıdan oluşmaktadır. Deney ve kontrol gruplarını karşılaştırmak amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır. İnsomni veya hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerde çeşitli etkilerin tespiti için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite, ruminasyon, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon puanlarının, tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon, ruminasyon gelişiminde önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Yine tanılı hastalarda, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon ve ruminasyon gelişiminde önemli bir role sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite, ruminasyon, dissosiyasyon, çocukluk ağı travmalarını ele aldığımızda ve sosyodemografik sorular çatısından bakıldığında insomni ve hipersomni ile paydaş oldukları, aynı paterni paylaştıkları, pek çok ortak etiyolojik nokta barındırdıkları görölmektedir. Üstelik bu 4 değişkenin birbirleriyle sıklıkla komorbid olduğu neticesine ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk ağı Travmaları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dissosiyasyon, Hipersomni, İnsomni, Ruminasyon



RESEARCH OF INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT INSOMNIA AND HYPERSOMNIA DISORDERS IN TERMS OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY, DISSOCIATION, CHILDHOOD TRAUMAS AND RUMINATION VARIABLES

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between the sub-dimensions of insomnia and hypersomnia and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Dissociation, Childhood Trauma and Rumination, to address the aforementioned sleep disorders in a multidimensional manner, to evaluate them within an epidemiological and etiological framework, to research isolated symptoms and normal variants that are disabled, and to present a treatment plan for the treatment of insomnia and hypersomnia psychiatric diseases.

Materials and Methods: In the study, a data collection tool consisting of five sections was used: Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Scale (CTS), Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Scale (ASRS), Dissociative Experiences Scale (DSS) and Ruminative Thought Style Scale (RTS). The experimental group data were collected from the Republic of Türkiye, Istanbul Erenköy Psychiatric Hospital between 05.06.2023 and 12.08.2024, and included 113 participants aged 18-65 diagnosed with psychophysiological and idiopathic insomnia, narcoleptic and idiopathic hypersomnia. The control group data was obtained using the snowball sampling method and consisted of 252 participants. Chi-square analysis was performed to compare the experimental and control groups. Simple linear regression analysis was applied to determine various effects in individuals diagnosed with insomnia or hypersomnia disorder.

Results: The findings strongly indicate that individuals diagnosed with insomnia/hypersomnia disorder have significantly higher scores for attention deficit and hyperactivity, rumination, childhood traumas, and dissociation than those without a diagnosis. It has been determined that attention deficit and hyperactivity play an important role in the development of dissociation and rumination in individuals with

insomnia/hypersomnia disorder. It has also been determined that childhood traumas play an important role in the development of dissociation and rumination in diagnosed patients.

Conclusion: When we consider attention deficit and hyperactivity, rumination, dissociation, childhood traumas and when we look at them from the perspective of sociodemographic questions, we see that they share the same pattern with insomnia and hypersomnia, and that they have many common etiological points. Moreover, it has been concluded that these 4 variables are often comorbid with each other.

Key Words: Attention Deficit and Hyperactivity, Childhood Traumas, Dissociation, Hypersomnia, Insomnia, Rumination



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku, geri döndürülebilen bir bilinçsizlik durumu olmasıyla beraber, yalnızca vücudun dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu hayata tekrardan hazırlayan bir aktif yenilenme dönemini ifade etmektedir (1). Bu haliyle uyku, kişinin hayat kalitesi ve iyilik halini etkileyen sağlığın elzem bir değişkeni olarak kabul edilmektedir (2). İşlevsellikte bozulmanın görüldüğü ve yaşam kalitesinde düşmeye rastlanan uyku sorunları ya da bozuklukları başka bir bedensel ya da mental rahatsızlığın bir semptomu olabileceği gibi, başlı başına bir rahatsızlık olarak da karşımıza çıkmaktadır. Uyku bozukluklarından insomni ise, uyku için yeterli imkan ve fırsat olmasına rağmen süregelen bir biçimde uykuya başlamada, uykuyu devam ettirmede, konsolide ve kaliteli uyumada zorluk ve neticede gün içi işlevsellikte bozulmalarla karakterizedir (3). Diğer taraftan hipersomni, aşırı uyku gereksinimi ve fazla uyku süresi ile bilinen bir uyku bozukluğudur. Hipersomnide birey, gece uykusunun 7 saat veya daha çok olmasına karşın gün içerisinde tekrar tekrar uykuya dalma, uyumak isteme veya aşırı uykusuzluk yakınmalarına sahiptir (4).

Ruminasyon, kişinin içerisinde yer aldığı duygu durumu ve olası neden sonuçları tekrar tekrar düşünmesi ve sorunu çözmek adına harekete geçmemesi olarak açıklanmaktadır (5). Ruminatif kişiler kendilerini soyutlar biçimde devamlı sorunları üzerine kafa yormakta ve bu sorunların getirdiği negatif duygu duruma odaklanarak bir çıkış yolu bulmaya çalıştıklarını düşünmektedirler. Her ne kadar gerçekte bazı çözüm yollarına ulaşırsalar da bu ürettikleri çözüm yollarını uygulamaya koymaktansa olayların negatif tarafına daha çok kanalize olmakta ve olumsuz yaşantının neticelerini uzun müddet hissetmektedirler (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde 178 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, ruminasyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan kişilerin stres ve uyku öncesi uyarılma puanlarının ruminatif düşünme biçimine sahip olmayan ve düşük anksiyete düzeyi olan bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (7).

Dissosiyasyonda, bilinçte, hafızada, beden algısında, kimlikte, davranışta ve motor beceri alanlarının bütünlüğünde ayrışma ve sürekliliğin bozulması vardır (8). Dissosiyasyonların meydana gelmesinde çevreden gelen ileri düzeyde stres verici etkilerin rol oynadığı bilinmektedir. Dissosiyatif bozuklukların komorbiditesi en yüksek olduğu hastalık ise kronik ve gelişimsel bir stres etkeni olarak değerlendirilebilecek

çocukluk çağı travmalarıdır (9). Öte yandan, uyku bozuklukları ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiye dair pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, hem yaş hem de cinsiyetin kovaryant olarak kullanıldığı uyku kalitesi ile ilgili bir çalışmada katılımcıların dissosiyatif semptomları incelenmiş ve dissosiyasyonun aracılık rolüne vurgu yapılmıştır (10).

Çocukluk çağı (erken dönem) kişiliğin şekillendiği ve geleceğe dair temellerin atıldığı insan yaşamının önemli gelişim dönemlerinden biridir. Travma ise, bireyin mental ve ruhsal hayatını negatif açıdan etkileyen, benliğin gelişimini sekteye uğratan, bozan, durduran, zarar verici nitelikteki yaşantıları ifade etmektedir (11). Kempe ve Helfer (12) çocukluk çağı travmalarını, anne-babanın ya da bir diğer birincil bakımverenin yaptığı veya yapması gerekirken yapmadığı davranışlar neticesinde çocuğun ruhsal bütünlüğünün hasara uğraması şeklinde betimlemişlerdir. Çocukluk çağı travmaları yetişkinlik erasında anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dissosiyatif bozukluklar ve uyku bozuklukları için mühim bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (13).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve dürtüsellik kavramları kullanılarak açıklanmaktadır. Yakın dönem çalışmaları, DEHB' nin, çocuklukta ve ergenlikte en sık rastlanan sorunlardan biri olduğunu göstermektedir (14). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Sorunlarının tartışıldığı bir derleme incelendiğinde, DEHB'si olan pek çok hastanın birincil uyku şikâyeti bulunduğu veya uykuda zorlanması olan çoğu hastanın DEHB şikâyetleriyle polikliniklere başvurduğu raporlanmıştır (15).

Bu tez çalışmasında insomni (aşırı uykusuzluk) ve hipersomni (aşırı uykululuk) alt boyutlarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Dissosiyasyon, Çocukluk Çağı (Erken Dönem) Travma ve Ruminasyon ile ilişkisinin incelenmesi, bahsi geçen uyku bozukluklarının çok boyutlu ele alınması, epidemiyolojik ve etiyolojik çerçevede değerlendirilmesi, izole semptomların ve devre dışı bırakılan normal varyantların araştırılması ve insomni ve hipersomni psikiyatrik hastalıkları sağaltımı için bir tedavi planı sunulması amaçlanmaktadır. Yürütülen çalışmanın ruh sağlığı profesyonellerine ve alanyazına katkı sağlaması bir diğer hedeflenenler arasındadır.

Çalışmanın hipotezleri sırasıyla aşağıda detaylandırılmıştır:

1. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu tanısı almış bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.
2. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu tanısı almış bireylerin Ruminasyon puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.
3. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu tanısı almış bireylerin Dissosiyasyon puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.
4. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Travma puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.
5. İnsomni/Hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite düzeyi arttıkça, Dissosiyasyon düzeyinde de anlamlı artış olacaktır, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Dissosiyasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.
6. İnsomni/Hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite düzeyi arttıkça ruminasyon düzeyinde de anlamlı bir artış olacaktır, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ruminasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.
7. İnsomni/Hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları puanları arttıkça dissosiyasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olacaktır, Çocukluk Çağı Travmaları Dissosiyasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.
8. İnsomni/Hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları puanları arttıkça Ruminasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olacaktır, Çocukluk Çağı Travmaları Ruminasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYKU NEDİR?

Uyku en genel tanımıyla, bütün memelilerde enerjinin korunmasını sağlayan, sinir sistemindeki gelişim ve onarımda kilit rol oynayan doğal bir süreçtir. Otomatik işlevler, bilişsel fonksiyonlar, davranış ve hücre içi yapıları kontrol altında tutan sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik mekanizmanın pek çok bileşeni ile korelatiftir (16, 17). Geçmiş dönemlerde varsayılanın aksine uyku, karmaşık, çeşitli nöron gruplarının etkilendiği, aktif ve yüksek düzeyde düzenlenmiş fonksiyona sahip başka bir bilinçlilik hali olarak açıklanmaktadır (18). Bu anlamda uyku, insanoğlunun hayatını normal ve sağlıklı sürdürebilmesi için bireyin yaşamında ciddi bir öneme ve yere sahiptir denebilir. Bütün canlıların işlevselliklerini devam ettirebilmeleri adına uykuya gereksinimleri vardır. Abraham Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisine göre, Fizyolojik İhtiyaçlar kapsamına giren ve piramidin en alt basamağında yer alan uyku, insan hayatı için en temel, birincil gereksinimlerden biridir. Diğer bir ifadeyle, uyku yaşam için mecburidir (19).

Bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yetişkinlik ve yaşlılarda uyku başkalık göstermektedir. Bireyin gereksinim duyduğu ve dinlenmiş olarak uyandığı uyku süresi kişiden kişiye farklılık taşımaktadır. Yine de normal uyku süresi yetişkinlerde 6-8 saat arası olup, toplumdaki insanların %85'i normal uyku süresinde seyretnmektedir (20). Uyku ve bütün biyolojik yapılar arasında hem denetlenmeyi hem de düzenlenmeyi bulunduran karşılıklı etkileşimler mevcuttur. Uykunun fonksiyonları ise şu şekilde sıralanmaktadır: yorulan organların dinlenmesi ve düzenlenmesi, vücut ısısının regülasyonu, bellek ve öğrenme işlevlerinin devam ettirilmesi, serbest radikallerinin hücre içinden çıkarılması, enerji depolarının hazırlanması ve immün sistemin düzenlenmesi (21, 22).

2.2. UYKU BOZUKLUKLARI

İnsanların geceleri uyuyarak geçirmesi, gündüzleri ise aktivitesini devam ettirmesi olarak süregelen düzenlemeye "sirkadyen ritim" denmektedir. Bu ritmin

bozulduğu durumlarda ise sirkadyen ritim bozukluklarından söz etmek mümkündür (23). Uyku bozukluklarının farklı nitelikleri olduğu belirtilmektedir. Bu nitelikler ya uykunun miktarı ve kalitesiyle alakalı problemler (uykusuzluk, aşırı uyku, uyku ritim değişikliği vd.) veyahut uyku esnasında yaşanan anormal hadiseleri (uykuda dış gıcırdatma, uyurgezerlik, uykuda korku nöbetleri, horlama vd.) içermektedir (24).

Uyku bozukluğu başka bir fiziksel veya mental hastalığın bir semptomu şeklinde meydana gelebileceği gibi başlı başına bir rahatsızlık olarak da ortaya çıkabilmektedir. Günümüze kadar uyku bozuklukları pek çok sınıflandırılmaya tabii tutulmuştur. 1975 senesinde kurulan Uyku Bozuklukları Merkezleri Derneği (UBMD), uyku bozukluklarını ilk kez 1979 senesinde sınıflandırmış ve dört temel grupta değerlendirmeye almıştır. 1991 senesinde tekrar ele alınan sınıflandırma, ayrıntılı bir biçimde incelendikten sonra Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders) ismiyle yayımlanmıştır (25). Devamında 2005 senesinde bilinen tüm uyku ve arousal bozuklukları tanımlanarak, uyku bozukluklarında yeni bir sınıflamaya gidilmiş ve ICSD-2 ortaya çıkmıştır (26). 2014 yılında ise güncel halini içeren 3. versiyon ICSD-3'te uyku bozuklukları yedi ana kategoride sınıflandırılarak alanyazına kazandırılmıştır (27).

Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, 5. baskısında (DSM-5) ise uyku-uyanıklık bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (28):

- Uykusuzluk (insomnia) bozukluğu, Aşırı uykululuk (hipersomnolans) bozukluğu,
- Narkolepsi,
- Solunumla ilişkili uyku bozuklukları (uyku ile ilişkili hipovekilasyon, merkezi uyku apnesi, tıkalıcı uyku apnesi hipopnesi),
- Yirmi dört saatlik düzenle ilgili uyku-uyanıklık bozuklukları,
- Parasomniler (NREM uyku evresi bozukluğu, karabasan bozukluğu, REM uyku evresi bozukluğu),
- Huzursuz bacaklar sendromu,
- Maddenin/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu

Uyku kalitesinde niteliksel ve niceliksel bağlamda negatif yönlü farklılık meydana geldiğinde emosyonel değişkenliğe ve dikkatte ve bellekte bozukluklara rastlanabilmektedir. Normal çalışma veriminde azalmalar gözlemlendiği gibi;

kronobiyolojik değişimlerin eşlik ettiği durumlarda bu semptomların şiddetinin daha da arttığı bilinmektedir (29).

Uyku bozukluklarının etiyolojisine bakıldığında, kronik ağrıların geniş çaplı etkilerinin incelenmesi sonucu hastalarda sosyal uyumda bozukluk, anksiyete, mobilitede düşüş, iştahta azalma, depresyon ve uyku bozukluğu vb. birçok fiziksel ve psikolojik sonuçlar doğurduğu tespit edilmiştir (30). Örneğin, spinal kordda modüle edilen ağrı sinyalleri iştah ve uyku değişiklikleri gibi otonomik değişikliklerin meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (31). Yine kronik ağrı kaynaklı limbik yapıda artan uyarım neticesinde depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları ağrıya komorbid şekilde görülmektedir (32).

Vardiyalı çalışma sirkadiyen ritim bozukluklarında en sık görülen nedenselliklerden biridir. Bugüne dek yapılan çalışmalar uyku bozuklukları, trafik ve iş kazaları arasındaki anlamlı korelasyonu gözler önüne sermektedir. Ancak vardiyalı çalışmaya dair ortaya pek ürün konmamıştır (33). Türkiye’de vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku bozuklukları ile bağıntılı belirtilerin prevalansını tespit etmek ve iş kazaları ile ilişkisini belirlemek amaçlı yürütölen bir araştırmada bulgular vardiyalı çalışan hemşirelerde gündüz uykululuk haline daha sık rastlandığını ve uyku hali ile iş kazalarının anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (34).

2.3. UYKU ARAŞTIRMALARININ TARİHÇESİ

Uykuya neden olan faktörler, insanların neden uyumaya ihtiyaç duyduğu, uykudayken neler olup bittiği ve rüyalar tarih boyunca hep merak konusu olmuştur. 17. yüzyıla kadar geöen dönemde ise uyku farklı kültür ve etnisitelere rağmen benzer şekillerde algılanmış, bu minvalde yorumlanmıştır (35). Yaşamımızın takriben 1/3’ü (3000 saat/yıl) uykuda geçmektedir (36). Yüzyıllardır tartışılğelen uyku, kimilerince “ölümün kardeşi” olarak ifade edilirken, Shakespeare Hamlet adlı eserinde uykuyu “hayatın geçici bir tatili” şeklinde tanımlamıştır (37).

Mısır tıbbına dair bilgileri günümüze dek ulaşabilen papirüsler sayesinde edinebilmekteyiz. Uyku ve uyku ile ilintili bozukluklar papirüslerin hayli az bir kısmında yer almaktadır. Örneğin, dünyanın en eski yazıtlarından olan M.Ö. 16.yya ait Edwin-Smith papirüsünde ve Eski Mısır tebabeti ile ilgili bilgiler barındıran Ebers papirüsünde insomninin sağaltımını içeren yöntemler bulunmaktadır (38). Bu yazıtlarda haşhaş

tohumunun ağrıya iyi geldiği ve insomni hastalığının tedavisinde yarar sağladığına dair bilgiler mevcuttur. Yine it üzümünün de haşhaşla benzer biçimde insomninin sağaltımında kullanıldığı ve işe yaradığı kaynaklarda geçmektedir (39).

Uykuya dair hipotezler Hipokrat, Aristo, Pavlov, Freud tarafından ortaya konmuş ve uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temelleri incelenmiştir (40). Robert MacNish'in 1834 senesinde yayımladığı "The Philosophy of Sleep" adlı kitabında uyku "ölüm ile uyanıklık arasında bir dönem" şeklinde açıklanmış ve uzun bir müddet bu görüş takip edilerek uykunun pasif bir süreç olduğu düşüncesi hakim olmuştur (41). Hans Berger'in 1928 senesinde hayata geçirdiği elektroensefalografi uygulaması ise uyku çalışmalarında önemli bir yere sahiptir (42). Psikiyatrist ve rüya bilimcisi Allan Hobson 1989 senesinde yazıya döktüğü "Sleep" isimli eserinde son 60 yılda uykuya dair öğrenilenlerin geçen 6000 yıla kıyasla daha fazla olduğunu altını çizmiştir.

Günümüzde, Türkiye ve dünya genelinde uyku bozukluklarının saptanması ve sağaltımı için modern uyku laboratuvarları kurulmuş ve işlerlik kazanmıştır. Örneğin, uyku apne sendromunun tespit edilmesi adına polisomnografi cihazıyla ölçümler yapılması gerekli olduğu kadar yeterlidir de. Uyku laboratuvarlarının standardizasyonunda ise Avrupa Uyku Araştırmaları Derneği (AUAD) standartları esas alınmaktadır (43).

2.4. UYANIKLIK NEDİR?

Yatakta gözlerin kapalı olduğu zaman alfa aktivitesi hakimdir. Polisomnografi (PSG) ölçümlerinde 30 saniyelik bir epokta %50'den fazla alfa aktivitesi saptanıyorsa bu epok "uyanık" şeklinde değerlendirilir. Gözlerin açık olduğu durumda ise mikst beta aktivitesinden söz edilebilir. Uyanıklık halinde Elektromiyografi (EMG) yüksek tonüse sahiptir. Elektrookülografi'de (EOG) hızlı devinimler ve göz kırpmalar görülmektedir (44).

2.5. UYKU-UYANIKLIK DÖNGÜSÜ

Uykunun başlatılması ve devam ettirilmesi sürecinde kortikal ve subkortikal olmak üzere birçok beyin bölgesi bu işlemde aktif rol almaktadır. Borbely'in ikili süreç modeli, insanlardaki uyku-uyanıklık döngüsü konusuna bir açıklama getirmiştir. Bu teoriye göre, uyku-uyanıklık döngüsü, çevrimsel ve homeostatik faktörlerin etkisiyle

meydana gelmiştir. Döngüsel faktörler, günün belli saatlerinde uykuya eğilimin daha çok ya da daha az olmasını sağlamaktadır (45).

Uyku-uyanıklık siklusu, biyolojik ritimle bağıntılı olarak gerçekleşmektedir ve oluşumunda 24 saat devam eden safhaların tekrarlanması ile oluşan sirkadyen ritim belirteçtir (46). Gündüz-gece değişimiyle ortaya çıkan bu 24 saatlik döngü (sirkadyen ritim) hipotalamusta iki kutuplu olarak yer alan suprakiazmatik nükleuslar vasıtasıyla denetlenmektedir. Ritmin varlığında rol oynayan en güçlü uyarıcı ise güneş ışığıdır (47). Işık uyaranlarının suprakiazmatik nükleusa tesiri retinal fotoreseptörler aracılığıyla olmaktadır. Melatonin sentezi de yine bu uyaranlara bağlı gelişen bir mekanizmadır. Melatonin, suprakiazmatik nükleusun ritmik aktivitesiyle ilintili şekilde salgılanmaktadır ve karanlıkta en yüksek seviyeye ulaşarak geri besleme düzeneğiyle bahsi geçen nükleusun aktivitesini organize etmektedir. Işığın uyulan yerde bulunmamasıyla hipotalamusta nöroendokrin örgütlenmeler başkalaşmaktadır ve melatonin başta olmak üzere birtakım hormonların salgılanması ya da baskılanması yoluyla uykunun başlatılmasına yardımcı olunmaktadır (48).

Uyanık geçen zaman arttıkça homeostatik uyku dürtüsünde de artış görülmektedir. Araştırmacılar, uyanık kalınan süre uzadıkça somnojen (endojen uyku verici) olarak da isimlendirilen adenosin ve çeşitli hormon ve stokinlerin, bilhassa bazal ön beyinde eşik değerini aşarak biriktiğini bildirmektedirler. Çalışmalar, bu üst sınırın üstüne çıkılması durumunun homeostatik uyku ihtiyacını arttırdığı yönünde bulgular sunmaktadır (49).

Sirkadyen döngülerin fiziksel, sosyal ve aydınlık-karanlık vb. çevresel etmenlerden etkilendiği bilinmektedir (50). Öte yandan biyolojik olaylardaki ritmik öğeleri bireysel nitelikler bağlamında inceleyen kronobiyoloji ile korelatif olan kronotip kavramı ise, kişilerin sirkadyen fazlarını simgelemektedir. Bu fazlar bireyin fiziksel fonksiyonlarının, hormon seviyelerinin, vücut ısısının, kognitif yetkinliklerin, yeme ve uyku düzenlerinin günün hangi saatinde aktif olduğunu ifade etmektedir (51). İnsanların uyku-uyanıklık döngüsü, vücut ısısı, kortizol ve melatonin salgılama zamanı gibi biyolojik ve davranışlar ritimlerdeki başlıklar yönünden farklı kronotipler taşıdığı bilinmektedir (52).

2.6. UYKUNUN NÖROFİZYOLOJİSİ

Periyot, frekans (sıklık) ve evre (faz) bileşenleri ile tanımlanan ritim; evrende, doğada ve insanoğlunun bedeninde biyolojik ritimler şeklinde karşılık bulmaktadır. Saniyeden daha az süren membran iyon kanal değişiklikleri, 24 saatlik ritimler sergileyen uyku-uyanıklık ritimleri veya 28 günlük ritimler gösteren menstrüel döngüler biyolojik ritimlere misal olarak verilebilir (53). Alanyazında tanımlanmış, döngülere göre farklılık gösterebilen 4 biyolojik ritmin varlığından söz edilebilmek mümkündür. Bunlar; 1 günden daha uzun zaman dilimini kapsayan döngüleri ifade eden infradiyen ritim, 24 saatlik döngü için kullanılan sirkadiyen ritim, gündüz ve gün içi döngülerini gösteren diurnal ritim ve 24 saatten daha kısa dakikalar ve saatlerle açıklanabilen döngüleri işaret eden ultradiyen ritim olarak tanımlanmaktadır (54). Biyolojik ritimlerin zamanlamasında bireyler arası fark gözlemlenmektedir. Ritimler arası farkın en açık ara önde olduğu tür ise sirkadiyen ritim olarak karşımıza çıkmaktadır (55).

Uyku, organizma için vazgeçilmesi imkansız bir biyolojik ritimdir. Uzun müddet uykusuz bırakılan canlıların öldüğü, böceklerde sık sirkadiyen ritim değişimlerinin yaşam mühletlerini kısalttığı bildirilmiştir (56). Deney hayvanlarıyla yapılan çalışmalarda uyku inhibisyonunun immün sisteminin zayıflamasına neden olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen hayvanlarda immün sitokin (TNF, IL-1, IL-2, INF) yapımı azalmaktadır ve kolay sepsis ile ölüm meydana gelmektedir. Buradan yola çıkarak, uykunun immün sistemi güçlendiren bir etmen olduğundan söz etmek mümkündür (57).

Otonom sinir sistemi (OSS); termoregülasyon, solunum, kardiyovasküler fonksiyon, nöroendokrin sekresyon, gastrointestinal ve genitoüriner işlevler gibi visseral fonksiyonları düzenleyerek, iç ve dış faktörlere yanıt oluşturmaktadır. Bu yönüyle OSS'nin, hayati fonksiyonların denetiminde kilit role sahip olduğundan bahsedilebilir (58). Uyku ve OSS fizyolojik, anatomik ve nörokimyasal yönden birbirleriyle bir alışveriş içerisinde. Uyku bozuklukları, klinik anlamda otonomik bozukluklara direk sebep olabildiği gibi dolaylı yoldan da etki edebilmektedir. Aynı obstrüktif uyku apnesi, konjenital santral alveoler hipoventilasyon sendromu ve tip 1 narkolepside olduğu gibi insomni de kardiyovasküler ve solunum kontrolü barındıran otonomik bozukluklarla koreledir (59).

Uykusuzluk, biyolojik temelinde tipik biçimde merkezi sinir sistemi veya ottonomik sinir sistemi uyanışına (arousal) ihtiyaç duymaktadır. Örneğin, primer

insomnide sıkça rastlanan uykuya başlamada gecikme elektroensefalografi (EEG) ve elektrokardiyografi bulgularında saptandığı üzere hiperarousaldan etkilenebilmektedir. Yine NREM2 evresini koruyan mekanizmalardan K kompleksleri ve uyku içcikleri otonomik sinir sistemi aktivitesi ile ilişkilidir. Tüm bunlar göz önünde bulundurularak, NREM2 uykusunda K-alfa ve yavaş dalga uykusunda düşük parasempatik otonom sinir sistemi dominansı arasında güçlü bir korelasyon bulunduğu düşünüldükçe, primer insomni döneminde uykuda hiperarousal durumun sürdüğü denebilir (60). Hangi sebeple gelişirse gelişsin, EEG aktivitesi, objektif uyku ölçümleri, hipotalamohipofiziyel eksen aktivitesi, fizyolojik çıktılar ve enflamasyon belirteçleri insomnide uyku kaybı olmadığını, fakat gece müddetince hiperarousala dair bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir (61).

Uykuya içkin ilk nörofizyolojik araştırmalar, ekseriyetle merkezi sinir sisteminin çeşitli alanlarının destrüksiyonu veya stimülasyonu çerçevesinde yürütülmüş, takip eden senelerde ise tek hücre kayıtları önemli hale gelmiştir. Yıllar geçtikçe araştırmalar elektrofizyolojik domenden spesifik kimyasal maddelere odaklanmıştır. Nörotransmitterler ile spesifik nöronlar arasındaki korelasyonun uyku ve uyanıklığın başlatılmasındaki rolü tartışagelmiştir (62). Uyku, pek çok fizyolojik olayın eş zamanlı biçimde gerçekleşmesi ile meydana gelmektedir. Uyanıklık ve uyku düzenlenmesi başta beyin sapı olmak üzere, medulla, hipotalamus, bazal ön beyin gibi pek çok merkez ve nörotransmitterler sorumluluğundadır. Uyanıklık ve uykunun işleyişinde görevli nöronlar orta hat beyin sapı, posterior hipotalamus, pons, dorsolateral meduller retiküler formasyon, mezansefalik santral tegmentum ve anterior hipotalamik-preoptik gibi bölgelerde farklı konsantrasyonlarda bulunmaktadır (63). Diğer bir ifadeyle uyku ve uyanıklığın regülasyonunda talamus, hipotalamus, pineal bez, lokus seruleus, dorsal rafe çekirdeği, ventrolateral preoptik çekirdek, lateral hipotalamus, dorsomedyal hipotalamus, suprakiazmatik çekirdek ve pek çok nörotransmitterin rolü bulunmaktadır. Bu bölgeler türlü nöronal bağlantıları kullanarak birbirleriyle iletişim kurmakta ve uyku-uyanıklık döngüsünün sürekliliğini sağlamaktadırlar (64). Ventrolateral preoptik alan (VLPA) ve Median preoptik alanın (MNPA) birbirleriyle olan iletişimini tetikleyen fenomenler ise sirkadyen ritim ve homeostatik süreç olarak adlandırılmaktadır (65, 66).

Beyin sapında, spinal kortta ve serebral kortekste bulunan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve medullada yer alan Bulbar Senkronize Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR) uyku-uyanıklık döngüsünü koordineli bir

biçimde beraber çalışarak organize etmektedir. Beyindeki bu bölgelerin uyarılması ile uyku (BSR), uyanıklık (RAS) süreçleri aktive olmaktadır. Bu düzenekte bilinen ve 1949 senesinde Moruzzi ve Magoun tarafından tanımlanan RAS'ın işlevi; görme, işitme, dokunma ve ağrı uyaranlarını alarak serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olması ve bu yolla kişinin uyanık kalmasını sağlamasıdır (67). Birey uyumaya niyetlendiğinde, RAS'a gelen uyarılar azalmaktadır ve ortam, çevresel koşullar da müsaitse RAS'ın aktivasyonu yavaşlamaktadır. Böylelikle, BSR aktivitesi artarak kişinin uykuya dalmasını sağlamaktadır. BSR aktivasyonu, RAS'ın tekrar uyarılmasıyla beraber kişi tekrar uyanıncaya kadar sürmektedir (68). Tüm bunlar yaşanırken, uyku esnasında ise vücut sıcaklığı ve kortizol seviyesi düşmekte, melatonin salgısı artmaya başlamaktadır (69).

Uyku ile ilintili nörotransmitterler Serotonin, Dopamin, Asetilkolin, Noradrenalin, Gaba-Aminobutirik Asit (GABA) ve Adenozin olarak sıralanırken, uyanıklık ile ilişkili nörotransmitterler Asetilkolin, Noradrenalin ve Histamin olarak bilinmektedir (70). Yine Glutamat, substans P, interleukin-1 ve prostaglandinler gibi nörotransmitter ve peptidler uyku ve uyanıklıkta mühim rollere sahiptir (71). Örneğin, kedilerde serebral ventriküle serotonin verilmesinin uykuyu indüklediği, serotonin sentezinin baskılanmasının ise uzun süreli insomniye sebep olduğu saptanmıştır. Fakat sonraki araştırmalar dorsal rafe alanının elektriklerle uyarılması neticesinde uyanıklığın meydana geldiğini, soğutulmasının ise uyanıklık yanıtını doğurduğunu göstermektedir (72, 73).

Bütün memeli hayvanlarda ve kuşlarda uyku, hızlı göz hareketlerinin (REM) olduğu ve hızlı göz hareketlerinin (NREM) olmadığı iki farklı kısımdan meydana gelmektedir. Yetişkin bir bireyde uyku ortalama 90-110 dk sürerken, 4-6 siklus halinde tekrar etmektedir. Uyanık halden sonra NREM uykusuna, peşine de REM uykusuna geçilmektedir (74, 75). 1968 senesinde yayımlanan Rechtschaffen'nin el kitabına göre uyku süresinin %75-80'nini oluşturan NREM uykusu 4 evreye ayrılmaktadır (76). Rechtschaffen ve ekibi insanlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalar neticesinde uyku evrelerinin terminolojisi, metotları ve skorlama sistemlerini oluşturan bir makale yayınlamışlardır. Takriben 40 sene boyunca bu makale baz alınarak değerlendirme yapılırken, American Academy of Sleep Medicine (AASM) bu makalede düzenlemeye giderek yeni bir yönerge oluşturmuştur ve bu yönerge 2000'li yılların başından beri uzmanlarca takip edilmektedir (77).

2.7. UYKU EVRELERİ VE NİTELİKLERİ

Uyku evrelerinde sınıflandırmaya gitmek, uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku bozukluğu tanı ve sağaltımında mühim bir role sahiptir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisine (AUTA) göre uyku evreleri NREM (hızlı göz hareketi içermeyen), REM (hızlı göz hareketi içeren) ve uyanıklık olmak üzere 3 ana evrede ele alınmaktadır (78). Bu uyku evreleri elektroensefalografi (EEG), elektromiyografi (EMG), elektrookülografi (EOG) gibi nörofizyolojik parametrelerle belirlenmektedir. NREM uyku sessiz uyku, diğer bir deyişle yavaş uyku olarak da açıklanmaktadır. Sonraki uyku safhası ise hızlı göz hareketlerinin görüldüğü REM uykusudur. Bu evre, aktif, paradoksikal ve hızlı olarak da adlandırılmaktadır (79).

2.7.1. Evre Wake: Uyanıklık

Yatakta gözlerin kapalı olduğu zaman alfa aktivitesi hakimdir. Alfa ritmi 8-13 Hz frekansında seyretmektedir. 0.5-2 Hz'lik vertikal göz kırpmaları gözlenmektedir. Gözlerin açık ve uyanıklığın söz konusu olduğu durumlarda Beta aktivitesi frekansı 13 Hz'den fazla olan bu dalgalar frontal ve santral bölge kaynaklıdır. Ters istikametlerde önce yavaş sonra akabinde hızlı faz içeren okuyan göz hareketleri mevcuttur. Diğer taraftan hızlı göz hareketlerine R evresinde rastlamakla birlikte bireyde uyanırken, gözü açıkken ve kişi çevreyi gözleri ile tararken de görülmektedir. Dalgalar sert, düzensiz ve keskin pikler tarzında özellikler barındırmaktadır. Kısaca alfa ritminin belirgin olarak görülmediği durumlarda yukarıda bahsi geçen hususlardan biri mevcutsa uyanık olarak etiketleme yapılabilmektedir (80).

Oksipital bölgeden alınan Polisomnografi (PSG) ölçümlerinde 30 saniyelik bir epokta %50'den fazla alfa aktivitesi saptanıyorsa bu epok "uyanık" şeklinde değerlendirilir. Gözlerin açık olduğu durumda ise mikst beta aktivitesinden söz edilebilir. Uyanıklık halinde Elektromiyografi (EMG) yüksek tonüse sahiptir. Elektrookülografi'de (EOG) hızlı devinimler ve göz kırpma hareketleri görülmektedir (81).

2.7.2. Evre NREM1

En az 0.5sn'nin üstünde bir defleksiyonla başlayan düzenli, eşlenik (konjuge) ve sinüzoidal yavaş göz hareketleri vardır. Düşük amplitüd, karışık frekanslı 4-7 Hz'lik aktiviteler hakimdir. Santral bölgeden alınan en fazla 0.5 saniyelik V dalgaları olarak da bilinen verteks keskin uçlu dalgalar görülmektedir. Bazal aktiviteden net olarak ayırdı

mevzu bahistir (82). Uyku başlangıcı olarak uyanıklık haricindeki bir uyku evresinin ilk görüldüğü epok olarak kabul edilmektedir.

Alfa ritminin olduğu durumlarda epoğun %50'sinden çoğu alfa ritminin yerine düşük genlikli karışık frekans dalgalar almaktaysa bu durum epok NREM1 olarak açıklanmaktadır. Eğer bireyin bir önceki epoğunda alfa ritmi yer almıyorsa, EEG sinyalinin önceki epoğa göre yavaşlama hali denetlenmektedir. Öte yandan bunların hiçbirinin bulunmadığı hallerde ise yukarıda bahsi geçen dalgalardan (verteks keskin dalgaları, yavaş göz hareketleri) birinin varlığı NREM1 etiketi için yeterlidir (83).

2.7.3. Evre NREM2

Uyku, NREM2 evresinde kesin suretle başlamaktadır. Bu safhada artan ve azalan amplitüd, 12-14 Hz frekanslı aktiviteler baskındır. 0.5-2 sn süreli uyku içcikleri ile karakterizedir. Uyku içciklerinin talamusun retiküler nükleus jenaratörleri sebebi olduğu düşünülmektedir ve kolinerjik nöronların ateşleme miktarında düşüş söz konusudur (84). NREM2 evresinin bir diğer karakteristik bulgusu da K kompleksidir. Bu, arousal uyarılara karşı uyarılmış kortikal yanıtlara karşılık gelmektedir. K kompleksi en az 0.5 saniyedir ve keskin bir negatif dalgayı takip eden daha yavaş bir pozitif dalgadan meydana gelmektedir. Maksimum amplitüd frontal derivasyonlardan elde edilmektedir. Bir uyarılmayı (arousal) K kompleksine eşlik eden bir uyarılma olarak alabilmek için K kompleksinden sonra en fazla 1 sn içerisinde gerçekleşmiş olması lazımdır. Yavaş göz hareketleri, uyku içcikleri ve K kompleksi akabinde çok kısa süreliğine ortaya çıkar ve EMG'de (elektromiyelografi) kas tonusunun persistansı gözlemlenmektedir (85).

Burada dikkat edilmesi gereken husus bir epoğu NREM2 olarak kabul edebilmek için değerlendirilen epoğun ilk yarısında ya da bir önceki epoğun ikinci yarısında uyarımın olmadığı K kompleksi ve uyku içcikleri maddelerinden en az biri bulunmalıdır. Ancak eğer K kompleksi veya uyku içciği yok fakat uyarımla ilintili K kompleksi içeriyorsa NREM1 etiketlemesi sürmektedir. NREM2'nin devam etmesi ise uyarımsız K kompleksi veya uyku içciğinden önce düşük genlikli ve karışık frekanslı EEG aktivitesi ile mümkündür. NREM2'nin sonlanması ise uyanık, NREM3 veya REM (R) evresine geçiş ile olmaktadır (86).

2.7.4. Evre NREM3

Yavaş dalgalı uyku evresidir. NREM3 evresi, sabahları yenilenmiş, dinç ve canlı hissetmemizi sağlayan evre olarak da bilinmektedir. Yavaş dalga aktivitesi frekansı 0.5-2 Hz kadardır. Uykunun en derin olduğu safha bu safhadır ve uykunun %10-20'si kadarını oluşturmaktadır (87). Ritim en yavaş frekansta gözlemlenmektedir ve amplitüd $>75\mu V$. Göz hareketlerine rastlanmaz. Kalp atışları, nefes alıp veriş bu aşamada en düşük düzeye inmektedir ve kasların gevşediği bildirilmektedir (88). EMG'de kas tonusu gözlemlenmekle beraber NREM1 ve NREM2'den daha azdır. EEG'nin genel örüntüsü yüksek voltajlı eş zamanlı yavaş dalga aktivitesi şeklindedir. Kişinin bu uykudan uyandırılması hayli zordur (89).

NREM3 evresinde yaştan bağımsız biçimde epöğün %20'sinden fazlası yavaş dalga aktivitesi ile NREM3 olarak puanlanmaktadır. Yine NREM3'te değışken EGM hareketleri görölürken, göz hareketleri tipik değildir. Uyku içciklerine ise rastlanması muhtemeldir.

2.7.5. Evre REM

REM uykusunda diğeri adıyla paradoksik uykuda, 0.5 saniyelik defleksiyonla başlayan düzensiz, eşlenik, keskin pikli hızlı göz hareketleri bulunmaktadır. REM evresi uyku başlangıcından takriben 60-90dk sonra tespit edilmektedir. Uyku toplam süresinin %20-25 kadarını oluşturmaktadır (90). Düşük EMG tonüsü gözlemlenmektedir. Diğeri bir ifadeyle, EMG aktivitesi diğeri herhangi bir evreden yüksek değildir, çoğunlukla tüm kaydın en düşük düzeyi görölürmektedir. Yine bu evrede santral bölgelerden alınan, en fazla 2-6 Hz dalgalı keskin uçlu, üçgenimsi, çoğunlukla REM göz hareketlerine eşlik eden testere dişi dalgalar mevcuttur (91).

REM evresi puanlaması EEG'nin aplitüdü düşük, K kompleksi veyahut uyku içciğı olmadan karışık frekanslı aktivite ve düşük EMG tonüsü mevzu bahisse devam edilmektedir. Ancak uyanık evre (W) ya da NREM3 evresine geçildiğı, EMG tonüsünün REM evresine oranla artış gösterdiğı, uyarım (arousal) oluştuğı ve düşük genlikli, karışık frekanslı EEG ve yavaş göz hareketlerinin izlenmesi gibi durumlardan en az biri söz konusu ise REM evresi sonlandırılmaktadır (92).

EEG, EMG ve EOG (elektrookülografik) özellikler baz alınarak REM uykusu tonik ve fazik olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır. Fakat bu gruplama şekline evrelendirme

teknikinde başvurulmamaktadır (93). REM uykusu esnasında EEG’de hızlı ritimler ve teta aktivitesine sıklıkla rastlanmaktadır. Tonik evrede gözlemlenenler arasında kas atonisi, kas hipotonisi, monosinaptik ve polisaptik reflekslerin baskılanması örnek olarak verilebilmektedir. Fazik REM uykusunda ise tüm yönlerde hareket eden göz hareketleri, kan basıncı ve kalp hızı değişiklikleri, orta kulak aktivitesi ve dil hareketleri ve düzensiz solunum gözlenmektedir (94).

Rüyaların %80’i REM, %20’si ise NREM evresinde görülmektedir. NREM’de görülen uykular daha reele yakinken, REM’de görülenler daha komplikedir. Çoğunlukla REM uykusundan uyanan bireylerin yönelimleri daha iyi durumdayken, NREM uykusundan uyanan kişiler daha konfüzedir, bu bireylerde kafa karışıklığı daha çok gözlemlenmektedir (95).

2.8. GENEL İLKELER VE KAYIT YÖNTEMLERİ

Pek çok hastalıkta izlenen yol anemnez alınması ve muayene ile klinik değerlendirilmenin yapılmasıdır. Uyku ile ilintili durumlarda ise olgularda gerekli incelemelerin yapılması Polisomnografi (PSG) ile gerçekleştirilir (96). PSG, bireyin uykudayken gece boyunca pek çok fizyolojik parametresinin eşzamanlı kayda alınması, analizinin yapılması ve yorumlanması işlemi ifade eden bir terimdir. Diğer bir ifadeyle, uyku esnasında kardiyovasküler, nörofizyolojik ve respiratuvar gibi fizyolojik ve fiziksel parametrelerin çoğunlukla, tüm gece boyunca, belirli periyotlarla, senkronize biçimde, süreklilik arz ederek kaydedilmesi uygulamasıdır (97). Rechtschaffen’ının (98) editörlüğünü yürüttüğü bir çalışmada, 12 araştırmacı bir araya gelmiş ve uyku evrelerinin standart terminoloji, metot ve puanlama el kitabını çıkarmışlardır. Uyku evrelemesi halihazırda halen daha bu ekibin belirlediği ilkeler doğrultusunda uygulanmakta olup, bugüne dek kayda değer şekilde üzerinde bir değişikliğe gidilmemiştir.

PSG ölçümünde uykunun evreleri; soluk alıp vermedeki çaba, hava akımı, bacak hareketi, oksijen satürasyonu, kalp hızı ve ritmi gibi unsurlara dikkat edilerek bu çerçevede kayıt altına alınmaktadır. Bu işlem, elektrokardiyografi kanallarını kapsayan bir cihaz vasıtasıyla genel olarak bir uyku merkezinde, teknisyen gözetimince yürütülmektedir (99). Polisomnografi cihazı kullanımının çıkış noktası hipersomninin uyku apne sendromunda çok mühim bir yakınma ve patolojik bulgu olduğunun anlaşılmasıyla uygulamaya dökülmüştür. İlk başlarda analog yürütülen ölçümler sonrasında yerini dijital sisteme bırakmıştır (100).

Analizde izlenecek ilk yol, ölçüm tekniği, sinyal kalitesi ve kalibrasyonun kontrol edilmesidir. Işıkların yanıp-sönme zamanı, kayıt süresi, bazı özel durumlar biyolojik sinyallerin incelenmesi adına ipucu niteliğindedir, değerlendirmenin tabanını oluşturmaktadır (101). Uyku laboratuvarı merkezinde bulunan teknisyenin manuel olarak hesaplaması ya da gelişen teknoloji ile beraber bilgisayardan destek alması ve klasik PSG'ye benzer biçimde kayıt ve skorlama yapılması iki tür sistemin varlığından söz edilmesini mümkün kılmaktadır (102):

1. Bilgisayar destekli skorlama: Teknisyen tarafından takip edilen monitörde epok epok izlenerek puanlama yapılmakta ve kayıt altına alınmaktadır. İşinin ehli tecrübeli bir teknisyen için bu süre 80-180 dk iken, bilgisayar destekli puanlamanın 50-80 dk kadar sürdüğü bildirilmiştir.

2. Otomatik Skorlama: Programlanan birtakım standart kriterlerle, teknisyen desteği olmaksızın otomatik puanlamaya gidilmektedir. Ancak bu skorlama, içerisinde bazı dezavantajları bulundurmaktadır. Uyanıklık safhasından NREM evre-1 ve REM uykusuna geçişin tanınmasında, epileptik aktivite, arousal ve parasomnilerin ayırımında hata yapılabilmektedir (103).

PSG uygulaması yapılacak ortamda ses yalıtımı iyi seviyede (25-50 desibel) tutulmalıdır. Işıklandırmanın az olduğu koşullarda kayıt yapılabilen kapalı devre video ses ve görüntü sistemi olmalıdır. Isı ve havalandırma sistemi kontrolü düzenli biçimde yapılmalı, içeride yatan hastayı rahatsız etmeyecek şekilde optimal seviyeye ayarlanmalıdır. Odanın boyutu 15 m²den ufak olmamalı ve odada tam karartma sağlanmalıdır (104).

2.9. UYKU VE BELLEK KONSOLİDASYONU

Uykuyla ilintili en çok çalışan konuların başında bellek konsolidasyonu gelmektedir. Konsolidasyon veya yeniden konsolidasyon, tanımı itibarıyla anı oluşumunda görev alan sinaptik etkinliklerde değişiklik oluşturan ve dolayısıyla belleği stabilize eden, anıyı nispeten kalıcı ya da uzun süreli kayıtlı duruma getiren geçici nörobiyolojik süreçleri ifade etmektedir. Konsolidasyonda ilk bellek edinimi söz konusuysa, rekonsolidasyonda bellekte geri çağırma ya da daha öncesinde konsolide edilmiş belleğin tekrardan etkinleştirilmesi hali mevcuttur (105). Diğer bir ifadeyle bellek konsolidasyonu, bilgi edinimi ve sonrasında bilgiyi anımsama arasında meydana gelen,

yeni bilginin kazanımı, muhafazası ve bütünleştirme sürecine verilen addır. Bellek konsolidasyonu en etkin biçimde uyku esnasında gerçekleşmektedir ve bu işleme uyku bağımlı bellek konsolidasyonu (SDC = Sleep dependent memory consolidation) denmektedir (106).

2.10. İNSOMNİ (UYKUSUZLUK BOZUKLUĞU)

İnsomni, hayli yaygın görülen bir yakınma olarak belirtilmektedir. Ayrıca, toplumda ve birinci basamak kliniklerde en sık görülen uyku sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (107). Kimi zaman zorlayıcı bir yaşam hadisesi ile beraber kısa süreli şekilde, kimi zaman tıbbi ve mental bir bozukluğa eşlikçi, kimi zaman bir başka uyku bozukluğunun bir semptomu olarak veyahut bir başına tekrarlayıcı ya da süregelen dirençli bir belirti kompleksi olarak ortaya çıkabilmektedir (108). ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) numune olarak seçilen 3.643 yetişkin ile yapılan çalışmada, katılımcıların %52’sinin en az ayda bir sefer uykusuzluk şikayeti olduğu, %7’sinin ise neredeyse her gece uykusuzluk çektiği saptanmıştır (109). Uykusuzluk bireyin hayatını pek çok açıdan etkilemekle beraber çoğunlukla rahatsız edici ruh hali, yüksek stres, anksiyete, muhakemede zorluk ve düşük akademik başarı ile ilişkilendirmektedir (110).

Klinik uygulamalarda doktorlar karşılaştıkları uykusuzluğu genelde bir semptom olarak değerlendirip, arka plana koyabilmektedir (111). Sağaltımda sadece doktorun ilgi alanına giren, uykusuzluğa sebep olan ya da eşlik eden bozukluğa odaklanılabilmektedir. Ancak hastaların işlevselliğini yitirdiği taktirde müdahale etme ihtiyacı hissetmektedirler. Halbuki uykusuzluk her ne kadar bir tetikleyici kaynaklı başlamış ve bir semptom sinyali vermiş olsa da, sebep ortadan kalktığında dahi kendi doğası içerisinde süregelenlik edinmiş, bir başına dirençli bir semptom kompleksi halini alabilmektedir. Buradan yola çıkarak, her koşulda uykusuzluğun dikkate değer şekilde ele alınması ve müdahale edilmesi gereken bir yakınma olduğunu söylemek mümkündür (112). Öte yandan insomni uyku yoksunluğu ile aynı kefiye konmamalı, ikisi birbirine karıştırılmamalıdır. İnsomnideki kritik nokta uyku uyumak için yeterli zaman ve uygun ortam bulunmasına karşın uykuda bozulma meydana gelmektedir (113).

2.10.1. Klinik Özellikler

Uyku bozukluklarının tanılanması ve sınıflandırılmasında DSM-5 ve ICD-10'dan yararlanılmaktadır. İnsomni DSM-5'te klinik bir tablo çerçevesinde İnsomni (Uykusuzluk) Bozukluğu biçiminde ifade edilmektedir. İnsomnide kişi, uykuyu başlatmakta diğer bir ifadeyle uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. Sık uyanmanın olduğu ya da uyanmalardan sonra yeniden uyumada sıkıntı yaşandığı gözlemlenen kısaca uykuyu sürdürmekte güçlkle karakterize bir uyku bozukluğudur (114). Hastaya sabah erken uyanma ve uyandıktan sonra yeniden uykuya dalamama yakınmalarından en az biri eşlik etmektedir ve uykunun niceliği ya da niteliği ile alakalı bir tatminsizlik söz konusudur.

İnsomni tanısını koyabilmek adına bahsi geçen yakınmaların en az 3 aydır, haftada en az 3 gece şeklinde ortaya çıkması gerekmektedir (115). Bahsi geçen tanılama kriterleri DSM-5'e ait olup, ICD-10 açısından ise İnsomni Bozukluğu, uykuyu başlatma ve sürdürmekteki zorluk, bu durumdan dolayı yaşanan rahatsızlık olarak açıklanmaktadır. Uykusuzluk klinik biçimde problemlere sebebiyet vererek bireyin sosyal hayatında bozulmalara, verimlilikte düşüşe, sabahları yorgun kalkmaya, gündüz vakti çok uyumaya, hafıza güçlüklerine, dikkat ve odaklanma sorunlarına yol açmaktadır (116). Bütün bunlara ek olarak kişide gündüz vakti halsizlik ve yorgunluk, enerji ve motivasyon kaybı, hata ve kaza yapmaya meyil ve duygu durum bozuklukları/irritabilite görülmektedir (117). Yine insomniden söz edebilmek için tüm bunların yanında uyku bozukluğunun başka bir uyku rahatsızlığı ile açıklanamıyor olması gerekmektedir. Diğer taraftan, uykusuzluğun 3 aydan kısa sürdüğü vakalarda akut insomni, 3 aydan daha uzun sürdüğü olgularda ise kronik insomni tanısı konmaktadır (118).

ICSD-3'te yapılan en büyük değişimlerden biri, ICSD-2'de 11 başlık altında ele alınan ve primer ve sekonder şeklinde tanımlanan insomnilerin çok daha basit sınıflandırılmış olmasıdır (119, 120). Yeni sürümde birincil ve ikincil uykusuzluk bozukluğu spektrumundaki alt başlıkları kaldırmıştır ve Uluslararası Uyku Bozukluklarının 3. Basımında uykusuzluk; kronik uykusuzluk bozukluğu, kısa süreli uykusuzluk ve diğer uykusuzluk bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır. Ek olarak, günlük hayatta rastlanan yatakta aşırı zaman geçirme ve kısa süreli uyku gibi bazı uyku problemleri ise sınırlı semptomlar ve normal farklılıklar olarak değerlendirilmiştir (121).

ICSD-2’de ise primer insomni de psikofizyolojik, idiyopatik ve paradoksal olarak sınıflandırmaya gidildiği bilinmektedir.

2.10.2. Kronik İnsomni Tanı Kriterleri

Kronik insomni tanısı için altı ana kriterin (A-F) tümü bulunmalıdır (122).

- A. Hastanın, hasta yakınının veya uykusunu gözlemleyen bakıcının ifadesine göre aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması,
 - 1. Uykuya başlama zorluğu,
 - 2. Uykuyu devam ettirme zorluğu,
 - 3. İstenenden erken uyanma,
 - 4. Uygun uyku saatinde yatağa gitmek istememesi,
 - 5. Ebeveyn veya bakıcı müdahalesi olmadan uykuya dalmada güçlük,
- B. Hastanın, hasta yakınının veya bakıcının ifadesine göre gece uyku bozukluğuna bağlı gündüz aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması,
 - 1. Halsizlik, yorgunluk,
 - 2. Dikkat, konsantrasyon veya bellek bozukluğu,
 - 3. Sosyal, ailesel, mesleksi veya akademik performans bozukluğu,
 - 4. Duygu-durum bozukluğu,
 - 5. Gündüz uyku hali,
 - 6. Agresiflik, dürtüsellik, hiperaktivite,
 - 7. Motivasyon ve enerji kaybı,
 - 8. Hata ve kaza yapma eğilimi,
 - 9. Uyku ile ilgili genel memnuniyetsizlik,
- C. Uyku uyanıklık yakınmalarının, yetersiz süre veya uygunsuz ortam şartları (ses, karanlık, güvenlik, konfor vb.) ile açıklanamaması,
- D. Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının haftada en az üç kere olması,
- E. Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının en az üç aydır devam ediyor olması,
- F. Uyku ve uyanıklık bozukluğu başka bir uyku hastalığı ile açıklanamamaktadır.

2.10.3. Kısa Süreli İnsomni Tanı Kriterleri

Kısa süreli insomni tanısı için beş ana kriterin (A-E) tümü bulunmalıdır (123).

- A. Hastanın, hasta yakınının veya uykusunu gözlemleyen bakıcının ifadesine göre aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması,
 - 1. Uykuya başlama zorluğu,
 - 2. Uykuyu devam ettirme zorluğu,
 - 3. İstenenden erken uyanma,
 - 4. Uygun uyku saatinde yatağa gitmek istememesi,
 - 5. Ebeveyn veya bakıcı müdahalesi olmadan uykuya dalmada güçlük,
- B. Hastanın, hasta yakınının veya bakıcının ifadesine göre gece uyku bozukluğuna bağlı gündüz aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının bulunması,
 - 1. Halsizlik, yorgunluk,
 - 2. Dikkat, konsantrasyon veya bellek bozukluğu,
 - 3. Sosyal, ailesel, mesleki veya akademik performans bozukluğu,
 - 4. Duygu-durum bozukluğu,
 - 5. Gündüz uyku hali,
 - 6. Agresiflik, dürtüsellik, hiperaktivite,
 - 7. Motivasyon ve enerji kaybı,
 - 8. Hata ve kaza yapma eğilimi,
 - 9. Uyku ile ilgili genel memnuniyetsizlik,
- C. Uyku uyanıklık yakınmalarının, yetersiz süre veya uygunsuz ortam şartları (ses, karanlık, güvenlik, konfor vb.) ile açıklanamaması,
- D. Uyku bozukluğu ve eşlik eden gündüz semptomlarının üç aydan kısa süredir devam ediyor olması,
- E. Uyku ve uyanıklık bozukluğu başka bir uyku hastalığı ile açıklanamamaktadır.

2.10.4. İnsomni Etiyoloji

Birincil ya da psikofizyolojik insomni, ağırlıklı olarak psikolojik veya fizyolojik bir sorun olarak kabul edilmektedir. Geçmiş dönemde yürütülen bazı ilk çalışmalar her ne kadar fizyolojik farklılıkları belgeleyememiş olsa da, yeni araştırmalar birincil insomni hastalığına sahip pek çok bireyin yorgun ve uykusuz hissetmelerine karşın gündüz vakti yapılan şekerleme testlerinde sağlıklı kontrol grubuna kıyasla uykuya dalma sürelerinin

daha uzun olduğunu saptamıştır. Ayrıca, insomni hastalarının metabolizma hızlarının hem gündüz hem gece olacak şekilde yükseldiği bildirilmektedir (124).

Raporlar, insomninin yaşla birlikte artma eğilimi gösterdiğini bildirmektedir. Öte yandan laboratuvar bulguları yaşlı erkek hastaların uykularında daha çok bozulma saptandığını belirtse de, insomni kadın cinsiyetinde daha yaygındır. Boşanmış, eşini kaybetmiş (dul) veya eşinden ayrı yaşayan kişilerin, evli kişilere nazaran daha çok uykusuzluk deneyimledikleri tespit edilmiştir. Düşük sosyoekonomik seviyenin de yine uykusuzlukla ilişkili olduğu bulguların arasında (125). Diğer taraftan yapılan çalışmalar, bireyler arası sosyal ilişkilerin uyku sağlığını etkileyebildiğini göstermektedir. Sağlıklı aile ilişkisi, partnerle uyum, yakın arkadaş ilişkileri, çalışma ortamı ve diğer çevresel ilişkiler uyku kalitesi üzerinde belirleyici kabul edilmektedir. Öte yandan aşırı düzeyde ötekileştirme ve ayrımcılığa maruz kalan kişilerde de uyku kalitesinde düşüş bildirilmektedir (126). Gellis ve arkadaşlarının (127) yaptıkları bir çalışmada sosyoekonomik düzey ve insomni arasındaki ilişki incelenmiş ve katılımcıların eğitim seviyelerindeki artış ile doğru orantılı şekilde bu iki parametrenin uykusuzluk ile anlamlı düzeyde korele olduğu bulgulanmıştır. Yine stresli yaşam olaylarının, yaşla bağıntılı uyku homeostazını zayıflatma mekanizmalarının, anksiyöz kişilik özelliklerinin, santral sinir sistemi ve hiperarousal biyolojik genetik diyatezi gibi türlü psikolojik ve fizyolojik etmenlerin insomninin etiyolojisinde rol oynadığı, uykusuzluğun başlamasında ve sürmesinde köken oluşturduğu bilinmektedir (128).

Pek çok iç ve dış faktör kadınların normal uyku döngülerini bozabilmekte ve durum insomni ile neticelenebilmektedir. Kadın cinsiyetinde uykuyu etkileyen en yaygın faktörler menarş, hormon düzeyi, gebelik ve menopoz sonrası dönemdir. Yürütülen araştırmalarda, bilhassa menopoz sonrası senelerde kadınlarda daha fazla insomni prevalansı saptanmıştır (129). Alkol, sigara, kafein tüketimi ve belirli ilaç kullanımlarının da uykusuzlukla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu yine raporlananlar arasındadır (130).

İnsomniye sebebiyet veren hastalıklar arasında kardiyovasküler rahatsızlıklardan konjestif kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı, pulmoner rahatsızlıklardan kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım, nörolojik rahatsızlıklardan inme, parkinson hastalığı, nöropati ve travmatik beyin yaralanması, gastrointestinal rahatsızlıklardan gastroözofageal reflü, renal rahatsızlıklarından kronik renal yetmezlik, endokrin rahatsızlıklarından diyabet ve hipertiroidizm, romatolojik rahatsızlıklardan romatoid

kireçlenmeler, osteoartritler ve fibromiyalji sıralanabilmektedir (131, 132). Yine uykusuzluk için anjina, merkezi uyku apnesi, soluma güçlüğü, astım atakları, bireyin hareket kısıtlılığı, uykuyu düzenleyen beyin yapılarının deformasyona uğraması, zayıflayan dopaminin nörotransmisyon üzerine direk etkisi, periyodik ekstremitte hareket bozukluğu, ağrı, huzursuz bacak sendromu, tıkaçıcı uyku apnesi, obeziteyle ilişkili uyku apnesi, nöropati, hiper uyandırma, mikro uyandırma, NREM uyku esnasında yüksek frekansta EEG aktivitesi risk faktörü olarak belirtilmektedir (133, 134, 135). Örneğin, bir nörolojik hastalık olup kişinin uykusunu, duygu durumunu ve günlük yaşamını negatif etkileyen Huzursuz Bacak Sendromu (HSB), uyku bozukluklarından insomni ile komorbitedir. İstanbul ili Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniğinde 41 hastayla yürütülen bir araştırmada, HSB belirtilerinin çoğunlukla gece ortaya çıkmasına bağlı olarak uyku bozukluklarından insomninin HSB ile sık görülen bir bozukluk olduğu raporlanmıştır (136). Öte yandan yapılan çalışmalar, hipertansiyon hastalarında insomni oranının sağlıklı gruba oranla daha fazla olduğunu göstermektedir.

Akut uykusuzluktan kronik uykusuzluğa geçiş kompleks bir süreç olduğundan dolayı insomninin gelişimini anlamak adına bazı model ve kuramlar geliştirilmiştir. Bunlar; çok boyutlu model, nörobilişsel perspektif, uykuyu bozan ve uykunun yorumlandığı faktörlerin bütünleyici modeli, psikobiyolojik inhibisyon modeli, bilişsel model, dikkat-amaç-çaba yolağı şeklinde sıralanabilmektedir. Psikolojik modeller stres yanıtı, kişiliğe özgü yatkınlık, kondisyon düzenleri, hiper uyandırma, uyku hususunda tutum ve inançları içermektedir (137, 138). Çok boyutlu insomni modeline göre, hazırlayıcı, hızlandırıcı ve devam ettirici etmenlerin kronik insomninin gelişiminde etkisi söz konusudur. Hazırlayıcı etmenlerin bazı kişileri diğerlerine oranla daha duyarlı kıldığı, uykunun bozulmasına neden olabilecek artmış uyarılmışlığa yatkınlık meydana getirdiği ve bu hazırlayıcı koşullara maruz kalan bireylerin daha kolay insomni geliştirdiği bildirilmektedir. Hazırlayıcı faktörlere bilişsel uyarılmışlık, fizyolojik artmış uyarılmışlık ve duygusal uyarılmışlık örnek olarak verilebilmektedir (139).

Yetersiz uykunun, spor yaralanmaları, motorlu taşıt ve iş kazaları ile korele olduğu bilinmektedir. Wheaton ve ark.'nın (140) yaptıkları bir çalışmada geceleri 7 saatten az uyuyan öğrencilerin daha yüksek riskli davranış ve tutumlara sahip oldukları (seyrek emniyet kemeri kullanımı, sarhoş bir biçimde araba kullanma) saptanmıştır.

Ayrıca 7 saatten az uykunun negatif yeme alışkanlıkları, gıdanın iç düzeninin zayıf olması ve aşırı yeme davranışları ile ilişkili olduğu da yine tespit edilenler arasındadır (141).

2.10.5. Uykusuzluk Bozukluğunun Klinik Alt Tipleri

2.10.5.1. Psikofizyolojik insomni: Psikofizyolojik insomni, kronik insomni, öğrenilmiş insomni, primer insomni, koşullanmış insomni ve kronik somatize gerginlik gibi isimlerle de bilinmektedir. Kronik insomniyakların büyük bir grubu bu hastalardan meydana gelmektedir (142). Akut bir stresöre maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan uykusuzluk sendromu kimi bireylerde geçici bir hal iken, bahsi geçen hasta grupta uyuyamama durumu tırmanışa geçen bir gerginlik ve anksiyeteye sebep olarak kişiyi kısır bir döngü içerisine sokmaktadır. Böylelikle sorun artarak süregelenleşmektedir (143).

Bu grupta yer alan hastalar çoğunlukla uyuyamayacaklarından dolayı anksiyete duyan ve bu anksiyeteden ötürü uykuya d alamayan kimselerdir (144). Psikofizyolojik insomnide birey, planlanmış zamanda ya da yatacağı yerde ve mekanda uykuya dalmada zorluk deneyimlemektedir. Ancak, uyku niyeti içermeyen monoton, sıradan faaliyetler esnasında uykuya dalma bu hastalarda sıklıkla gözlemlenmektedir. Buradaki mesele hastanın yatak odası ortamını uyumayla değil de uyanıklık ve uyarılma ile bağdaştırmasıdır (145). Diğer taraftan yine uykuya dalma ve sürdürme ile ilgili aşırı zihinsel uğraş kişide duruma dair anksiyete yaşatmakta ve kişinin ev dışında daha rahat ve iyi uyuyabilmesi gibi sonuçları da beraberinde getirmektedir (146, 147).

Psikofizyolojik insomni hastalarına genel toplum örnekleminde %1-2 oranında rastlanırken, bu rasyo uyku merkezlerine başvuran hastaların %12-15'ini meydana getirmektedir. Bu hastalarda biyolojik uyarılmış belirteçlerinden olan uyku latensinde artma, uyku indeksinde düşüş, uykuya dalma ve devam ettirmede zorluk, gerginlik (tevettür), uyanıklık sayısı ve süresinde artış gözlemlenmektedir (148).

Bu kategorizasyonda bir hadiseye ikincil gelişen akut uykusuzluk akabinde tetikleyici ortadan kalkmasına karşın düzelme meydana gelmemektedir.

ICSD-2'ye Göre Psikofizyolojik İnsomni Tanı Ölçütleri:

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 (149).

2.10.5.2. İdiyopatik insomni: İdiyopatik insomnide, hastalar herhangi bir tetikleyici unsurdan söz etmemektedir. Yakınma genellikle çocukluk çağından (erken dönemden) beri bulunmaktadır (150). Hastalığın ortaya çıkmasında beyinde uykuyu düzenleyen biyolojik süreçlerin ve soyaçekimin fonksiyonu bulunmaktadır. Genellikle birinci derece aile üyelerinde benzer uykusuzluk yakınmaları görülmektedir (151).

İdiyopatik 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 (152).

2.10.6. Tedavi

İnsomni tedavisinde temel hedef, uykunun hem süre hem de niteliği kapsar şekilde, uykusuzluğun gündüz vaktine sarkan semptomlarını da içerir haliyle iyileştirilmesidir (153). Diğer yandan, sağaltımda en mühim prensip öncelikle altta yatan sebebi ve komorbid bir patoloji olup olmadığını araştırarak bunlara dair müdahalelerde bulunmaktır. Primer bir sebep tespit edilememişse sağaltım mevcut uyku sorununa dönük olmalıdır (154). Primer insomnide farmakolojik yaklaşımların yanı sıra uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, uyku hijyeni, gevşeme teknikleri, paradoksal niyetlenme, bilişsel ve davranışçı terapiler gibi sağaltım metotları da insomni tedavisinde başvurulmuş uygulamalar arasındadır (155).

2.10.7. Uyku Hijyeni Eğitimi

Uyku kalitesi, bireylerin sabahları uyandıktan sonra kendisini canlı, enerjik, dinç bir biçimde güne hazır hissetmesinin yanı sıra uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel, bir bakıma objektif yönlerini ve uykunun dinlendiriciliği, özü gibi subjektif taraflarını ifade etmektedir (156). Diğer yandan, uyku kalitesi terimi uyku tıbbında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır ve uyku başlangıcının gecikmesi, uykunun bölünme düzeyi, toplam uyku süresi, uyku verimliliği, apne ve anlık uyarılmalar gibi uykuyu bozan hadiseleri de dahil ederek bir dizi uyku parametresine işaret etmektedir (157). Kötü uyku kalitesinin neticelerinden yorgunluk, yavaşlamış reaksiyonlar, gündüz işlev bozukluğu ve kafein ve alkol kullanımında artış sayılabilmektedir (158). Örneğin üniversite öğrencileri, özellikle anne-baba rehberliğindeki azalma, kendi yatma saatini seçme özgürlüğü, üzerlerinde hissettikleri akademik baskı ve eğitimleri ya da ders dışı faaliyetler için harcadıkları zaman gibi çevresel etmenler sebebiyle çoğunlukla hafta içinde yetersiz, hafta sonunda ise uzun müddet uyumaktadırlar (159). Bu kişiler düzensiz uyku programı kaynaklı genel popülasyondan iki kat fazla oranında Gecikmiş Uyku Faz Sendromu (GUFS) ile tutarlı belirtiler göstermektedirler. Bu sendrom, iş veya okul olmadığı zamanlarda gün boyunca uzun süreli geç saatlere dek uyuma ve neticesinde azalmış iş ve akademik performans ile hafta boyunca aşırı uykululuk ile karakterizedir. Özetle, öğrencilerin bu düzensiz uyku programı ve öteki yaygın kötü alışkanlıkları (alkol, kafein tüketimi vs.) kötü uyku hijyenine sebebiyet vermektedir (160). Hayat tarzı, çevresel etmenler, iş ortamı ve ilgili

faktörler, sosyal yaşam, ekonomik statü, genel sağlık durumu ve stres gibi unsurlar da uyku kalitesine etki etmektedir (161). Yetersiz veya kalitesiz uyku ile enflamatuvar ve metabolik bozukluklar, kardiyovasküler risk etmenleri, artan obezite ve yetersiz beslenme ilişkili bulunmuştur (162, 163).

Hauri tarafından ilk kez 1991 yılında kullanılan uyku hijyeni kavramı, oldukça kapsamlı uyku hijyeni kurallarının olduğu bir listeyi ve pek çok davranışsal etmenleri bünyesinde barındırmaktadır (164, 165). Uyku hijyeni, uykuyu kolay hale getiren davranışlar (düzenli egzersiz, düzenli bir uyku/uyanıklık programının takibi) ve uykuya negatif getirisi olan davranışlardan kaçınma (gündüz uyuklaması, tütün tüketimi, akşam vakitlerinde kafein ya da alkol alımı) şeklinde açıklanabilmektedir (166). Uyku hijyeni eğitiminde, çoğunlukla normal uyku düzenine etkisi olan ya da engelleyen bireysel davranışlardan kaçınma ya da iyi uykuyu destekleyecek davranışları teşvik etme gibi adımlar hedeflenmektedir (167).

Uyku hijyeni eğitimi, hangi sağaltım metodu tercih edilirse edilsin hastalara en başta uygulanması gereken bir yöntemdir. Uyku hijyeni tanımı yönüyle, uyku kalitesini artıran ilke ve uygulamalar şeklinde açıklanmaktadır (168). Gece müddetince uyku kalitesini geliştirmek adına ihtiyaç duyulan günlük uygulamalar, rutinler, alışkanlıklar ve çevresel etmenlerdeki düzenlemeler uyku hijyeni bünyesinde değerlendirilmektedir. Uyku hijyeni eğitiminin uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılmasının nedenlerinden bazıları ucuz, yan etkisi olmayan ve etkin bir yönü olmasıdır (169, 170).

2.10.8. İnsomnide Farmakolojik Sağaltımlar

Uyku sorunlarıyla ilintili farmakolojik sağaltımlar diğer tedavi metotlarına kıyasla daha az çalışılmıştır. Hipnotik özelliği ile de bilinen benzodiazepinler, benzodiazepin olmayan benzodiazepin reseptör agonistleri, antidepresanlar, histamin antagonistleri, melatonin ve bitkisel bileşenler insomni tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında sayılabilmektedir. Lorazepam ve temazepam ise benzodiazepinlere örnek olarak verilebilir (171). Benzodiazepin grubu ilaçların uzun dönem kullanımlarında yoksunluk semptomları, sedasyon, bağımlılık, tolerans, kognitif bozukluk gibi yan etkiler sebepli sıkıntılar doğmaktadır. Bundan dolayı diğer benzodiazepin olmayan hipnotik ajanlar ağırlık ve sersemlik gibi yan etkileri olmasına karşın tercih edilmiş, daha iyi tolere

edildikleri tespit edilmiştir. Zolpidem, zaleplon, eszopiclone bu gruba örnek olarak verilebilir (172). Alanyazında bu ajan grupları ile ilgili araştırmalarda, hastaların hayat kalitesini iyileştirdiğini gösteren kanıtlar mevcuttur (173).

Benzodiazepinler uykuya geçiş süresini kısaltırken, totaldeki uyku süresini arttırmakta ve uyanıklık sayısını azaltmaktadır. Benzodiazepin kullanıldığı vakit REM uykusunda gecikme görülmektedir (174). Böylelikle REM uyku süresi kısalmakta ve REM uykusundaki hızlı göz hareketleri ile rüyalar azalmaktadır. İlaç alımının durduğu zamanlarda REM geri tepmesi meydana gelmektedir ve hastalarda birkaç hafta süren canlı rüyalar ya da kabuslara rastlanabilmektedir. Yine sirkadiyen ritim bozukluklarında kısıtlı bir süre kısa etki eden benzodiazepinler kullanılabilir (175).

Bir endikasyonu olmasa da düşük doz antidepresan kullanımı insomni farmakolojik tedavisinde sık başvuru alan yöntemlerden biridir. Trazodon'un kısa süreli kullanımda birincil insomni ve depresyonda uyku yapısını düzelttiği saptanmıştır. Trazodon örneğin atipik tetrasiklik antidepresandır, hem presinaptik hem de postsinaptik serotonin reseptörlerini bloke etmektedir (176). Öte yandan, düşük doz antipsikotikler de uyku süresi ve uyku etkinliğini arttırdığından ötürü insomni sağaltımında tercih edilmektedir. Fakat psikotik bozukluklar haricinde kullanılmasında olası zararlar doğurabileceğinden yalnızca uykuyu düzenleme hedefli kullanımı riskli görülmektedir (177).

Sağaltımda başvuru alan ideal bir hipnotik ilaç her ne kadar var olmasa da hastanın tıbbi veya psikiyatrik öyküsü, yaşı, gebelik ve emzirme durumu, mesleği gibi bireysel özellikleri temel alınarak hipnotik bir tercihte bulunulabilir (178). Kısa süreli hipnotiklere uykuya dalma zorluğu olan hastalarda başvurulurken, uykuyu başlatma ve sürdürme güçlüğü çekenlerde ise orta etki süreli tavsye edilmektedir. Uzun etki süreli kullanımı ise sabah erken uyanma ve gün içerisinde anksiyetesi olanlar için önerilmektedir. Fakat bunların da birikim gösterebileceği ve günlük işlevi, performansı bozabileceği unutulmamalıdır. Bundan dolayı yaşlılarda kullanılırken ayrıca dikkatli olunmalıdır (179).

2.11. HİPERSOMNİLER (AŞIRI UYKULULUK)

Gündüz aşırı uykululuk hali (GAUH), normal şartlarda uyku-uyanıklık döngüsü içerisinde işlevselliği etkileyen, gün içerisinde önü alınamayan uyuma gereksinimi, gündüz uyuklama durumu ve uyanık kalmada yaşanan güçlük olarak tanımlanmaktadır (180). Uyku bozukluklarının çoğunlukla belirtisi olmasına karşın dikkatten kaçabilmektedir. Yakın zamana kadar aşırı uykululuk, gündüz uykululuğu ve hipersomni terimleri birbiri yerine kullanılırken, 2005 senesinde Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından 2.si yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasında GAUH tanımlamasına gidilmiştir (181). Bu yüzden tanı koyarken ve sınıflama yaparken bu ayrımın bilincinde olmak gerekmektedir. GAUH hafif şiddette dinlenme gibi pasif hallerde meydana gelebildiği gibi şiddetli biçimde olup araba sürme, yemek yeme gibi aktif durumlarda da görülebilmektedir. Gündüz aşırı uykululuğun nöropsikiyatrik mekanizması halen tartışılır olsa da azalan oksijen saturasyonu kaynaklı olduğu varsayılmaktadır (182).

Yorgunluk ise fiziksel ve mental enerji eksikliği ile betimlenen subjektif bir semptomdur. Klinik olarak değişen düzeylerde 3 bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; harekete başlanılamaması (objektif bulguların yokluğu söz konusu olduğunda, bir başka ifadeyle zayıflık algısı), aktiviteyi devam ettirmede azalmış kapasite (kolay yorulma) ve odaklanmada, hatırlamada (hafızada) ve duygusal stabilitede güçlük (zihinsel yorgunluk) şeklindedir (183). Uykulu hastanın hareketsizlik halinde uykuya geçmesi olasıyken, yorgun hasta dinlenme esnasında uyku evresine geçememektedir. Yine spor yapan hastanın yorgunluk durumu egzersiz sonrası kötüleşebilirken, uykululuk halinde düzelme gözlemlenebilmektedir (184).

Alanyazında, uykululuk, gündüz aşırı uykululuk, hipersomni ve hipersomnolans çoğunlukla artmış uykuya dalma eğilimi şeklinde ifade edilmekle birlikte, hipersomni ve hipersomnolasta teknik olarak istem dışı, uygun olmayan, açıklanmayacak derecede, daha güçlü bir uykuya dalma temayülü bulunmaktadır (185). Uyanıklığın beklendiği şartlarda rastlanan aşırı uykululuk hali hipersomnolans şeklinde ifade edilmektedir. Hipersomni hastalığı ise hipersomnolans ile karakterize bir rahatsızlıktır. Gündüz aşırı uykululuğunda uyku ile ilintili solunum bozuklukları, sirkadiyen ritim bozukluğu ve nokturnal uykuyu bozan diğer sebepler söz konusu olabildiğinden öncelikle bu etiyolojiler dışlanmalı akabinde santral hipersomniya tanısı konulmalıdır. Çünkü gündüz aşırı uykululuğu

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması 3. baskısına göre santral sinir sisteminin intrinsikanomalilerine bağılı şekilde ortaya çıkan narkolepsi ve idiyopatik hipersomniya birincil durum olarak açıklanırken, medikal ve psikiyatrik bozukluklar gibi sebepler doğrultusunda meydana gelmesi ikincil durumlar biçiminde tanımlanmıştır. Çok nadir bir sendromu ise santral sebepli hipersomnilere bağılı meydana gelmektedir.

Yapılan araştırmalar Hipersomnolensi olan hastalarda olmayanlara kıyasla daha fazla oksijen desatürasyonu tespit etmiştir (186). Bununla birlikte hipersomni, psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar, pulmoner ve kardiyak rahatsızlıklar dahil olacak şekilde geniş bir hastalık yelpazesi ile korelidir (187). Hipersomni ile madde kullanım bozukluğunda artış, beraber görülen psikiyatrik hastalıkların seyrinde kötüleşme ve kişilerarası ilişkilerde bozulma vardır. Hipersomni başka bir yönüyle, iş performansında ve hayat kalitesinde düşmeyle bağıntılı olup, ciddi ekonomik neticelere sebebiyet vermektedir. Örneğin, Avustralya’da uykunun ekonomik maaliyeti takriben 4.6 dolar olarak hesaplanmış ve bu miktarın gayri safi milli hasılanın %8’ine denk geldiğı bildirilmiştir (188). Son dönemlerde hipersomninin “uzun süre uykulu olma” ve “aşırı uykulu olma” şeklinde iki ayrı kategoride incelenmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Narkolepsi ve idiyopatik hipersomni ise, hipersomni ile seyreden bozuklukların en mühim ve sık rastlanana olarak bilinmektedir (189).

Hipersomnide, bireyin dikkatinin normal ve uyanık olması beklenen vakitte kontrol edilemeyen biçimde uykuya gitmesi söz konusudur. Bu durum okulda, toplantıda, seyahat halinde, direksiyon başında kişinin başına gelebilmektedir (190). Halsizlikten başkadır. Halsizlikte bir eylemde bulunma bir iş yapma hali vardır ve uykuya gitme durumu mevzu bahis değildir. Hipersomnide ise uykululuk kendini dereceler halinde göstermektedir. Misal, hafif uykululuk kitap okurken ya da sakin bir şekilde otururken gelebilmektedir. Ancak ağır tipinde kişi uyanık kalması gereken zamanda uyku ataklarına direnememektedir (191).

Hipersomni, aynı gün içerisinde yineleyen uyku evreleri veya aniden uykuya dalıvermeler ile karakterizedir. Kişi günde dokuz saatin üzerinde uyur ancak uzamış ana uyku evresinin dinlendirici olmaması dikkat çekicidir. Hasta, aniden uyandıktan sonra tam uyanık olmakta zorluk yaşadığını bildirmektedir. Kısaca, ana uyku evresinin yedi saat sürmesine rağmen, hasta aşırı uykululuk durumundan yakınmaktadır. Hipersomni tanısı koyabilmek için, semptomların en az üç aydır, en az haftada üç kez ortaya çıkması

gerekmektedir (192). Gerald Vogel'in, 1960'lı yıllarda yürüttüğü çalışmalar, gündüz aşırı uyku eğilimi olan narkoleptik bireylerde REM uykusunun normalde olması gerektiği şekliyle uykunun başlamasından yaklaşık 2 saat sonra gerçekleşmediğini, tersine uykunun başlamasından hemen sonra meydana geldiğini ortaya koymaktadır (193).

2.11.1. Hipersomnide Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Uykululuk halinin meydana gelmesinde bir önceki uykuya dalış vakti, uyunan uykunun süresi ve uyku bütünlüğünün etkisi söz konusudur. Diğer taraftan, çevresel uyaranlar da bu fizyolojik durumlara etki ederek uykululuğu daha baskın bir hale sokabilmektedirler (194). GAUH'un etiyolojisi incelendiğinde, GAUH'a sebep olabilecek nedenler arasında uyku ile korele solunumsal bozukluklar, sirkadyen ritim bozuklukları, santral kaynaklı uyku bozuklukları, ilaç kullanımı, medikal durumlar ve komorbid hastalıklar sayılabilmektedir (195). GAUH, altında yatabilecek faktörlerin çeşitliliği ve aşırı uykululuk sebepli doğabilecek potansiyel tehlikeler ve neticeleri nedenli çokça rastlanan mühim bir sağlık sorunudur (196). Hipersomni prevalansına bakıldığında toplumun %5-20'sinin bu yakınmayla karşılaştığından söz etmek mümkündür. Türkiye'de ise bu oran %5,4'e tekabül etmektedir (197).

Etiyolojik spektrumu geniş olan hipersomnide, ilaç kullanımı hastanın öyküsünde sorgulanması gereken önemli bir etmendir. Toplumda kayda değer biçimde yüksek kullanılan ve hipersomniyi ortaya çıkarabilmesi ile bilinen ilaçlar alfa adrenerjik opioidler, blokerler, beta blokerler, H1 reseptör blokerleri, antidepresanlar, antiemetikler, antikonvülzanlar, antimuskarinik ve antispasmodikler ve antipsikotikler şeklinde sıralanmaktadır (198, 199). Fakat nadir kullanılan ilaçlar ise poliklinik ortamında görmezden gelinebilmektedir.

Gündüz aşırı uykululuk halinin toplumun geniş bir kısmını etkilediği bilinmekle beraber bu yakınmaların hem endüstriyel hem de trafik kazalarında rol oynadığı belirtilmektedir. Aşırı uykululuk hali, trafik kazalarında en çok kaydedilen sebeplerden biri olarak bilinmektedir (200). Sürücülerin takriben %25-50'sinin ömürlerinde en az bir kez direksiyon başında uyudukları raporlanmıştır (201). Örneğin, hipersomnide, bilhassa hipersomninin narkolepsi tipinde trafik kazalarına rastlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde meydana gelen trafik kazalarının %1-4'ünün, Avustralya'da %6'sının ve

İngiltere’de ise %16’sının sürücünün uyuyakalması veya aşırı uykululuğu sebebi olduğu tespit edilmiştir (202).

Uyku bozukluğu hastalarının çalışma durumu (vardiyalı, vardiyasız) parametrelerine bakıldığında ise, akaryakıt firması çalışanlarında gündüz uykululuğu, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, yüksek puanın negatif duruma işaret ettiği, gündüz aşırı uykululuğu ve uyku kalitesi ölçeklerinde kadınların gündüz uykululuğu ve uyku kalitesi skorlarının erkeklerden anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kronik hastalığı olanların kötü uyku kalitesinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Gündüz aşırı uykululuğu ve uyku kalitesi puanları arasında ise pozitif yönlü orta seviyede anlamlı ilişki bulunmuştur. Buradan çıkacak sonuç uyku kalitesi düştükçe gündüz aşırı uykuluğun arttığı yönündedir. Araştırma sonuçları yaş ile gündüz aşırı uykululuğu arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (203).

2.11.2. Hipersomninin Nöroanatomi ve Fiziopatolojisi

Hipersomni bozukluğunda beyin bölgelerinin ne tür bir işlev gördüğü günümüzde halen daha tartışılan konular arasında yer almaktadır. Serotonin, dopamin, GABA (gama aminobütirik asit), noradrenalin, glutamat, asetilkolin, histamin, adenozin, substans P, interlökin-1 ve prostaglandinler gibi nörotransmitter ve peptidlerin hipersomni gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (204). Öte yandan, uyku esnasında NREM ve REM uykusu sırasında beyin sapında kolinerjik ve monoaminerjik nöronlar arasında karşılıklı inhibisyonla ilintili ultradiyen bir salınım ortaya çıkmaktadır. Bir görüş hipersomnide bu homeostatik süreç ve sirkadiyen kontrol sisteminin bozulduğu yönündedir (205).

2.11.3. Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar

ICSD-3 santral kökenli hipersomnileri sirkadiyen ritim uyku bozukluğuna ya da uykuyu bozan diğer nokturnal sebeplere bağlı olmayan bozukluklar biçiminde ifade etmektedir. Hipersomni ile seyreden bozukluklar başlığı altında,

- Narkolepsi,

- İdiyopatik hipersomni,
- Kleine-Levin sendromu,
- Tıbbi bozukluğa bağlı hipersomni,
- İlaç veya madde kullanımına bağlı hipersomni,
- Psikiyatrik bozuklukla ilişkili hipersomni,
- Yetersiz Uyku sendromu yer almaktadır (206).

2.11.4. Aşırı Uykululuk Klinik Alt Boyutları

2.11.4.1. Narkolepsi: Narkolepsi klinik sendromu ilk kez 1877 senesinde Westphal tarafından tanımlanmış, ancak narkolepsi ismini ilk kez 1880 senesinde Gelineau vermiştir. 1920 senesinden evvel bu nadir görülen klinik sendroma dair yalnızca birkaç vaka raporlanmıştır. Tablonun ortaya çıkmasında kalıtsal olarak taşınan ve nispeten hafif düzeyde penetransı bulunan tek bir baskın gen sorumlu tutulmaktadır (207).

Narkolepsi; primer hipersomni sebeplerinden en çok gözlemlenen olup, uyanıklığın devamında işlev gösteren, hipokretini salgılayan nöronların kaybı neticesinde ortaya çıkmaktadır. Narkolepsinin temel belirtisi yeterli gece uykusundan sonra dahi aşırı ve ezici uyku halinin devam etmesi durumudur. Klasik klinik bulgular gündüz aşırı uykululuk, uyku paralizi, katapleksi, hipnagogik/hipnopompik halüsinasyonlar şeklinde listelenebilir (208). Narkolepside semptomlar hayli çeşitlilik arz etmektedir ve hastaların sadece %10'u klasik 4 belirtinin hepsini taşımaktadır. Narkolepsiye herhangi bir yaşta rastlansa da, belirtiler en sık adolesan dönemde görülmekte (209) olup 40 yaş üzeri ve 4 yaş altında nadirdir (210, 211). Silber ve ark.'nın (212) yürüttükleri bir araştırmada narkolepsinin yıllık insidansı 1.37/100.000 olarak kayıtlara geçmiştir. Dissosiyasyon ve epilepsi benzeri belirtilerin eşlik ettiği narkolepsi olgularının raporlanmasından ötürü, klinisyenler narkolepsinin farklı klinik görünimleri hususunda dikkat etmelidirler (213).

Narkoleptik bireyler REM uykusuna anında girebilmektedirler. Üstelik bozukluk geceleri sık uyanma ile karakterizedir (214). REM uykusuna bu anlamdaki hızlı girişleri hastaların canlı rüya benzeri imajlar görmelerine ve bunun ayırdında olmalarına sebebiyet vermektedir. Kimi zaman bu imajlar korkutucu halüsinasyonlar biçiminde de olabilmektedir. Narkolepsinin hastalar üzerinde sosyal ve fizyolojik etkileri olduğundan

ötürü kişilerin ani uyku ataklarının utancından kaçmak isteyip toplum içerisine karışmadığı durumlar da söz konusudur (215). Narkolepsi hastalarında uykunun sürekliliğinde bozulma vardır. Uykuyu başlatma ve devam ettirmede güçlük söz konusudur. Gece totaldeki uyku süreleri sağlıklı bireylerden daha fazla değildir (216).

Narkolepsi hastalarında gözlemlenen bir diğer önemli bulgu katapleksidir. Olguların yarısından fazlasında görülen ve narkolepsi için patognomik bir bulgu olan katapleksi, gülme, kahkaha, sevinç, korku, öfke gibi hızlı duygu değişimleri ile tetiklenmektedir ve bilateral çizgili kas tonusu bildirilmektedir. Bir başka deyişle, ani ya da süratle başlayan kas kuvvetsizliği vardır (217). Hastalar bu durumu ifade ederken “birden düşüyormuş gibi olma”, “gülerken çenesini kontrol edemiyormuş gibi olma” biçiminde betimlemektedirler. Göz kapağının düşmesi, başın düşmesi veyahut yere düşme şeklinde de rastlanabilmektedir. Kişi sıklıkla bacak kaslarında ortaya çıkan tutulum kaynaklı yere yığılmakta ya da boyun tonusunun kaybına bağlı olarak başı gövdesi üzerine düşebilmektedir (218). Narkolepsi, katapleksi olmadan da sürebilmektedir. Olguların 1/3’ünde ise uykuya dalma ve uykudan uyanma esnasında eş zamanda görülen uyku paralizi vardır. Ekstremitelerde bu durum birkaç dakika sürmektedir ve total paralizi hali gözlemlenmektedir. Bu sırada kişiler gözlerini açma, konuşma ve kaldırma gibi istemli hareketleri yapamadıklarını bildirmektedirler (219).

Narkolepsi tanısı polisomnogram ya da MSLT (Çoklu Uyku Latans Testi) ölçümleri ile konulmaktadır. Polisomnogram uyku müddetince hem beyin dalgalarını hem kas ve sinir işlevlerini devamlı kayıt altına almaktadır. MSLT ise hastanın gündüz uyuklamaları esnasında uykunun çeşitli safhalarını zamansal olarak takip etmekte ve 2 saatte bir değerlendirmektedir. Tanısı kolay gibi gözükmeyle birlikte narkolepsi hastalarının hastalık başlangıç yaşı ile tanı yaşı arasında 10 seneye varan gecikme zamanı bilinmektedir ve tanı almadan evvel hastaların ortalama 3 hekime başvurdıkları tespit edilmiştir (220).

Çalışmalar, her 2.000 kişiden 1 kişide narkolepsi rahatsızlığına rastlandığını göstermektedir. Araştırmacılar, hastalığın genetik temelli olduğu görüşündedirler (221). Kesin prevalansı bilinmemekle beraber Avrupa ve Kuzey Amerika’da 5/10.000, Japonya’da ise 16/10.000 oranında narkolepsi vakası raporlanmıştır. Kadın erkek cinsiyetinde belirgin bir fark bulunamamıştır ancak kalıtsal geçişin güçlü olduğuna dair bulgular mevcuttur.

İlaç tedavisi haricinde, hastalara gündüzleri uyku atakları geleceğinden evvel 10-15 dk süre ile uyumaları tavsiye edilmektedir. Bu şekilde, gelecek olan uyku atağının birkaç saat için erteleneceği düşünülmektedir. Narkolepside uygulanan farmakolojik tedavilere yaşam tarzı düzenlemeleri eklenmediği takdirde kronik bir tablo olarak narkolepsinin doğru düzgün yönetilemeyeceği aşıkardır. Planlanmış gündüz şekerlemeleri pozitif katkı sunabilmektedir. Fakat bunun için de iş ve okul hayatı zemininin bu duruma uygun olması gerekmektedir (222). Beslenme açısından bakıldığında ise, yüksek miktar kafein alımı her ne kadar narkoleptik hastanın gündüz uykululuk haline yarar sağlasa da verimli bir gece uykusu açısından fayda getirmediğinden bu yaklaşım da uygun görülmemektedir. Yine erişkinlerin çok düşük karbonhidratlı fakat yüksek proteinli beslenmeleri gündüz uykululuklarına olumlu çıktı sunsa da temel tedavi yaklaşımı olarak uygun bulunmamaktadır (223).

2.11.4.1.1. Narkolepside patogenezi: Narkolepsi patogenezinin merkezinde posterolateral hipotalamusta hipokretin üreten nöronların kaybı görülmektedir. Hipokretin-1 (oreksin-A) ve hipokretin-2 (oreksin-B) preprohipokretinden ayrılarak üretilen, 33 ve 28 aminoasid uzunluğuna sahip ve birbirlerine hayli benzeyen nöropeptidler olarak bilinmektedir (224). Hipokretin geni, 'knock out' edilmiş hayvanlarda narkolepsi-katapleksi kliniğinin geliştiğinin ortaya konması ve narkolepsi patogenezi uyku fizyolojisinin aydınlatılmasında mühim bir aşama niteliğindedir (225).

Predispozan etmenlerden birisi 6. Kromozom üzerindeki HLA (İnsan Lökosit Antijeni) kompleksidir. Spesifik biçimde açıklanmamakla beraber HLA gen varyasyonları ve narkolepsi arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (226). Yakın dönem çalışmaları narkolepsinin bilhassa hipotalamusla korele olduğunu saptamıştır. Narkolepsi hastalarında hipotalamus kaynaklı kimyasal hipokretin salgılayan beyin hücrelerinde %85-95 düzeyinde bir azalma görülmektedir. Doğum esnasında mevcut olan hipokretin hücrelerinin yer aldığı hipotalamustaki skar dokusunun sonradan hasar aldığı düşünülmektedir. Buradan yola çıkarak HLA kompleksindeki türlü varyasyonların hipokretine karşı otoimmün yanıt riskini arttırdığını söylemek mümkündür (227).

2.11.4.1.2. Narkolepsi tanı kriterleri:

Narkolepsi tip 1 tanı kriterleri:

- A. Hastada en az üç aydır günlük olarak önlenemez uyku ihtiyacı veya gün içi şekerlemeleri olmalı.
- B. Aşağıdakilerden en az biri olmalı:
 - 1. Katapleksi ve Çoklu Uyku Geciktirme testinde (MSLT) ortalama uyku latansı 8 dakikadan kısa ve iki veya daha fazla uyku başlangıcı hızlı göz hareketi (SOREM) olmalı. Polisomnografideki (PSG) SOREM, MSLT SOREM'lerinden biri sayılabilir.
 - 2. Beyin omurilik sıvısı (BOS) hipokretin <110 pg/mL veya normal kişilerdeki değerinin 1/3'ünden az olmalı

Narkolepsi tip 2 tanı kriterleri:

- A. Hastada en az üç aydır günlük olarak önlenemez uyku ihtiyacı veya gün içi şekerlemeleri olmalı.
- B. MSLT'de ortalama uyku latansı 8 dakikadan kısa ve iki veya daha fazla SOREM olmalı. PSG'deki SOREM de MSLT SOREM'lerinden biri sayılabilir.
- C. Katapleksi olmamalı.
- D. BOS hipokretin ölçümü yapılmamış veya >110 pg/mL veya normal kişilerdeki değerinin 1/3'ünden fazla olmalı.
- E. Hipersomnolans ve/veya MSLT bulguları yetersiz uyku, obstrüktif uyku apne, gecikmiş faz uyku bozukluğu ile veya ilaç ve madde kullanımı veya yoksunluğu ile açıklanamamalı.

2.11.4.1.3. Olgu: 35 yaşında kadın hasta, 2 çocuk sahibi ve kendi ebeveynleri ile yaşamaktadır. Hasta anamnezinden ve hastanın incelenen dosyasından anlaşıldığı üzere hastanın 5 sene evvel başlayan uykusuzluk, yerinde duramama, sinirlilik ve depresif ruh hali şikayetleri bulunduğu için psikiyatri yatışı gerçekleştiği, bu dönemde dissosiyatif semptomlarının olduğu ve iki sefer intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiştir. Soy ağacında hastalığına dair örnek bulunmayan hastanın kendi öyküsünde ciddi psikososyal yüklenmelerin olduğu tespit edilmiştir. Hastaya uygulanan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Yapılandırılmış Psikiyatri Görüşme Formu (SCID) değerlendirmeleri dissosiyasyon lehinedir. Hasta ilaç sağaltımı aldıktan iki ay sonra ani dokunmalarda ve gülmelerde kuvvet kaybı ile beraber gün içerisinde karşı konulamaz 15-20 dk kadar süren uyku atakları ve gündüz uykulu gezme yakınmaları deneyimlemiştir. Sonrasında tekrar psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve epilepsi olduğu düşünülerek tedavisi sağlanmış fakat antiepileptik tedaviden de olumlu bir dönüt alınamamıştır. Akabinde hastadan dinlenirken ya da uyku yoksunluğu sonrası EEG ve beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesi alınmış ve sonuçlar normal çıkmıştır. Hasta devamında MSLT'ye sokulmuştur. MSLT neticesinde ortalama uyku latensinin 5 dk olduğu gözlemlenmiştir ve 4 uyku başlangıcında REM tespit edilmiştir. Buradan yola çıkarak, hastaya narkolepsi tanısı konmuş ve modafinil tedavi başlangıcı yapılmıştır. Hasta sağaltımdan gözle görünür şekilde fayda görmüş ve hastanın dissosiyatif semptomları sağaltımdan sonra sönüştür. Hasta halihazırda modafinil 600 mg/gün ve fluoksetin 20 mg/gün kullanmaktadır. Hastanın ilacını almadığı durumlarda ise yoğun uyku atakları yaşadığı bildirilmiştir (228).

2.11.4.2. İdiyopatik hipersomni: İdiyopatik Hipersomnide, bazen uyku hali tek belirti olsa da, genellikle geceleri uzun uyku süreleri, uzun şekerlemeler, dinlendirici olmayan bir uyku hissi ve uyku sarhoşluğu veya belirgin uyku eylemsizliği olarak bilinen uyanmada büyük zorluklar görülmektedir (229). İdiyopatik Hipersomni (İH) aynı zamanda bilişsel fonksiyonlarda bozulma ve otonomik semptomlarla karakterize bir rahatsızlıktır (230, 231). Bu bozukluğun başlangıç yaşı ergenlik ve genç erişkinlik olarak bilinmekle birlikte, çoğunlukla 25 yaş öncesinde rastlanmaktadır.

Patofizyolojisi ile ilgili bilgiler sınırlıdır (232). Etiyolojisi tam bilinmemekle ve tartışma konusu olmakla beraber otozomal dominant kalıtsal geçişli olduğu varsayılmaktadır. Otonomik, inflamatuvar ve immün işlevsizliğin etiyolojisinde rolü

olduğu düşünülmektedir. Bozukluk kronik seyretmektedir ancak nadiren de olsa spontan remisyon görüldüğü bildirilmektedir (233). Bir başka ifadeyle, haftalar ve aylar içerisinde progresif biçimde yerleşmektedir ve ömür boyu hemen hemen hiç değişmeksizin sürmektedir. Prevalansa dair çalışmalar henüz mevcut değildir. Sağaltım semptomlara yönelik olmalıdır. Uyku hijyeninin düzenlenmesini içeren davranışsal yaklaşımlar, uyku deprivasyonu ve uyarıcı ilaçlar sağaltıma fayda getirmektedirler. Ömür boyu devam eden bir bozukluk olması kaynaklı ilaç kullanımında yan etki ve tolerans gelişimi hususuna ayrıca dikkat edilmesi lazımdır (234).

PSG’de %85’in üzerinde uyku aktivitesi ve 6 saatten çok uyku süresi tespit edilmiştir. MSLT’de 8 dakikadan az uyku latensi bulunmaktadır. Elektrofizyolojik çalışmalarda hipersomniye sebep olacak diğer bozuklukların dışlanması yolu ile ve ikiden az SOREM görüldüğü koşullarda İH tanısı konmaktadır (235).

2.11.4.2.1. İdiyopatik Hipersomni Tanı Kriterleri:

- A. Hastada en az üç aydır günlük olarak önlenemez uyku ihtiyacı veya gün içi şekerlemeleri olmalı.
- B. Katapleksi olmamalı.
- C. MSLT’de ikiden az “SOREM” veya PSG’de REM latansı 15 dakikadan kısa ise MSLT’de hiç “SOREM” olmamalı.
- D. Aşağıdakilerden en az biri olmalı:
 - 1. MSLT’de ortalama uyku latansı ≤ 8 dakika.
 - 2. Yirmi dört saatlik PSG’de veya uyku günlüğü ile beraber takılan 7 günlük bilek aktigrafisinde 24 saatte toplam uyku süresi ≥ 660 dakika (tipik olarak 12-14 saat).
- E. Yetersiz uyku sendromu dışlanmalı.
- F. Hipersomnolans ve/veya MSLT bulguları başka bir uyku bozukluğu, tıbbi veya psikiyatrik bozukluk veya ilaç ve madde kullanımı ile daha iyi açıklanamamalı.

2.11.5. Hipersomnide Farmakolojik Tedavi

Hipersomni sağaltımında farmakolojik tedavilerin uygulanması ön plandadır. Nöropeptid oreksin/hipokretin, uyku/uyanıklık, iştah, duygu ve ödül sistemi gibi çeşitli

fizyolojik süreçlerde önemli bir rol oynamaktadır. Oreksin sinyallesinin düzensizliği, hipersomni ile özellikle de narkolepsi türüyle ilişkilendirilmiştir. Küçük moleküllü oreksin reseptör agonistleri bu bozukluklar için umut vadeden tedavi edici ilaçlar olarak ortaya çıkmıştır ve son on yılda bu alanda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (236). Diğer taraftan, yine hipersomni tedavisinde metilfenidat kullanımına başvurulmakta olup, ilaç bir dopamin-katekolamin geri alım inhibitörüdür. Farklı preparatlar şeklinde bilhassa çocuklarda kullanılmaktadır. Yan etkiler arasında iştahsızlık, kilo kaybı, ağız kuruluğu, aşırı uykusuzluk, seyrek biçimde çarpıntı, kan basıncında artış sayılabilmektedir (237, 238).

2.12. DISSOSİYASYON

Dissosiyasyon sözlük anlamıyla ayırışma, kopma anlamına gelmektedir ve bağ kurma manasına gelen assosiyasyonun karşıtıdır. Stresörlere ya da kendi iç dünyamız kaynaklı tedirgin edici uyarıcılara karşı aksiyon alan ve ruhsal dengenin (homeostazis) devam etmesini sağlayan bir dizi savunma mekanizmalarından bir tanesidir (239). Fakat pek çok savunma mekanizmasında olduğu gibi, dissosiyasyona da ağır biçimde başvurulduğunda ya da düzeneğin kullanımı sürekli bir hal aldığında semptomlar ortaya çıkmaktadır. Gündelik hayatta bir ölçüye kadar deneyimlenen dissosiyatif yaşantılar ağır olduğunda ve süreklilik arz ettiğinde dissosiyatif bir bozukluktan bahsetmek mümkündür (240).

Diğer deyişle, dissosiyatif yaşantılar normal hayatta karşılaştığımız dalgınlık, unutkanlık, düş kurma ile sınırlı kalabildiği gibi dissosiyatif bozukluğa kadar uzanan geniş bir yelpazede bulabilmektedir. Dissosiyasyonda zihinsel faaliyetlerin bilinçten ayrılması ve var olan bütünlüğünü yitirmesi söz konusudur. Burada kastedilen bir bütün halinde çalışan bilinç, algı, bellek ve kimliğin bütünlüğünün bozulması durumudur (241). Bu bozulmaların biyolojik kökenli organik olmadığı, tamamen psikolojik temele dayandığı görüşü hakimdir.

Psikotarih araştırmalarında kendine önemli bir yer edinen kimlik kavramı, yalnızca insanoğluna özgü bir nitelik taşımaktadır. Bireysel ve toplumsal kaynaklardan beslenmekte ve içerisinde bulunduğu mevcut koşullarda yapılanma içerisine girmektedir. Ancak erken dönem travmatik yaşantılar kimliğin oluşumunda kesintilere neden olmakta

ve ruh sağlığında negatif etkiler ortaya çıkabilmektedir (242, 243). Dissosiyatif savunma düzeneginin bir fonksiyonu olan bölme, bir müddet sonra bireyin duygularını, algısını, anılarını bölerek kişiye travmatik yaşantının etkilerinden muhafaza etmeye çalışmaktadır (244). Örneğin, ocukluk çağında başlayan erken dönem ruhsal travmalar kaynaklı konulan psikiyatrik tanılara dissosiyatif savunmalar eşlik etmektedir veyahut bu kişilerde çoğunlukla dissosiyatif bozukluklar komorbid olarak bulunabilmektedir.

Yakın dönemde dissosiyatif semptomlara dair ilgi giderek artmış ve çeşitli klinik ortamlarda, psikiyatrik hastalarda ve genel toplum örnekleminde dissosiyatif belirtiler çalışılmıştır (245). Dunn ve arkadaşlarının (246) madde bağımlıları ile yürüttükleri bir araştırmada olguların %34'nde çocukluk ağı kötüye kullanımı tespit edilmiş ve bu olgularda Dissosiyatif Yaşantılar leği (DY) skorları diğer olgulara kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Yine bir başka çalışmada yatarak tedavi gören 106 hastadan 69'unun erken dönem cinsel ve fiziksel kötüye kullanım ölçütlerini taşıdığı ve diğerlerine oranla daha fazla dissosiyatif semptom gösterdiği bildirilmiştir (247). Araştırmamız sorularını da kapsar şekilde, tüm bu çalışmaların, idiyopatik insomni, narkolepsi ve idiyopatik hipersomni açısından bir anlam ifade ettiği kanısındayız.

2.13. ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI

Travmanın kökenine inildiğinde 'tere' sözcüğü ile 'travma' szcğnn bağıntılı olduğu grlmektedir. Öte yandan travma sözcüğü açık delik (open hole) manası da taşımaktadır. Literatürde, bu mananın herhangi bir açıklığı yansıtmasının yanında ruh halinde deliksiz bir alandan delikli bir alana geçişi ifade ettiğine değinilmektedir (248). Buradan yola çıkarak travma, sözcük manasıyla beden ya da ruh bütünlüğündeki bir açıklık olarak açıklanmaktadır (249).

Sağlıklı kişilik yapısı ve psikopatolojinin gelişiminde kilit bir role sahip olan, erken dönemde uğranan travmatik yaşantılar, kısa ve uzun dönem etkileri bulunan mühim hayat olaylarını ifade etmektedir. Çocukluk ağı travmaları (T), 18 yaş öncesi maruz kalınan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın ve ihmalin yanında anne-babadan ayrı kalma, anne-baba kaybı, ebeveynin boşanması, şiddete tanıklık etme, yoksulluk, ağır hastalık, g, kazalar ve doğal afetler biçiminde tanımlanabilmektedir (250). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğü istismar szcğn "birisinin iyi niyetini kötüye kullanmak ve

bundan faydalanmak”, ihmal sözcüğünü ise “gerekli özeni göstermemek” şeklinde açıklamıştır (251). Çocuğun ruhsal ve fiziksel başta olmak üzere temel gereksinimlerinden yoksun bırakılması da yine ihmal çerçevesinde değerlendirilmektedir (252). Bir başka ifadeyle, ÇÇT grubunda yer alan çocuklar, ebeveynleri ya da bir başka bakım veren yetişkin tarafından toplumsal normlar ve profesyonellerce uygunsuz ve hasar verici olarak kabul edilen kendilerine yönlendirilmiş eylemler ve eylemsizlikler deneyimlemektedirler.

Yetişkinler tarafından sergilenen bu tutum ve davranışlar çocuğun gelişimine ket vurmaktadır. Bunların neticesinde çocuk fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zarar görmekte, sağlığı ve güvenliği tehlikeye atılmaktadır (253). Bu minvalde, yaşantılanan istismar ve ihmal öyküleri aslında çocuğun varlığına tehdit oluşturmaktadır dense yanlış olmayacaktır. Buradan yola çıkarak, erken dönem (çocukluk çağı) ruhsal travmaların beden ve ruh sağlığı bütünlüğünü fiziki ve psikolojik açıdan zarara uğrattığını ve bireyin kimlik gelişiminde ciddi bir rol oynadığını söylemek mümkündür (254). Kişinin savunmasız olduğu ve korunma gereksinimi bulunduğu erken dönemde, travmatik hadiseler deneyimlemesinin birtakım nörobiyolojik değişikliklere yol açtığı ve erişkinlikte psikiyatrik bozuklukların meydana gelme riskinde artış ile korele olduğu çalışmalarca ortaya konmuştur (255).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sıklık Çalışmasına göre 2005-2006 seneleri arasında her 58 çocuktan biri istismar ya da ihmal mağdurdur. Bahsi geçen olguların %44’ü istismara, kalanı ise ihmale uğramıştır. Raporlarda toplam vaka sayısı 2.905.800 olarak geçerken, olguları oluşturan 2.400 çocuğun bu travmalar neticesinde öldüğü varsayılmaktadır (256). Yine ABD Çocuk Bürosunun yayınladığı 2012 raporunda 678.810 çocuğun istismar veya ihmalden muzdarip olduğu bildirilmiştir. Bu da her 1.000 çocuktan 9.2’sini kurban listesine sokmaktadır. Türkiye’de T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) ve UNICEF’in (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) paydaş olarak yürüttüğü bir çalışmada bulgular, başvurusu bulunan bu çocukların %45’inin fiziksel istismar, %25’inin ihmal, %3’ünün ise cinsel istismar öyküsü olduğunu göstermektedir. 7-18 yaş aralığında bulunan her iki çocuktan birinin duygusal istismara maruz kaldığı ise araştırmadaki bir başka sonuçtur. Gerek uluslararası gerek Türkiye’deki çalışma çıktıları çocukluk çağı travmalarının hayli yaygın olduğuna işaret etmektedir (257).

2.13.1. İstismar Türleri ve İhmal

2.13.1.1. Fiziksel istismar: Çocuklara yönelik fiziksel istismarın tarihçesi her ne kadar insanlık tarihi kadar eski, antik çağa dek uzansa da konuya dair çalışmaların yapılması ancak yüzyıllık yakın geçmişte gerçekleşmiştir (258). Çocuk istismarının en ağır türü olan çocuk öldürmeye tarih sahnesinde, yetiştirilmeye değmediği düşünülen çocukların ölüme terk edilmesi, tanrılara kurban verilmesi, gayri meşru çocukların infazı, cinsiyete göre çocuğun canını alma gibi çok geniş bir yelpazede rastlanmaktadır. Çocuk öldürme haricinde çocukların nehre atılması, çeşitli uzuvlarını keserek onları sakat bırakma, çocuk düşürtme eylemleri de yine tarih boyunca tanık olunan fiziksel istismar örneklerindendir (259). 1960'lı yılların başında Kempe ve arkadaşlarının kaleme aldıkları “Örselenmiş Çocuk Sendromu (Battered Child Syndrome)” isimli makalede çocukların gözle görülür fiziksel yaralanma ve kırılmış kemiklerle hastaneye getirilmeleri ve çocukların ailelerinin bu durumu “talihsiz” kaza olarak izah etmeleri ile birçok vakanın radarlarına girdiğinden ve olguları araştırmaya başladıklarından bahsedilmektedir (260).

Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasını ifade etmektedir. İstismar türleri arasında en sık saptanan ve anlaşılması en rahat olan istismar türü olarak bilinmektedir. Fiziksel istismar, çocuğa bakım vereni tarafından doğrudan ya da dolaylı bir şekilde uygulanan fiziksel temelli, şiddet içerikli eylemlerin tümü olarak adlandırılmaktadır. Bu eylemler sarsma, tokat, yumruk atma, tekme, ısırma, yakma, boğma ve zehirlenme gibi davranışları içerebilmektedir (261). Fiziksel istismarı anlamada belirteçler; çocuğun vücudunda açıklanamayan yaralar, yanıklar, morarmalar, kemik kırılmaları gibi birçok bulguyu kapsayabilmektedir. Genelde bu gibi durumlar çocuk bir sağlık kuruluşuna getirildiği zaman fark edilmektedir ve anne-babadan mantıklı ve tutarlı bir dönüt alınamamaktadır (262). Ailenin “kaza” kisvesi altında açıklamaları olmaktadır. Bu gibi vakalarda sağlık çalışanının durumun fiziksel istismar olabileceğini göz önünde bulundurması ve buna yönelik hareket etmesi fiziksel istismarı saptama ve tekrarını önleme girişimlerinde önemli bir basamağı temsil etmektedir. Gözle görülen fiziksel bulguların haricinde çocuğun bakım verene yaklaşmak istememesi, anksiyöz

davranması, tepkisel davranışlar sergilemesi yine istismara dair ipuçları verebilmektedir (263).

2.13.1.2. Cinsel istismar: Türkiye'nin de taraflardan biri olduğu Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 1. Maddesi ve Türk Ceza Kanunu (TCK) 6.maddesi uyarınca çocuk kavramı kayıtlara, henüz 18 yaşını bitirmemiş bir kişi olarak geçmiştir. Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN), çocuk ve yetişkin arasında gerçekleşen temas etme ve ilişkinin, o yetişkin ya da başka bir bireyin cinsel uyarımı için kullanılmasını cinsel istismar şeklinde ifade etmektedir (264). Diğer bir ifadeyle, cinsel istismar, yaşça ufak, psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel doyum aracı olarak kullanılma halidir (265, 266). Cinsel istismar gözle görünür kontrol ya da güç üstünlüğü veya yaş farkının mevcudiyeti durumunda başka bir çocuk tarafından da gerçekleşebilmektedir.

Türk Hukuk Sisteminde çocuğun cinsel dokunulmazlık hakkı, çocuğun iradesinin ve isteğinin dışında tehdit, zorbalık, hile gibi nedenlerle ihlal edilmesi yasaklanarak güvence altına almıştır (267). 5237 sayılı TCK 103.maddesi 1.fıkrası uyarınca çocuklara cinsel istismar suçu en basit haliyle şu şekilde tanımlanmıştır: 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olup istismarın hukuki anlam ve neticelerini kavrama yetisine sahip olmayan çocuklara yönelik her türlü cinsel davranış ve hareket ve 15 yaşını tamamlamış ancak 18 yaşını tamamlamamış çocuklara dönük hile, zorbalık, tehdit ve çocuğun iradesini sarsan, etkileyen, elinden alan her türlü cinsel davranış ve hareket cinsel istismar suçu kapsamındadır (268).

Cinsel istismar fiziksel temas içeren ve içermeyen olarak iki başlık altında ele alınabilmektedir. Bu durumda, fiziksel temasın bulunduğu cinsel istismarı tanımlarken çocuğun rahatsız olacağı biçimde kalçasına, göğsüne, bacağına, karnına, cinsel organına vb. dokunma, istismarcının cinsel organı kullanarak sürtünmesi, her türlü cinsel penetrasyon, oral seks ve çocuğun çocuk pornografisi malzemesi haline getirilmesi örnek olarak verilebilmektedir (269). Öte yandan, fiziksel temas içermeyen grupta ise teşhircilik, röntgencilik, cinsel içerikli söylemler ve cinselliği kapsayan fotoğraf ve video gösterimi gibi örnekler vardır (270, 271).

Usta ve diğ'nin. (272) yürüttükleri bir araştırmada, Türkiye'deki çocukların cinsel istismara uğrama oranı ya da sayısının net olmadığı belirtilmektedir. Cinsel istismara maruz kalan çocukların fiziksel istismara maruz kalanlara kıyasla istismara uğradıklarını açıklamada, ifade etmede daha çok güçlük yaşadıkları, bu konuda daha az istekli oldukları raporlananlar arasındadır (273). Cinsel istismar sıklıkla gizlice, üstü örtülü, kapalı kapılar ardında gerçekleşmektedir. Çocuk üzerinde yıkıcı etkisi çok fazla olan bu istismar türünde durumun ağırlığı ile genellikle yaşananları saklama yoluna gitmektedir (274). Öte yandan her ne kadar istismarcının yabancı biri olduğu varsayılsa da çalışmalar istismara uğrayan çocukların %80-97'sinin istismarcısını tanıdığını göstermektedir (275). Çocuk tehdit edilme, şantaja uğrama, istismarcının aile üyesi olması ve utanma gibi etmenlerden ötürü de gizlemeyi tercih edebilmektedir. Bu sebeple, cinsel istismar en zor ortaya çıkan istismar türü olarak ifade edilebilir. İstismarcıların genelinin aile içi ya da çocuğun yakın tanıdıklarından olması cinsel istismarı önlemede çalışan saha elemanlarının işini güçleştirmektedir (276). Bilişsel bozuklukları, sağırılık, körlük gibi fiziksel engelleri olan çocuklar akranlarına nazaran cinsel istismar açısından daha büyük risk altındadır (277).

2.13.1.3. Duygusal istismar: Duygusal istismar, toplumda en çok rastlanan fakat tanımlaması en zor istismar tiplerinden biri olarak bilinmektedir. Duygusal istismar örneğin fiziksel istismara göre tanımlamada kat be kat komplikedir. Çünkü fiziksel istismar türünde her ne kadar elimizde somut veriler bulunsa da, bu durum duygusal istismar türünde ayırdı biraz daha zor olabilmektedir (278). Thompson ve Kaplan (279) bu güçlüğü dikkat çekerek duygusal istismarın tartışmalı ve pek çok araştırmacı tarafından farklı tanımlanan bir kavram olduğuna değinmektedirler. Kaliforniya Legislative Analysts Office, duygusal istismarı bir çocuğun kasıtlı bir biçimde acı çekmesine neden olmak, çocuğa mental olarak acı çektirmek ve çocuğun duygusal sağlığını riske etmek şeklinde açıklamıştır.

Anne-babası veya bakımvereni tarafından çocuğa uygulanan, çocuğu değersiz ve seilmeyen hissettiren her türlü saldırı, sözlü tavır ve davranış duygusal istismar kapsamına girmektedir (280). Duygusal istismara örnek olarak yine bağırma, küfretme, alay etme, sözel tehdit, aşağılayıcı üslup, yalnız bırakma, reddetme, değer ve önem vermeme, çocuk üzerinde çok fazla baskı kurma, lakap takma, çok fazla koruma veyahut kontrol etme ve başkalarıyla kıyaslama verilebilmektedir (281, 282). Duygusal istismarın

etiyojisine bakıldığında fakirliğin, işsizliğin ve negatif hayat koşullarının risk faktörü olduğu görölmektedir (283). Duygusal istismar her ne kadar yoksul ailelerde daha fazla gözlemlenmiş olsa da duygusal istismara, maddi durumu iyi aile yapılarında da rastlamak mümkündür. Bu durum köklü, başarılı ve örnek aile olma duygusunun hakim olduğu ailelerde bir baskı etmeni olarak meydana gelmektedir (284).

Genellikle, duygusal istismar diğr istismar türleri ile birlikte görölmektedir ve çocuklar için neticeleri en yıkıcı olabilecek istismar türlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, yaşantılanan duygusal istismarın çocuğun fiziksel gelişimi üzerinde oluşan doğrudan etkisinden de söz etmek mümkündür (285). Duygusal istismar, diğr istismar tiplerine nazaran merkezi bir tür olmasıyla beraber ayırt etme hususunda da yine belirleyici bir yönü vardır (286). Özellikle annenin maruz bıraktığı istismar bireylerin kendilerini ifade etme stillerini ve duygu düzenleme becerilerini direkt şekilde etkilemektedir (287).

UNICEF Türkiye Aile İçi Şiddet Araştırmasına (288) göre, 7-14 yaş aralığındaki kız çocuklarının daha çok ebeveynleri, öğretmenleri ve arkadaşları tarafından duygusal istismara maruz kaldığı, 15-18 yaş aralığındaki erkek çocuklarının ise en fazla babaları ve kendi akranları tarafından, yine bu yaş grubundaki kız çocuklarının ise en çok anneleri ve öğretmenleri tarafından duygusal istismara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Raporda duygusal istismarın çocukta duygusal ve fizyolojik açıdan negatif etkileri olduğu da yine kaydedilenler arasındadır.

2.13.1.4. İhmal: Duygusal ihmalde çocuğun sevgi, ilgi, ait olma, güvende hissetme ve bağlanma gibi temel duygusal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında eksiklik ya da yetersizlik söz konusudur (289). Fiziksel ihmalde ise beslenme, giyim, eğitim, hijyen ve sağlık gibi temel bakım ihtiyaçların karşılanmaması durumu vardır (290). Öte yandan, devamlı reddedilen, aşağılanan, utandırılan, ilgisiz bırakılan çocuklar fiziksel istismara uğrayan çocuklarla aynı acıyı deneyimlemektedirler. Bu tip ötekileştirmelere maruz kalan çocuklarda özgüven düşüklüğü ve güven problemlerine rastlanabilmektedir (291). Duygusal ihmale uğramak çocuklarda güvensiz bağlanmaya yol açtığından dolayı bu durum gelecekte kurdukları ilişki becerilerini de etkilemektedir (292).

Kişinin ruhsal yapılanmasına yönelik en ağır şiddet türü varsayılan çocukluk çağı travmalarına dair çalışmaların Türkiye’de nicece az olduğu, alınan sosyal, hukuki, eğitsel ve psikolojik tedbirlerin yetersiz kaldığı bilinmektedir. Bu duruma neden olan parametrelerden biri olarak ise travmaya maruz kalan çocukların ve onların ailelerinin konuya ilişkin herhangi bir bildirim yapmadıkları, bir şekilde mevzunun üzerini örtme yolunu seçtikleri belirtilmektedir (293). Kobulsky ve arkadaşlarının (294) ergenlik dönemindeki 1050 katılımcıyla yürüttükleri boylamsal bir araştırmada erken dönemde maruz kalınan duygusal ihmalin 18 yaş ve sonrasında dışavurum sorunlarıyla, ergenlik çağında yaşantılanan duygusal istismarın ise içevurum ve dışavurum sorunlarıyla ilintili olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, erken dönemde ihmale uğrayan kişilerin ileriki yaşlarda pek çok psikolojik bozukluğa yatkın olduğu saptanmıştır.

2.14. RUMİNASYON

Toplumda oldukça yaygın olan (295) ruminasyon kavramı ilk kez depresyon tanısında rastlanan bir belirti şeklinde ortaya konmuştur. Rippere 1977 yılında ruminasyonu negatif hayat hadiselerine dönük bir tepki olarak meydana gelen kalıcı ve döngüsel bir düşünme şekli minvalinde tasvir etmiştir (296). Farklı bir kaynakta ise ruminasyon, zihnin bir düşünce ya da mesele hakkında tekrarlayan meşguliyet durumu olarak değerlendirilmiştir (297). Yine ruminasyonun bir başka tanımına bakıldığında tekrar eden, yineleyici, geçmişe konsantre, uzunca bir düşünme hali biçiminde ifade edildiğine rastlanmaktadır (298). Kısaca ruminasyon bir diğer tabirle düşünceye dalma,

kişinin kendi iç dünyası, kişisel kaygıları, duyguları ve rahatsız edici yaşantıları hakkında tekrarlayan, uzun müddetli ve devamlı olumsuz düşünce sürecini anlatmaktadır (299).

Ruminasyonun, derinlemesine (reflective) ve saplantılı düşünme (brooding) şeklinde iki bileşeni olduğu öne sürülmektedir (300). Derinlemesine düşünme, kişinin problemlerini ve ona huzursuzluk veren duygularını düşünmesine ve analizine karşılık gelirken; saplantılı düşünme kişinin problemleri ya da negatif yaşam olayları üzerine kaygılı ve kasvetli düşünmesi anlamında kullanılmaktadır (301). Bu süreçte birey sıkıntının semptomlarına, bu semptomların olası kökenlerine ve neticelerine tekrarlayıcı ve pasif bir biçimde odaklandığı bir düşünce modeli içindedir. Bu düşünceler, daha belirgin düşüncelerle beraber bir akış içerisinde yer almaktadır ve bilinçli bir uğraş gerektirmeden herhangi bir durumda aniden ve kendiliğinden gerçekleşmektedir (302). Ruminatif tepki tarzına sahip bireyler pasif olarak negatif duyguları hakkında tekrar tekrar düşünme eğilimindedirler. Bu kişiler çözüm üretmektense “sıkıntıdan kurtulamıyorum” “neden iyileşemiyorum” gibi suallere cevap aramaktadırlar (303).

Çocukluk çağı travmaları ve ruminasyon ilişkisinin incelendiği bir toplum örnekleme çalışmasında, psikiyatrik hastalığı bulunanlar çalışmada dışlanmış ve araştırma sonucuna göre değişkenlerin arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (304). Üniversite öğrencileri ile yürütülen prospektif bir araştırmada, erkeklerde yaşanan cinsel istismar deneyimi ile ruminatif tepki stili arasında herhangi bir ilişki saptanmazken, kadın cinsiyetinde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışma bulgularına dayanarak, daha yüksek düzeyde erken dönem cinsel istismar bildiren kadınların daha yüksek oranda ruminatif düşünme tarzına sahip olduğu raporlanmıştır. Ayrıca, erken dönem duygusal istismar ile ruminatif tepki tarzı korelatif bulunmuş, ancak ruminatif reaksiyon stili ile fiziksel istismar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bunun yanı sıra çok fazla kontrolcü bir ebeveyn sahip olmak, erken dönem duygusal istismar, kadınlarda cinsel istismar arasında ruminatif düşünme tarzının aracı rolü olduğu saptanmıştır (305). Yürütülen çalışmalar göz önüne alındığında, araştırmamız bağımsız değişkenlerinin insomni ve hipersomniyi anlamak adına konuya ışık tuttuğu düşüncesindeyiz.

2.15. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Tıp literatürüne bakıldığında dikkat bozukluğunun ilk geçtiği kaynak olarak 1775 senesinde Alman Hekim Melchior Adam Weikard'ın *Der Philosophische Arzt* kitabı örnek olarak verilebilmektedir (306). 1798 senesinde ise İskoçyalı bir hekim olan Sir Alexander Crichton, eserinde dikkat eksikliğinin diğer mental ve fiziksel bozukluklar ile ilişkisi konusunu işleyerek bu bozukluğa bir kez daha dikkat çekmiş ve bu hastalığı zihinsel olarak huzursuz olma hali (mental restlessness) şeklinde tanımlamıştır (307). Fakat Crichton'un tanımında bozukluğun dürtüsellik ve hiperaktivite yönüne değinilmemiştir (308).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite (DEHB) ile ilgili ilk betimleme 1845 yılında Alman psikiyatrist Dr. Heinrich Hoffman tarafından kaleme alınan "Shockheaded Peter" isimli öykü kitabındaki "The Story of Fidgety Philip" (Huzursuz Philip'in Hikayesi) adlı hikayede yapılmıştır. Philip hareket etmeden yerinde oturamayan çocuk olarak tasvir edilmiştir. Hoffman'ın bu tanımı bilimsel literatürde kendine yer edinememiştir ancak bugün tanınan olarak kabul gören pek çok belirtiyeye bu öyküde rastlamak mümkündür (309).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) kavramı 1902 senesinde ilk kez George Still tarafından ortaya konmuştur. Kendisi çok fazla hareketli, odaklanma problemi yaşayan, fazla saldırgan, kurallara uymakta zorluğu bulunan, öğrenme güçlüğü olan ve davranım sorunlarına sahip çocuklarda "Ahlaki Kontrol Eksikliği" olduğunu öne sürmüştür (310). Daha çok organik ve sosyal nedenler üzerinde duran Still, o dönemde DEHB'yi "dikkatin sürdürülmesinde eksiklik ve nörolojik anormallikler" biçimde tanımlamıştır. "Kötü çocuklar", "dürtüsel delilik", "yaramaz çocuk sendromu", "çılgın budalalar" ve "yetersiz engellenme" gibi farklı ifadelerle de adlandırılmıştır (311).

1. Dünya savaşı sonrasında görülen salgın sebepli beyin doku iltihabı geçirmiş çocukların DEHB semptomlarına benzer davranışlar takındıkları bildirilmiştir. 1930'lu yıllarda benzer nitelikler sergileyen çocuklar "organik dürtüsel" olarak açıklanmış ve psikostimulanların ilk denemeleri 1937 yılında Charles Bradley tarafından ortaya konmuştur (312). Viral ensefalit akabinde sergilenen davranışların DEHB ile benzerliğini göz önüne alarak, DEHB'ye beyinde meydana gelen bir hasarın sebep olduğu fikri benimsenmiştir (313). 1971 senesinde ise Wender adlı çalışmacı DEHB'yi "minimal beyin hasarı" şeklinde tanımlamış, sonrasında hiperkinetik hastalık tablosu, hiperkinezis

gibi farklı isimler olarak bugünkü Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu başlığına ulaşmıştır (314).

DEHB tanımı itibariyle okul öncesi çocuklarda başlayıp erişkinlikte de süren, aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur. Çocuklarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır ve sağaltım sağlanmadığı takdirde çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi, eğitim hayatı bu durumdan zarar görmektedir (315). DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DEHB'yi dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tip, aşırı hareketlilik ve dürtüsellğin belirgin olduğu tip ve karma tip olarak 3 alt tipte almaktadır (28).

Lauth ve Schlottke'nin (316) yürüttükleri bir araştırmada, DEHB'nin gelişim evrelerine göre prevalansı okul öncesi dönemde (4-6 yaş) %3, okul çağındaki talebelerde (6-13 yaş) %3-7 ve ergenlikte (14-20 yaş) %6 şeklindedir. Cinsiyet farklılığına bakıldığında, erkek cinsiyetinde DEHB'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Buna sebep olarak erkek çocuklarının biyolojik ve genetik altyapıları kaynaklı dışa yönelim bozukluklarına, kız çocuklarının ise anksiyete bozukluğu gibi içe yönelimli bozukluklara daha eğilimli oldukları gösterilebilir. Ek olarak, erkek çocuklarında bulunan dışa yönelim bozukluklarının toplum tarafından daha kolay tolere edilebiliyor olması DEHB'nin beraberinde taşıdığı davranış problemlerini daha kalıcı hale getirmektedir (317). Takip çalışmaları uyarınca, DEHB olan çocukların %11 kadarında semptomlar yetişkinlikte de sürmektedir (318).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, insomni ve hipersomni bozukluklarına sahip olan ve olmayan bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite, dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları ve ruminasyon gibi değişkenler açısından karşılaştırılmasını hedeflemektedir. Araştırma, ele alınan değişkenler ve gruplar arasındaki ilişkilerin incelenmesine odaklandığından, ilişkisel tarama modeli çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Karasar, bu modeli, “birden fazla değişken arasındaki potansiyel etkileşimlerin ve bu etkileşimlerin gücünün analizine yönelik bir yöntem” olarak tanımlamaktadır (319).

Bunun yanı sıra, araştırmada güvenilir ve geçerli sonuçlara ulaşılmasını sağlamak amacıyla bilimsel araştırma yöntemlerinden deneysel yöntem tercih edilmiştir. Deneysel yöntem, araştırmacının sistematik ve karşılaştırılabilir uygulamalarla elde edilen verileri analiz etmesine olanak tanıyan bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (320). Bu kapsamda, deney ve kontrol grupları arasında yapılan karşılaştırmalar yoluyla değişkenler arası ilişkiler detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni, 2024 yılı itibarıyla İstanbul ilinde ikamet eden ve psikofizyolojik insomni, idiyopatik insomni, idiyopatik hipersomni ve narkoleptik hipersomni tanıları almış, 18-65 yaş arası bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmanın deney grubunu T.C. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Merkezi’ne başvurmuş ve araştırma için belirlenen, dahil edilme kriterlerini karşılayan 113 kişi oluşturmaktadır. Kontrol (sağlıklı) grubundaki 252 kişiye ise kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Dolayısıyla, çalışmanın örneklemi toplam 365 bireyden meydana gelmektedir.

Deney grubunun seçimine ilişkin olarak, insomni tanısına sahip bireyler arasında yalnızca idiyopatik insomni ve psikofizyolojik insomni alt tipleri çalışmaya dahil edilmiştir. Paradoksal insomni, çocukluk çağı davranışsal insomni, uyumsal insomni, yetersiz uyku hijyeni, psikiyatrik bozukluğa bağlı insomni, tıbbi duruma bağlı insomni,

ilaç veya maddeye bağlı insomni, ilaç ya da maddeye bağlı olmayan insomni ve belirlenmemiş (organik olmayan) veya fizyolojik (organik) insomni alt tipleri dışlanmıştır. Benzer şekilde, hipersomni tanısı için yalnızca narkoleptik hipersomni ve idiyopatik hipersomni alt grupları çalışmaya dahil edilmiştir. Narkolepsi dışı alt gruplar ve diğer hipersomni tipleri dahil edilme kriterlerine uygun olmadığı için çalışma dışında bırakılmıştır. Bu şekilde, deney ve kontrol gruplarının homojenliği artırılarak sonuçların güvenilirliği desteklenmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada, veri toplama amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu ile birlikte dört farklı psikometrik ölçek kullanılmıştır. Kullanılan ölçekler; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) ve Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği'dir (RDBÖ). Bu ölçme araçları, araştırmada ele alınan değişkenlerin sistematik ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla tercih edilmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve katılımcıların çeşitli özelliklerini değerlendirmek amacıyla yapılandırılmıştır. Formda, bireylerin sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları, gelir düzeyi, sigara, alkol, madde ve kafein kullanım alışkanlıkları, yemek yeme saat aralıkları, uyku düzenleri ve genel sağlık durumları gibi konular yer almıştır. Ayrıca, katılımcıların mevcut tanıları, uyku bozuklukları ile ilgili özellikleri, kalıtsal ve kronik hastalıklarına ilişkin bilgiler de form kapsamında değerlendirilmiştir.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), 28 madde ve 5 dereceli Likert tipi bir yapıya sahip bir ölçme aracıdır. Bernstein ve arkadaşları (321) tarafından geliştirilen ölçek, Türkçe'ye Şar ve arkadaşları (322) tarafından uyarlanmış ve geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Ölçek, beş alt boyut içermektedir: fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26, duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25, duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 ve cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 maddeleri şeklindedir.

Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 25 ile 125 arasında değişmektedir. Ancak, belirli maddelerde (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) ters kodlama yapılmaktadır. Puanların yanı sıra cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan ve üstü, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puan ve üstü, duygusal ihmal için 12 puan ve üstü kesim puanı olarak kullanılabilir. Ölçek genelinin kesim puanı ise 35 puan ve üstüdür.

Bu araştırmada, ÇÇTÖ'nün genel güvenilirliği için yapılan Cronbach Alpha analizinde katsayı $\alpha=0,732$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları ise 0,414 ile 0,917 arasında değişmiştir. George ve Mallery'ye (323) göre 0,90 ve üzeri değerler mükemmel kabul edilmekte olup, genel güvenilirlik bu düzeyde değerlendirilmiştir. Alt boyutlar için Özdamar'ın (324) önerdiği 0,40 ve üzeri güvenilirlik katsayısı referans alınarak, alt boyutların da güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, ölçeğin hem genel hem de alt boyut düzeyinde güvenilir sonuçlar sağladığını göstermektedir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Çocukluk çağı travmaları ölçeği Cronbach Alpha güvenilirlik bulguları

Ölçekler	N	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Çocukluk Çağı Travmaları	365	28	0,732
Fiziksel İhmal	365	5	0,414
Duygusal İstismar	365	5	0,844
Fiziksel İstismar	365	5	0,786
Duygusal İhmal	365	5	0,889
Cinsel İstismar	365	5	0,917

3.3.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve Doğan ve arkadaşları (325) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek, 18 maddeden oluşmakta ve maddeler, “asla” ile “çok sık” arasında değişen beşli Likert tipi bir formatta, 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Bu kapsamda, ölçekten alınabilecek toplam puanlar 0 ile 72 arasında değişmektedir. ASRS, “dikkat eksikliği” (12 madde) ve

“hiperaktivite/dürtüsellik” (6 madde) olmak üzere iki alt boyut içermektedir. Alt boyutlardan ve toplamda alınan puanın artışı, bireyin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyinin arttığını göstermektedir.

Araştırma kapsamında yapılan Cronbach Alpha güvenirlik analizinde ölçeğin genel güvenirlik katsayısı $\alpha=0,905$ olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara ilişkin güvenirlik katsayıları ise şu şekildedir: hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için $\alpha=0,702$, dikkat eksikliği alt boyutu için $\alpha=0,874$. George ve Mallery’nin (323) değerlendirmelerine göre, genel güvenirlik katsayısı mükemmel (0,90 ve üzeri), alt boyutlara ilişkin güvenirlik ise iyi düzeyde (0,70-0,90 arası) bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin hem genel hem de alt boyutlar düzeyinde güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2: Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği Cronbach Alpha güvenirlik bulguları

Ölçekler	N	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	365	18	0,905
Hiperaktivite/Dürtüsellik	365	6	0,702
Dikkat Eksikliği	365	12	0,874

3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), bireylerin çeşitli dissosiyatif yaşantılarının sıklığını değerlendirmek amacıyla Bernstein ve Putnam (326) tarafından geliştirilmiş ve Yargıç ve arkadaşları (327) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Bu ölçek, 28 maddeden oluşan öz-bildirime dayalı bir ölçüm aracıdır. Katılımcılar, her bir madde için sıfırdan yüze kadar 10’ar puanlık aralıklarla sıralanmış 11 seçenekli bir diyagram üzerine işaret koyarak, belirtilen yaşantının ne sıklıkta meydana geldiğini (%0 ile %100 arasında) ifade etmektedir. Ölçek skoru, 28 maddenin puanlarının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen Cronbach Alpha güvenirlik analizinde, ölçeğin genel güvenirlik katsayısı $\alpha=0,966$ olarak bulunmuştur. George ve Mallery’ye (323) göre, bu değer “mükemmel” düzeyde güvenilirliği (0,90 ve üzeri) anlatmaktadır.

Bu bulgular, ölçeğin araştırmada kullanılan ölçüm sonuçlarının yüksek düzeyde tutarlı ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.3.5. Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Ruminatif Düşünce Biçimi Ölçeği (RDBÖ), bireylerin ruminatif düşünce eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve Karatepe (328) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, ruminatif düşünceyi tekrarlayıcı, kontrol edilemeyen, girici ve geri dönüşlü bir düşünce tarzı olarak ele alır ve bu özellikleri ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ancak, bu araştırmada ölçeğin yalnızca 13 maddesi kullanılmıştır. Katılımcılar, ölçek maddelerini kendilerini tanımlama düzeyine göre, “hiç” ile “çok iyi” arasında değişen 7’li Likert tipi bir formatta puanlamışlardır. Bu doğrultuda, araştırma kapsamında alınabilecek toplam puanlar 13 ile 91 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanın artışı, bireylerin ruminasyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada yapılan Cronbach Alpha güvenirlik analizine göre, ölçeğin genel güvenirlik katsayısı $\alpha=0,943$ olarak hesaplanmıştır. George ve Mallery’nin (323) değerlendirmelerine göre, bu değer “mükemmel” düzeyde güvenilirliği (0,90 ve üzeri) ifade etmektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin araştırma bağlamında kullanılabilirliğinin ve ölçüm sonuçlarının tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu açıklamaktadır.

3.4. VERİ ANALİZİ

Bu araştırmada, verilerin analizi nicel yöntemlerle gerçekleştirilmiş ve tüm istatistiksel işlemler SPSS 27 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak belirlenmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kriteri esas alınmıştır.

Analiz sürecine başlamadan önce, uygun istatistiksel yöntemlerin seçilebilmesi amacıyla verilerin dağılım özellikleri incelenmiştir. George ve Mallery’nin (323) kriterlerine uygun olarak, ölçeklerden elde edilen puanların çarpıklık ve basıklık değerleri değerlendirilmiştir. Bu değerlerin $\pm 2,00$ aralığında olması, verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmektedir. İlk değerlendirmelerde, toplam 370 katılımcıya ait verilerin normal dağılım koşulunu tam olarak karşılamadığı saptanmıştır. Bu durumu düzeltmek amacıyla uç değer analizleri yapılmış ve z skorları $\pm 3,00$ ’ün dışında kalan 5 katılımcı çalışmadan çıkarılmıştır. Bu işlem sonrasında, kalan 365 katılımcının verilerinin çoğunlukla normal dağılım şartlarını sağladığı belirlenmiştir. Ancak, fiziksel istismar ve

cinsel istismar alt boyutlarında normal dağılım şartlarının tam olarak sağlanamadığı tespit edilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3: Ölçek puanlarına ait çarpıklık ve basıklık değerleri

Puan	n	Çarpıklık		Basıklık	
		İstatistik	S.H.	İstatistik	S.H.
<i>Deney Grubu</i>					
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	113	0,342	0,227	0,018	0,451
Hiperaktivite/Dürtüsellik	113	0,472	0,227	0,099	0,451
Dikkat Eksikliği	113	0,141	0,227	-0,305	0,451
Ruminasyon	113	-0,155	0,227	-0,730	0,451
Dissosiyasyon	113	0,384	0,227	-0,469	0,451
Çocukluk Çağı Travmaları	113	0,719	0,227	0,599	0,451
Fiziksel İhmal	113	0,587	0,227	-0,025	0,451
Duygusal İstismar	113	0,830	0,227	0,404	0,451
Fiziksel İstismar	113	2,460	0,227	5,961	0,451
Duygusal İhmal	113	0,503	0,227	0,287	0,451
Cinsel İstismar	113	3,840	0,227	20,615	0,451
<i>Kontrol Grubu</i>					
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	252	0,236	0,153	-0,133	0,306
Hiperaktivite/Dürtüsellik	252	0,179	0,153	-0,014	0,306
Dikkat Eksikliği	252	0,355	0,153	-0,114	0,306
Ruminasyon	252	-0,283	0,153	0,170	0,306
Dissosiyasyon	252	0,103	0,153	-0,748	0,306
Çocukluk Çağı Travmaları	252	0,010	0,153	-0,331	0,306
Fiziksel İhmal	252	0,605	0,153	-0,444	0,306
Duygusal İstismar	252	1,104	0,153	0,897	0,306
Fiziksel İstismar	252	5,085	0,153	31,660	0,306
Duygusal İhmal	252	-0,041	0,153	-0,605	0,306
Cinsel İstismar	252	10,853	0,153	139,253	0,306

Katılımcılara ilişkin tanıtıcı bulguların analizinde, frekans analizi, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi betimsel istatistik yöntemleri uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarını karşılaştırmak amacıyla ki-kare analizi kullanılmıştır. İnsomni veya hipersomni bozukluğu tanısı almış bireyler ile tanı almamış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren puanlar için

bağımsız gruplar t-testi, normal dağılım göstermeyen fiziksel ve cinsel istismar puanları için ise Mann-Whitney U testine başvurulmuştur.

Bağımsız gruplar t-testi sonuçlarında anlamlı farklılıkların büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen d, Mann-Whitney U testi sonuçlarında ise Cohen r etki büyüklüğü indeksleri hesaplanmıştır. Cohen d değerleri tüm analizlerde 1 ve üzeri olarak bulunmuş ve bu değerler çok büyük farklılık olarak yorumlanmıştır (329). Cohen r değerleri ise genellikle 0,3 civarında olup, bu durum orta düzey farklılık olarak değerlendirilmiştir (330). Ayrıca, deney ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma varlıkları açısından kesme puanlarına göre karşılaştırılmasında yine ki-kare testi kullanılmıştır.

İnsomni veya hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerde çeşitli etkilerin tespiti için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi uygulanmıştır. Buna ek olarak, insomni veya hipersomni tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmaları, ruminasyon, dissosiyasyon ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. ANOVA sonuçlarında anlamlı farklılık tespit edilmesi durumunda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyansların homojen olduğu durumlarda Tukey HSD, homojen olmadığı durumlarda ise Games-Howell çoklu karşılaştırma testlerine (post-hoc testler) başvurulmuştur (330). Anlamlı farklılıkların etkisini değerlendirmek için eta kare (η^2) etki büyüklüğü indeksleri hesaplanmıştır. Eta kare (η^2) değerinin 0,06 ve üzeri olması, bu farkın büyük düzeyde olduğu şeklinde yorumlanmıştır (330).

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BULGULAR

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Bu araştırma deney grubunda 113 ve kontrol grubunda 252 olmak üzere toplam 365 bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri dağılımına ilişkin bulgular gruplar arası karşılaştırmalar ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken	Grup	Deney		Kontrol		X^2	Sd	p
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Erkek	41	36,3	125	49,6	5,582	1	0,018
	Kadın	72	63,7	127	50,4			
Yaş Grubu	18-29	48	42,5	57	22,6	15,927	2	<0,001
	30-49	49	43,4	134	53,2			
	50-65	16	14,2	61	24,2			
Eğitim Durumu	İlköğretim	17	15,0	9	3,6	41,498	3	<0,001
	Lise	32	28,3	35	13,9			
	Üniversite	57	50,4	136	54,0			
	Lisansüstü	7	6,2	72	28,6			
Medeni Durum	Bekar	57	50,4	70	27,8	32,855	3	<0,001
	Boşanmış	10	8,8	6	2,4			
	Eşi vefat etmiş	2	1,8	1	0,4			
	Evli	44	38,9	175	69,4			
Çocuk Sayısı	Yok	66	58,4	93	36,9	18,455	4	<0,001
	1 çocuk	10	8,8	42	16,7			
	2 çocuk	24	21,2	54	21,4			
	3 çocuk	9	8,0	43	17,1			
	4 çocuk ve üzeri	4	3,5	20	7,9			
Toplam		113	30,9*	252	69,1*			

* Satır yüzdesini göstermektedir.

Buna göre, deney (insomni ve hipersomni bozukluğu olan bireyler) ve kontrol (bu bozukluklara sahip olmayan bireyler) gruplarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin karşılaştırmalar, gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Cinsiyet açısından, deney grubunda kadınların oranı (%63,7) erkeklerden (%36,3) oldukça yüksekken, kontrol grubunda ise kadın cinsiyeti (%50,4) erkek cinsiyetinden (%49,6) çok az bir oranda fazlalık arz etmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2(1) = 5,582$, $p = 0,018$).

Yaş grupları açısından bakıldığında, deney grubunda 18-29 yaş aralığındaki bireylerin oranı (%42,5), kontrol grubundaki aynı yaş grubundakilerden (%22,6) belirgin şekilde yüksektir. Buna karşın, 30-49 yaş ve 50-65 yaş aralığında kontrol grubundaki katılımcı oranı (%53,2 ve %24,2), deney grubundakilerden (%43,4 ve %14,2) daha fazladır. Gruplar arasındaki bu dağılım farkı anlamlıdır ($X^2(2) = 15,927$, $p < 0,001$).

Eğitim durumu değerlendirildiğinde, deney grubunda lise ve ilköğretim mezunlarının oranı (%28,3 ve %15), kontrol grubuna göre (%13,9 ve %3,6) daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, lisansüstü eğitim almış bireylerin oranı kontrol grubunda (%28,6) deney grubuna kıyasla (%6,2) oldukça yüksektir. Üniversite mezunları her iki grupta da benzer oranlarda yer almaktadır (%50,4 ve %54). Dolayısıyla eğitim durumu açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($X^2(3) = 41,498$, $p < 0,001$).

Medeni durum değişkeni incelendiğinde, deney grubunda bekar bireylerin oranı (%50,4), kontrol grubuna göre (%27,8) daha yüksek bulunmuştur. Evli bireylerin oranı ise kontrol grubunda (%69,4), deney grubuna göre (%38,9) belirgin şekilde yüksektir. Boşanmış ve eşini kaybetmiş bireylerin oranları her iki grupta da oldukça düşüktür. Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X^2(3) = 32,855$, $p < 0,001$).

Son olarak çocuk sayısı açısından, çocuk sahibi olmayan bireylerin oranı deney grubunda (%58,4), kontrol grubuna göre (%36,9) daha yüksektir. Kontrol grubunda ise 3 ve daha fazla çocuğu olan bireylerin oranı (%17,1 ve %7,9), deney grubuna kıyasla (%8,0 ve %3,5) oldukça yüksektir. Dolayısıyla çocuk sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X^2(4) = 18,455$, $p < 0,001$).

4.1.2. Çalışma Özellikleri ve Gelir Düzeyi

Tablo 4.2’de katılımcıların çalışma özellikleri ve gelir düzeyleri dağılımına ilişkin bulgular gruplar arası karşılaştırma ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 4.2: Katılımcıların çalışma özellikleri ve gelir düzeylerine göre dağılımı

Değişken	Grup	Deney		Kontrol		X^2	Sd	p
		n	%	n	%			
Çalışıyor musunuz?	Çalışıyor	64	56,6	185	73,4	10,127	1	0,001
	Çalışmıyor	49	43,4	67	26,6			
Çalışma Süresi	Haftada 40 saatten az	33	51,6	84	45,4	0,724	1	0,395
	Haftada 40 saatten fazla	31	48,4	101	54,6			
İşiniz vardiya/nöbet usulü mü?	Evet	17	26,6	34	18,4	1,956	1	0,162
	Hayır	47	73,4	151	81,6			
Gelir Düzeyi	Düşük	37	32,7	39	15,5	18,930	2	<0,001
	Orta	73	64,6	184	73,0			
	Yüksek	3	2,7	29	11,5			

Buna göre, gruplar arasındaki karşılaştırmalar incelendiğinde, anlamlı farklılıklar ve benzerlikler tespit edilmiştir. Çalışma durumu açısından, kontrol grubundaki bireylerin çalışıyor olma oranı (%73,4), deney grubundakilerden (%56,6) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($X^2(1) = 10,127$, $p = 0,001$). Çalışmayan bireylerin oranı ise deney grubunda (%43,4), kontrol grubuna göre (%26,6) daha yüksek bulunmuştur. Ancak, çalışma süresi dikkate alındığında, haftada 40 saatten fazla çalışan bireylerin oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2(1) = 0,724$, $p = 0,395$). Haftada 40 saatten fazla çalışanların oranı kontrol grubunda (%54,6), deney grubuna kıyasla (%48,4) bir miktar daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Katılımcıların işlerinin vardiya veya nöbet usulü olup olmaması incelendiğinde, deney grubunda vardiyalı çalışanların oranı (%26,6), kontrol grubundakilere (%18,4) göre bir miktar daha fazla bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2(1) = 1,956$, $p = 0,162$).

Gelir düzeyi açısından yapılan değerlendirmede ise deney grubunda düşük gelir düzeyine sahip bireylerin oranı (%32,7), kontrol grubuna göre (%15,5) belirgin şekilde daha yüksektir. Buna karşılık, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin oranı kontrol grubunda (%11,5), deney grubuna kıyasla (%2,7) oldukça fazladır. Orta gelir düzeyine sahip bireylerin oranı her iki grupta da benzer olmakla birlikte (%64,6 ve %73,0), gelir düzeyi açısından gruplar arasında genel anlamda anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($X^2(2) = 18,930$, $p < 0,001$).

4.1.3. Sigara, Alkol, Madde ve Kafein Kullanımı

Araştırmaya katılan bireylerin sigara, alkol, madde ve kafein kullanım durumları Tablo 4.3'te sunulmuş ve gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar incelenmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların sigara, alkol, madde ve kafein kullanım özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Grup	Deney		Kontrol		X^2	Sd	p
		n	%	n	%			
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	41	36,3	57	22,6	7,417	1	0,006
	Kullanmıyor	72	63,7	195	77,4			
Sigara Kullanım Miktarı (Günlük)	Günde 2-3 adet	12	29,3	10	17,5	4,160	2	0,125
	Günde 5-10 adet	13	31,7	13	22,8			
	Günde 1-2 paket	16	39,0	34	59,6			
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	45	39,8	29	11,5	38,697	1	<0,001
	Kullanmıyor	68	60,2	223	88,5			
Alkol Kullanım Miktarı	Sadece özel günlerde	5	11,1	9	31,0	5,156	3	0,161
	Senede birkaç kez	12	26,7	8	27,6			
	Ayda birkaç kez	24	53,3	10	34,5			
	Hemen hemen her gün	4	8,9	2	6,9			
Madde Kullanım Durumu	Kullanıyor	3	2,7	1	0,4	3,670	1	0,055
	Kullanmıyor	110	97,3	251	99,6			
Kafein Kullanım Sıklığı	Günde 5-6 defadan az	54	47,8	131	52,0	1,853	2	0,396
	Günde 5-6 defa	24	21,2	60	23,8			
	Günde 5-6 defadan fazla	35	31,0	61	24,2			

Buna göre, sigara kullanım durumu açısından, deney grubundaki bireylerin sigara kullanma oranı (%36,3), kontrol grubundakilerden (%22,6) anlamlı derecede daha yüksektir ($X^2(1) = 7,417$, $p = 0,006$). Ancak sigara kullanım miktarına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($X^2(2) = 4,160$, $p = 0,125$). Her iki grupta da günde 1-2 paket sigara kullanan bireylerin oranı daha yüksektir.

Alkol kullanımı açısından, deney grubundaki bireylerin alkol tüketme oranı (%39,8), kontrol grubuna kıyasla (%11,5) anlamlı derecede daha yüksektir ($X^2(1) = 38,697$, $p < 0,001$). Alkol kullanım miktarları incelendiğinde, her iki grupta da alkolü “ayda birkaç kez” tüketen bireylerin oranı diğer kullanım sıklıklarından daha yüksek olsa da, bu dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2(3) = 5,156$, $p = 0,161$).

Madde kullanım durumuna ilişkin değerlendirmelerde, deney grubunda madde kullanan bireylerin oranı (%2,7), kontrol grubuna göre (%0,4) daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($X^2(1) = 3,670$, $p = 0,055$).

Kafein tüketim sıklığı açısından yapılan değerlendirmede, deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2(2) = 1,853$, $p = 0,396$). Her iki grupta da “günde 5-6 defadan az” kafein tüketen bireylerin oranı (%47,8 ve %52,0) diğer tüketim sıklıklarına göre daha yüksektir.

Bu bulgular, deney grubundaki bireylerin sigara ve alkol kullanım oranlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşılık, sigara kullanım miktarı, alkol tüketim sıklığı, madde kullanımı ve kafein tüketim sıklığı gibi diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.1.4. Yeme ve Uyuma Alışkanlıkları ile Genel Sağlık Durumu

Araştırmaya katılan bireylerin yemek yeme saat aralıkları, uyuma alışkanlıkları ve genel sağlık durumları Tablo 4.4’te sunulmuş ve gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar incelenmiştir.

Tablo 4.4: Katılımcıların yemek yeme, uyuma ve sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Grup	Deney		Kontrol		X^2	Sd	p
		n	%	n	%			
Yemek Yeme Saat Aralığı	Sabah 07:00-09:00 Akşam 18:00-20:00	70	61,9	183	72,6	42,261	3	<0,001
	Sabah 10:00-12:00 Akşam 18:00-20:00	16	14,2	0	0,0			
	Sabah 10:00-12:00 Akşam 21:00 ve sonrası	25	22,1	69	27,4			
	Sabah 07:00-09:00 Akşam 21:00 ve sonrası	2	1,8	0	0,0			
Sabah Uyanma Saati	07:00-09.00	80	70,8	228	90,5	24,182	2	<0,001
	11:00-13:00	29	25,7	23	9,1			
	14:00 ve sonrası	4	3,5	1	0,4			
Akşam Uyuma Saati	21:00-22:00	10	8,8	26	10,3	5,651	2	0,059
	23.00-02:00	86	76,1	208	82,5			
	03:00 ve sonrası	17	15,0	18	7,1			
Bakım veren misiniz?	Evet	11	9,7	34	13,5	1,019	1	0,313
	Hayır	102	90,3	218	86,5			
Kalıtsal Hastalık Varlığı	Var	37	32,7	31	12,3	21,505	1	<0,001
	Yok	76	67,3	221	87,7			
Kronik Hastalık Varlığı	Var	45	39,8	45	17,9	20,263	1	<0,001
	Yok	68	60,2	207	82,1			

Yemek yeme saat aralığı açısından, deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%61,9) sabah 07:00-09:00 ve akşam 18:00-20:00 arasında yemek yediği, kontrol grubundaki bireylerin ise bu düzeni daha sık takip ettiği (%72,6) belirlenmiştir. Deney grubunda sabah 10:00-12:00 ve akşam 18:00-20:00 arasında yemek yiyen bireylerin oranı (%14,2), kontrol grubunda hiç görülmemiştir. Gruplar arasında bu değişken açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($X^2(3) = 42,261$, $p < 0,001$).

Sabah uyanma saatleri incelendiğinde, kontrol grubundaki bireylerin büyük çoğunluğu (%90,5) sabah 07:00-09:00 arasında uyanırken, deney grubunda bu oran daha düşüktür (%70,8). Buna karşılık, deney grubundaki bireylerin %25,7'si 11:00-13:00

arasında uyandığını bildirmiştir, bu oran kontrol grubunda %9,1 olarak bulunmuştur. Uyanma saatleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($X^2(2) = 24,182$, $p < 0,001$). Akşam uyuma saatleri açısından ise deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%76,1) 23:00-02:00 arasında uyuduğu, kontrol grubunda ise bu oranın daha yüksek olduğu (%82,5) görülmüştür. Ancak akşam uyuma saatleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2(2) = 5,651$, $p = 0,059$).

Bakım verme durumu değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup ($X^2(1) = 1,019$, $p = 0,313$), deney grubundaki bireylerin %9,7'si, kontrol grubundakilerin ise %13,5'i bakım verdiğini bildirmiştir.

Kalıtsal hastalık varlığı açısından, deney grubunda kalıtsal hastalık bildiren bireylerin oranı (%32,7), kontrol grubuna göre (%12,3) anlamlı derecede daha yüksektir ($X^2(1) = 21,505$, $p < 0,001$). Benzer şekilde, kronik hastalık varlığı açısından da deney grubundaki bireylerin oranı (%39,8), kontrol grubundakilerden (%17,9) anlamlı derecede daha yüksektir ($X^2(1) = 20,263$, $p < 0,001$).

4.1.5. Deney Grubundaki Katılımcıların Aldıkları Tanı ve Uyku Bozukluğu Özellikleri

Deney grubundaki katılımcıların aldıkları tanılar ve uyku bozukluklarıyla ilgili özellikler Tablo 4.5'te özetlenmiştir.

Verilere göre, en sık rastlanan tanılar arasında eşit oranlarda idiyopatik hipersomni (%26,5) ve idiyopatik insomni (%26,5) yer alırken, psikofizyolojik insomni (%25,7) ve narkoleptik hipersomni (%21,2) de önemli bir yaygınlık göstermiştir.

Uyku bozukluğu başlangıç süreleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %23,9'u bu sorunu en fazla 5 yıldır yaşadığını belirtirken, %26,5'i çocukluk döneminden itibaren bu bozukluğun var olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan, katılımcıların %23'ü bu soruya yanıt vermemiştir.

Uyku bozukluğunu tetikleyen faktörler arasında en sık bildirilen neden yakın akraba kaybı olup, bu oran %8,8 olarak belirlenmiştir. Pandemi süreci (%8), ilişki bitişi ya da boşanma (%5,3) ve iş değişikliği (%4,4) diğer önemli tetikleyiciler arasında yer almıştır. Bununla birlikte, deney grubundaki katılımcıların yarısından fazlası (%51,3) tetikleyici faktör hakkında bilgi vermemiştir.

Tablo 4.5: Deney grubundaki katılımcıların aldıkları tanı ve uyku bozukluğu ile ilgili çeşitli özellikleri

Değişken	Grup	n	%
Tanı	İdiyopatik Hipersomni	30	26,5
	İdiyopatik İnsomni	30	26,5
	Psikofizyolojik İnsomni	29	25,7
	Narkoleptik Hipersomni	24	21,2
Uyku Bozukluğu Başlangıcı	En fazla 5 yıldır	27	23,9
	6-10 yıldır	13	11,5
	11-20 yıldır	11	9,7
	21-50 yıldır	6	5,3
	Çocukluğumdan beri	30	26,5
	Cevap vermeyen	26	23,0
Uyku Bozukluğu Tetikleyicisi	Yakın akraba kaybı	10	8,8
	Pandemi	9	8,0
	İlişki bitişi/Boşanma	6	5,3
	İş değişikliği	5	4,4
	Çeşitli nedenler	4	3,5
	Hastalık	4	3,5
	Ailevi nedenler	3	2,7
	Çocukluk dönemindeki olumsuz durumlar	3	2,7
	Taşınma	3	2,7
	Yakın akrabada hastalık	3	2,7
	Deprem	2	1,8
	Doğum	1	0,9
	İş yerinde mobbing	1	0,9
	Üniversite sınav süreci	1	0,9
	Cevap vermeyen	58	51,3

Bu bulgular, deney grubundaki bireylerin uyku bozukluklarının genellikle idiyopatik ve psikolojik temellere dayandığını, bu bozuklukların başlangıç sürelerinin değişkenlik gösterdiğini ve tetikleyici faktörlerin bireyden bireye farklılık arz ettiğini göstermektedir.

4.1.6. Deney Grubundaki Katılımcıların Kalıtsal ve Kronik Hastalıklarına İlişkin Bulgular

Deney grubundaki katılımcıların kalıtsal hastalıklarına ilişkin bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Deney grubundaki katılımcıların kalıtsal hastalıklarına ilişkin bulgular

Kalıtsal Hastalık	n	%
Tansiyon	14	12,4
Tip 2 diyabet	12	10,7
Kalp rahatsızlığı	2	1,8
Tiroit	2	1,8
İnsülin direnci	2	1,8
Böbrek kumu	1	0,9
Epilepsi	1	0,9
Duyuma sorunu	1	0,9
Eklem romatizması	1	0,9
Göz tansiyonu	1	0,9
Hipoglisemi	1	0,9
Hipotiroidi	1	0,9
Kalıcı görme problemi	1	0,9
Kanser	1	0,9
Kolesterol	1	0,9
Kalıtsal hastalığı yok	76	67,3

Buna göre, katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%67,3) herhangi bir kalıtsal hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Ancak, en sık bildirilen kalıtsal hastalıklar arasında tansiyon (%12,4) ve tip 2 diyabet (%10,7) yer almıştır. Bunun yanında, daha az sıklıkla bildirilen hastalıklar arasında kalp rahatsızlığı (%1,8), tiroit bozukluğu (%1,8) ve insülin direnci (%1,8) bulunmaktadır. Daha nadir görülen kalıtsal hastalıklar ise böbrek kumu, epilepsi, duyma sorunu, eklem romatizması, göz tansiyonu, hipoglisemi, hipotiroidi, kalıcı görme problemi, kanser ve kolesterol olup, her biri %0,9 oranında ifade edilmiştir.

Deney grubundaki katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin bulgular ise Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7: Deney grubundaki katılımcıların kronik hastalıklarına ilişkin bulgular

Kronik Hastalık	n	%
Migren	19	16,8
Astım	10	8,8
Sinüzit	4	3,5
Reflü	2	1,8
Wegener granülomatozu	2	1,8
Boyun fıtığı	2	1,8
Romatizma	2	1,8
Alerjik rinit	1	0,9
Ülser	1	0,9
İnterstisyel akciğer hastalığı	1	0,9
Çölyak	1	0,9
Fibromiyalji	1	0,9
Trigeminal nevralji	1	0,9
Hipotiroidi	1	0,9
Kansızlık	1	0,9
Alerji	1	0,9
Bronşit	1	0,9
Depresyon	1	0,9
Patolojik ağlama-gülme	1	0,9
Regl düzensizliği	1	0,9
Tansiyon	1	0,9
Varis	1	0,9
Kronik hastalığı yok	68	60,2

Buna göre, katılımcıların %60,2’si herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Ancak, gruptaki bireylerin %16,8’i migren rahatsızlığına sahip olduğunu ifade etmiş ve bu hastalık en yaygın kronik rahatsızlık olarak dikkat çekmiştir.

Migreni takiben, astım (%8,8) ve sinüzit (%3,5) diğer sık bildirilen kronik rahatsızlıklar arasında yer almıştır. Daha az sıklıkla bildirilen hastalıklar arasında reflü, Wegener granülomatozu, boyun fıtığı ve romatizma gibi durumlar (%1,8) bulunmaktadır. Bunun dışında alerjik rinit, ülser, interstisyel akciğer hastalığı, çölyak, fibromiyalji, trigeminal nevralji, hipotiroidi, kansızlık, alerji, bronşit, depresyon, patolojik ağlama-gülme, regl düzensizliği, tansiyon ve varis gibi çeşitli kronik rahatsızlıklar da her biri %0,9 oranında ifade edilmiştir.

4.2. HİPOTEZLERE YÖNELİK BULGULAR

4.2.1. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Puanlarının Karşılaştırılması

Hipotez 1: “İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.” hipotezini test etmek amacıyla bağımsız gruplar t-Testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de özetlenmiştir.

Tablo 4.8: Deney ve kontrol gruplarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının karşılaştırılması

Puan	Grup	n	$\bar{x}$	s	Fark	S.H.	t	Sd	p	d
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	Deney	113	36,52	8,86	24,62	0,86	28,750	124,735	<0,001	4,42
	Kontrol	252	11,90	3,13						
Hiperaktivite /Dürtüsellik	Deney	113	12,49	3,84	7,68	0,38	20,378	131,896	<0,001	3,00
	Kontrol	252	4,81	1,69						
Dikkat Eksikliği	Deney	113	24,04	6,29	16,94	0,61	27,777	125,901	<0,001	4,24
	Kontrol	252	7,10	2,32						

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere, deney grubunun dikkat eksikliği ve hiperaktivite toplam puan ortalaması ($\bar{x}=36,52\pm8,86$), kontrol grubunun puan ortalamasına ($\bar{x}=11,90\pm3,13$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur

($t(124,735)=28,750$; $p<0,001$). Benzer şekilde, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu puan ortalaması deney grubunda ($\bar{x}=12,49\pm3,84$) kontrol grubuna ($\bar{x}=4,81\pm1,69$) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t(131,896)=20,378$; $p<0,001$). Dikkat eksikliği alt boyutunda da deney grubunun puan ortalaması ($\bar{x}=24,04\pm6,29$), kontrol grubunun puan ortalamasına ($\bar{x}=7,10\pm2,32$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir ($t(125,901)=27,777$; $p<0,001$).

Cohen d etki büyüklüğü değerlerine göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite toplam puanı ($d=4,42$), hiperaktivite/dürtüsellik ($d=3,00$) ve dikkat eksikliği ($d=4,24$) alt boyutları arasındaki farklar çok büyük düzeyde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının, tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Bu nedenle, Hipotez 1 kabul edilmiştir.

4.2.2. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Ruminasyon Puanlarının Karşılaştırılması

Hipotez 2: “İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin ruminasyon puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.” hipotezini test etmek amacıyla bağımsız gruplar t-Testi uygulanmıştır. Tablo 4.9’da deney ve kontrol gruplarının ruminasyon puanlarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.9: Deney ve kontrol gruplarının ruminasyon puanlarının karşılaştırılması

Puan	Grup	n	$\bar{x}$	s	Fark	S.H.	t	Sd	p	d
Ruminasyon	Deney	113	69,35	10,13	35,66	1,03	34,464	153,310	<0,001	4,61
	Kontrol	252	33,69	6,39						

Tablo 4.9’da görüldüğü üzere, deney grubunun ruminasyon puan ortalaması ($\bar{x}=42,76\pm7,34$), kontrol grubunun puan ortalamasına ($\bar{x}=27,35\pm5,28$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t(140,876)=16,481$; $p<0,001$).

Cohen d etki büyüklüğü değerine göre, ruminasyon puanları arasındaki fark ($d=2,49$) çok büyük bir etkiye işaret etmektedir. Bu bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin ruminasyon düzeylerinin, tanı almamış bireylerin

ruminasyon düzeylerinden anlamlı derecede yüksek olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Bu nedenle, Hipotez 2 kabul edilmiştir.

4.2.3. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Dissosiyasyon Puanlarının Karşılaştırılması

Hipotez 3: *“İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dissosiyasyon puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.”* hipotezini test etmek amacıyla bağımsız gruplar t-Testi uygulanmıştır. Tablo 4.10’da deney ve kontrol gruplarının dissosiyasyon puanlarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.10: Deney ve kontrol gruplarının dissosiyasyon puanlarının karşılaştırılması

Puan	Grup	n	$\bar{x}$	s	Fark	S.H.	t	Sd	p	d
Dissosiyasyon	Deney	113	1133,98	402,24	977,79	38,20	25,598	116,277	<0,001	4,18
	Kontrol	252	156,19	82,79						

Tablo 4.10’da özetlenen bulgular, deney grubunun dissosiyasyon puan ortalamasının ($\bar{x}=1133,98\pm402,24$), kontrol grubunun puan ortalamasına ($\bar{x}=156,19\pm82,79$) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($t(116,277)=25,598$; $p<0,001$).

Cohen d değeri ($d=4,18$), dissosiyasyon puanları arasındaki farkın çok büyük bir etki büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dissosiyasyon düzeylerinin, tanı almamış bireylerin düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, Hipotez 3 kabul edilmiştir.

4.2.4. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Çocukluk Çağı Travma Puanlarının Karşılaştırılması

Hipotez 4: *“İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travma puanları tanı almamış bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.”* hipotezini test etmek amacıyla normal dağılım şartını sağlayan toplam puan ve üç alt

boyutta bağımsız gruplar t-Testi uygulanmıştır. Tablo 4.11’de puanlara ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.11: Deney ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma puanlarının karşılaştırılması (normal dağılım gösterenler)

Puan	Grup	n	$\bar{x}$	s	Fark	S.H.	t	Sd	p	d
Çocukluk Çağı Travmaları	Deney	113	47,94	9,18	14,69	0,90	16,358	130,465	<0,001	2,43
	Kontrol	252	33,25	3,90						
Fiziksel İhmal	Deney	113	8,94	1,93	1,96	0,21	9,437	183,563	<0,001	1,15
	Kontrol	252	6,98	1,60						
Duygusal İstismar	Deney	113	11,09	4,17	4,66	0,40	11,509	127,170	<0,001	1,74
	Kontrol	252	6,43	1,61						
Duygusal İhmal	Deney	113	15,87	3,16	6,41	0,33	19,179	174,529	<0,001	2,39
	Kontrol	252	9,46	2,44						

Tablo 4.11’de sunulan sonuçlara göre, deney grubunun çocukluk çağı travma puan ortalaması ($\bar{x}=47,94\pm9,18$), kontrol grubunun puan ortalamasından ($\bar{x}=33,25\pm3,90$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t(130,465)=16,358$; $p<0,001$).

Alt boyutlar incelendiğinde ise, fiziksel ihmal puan ortalaması deney grubunda ($\bar{x}=8,94\pm1,93$) kontrol grubuna ($\bar{x}=6,98\pm1,60$) göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($t(183,563)=9,437$; $p<0,001$). Duygusal istismar alt boyutunda deney grubu puan ortalaması ($\bar{x}=11,09\pm4,17$) kontrol grubunun puan ortalamasını ($\bar{x}=6,43\pm1,61$) anlamlı bir farkla geçmiştir ($t(127,170)=11,509$; $p<0,001$). Duygusal ihmal alt boyutunda da deney grubunun puan ortalaması ($\bar{x}=15,87\pm3,16$), kontrol grubunun puan ortalamasına ($\bar{x}=9,46\pm2,44$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($t(174,529)=19,179$; $p<0,001$).

Farkların büyüklüklerini ifade eden Cohen d etki büyüklüğü sonuçları incelendiğinde, çocukluk çağı travma toplam puanı için $d=2,43$, fiziksel ihmal için $d=1,15$, duygusal istismar için $d=1,74$ ve duygusal ihmal için $d=2,39$ değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler, deney ve kontrol grupları arasındaki farkların büyük etki

büyüklüğüne sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travma düzeylerinin tanı almamış bireylerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Ayrıca normal dağılım şartını sağlamayan fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyutlarında Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Tablo 4.12’de bu puanlara ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.12: Deney ve kontrol gruplarının çocukluk çağı travma puanlarının karşılaştırılması (normal dağılım göstermeyenler)

Puan	Grup	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	Z	p	r
Fiziksel İstismar	Deney	113	212,33	23993,50	10923,500	-5,370	<0,001	0,28
	Kontrol	252	169,85	42801,50				
Cinsel İstismar	Deney	113	205,62	23235,50	11681,500	-5,059	<0,001	0,26
	Kontrol	252	172,86	43559,50				

Tablo 4.12’de görüldüğü üzere, normal dağılım göstermeyen veriler için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları, deney grubunun fiziksel istismar sıra ortalamasının (212,33), kontrol grubuna (169,85) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir ($U=10923,500$; $Z=-5,370$; $p<0,001$; $r=0,28$). Benzer şekilde, cinsel istismar sıra ortalaması da deney grubunda (205,62) kontrol grubuna (172,86) göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ($U=11681,500$; $Z=-5,059$; $p<0,001$; $r=0,26$). Cohen r etki büyüklüğü indeksi değerleri ($r=0,28$ ve $0,26$) bu farkların orta düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

Ayrıca Tablo 4.13’te sunulan sonuçlar, deney ve kontrol gruplarında çocukluk çağı travmalarının varlığını kesme puanlarına göre karşılaştırmaktadır.

Tablo 4.13: Deney ve kontrol gruplarında çocukluk çağı travma varlığının karşılaştırılması (kesme puanlarına göre)

	Deney		Kontrol		χ^2	Sd	p
	n	%	n	%			
Çocukluk Çağı Travmaları Varlığı	102	90,3	68	27,0	125,557	1	0,000

Fiziksel İhmal Varlığı	105	92,9	138	54,8	51,049	1	<0,001
Duygusal İstismar Varlığı	100	88,5	95	37,7	80,903	1	0,000
Fiziksel İstismar Varlığı	113	100,0	252	100,0	-	-	-
Cinsel İstismar Varlığı	113	100,0	252	100,0	-	-	-
Duygusal İhmal Varlığı	100	88,5	52	20,6	147,838	1	0,000

Buna göre, çocukluk çağı travmalarının varlığı açısından, deney grubunda travma varlığı %90,3 (n=102), kontrol grubunda ise %27 (n=68) olarak tespit edilmiştir. Ki-kare testi sonucunda, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2(1)=125,557$; $p<0,001$). Fiziksel ihmal varlığı konusunda, deney grubunda %92,9 (n=105) oranında fiziksel ihmal vakası görülürken, kontrol grubunda bu oran %54,8 (n=138) olarak belirlenmiştir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2(1)=51,049$; $p<0,001$). Duygusal istismar varlığı açısından deney grubunda %88,5 (n=100), kontrol grubunda ise %37,7 (n=95) oranında duygusal istismar oranları bulunmuştur. Bu fark da anlamlı düzeyde yüksektir ($x^2(1)=80,903$; $p<0,001$).

Fiziksel istismar ve cinsel istismar varlıkları her iki grupta da %100 olarak tespit edilmiştir, dolayısıyla bu veriler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Duygusal ihmal varlığı açısından ise deney grubunda %88,5 (n=100) oranında duygusal ihmal bulunurken, kontrol grubunda bu oran %20,6 (n=52) olarak tespit edilmiştir. Bu fark anlamlıdır ($x^2(1)=147,838$; $p<0,001$).

Elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travmalarına daha yüksek oranlarda maruz kaldığını göstermektedir. Sonuç olarak, Hipotez 4 kabul edilmiştir.

4.2.5. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi

Hipotez 5: “İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arttıkça, dissosiyasyon düzeyinde de anlamlı artış olacaktır, dikkat

eksikliği ve hiperaktivite dissosiyasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.” hipotezini test etmek amacıyla basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerindeki etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Dissosiyasyon	(Sabit)	603,184	153,437		3,931	<0,001
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	14,534	4,084	0,320	3,559	<0,001

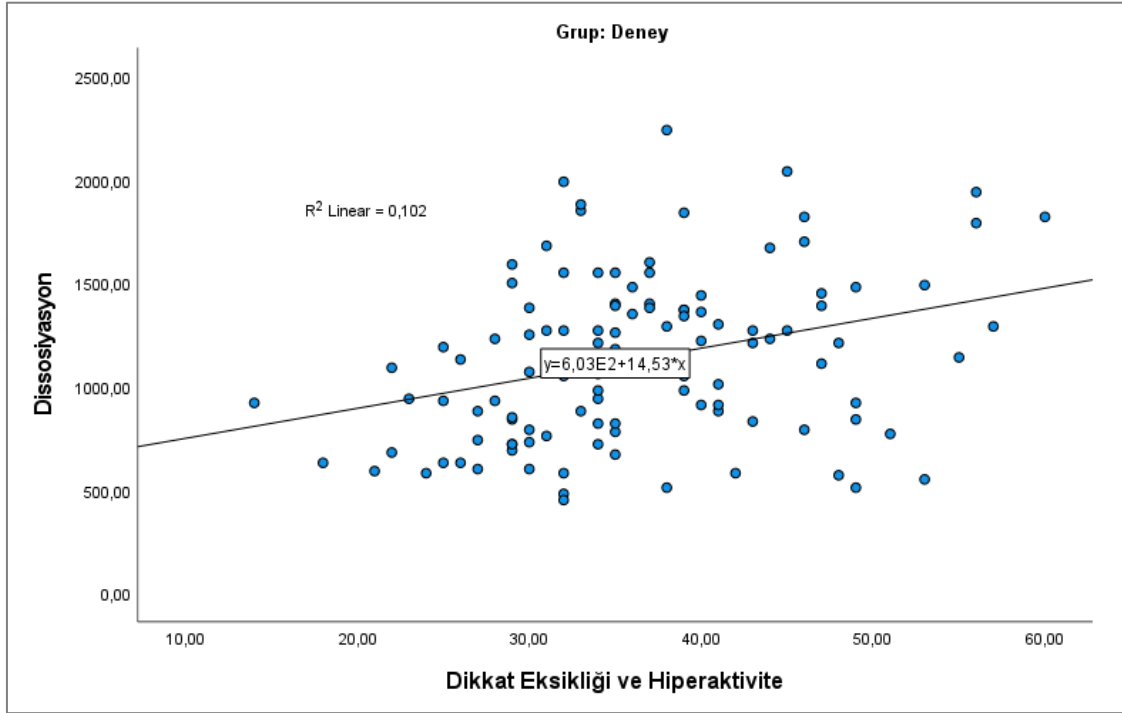
* F(1-111)=12,665; p<0,001; R²=0,102; Durbin-Watson=1,487; Maks. Cook’s=0,100.

Tablo 4.14’teki regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, öncelikle modelde herhangi bir uç değer olup olmadığı Cook’s aralığı değeri ile kontrol edilmiştir. Bunu için Cook’s aralığı, değerinin 1’i aşmaması beklenmektedir. Field (330) tarafından belirtilen bu kriter doğrultusunda yapılan incelemede en büyük Cook’s aralığı değeri 0,100 olarak bulunmuştur. Bu değer, modelde uç değerlerin olmadığını simgelemektedir. Ayrıca, Durbin-Watson testi kullanılarak, gözlemlere ait hata terimleri arasında ardışık bağımlılığın (otokorelasyon) olup olmadığı kontrol edilmiştir. Field (330) bu değer 1-3 arasında olması gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Buna göre, Durbin-Watson değeri 1,487 olarak tespit edilmiş ve bu değer, modelde otokorelasyon sorunu olmadığını açıklamaktadır.

Elde edilen sonuçlar, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve dikkat eksikliği ile hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ifade etmektedir (F(1-111)=12,665; p<0,001). Modelin açıkladığı varyans oranı (R²) ise %10,2 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun dissosiyasyon düzeyindeki varyansın %10,2’sini açıkladığını göstermektedir.

Ayrıca, bağımsız değişken olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının dissosiyasyon puanları üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur (b=14,534;

$\beta=0,320$; $t=3,559$; $p<0,001$). Bu bulgu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarındaki her bir birimlik artışın dissosiyasyon puanlarında 14,534 birimlik bir artışa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu ilişki Şekil 4.1’de de gösterilmiştir.



Şekil 4.1: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile dissosiyasyon arasındaki ilişki

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Hipotez 5 kabul edilmiştir.

4.2.6. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Ruminasyon Üzerindeki Etkisi

Hipotez 6: “İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arttıkça ruminasyon düzeyinde de anlamlı bir artış olacaktır, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ruminasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.” hipotezini test

etmek amacıyla basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.15’te verilmiştir.

Tablo 4.15: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisi

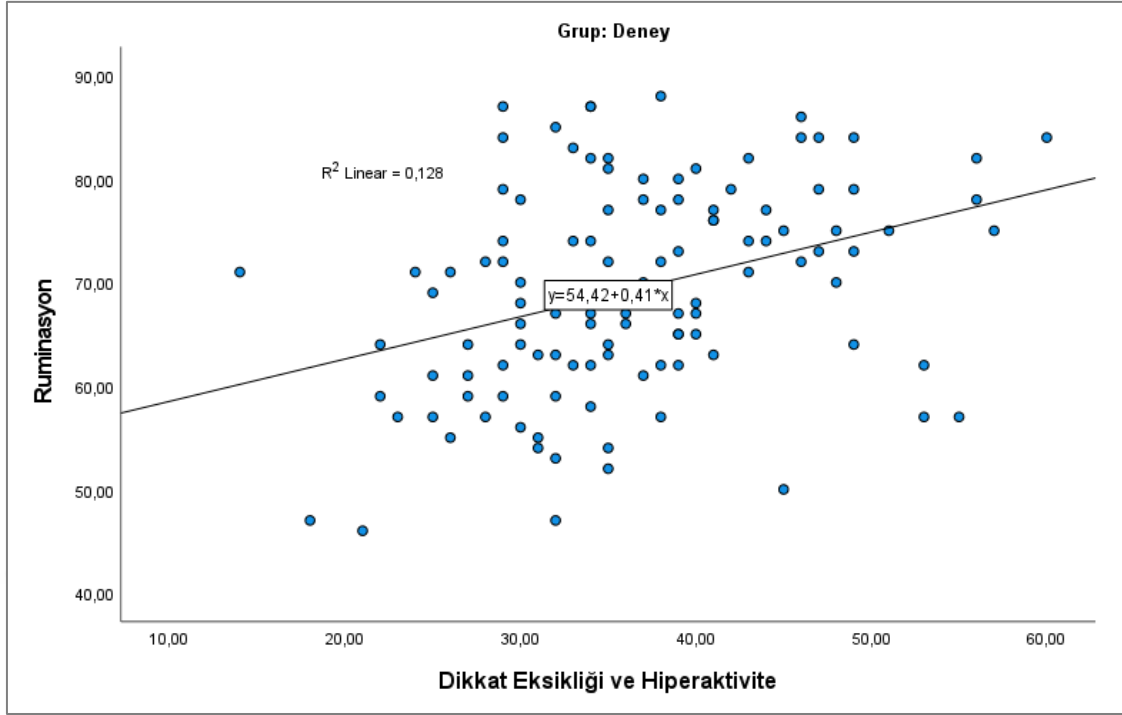
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Ruminasyon	(Sabit)	54,422	3,811		14,281	<0,001
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	0,409	0,101	0,357	4,031	<0,001

* F(1-111)=16,247; p<0,001; R²=0,128; Durbin-Watson=1,767; Maks. Cook’s=0,115.

Tablo 4.15’teki regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, öncelikle modelde herhangi bir uç değer olup olmadığı Cook’s aralığı değeri ile kontrol edilmiştir. En büyük Cook’s aralığı değeri 0,115 olarak tespit edilmiş ve uç değer olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, modelde otokorelasyon (hata terimleri arasında ardışık bağımlılık) olup olmadığını kontrol etmek amacıyla incelenen Durbin-Watson değeri 1,767 olarak bulunmuş ve bu değer, modelde otokorelasyon sorunu olmadığını ortaya koymuştur.

Elde edilen sonuçlar, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve dikkat eksikliği ile hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisinin anlamlı bulunduğunu ifade etmektedir (F(1-111)=16,247; p<0,001). Regresyon modelinin açıkladığı varyans oranı (R²) %12,8 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon düzeyindeki varyansın %12,8’ini açıkladığını göstermektedir.

Ayrıca, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının ruminasyon üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur (b=0,409; β =0,357; t=4,031; p<0,001). Bu sonuç, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarındaki her bir birimlik artışın ruminasyon puanında 0,409 birimlik bir artışa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu ilişki Şekil 4.2’de görselleştirilmiştir.



Şekil 4.2: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ruminasyon arasındaki ilişki

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon düzeyinin artışında önemli bir role sahip olduğunu göstermiştir. Hipotez 6 kabul edilmiştir.

4.2.7. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi

Hipotez 7: “İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları puanları arttıkça dissosiyasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olacaktır, çocukluk çağı travmaları dissosiyasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.” hipotezini test etmek amacıyla basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Dissosiyasyon	(Sabit)	453,811	192,004		2,364	0,020
	Çocukluk Çağı Travmaları	14,189	3,934	0,324	3,606	<0,001

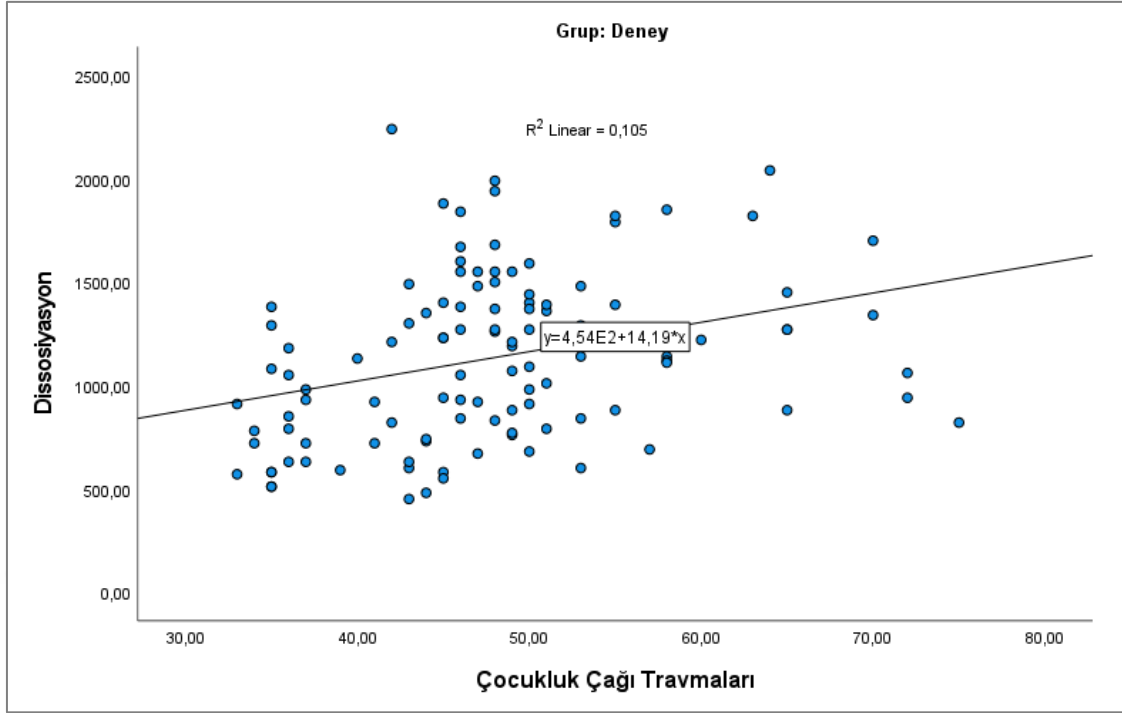
* $F(1-111)=13,005$; $p<0,001$; $R^2=0,105$; Durbin-Watson=1,450; Maks. Cook's=0,173.

Tablo 4.16'daki regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, modelde herhangi bir uç değer olup olmadığı Cook's aralığı değeri ile kontrol edilmiştir. En büyük Cook's aralığı değeri 0,173 olarak bulunmuş ve bu değer, modelde uç değerlerin olmadığını göstermiştir. Ayrıca, Durbin-Watson testi ile gözlemlere ait hata terimleri arasında ardışık bağımlılık (otokorelasyon) olup olmadığı değerlendirilmiştir. Durbin-Watson değeri 1,450 olarak tespit edilmiş ve bu değer, modelde otokorelasyon sorunu olmadığını ortaya koymuştur.

Elde edilen sonuçlar, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisinin anlamlı bulunduğunu göstermektedir ($F(1-111)=13,005$; $p<0,001$). Regresyon modelinin açıkladığı varyans oranı (R^2) %10,5 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon düzeyindeki varyansın %10,5'ini açıkladığını anlatmaktadır.

Ayrıca, bağımsız değişken olan çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($b=14,189$; $\beta=0,324$; $t=3,606$; $p<0,001$). Bu sonuç, çocukluk çağı travmaları puanlarındaki her bir birimlik artışın dissosiyasyon puanlarında 14,189 birimlik bir artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bu ilişki Şekil 4.3'te görselleştirilmiştir.

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon gelişiminde önemli bir role sahip olduğunu göstermiştir. Hipotez 7 kabul edilmiştir.



Şekil 4.3: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişki

4.2.8. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Ruminasyon Üzerindeki Etkisi

Hipotez 8: “İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları puanları arttıkça ruminasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olacaktır, çocukluk çağı travmaları ruminasyonu anlamlı olarak yordayacaktır.” hipotezini test etmek amacıyla basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Ruminasyon	(Sabit)	56,114	4,950		11,336	<0,001
	Çocukluk Çağı Travmaları	0,276	0,101	0,250	2,723	0,008

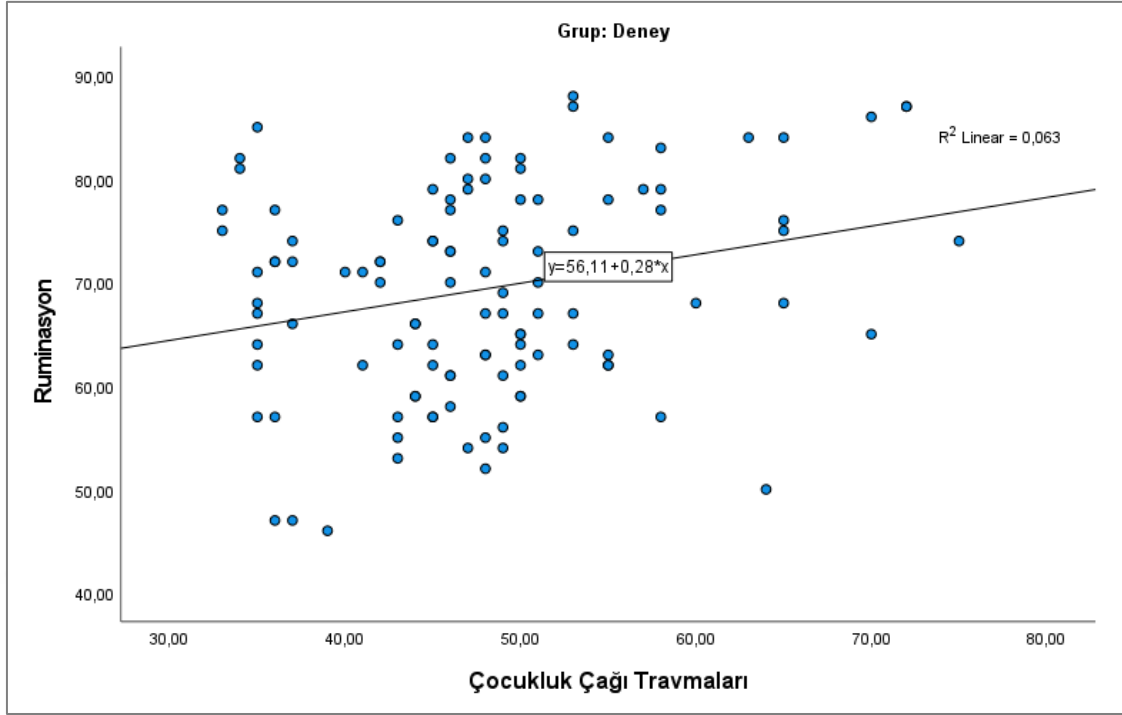
* $F(1-111)=7,414$; $p=0,008$; $R^2=0,063$; Durbin-Watson=1,759; Maks. Cook's=0,113.

Tablo 4.17'deki regresyon analizi sonuçlarına göre, modelde uç değer olup olmadığı Cook's aralığı değeriyle kontrol edilmiştir. En büyük Cook's aralığı değeri 0,113 olarak bulunmuş ve modelde uç değerlerin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, hata terimleri arasında ardışık bağımlılık (otokorelasyon) olup olmadığını kontrol etmek amacıyla hesaplanan Durbin-Watson değeri 1,759 olarak tespit edilmiştir. Bu değer, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisinin anlamlı bulunduğunu ortaya koymaktadır ($F(1-111)=7,414$; $p=0,008$). Regresyon modelinin açıkladığı varyans oranı (R^2) %6,3 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının ruminasyon düzeyindeki varyansın %6,3'ünü açıkladığını göstermektedir.

Ayrıca, çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($b=0,276$; $\beta=0,250$; $t=2,723$; $p=0,008$). Bu sonuç, çocukluk çağı travmaları puanlarındaki her bir birimlik artışın ruminasyon puanında 0,276 birimlik bir artışa neden olduğunu göstermektedir. Bu ilişki Şekil 4.4'te görselleştirilmiştir.

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Hipotez 8 kabul edilmiştir.



Şekil 4.4: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki

4.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ DİSSOSİYASYON VE RUMİNASYON ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN KONTROL GRUBUNDA TESPİTİ

4.3.1. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi

İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerindeki etkisini görebilmek için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18’deki regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, öncelikle modelde herhangi bir uç değer olup olmadığı Cook’s aralığı değeri ile kontrol edilmiştir. En büyük Cook’s aralığı değeri 0,037 olarak tespit edilmiş ve uç değer olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, modelde otokorelasyon (hata terimleri arasında ardışık bağımlılık) olup olmadığını kontrol etmek amacıyla incelenen Durbin-Watson değeri 1,865 olarak bulunmuş ve bu değer, modelde otokorelasyon sorunu olmadığını ortaya koymuştur.

Tablo 4.18: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerindeki etkisi

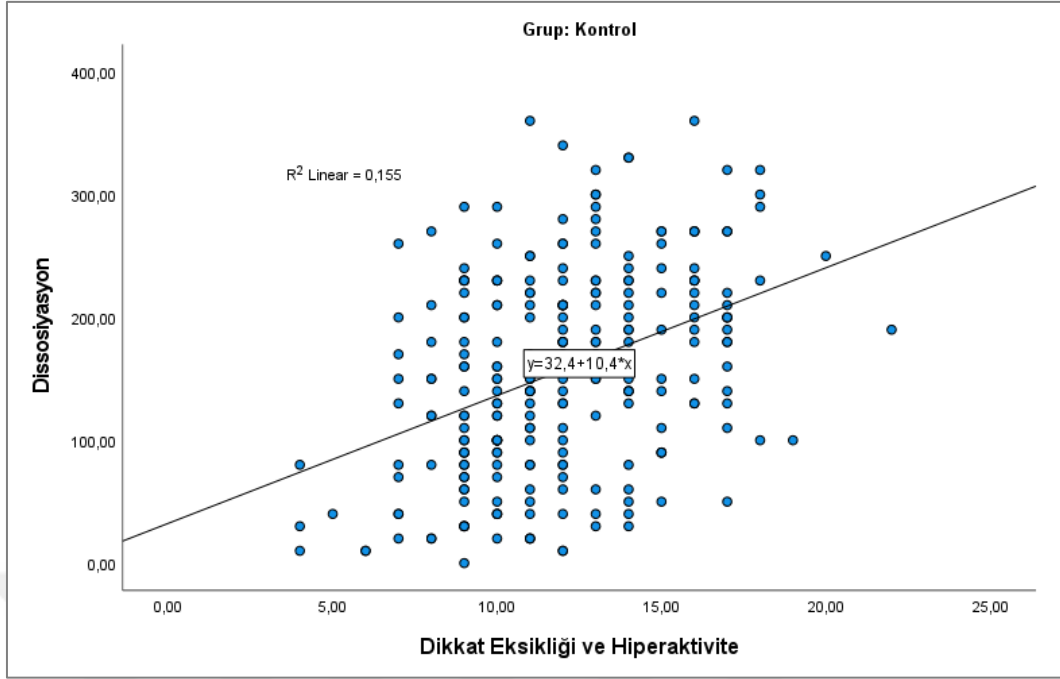
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Dissosiyasyon	(Sabit)	32,397	18,920		1,712	0,088
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	10,399	1,537	0,393	6,765	<0,001

* $F(1-250)=45,764$; $p<0,001$; $R^2=0,151$; Durbin-Watson=1,865; Maks. Cook's=0,037.

Elde edilen sonuçlar, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve dikkat eksikliği ile hiperaktivitenin dissosiyasyon üzerinde anlamlı bir etkisi bulunduğunu göstermiştir ($F(1-250)=45,764$; $p<0,001$). Modelin açıkladığı varyans oranı (R^2) ise %15,1 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun dissosiyasyon düzeyindeki varyansın %15,1'sini açıkladığını göstermektedir.

Ayrıca, bağımsız değişken olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının dissosiyasyon puanları üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($b=10,399$; $\beta=0,393$; $t=6,765$; $p<0,001$). Bu bulgu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarındaki her bir birimlik artışın dissosiyasyon puanlarında 10,399 birimlik bir artışa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu ilişki Şekil 4.5'te de gösterilmiştir.

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon gelişiminde önemli bir rol oynadığını göstermiştir.



Şekil 4.5: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile dissosiyasyon arasındaki ilişki

4.3.2. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Ruminasyon Üzerindeki Etkisi

İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisini görebilmek için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon üzerindeki etkisi

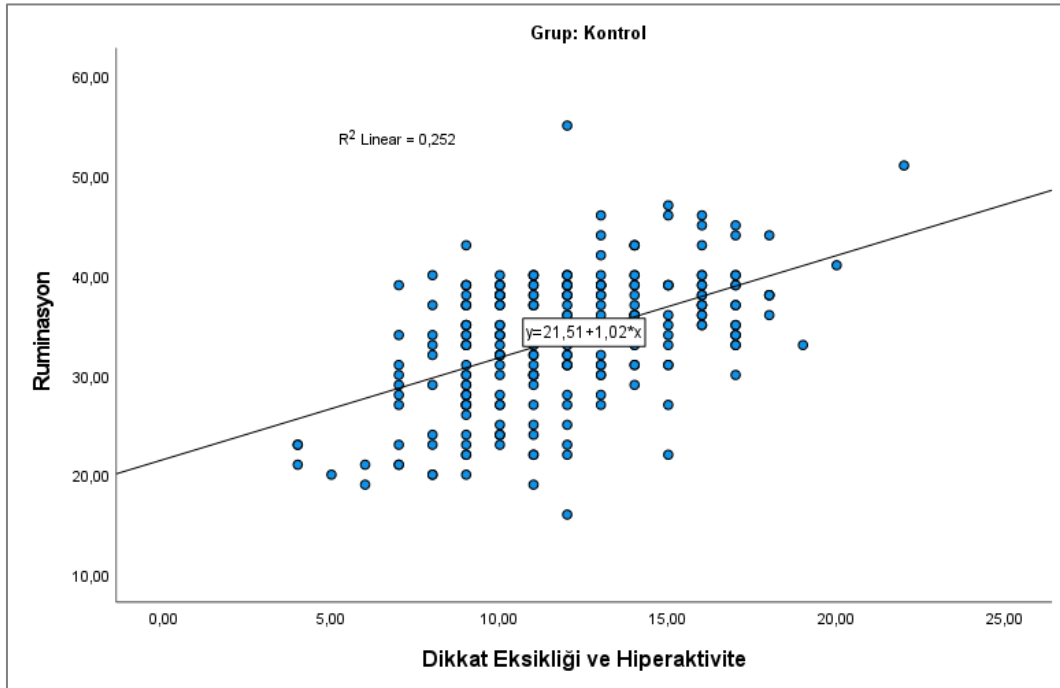
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Ruminasyon	(Sabit)	21,506	1,374		15,654	<0,001
	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	1,024	0,112	0,502	9,170	<0,001

* F(1-250)=84,087; p<0,001; R²=0,252; Durbin-Watson=2,038; Maks. Cook’s=0,040.

Tablo 4.19'daki regresyon analizi bulguları incelendiğinde, modelde uç değerlerin varlığı, Cook's aralığı değeri ile değerlendirilmiştir. Bu değerlerin en yüksek olanı 0,040 olarak belirlenmiş ve uç değerlerin olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, modelde otokorelasyonun (hata terimleri arasındaki ardışık bağımlılık) olup olmadığı, Durbin-Watson testi ile kontrol edilmiştir ve bu testin sonucu 2,038 olarak bulunmuştur. Böylece modelde otokorelasyon probleminin olmadığı doğrulanmıştır.

Elde edilen veriler, modelin istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğunu ve dikkat eksikliği ile hiperaktivitenin ruminasyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($F(1-250)=84,087$; $p<0,001$). Regresyon modelinin açıklanan varyansı (R^2) %25,2 olarak hesaplanmıştır. Bu da dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon düzeyindeki varyansın %25,2'sini açıkladığını ortaya koymaktadır.

Bunun yanı sıra, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının ruminasyon üzerindeki etkisi pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b=1,024$; $\beta=0,502$; $t=9,170$; $p<0,001$). Bu bulgu, insomni/hipersomni bozukluğu olmayan bireylerde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarında her bir birimlik artışın ruminasyon puanlarında 1,024 birimlik bir artışa yol açtığını göstermektedir. Bu ilişki, Şekil 4.6'da gösterilmiştir.



Şekil 4.6: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ruminasyon arasındaki ilişki

Sonuçlar, insomni/hipersomni bozukluğu olmayan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin, ruminasyon seviyelerinin yükselmesinde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir.

4.3.3. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyasyon Üzerindeki Etkisi

İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisini görebilmek için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi

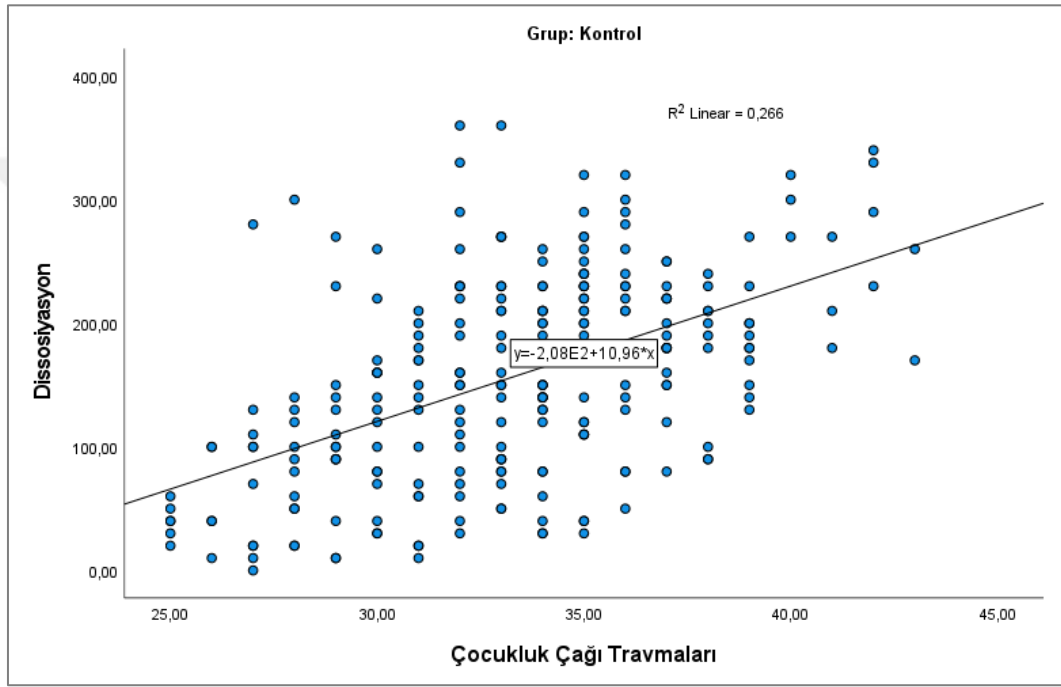
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Dissosiyasyon	(Sabit)	-208,098	38,513		-5,403	<0,001
	Çocukluk Çağı Travmaları	10,956	1,150	0,516	9,523	<0,001

* $F(1-250)=90,694$; $p<0,001$; $R^2=0,266$; Durbin-Watson=1,893; Maks. Cook’s=0,054.

Tablo 4.20’de yer alan regresyon analizi bulguları incelendiğinde, modelde olası uç değerlerin varlığı Cook’s aralığı değeri ile değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, en yüksek Cook’s aralığı değeri 0,054 olarak hesaplanmış ve bu değer, modelde uç değerlerin bulunmadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, gözlemler arasındaki hata terimlerinin ardışık bağımlılığını (otokorelasyon) değerlendirmek amacıyla Durbin-Watson testi uygulanmış ve elde edilen değer 1,893 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, modelde herhangi bir otokorelasyon sorununun bulunmadığını göstermektedir.

Elde edilen bulgular, modelin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu ve çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisinin anlamlı bir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır ($F(1-250)=90,694$; $p<0,001$). Regresyon modelinin açıklanan varyans oranı (R^2) %26,6 olarak hesaplanmıştır. Bu, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon düzeyindeki varyansın %26,6’sını açıkladığı anlamına gelmektedir.

Ayrıca, bağımsız değişken olarak incelenen çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($b=10,956$; $\beta=0,516$; $t=9,523$; $p<0,001$). Bu bulgu, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmaları puanındaki her bir birimlik artışın dissosiyasyon puanlarında 10,956 birimlik bir artışa yol açtığını göstermektedir. Bu ilişki, Şekil 4.7’de görselleştirilmiştir.



Şekil 4.7: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişki

Sonuç olarak, elde edilen veriler, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyon gelişiminde önemli bir etken olduğunu ortaya koymaktadır.

4.3.4. İnsomni/Hipersomni Bozukluğu Bulunmayan Bireylerde Çocukluk Çağı Travmalarının Ruminasyon Üzerindeki Etkisi

İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisini görebilmek için basit doğrusal (lineer) regresyon analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisi

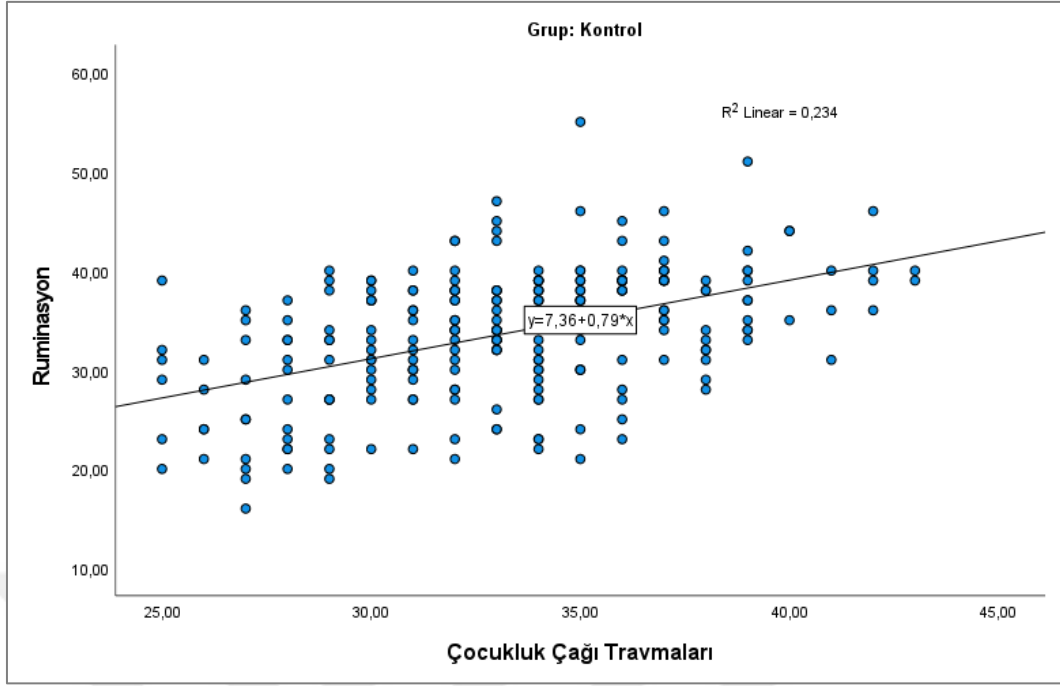
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Std. Olmayan Katsayılar		Std. Katsayılar	t	p
		b	S.H.	β		
Ruminasyon	(Sabit)	7,358	3,038		2,422	0,016
	Çocukluk Çağı Travmaları	0,792	0,091	0,483	8,728	<0,001

* $F(1-250)=76,178$; $p<0,001$; $R^2=0,234$; Durbin-Watson=2,016; Maks. Cook’s=0,051.

Tablo 4.21’deki regresyon analizi bulguları incelendiğinde, modelde uç değerlerin varlığı Cook’s aralığı değeriyle değerlendirilmiştir. En yüksek Cook’s aralığı değeri 0,051 olarak bulunmuştur. Bu, modelde herhangi bir uç değer bulunmadığını göstermektedir. Ayrıca, hata terimleri arasında ardışık bağımlılığın (otokorelasyon) varlığı, Durbin-Watson testi ile kontrol edilmiştir ve elde edilen 2,016’lık değer, modelde otokorelasyon sorununun olmadığını ortaya koymaktadır.

Analiz sonuçları, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisinin bulunduğunu göstermektedir ($F(1-250)=76,178$; $p<0,001$). Regresyon modelinin açıklanan varyans oranı (R^2) %23,4 olarak hesaplanmıştır. Bu da çocukluk çağı travmalarının ruminasyon düzeyindeki varyansın %23,4’ünü açıkladığını ifade etmektedir.

Bunun yanı sıra, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde, çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b=0,792$; $\beta=0,483$; $t=8,728$; $p<0,001$). Bu bulgu, çocukluk çağı travmaları puanlarındaki her bir birimlik artışın, ruminasyon puanlarında 0,792 birimlik bir artışa yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu ilişki, Şekil 4.8’de gösterilmiştir.



Şekil 4.8: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan çocukluk çağı travmaları ile ruminasyon arasındaki ilişki

Sonuç olarak elde edilen bulgular, insomni/hipersomni bozukluğu bulunmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir.

4.4. İNSOMNİ/HİPERSOMNİ BOZUKLUĞU BULUNAN BİREYLERDE ALINAN TANIYA GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR

Araştırmada ayrıca insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları, ruminasyon, dissosiyasyon ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması yoluna gidilerek detaylı değerlendirmeler yapılmıştır. Bu yolda bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.22’de görüldüğü üzere, çocukluk çağı travmaları puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($F(3, 112)=18,257$, $p<0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2=0,33$), bu farkın “büyük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey HSD çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi

sonucunda, idiyopatik hipersomni ($\bar{x}=50,03\pm9,70$), idiyopatik insomni ($\bar{x}=52,10\pm6,61$) ve narkoleptik hipersomni ($\bar{x}=50,88\pm7,51$) tanısı alan bireylerin, psikofizyolojik insomni tanısı alan bireylerden ($\bar{x}=39,03\pm5,95$) anlamlı derecede daha yüksek çocukluk çağı travmaları puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 4.22: İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları, ruminasyon, dissosiyasyon ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması

Puan	Tanı*	n	$\bar{x}$	s	Vary.	K. Top.	Sd	K. Ort.	F	p	Fark	η^2
Çocukluk Çağı Travm.	(1) ^a	30	50,03	9,70	GA	3157,3	3	1052,4	18,257	<0,001	a,b,c>d	0,33
	(2) ^b	30	52,10	6,61	Gİ	6283,3	109	57,6				
	(3) ^c	24	50,88	7,51	Top.	9440,6	112					
	(4) ^d	29	39,03	5,95								
Rumi-nasyon	(1)	30	69,23	11,22	GA	115,7	3	38,6	0,369	0,775	-	-
	(2)	30	70,33	10,06	Gİ	11386,1	109	104,5				
	(3)	24	70,17	8,84	Top.	11501,8	112					
	(4)	29	67,79	10,35								
Dissosi-yasyon	(1) ^a	30	1136,67	499,57	GA	5058336,2	3	1686112,1	14,069	<0,001	a,b,c>d	0,28
	(2) ^b	30	1193,00	333,67	Gİ	13062971,8	109	119843,8			c>a,b	
	(3) ^c	24	1432,92	203,16	Top.	18121307,9	112					
	(4) ^d	29	822,76	242,54								
DEHB	(1)	30	37,90	10,26	GA	354,1	3	118,0	1,526	0,212	-	-
	(2)	30	35,77	8,25	Gİ	8432,1	109	77,4				
	(3)	24	38,67	7,45	Top.	8786,2	112					
	(4)	29	34,10	8,72								

* 1: İdiyopatik Hipersomni, 2: İdiyopatik İnsomni, 3: Narkoleptik Hipersomni, 4: Psikofizyolojik İnsomni

Dissosiyasyon puanlarının tanılarına göre karşılaştırılması da gruplar arasında anlamlı farklar olduğunu ortaya koymuştur ($F(3, 112)=14,069$, $p<0,001$). Eta-kare değeri

($\eta^2=0,28$), bu farkın “büyük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Varyansların homojen olmaması nedeniyle tercih edilen Games-Howell çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonucunda, idiyopatik insomni ($\bar{x}=1193,00\pm333,67$), idiyopatik hipersomni ($\bar{x}=1136,67\pm499,57$) ve narkoleptik hipersomni ($\bar{x}=1432,92\pm203,16$) gruplarının dissosiyasyon puanlarının, psikofizyolojik insomni grubundan ($\bar{x}=822,76\pm242,54$) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (a, b, c > d, $p<0,001$). Ayrıca, narkoleptik hipersomni grubunun dissosiyasyon puanlarının, idiyopatik hipersomni ve idiyopatik insomni gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (c > a, b, $p<0,001$). Bu bulgular, psikofizyolojik insomni tanısı alan bireylerin dissosiyasyon düzeylerinin diğer tüm tanı gruplarına göre en düşük olduğunu, narkoleptik hipersomni tanısı alan bireylerin ise en yüksek düzeye sahip olduğunu göstermektedir. Diğer iki grubun ise bunların arasında olduğu söylenebilir.

Öte yandan, ruminasyon puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(3, 112)=0,369$, $p=0,775$). Grupların puan ortalamaları oldukça yakın olup, idiyopatik hipersomni ($\bar{x}=69,23\pm11,22$), idiyopatik insomni ($\bar{x}=70,33\pm10,06$), narkoleptik hipersomni ($\bar{x}=70,17\pm8,84$) ve psikofizyolojik insomni ($\bar{x}=67,79\pm10,35$) grupları arasında herhangi bir belirgin farklılık görülmemiştir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) puanlarının alınan tanıya göre karşılaştırılması da anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F(3, 112)=1,526$, $p=0,212$). Grupların puan ortalamaları sırasıyla idiyopatik hipersomni ($\bar{x}=37,90\pm10,26$), idiyopatik insomni ($\bar{x}=35,77\pm8,25$), narkoleptik hipersomni ($\bar{x}=38,67\pm7,45$) ve psikofizyolojik insomni ($\bar{x}=34,10\pm8,72$) olarak yakın değerlere sahiptir.

Bu bulgular, alınan tanının çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon puanlarında önemli farklılıklar oluşturduğunu, ancak ruminasyon ve DEHB açısından anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermektedir.

4.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE, RUMİNASYON, DISSOSİYASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI PUANLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, ruminasyon, dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin puanların katılımcıların sosyodemografik ve tanıtıcı

özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. İlgili değişkenlerin bu psikolojik süreçler üzerindeki anlamlı etkilerinin belirlenmesi amacıyla bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Yalnızca anlamlı çıkanlar raporlanmış, bundan dolayı başlık çeşitli değişkenler şeklinde ifade edilmiştir.

4.5.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyini anlamlı biçimde etkileyen değişkenlere ilişkin bulgular Tablo 4.23'te sunulmuştur.

Tablo 4.23: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler

Değişken	Grup	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite				
		$\bar{x}$	s	F/t	p	η^2/d
Yaş Grubu	18-29 ^a	24,07	14,53	11,100	<0,001 a>b,c	0,06
	30-49 ^b	18,44	11,56			
	50-65 ^c	15,92	10,79			
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	27,27	15,68	11,135	<0,001 a,b>c,d	0,08
	Lise ^b	24,01	14,23			
	Üniversite ^c	18,98	12,28			
	Lisansüstü ^d	14,51	8,08			
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	22,16	12,67	2,423	0,016	0,27
	Kullanmıyor	18,56	12,57			
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	26,80	12,92	5,764	<0,001	0,75
	Kullanmıyor	17,68	11,95			
Kronik Hastalık Varlığı	Var	24,20	13,94	3,795	<0,001	0,50
	Yok	18,00	11,87			
Kalıtsal Hastalık Varlığı	Var	25,62	14,11	4,055	<0,001	0,61
	Yok	18,13	11,92			

Tablo 4.23'te sunulan analiz sonuçlarına göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) puanları, yaş grupları arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($F = 11,100$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,06$) farkın “orta” düzeyde olduğunu işaret etmektedir. Yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) analizine göre, 18-29 yaş grubundaki

bireylerin ($\bar{x} = 24,07 \pm 14,53$), 30-49 yaş grubundaki bireylere ($\bar{x} = 18,44 \pm 11,56$) ve 50-65 yaş grubundaki bireylere ($\bar{x} = 15,92 \pm 10,79$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek DEHB puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($a > b, c$). Bu sonuç, yaş değişkeninin DEHB düzeyini anlamlı şekilde etkileyen bir faktör olduğunu anlatmaktadır.

Eğitim durumuna göre DEHB puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F = 11,135, p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,08$) farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalar, ilköğretim mezunlarının ($\bar{x} = 27,27 \pm 15,68$) ve lise mezunlarının ($\bar{x} = 24,01 \pm 14,23$), üniversite mezunlarına ($\bar{x} = 18,98 \pm 12,28$) ve lisansüstü eğitim almış bireylere ($\bar{x} = 14,51 \pm 8,08$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek DEHB puan ortalamalarına sahip olduğunu ortaya koymuştur ($a, b > c, d$). Bu bulgu, eğitim seviyesinin DEHB düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanım durumu açısından değerlendirildiğinde, sigara kullanan bireyler ile kullanmayan bireyler arasında DEHB düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($t = 2,423, p = 0,016$). Cohen d değeri ($d = 0,27$) farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Ortalama puanlara bakıldığında, sigara kullanan bireylerin ($\bar{x} = 22,16 \pm 12,67$), kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 18,56 \pm 12,57$) kıyasla daha yüksek DEHB puanına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç, sigara kullanımının DEHB düzeyini anlamlı şekilde etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanım durumuna göre de DEHB düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($t = 5,764, p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,75$) farkın “orta” ancak büyük düzeye oldukça yakın düzeyde olduğunu göstermektedir. Alkol kullanan bireylerin ($\bar{x} = 26,80 \pm 12,92$), alkol kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 17,68 \pm 11,95$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek DEHB puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, alkol kullanımının DEHB düzeyini anlamlı şekilde etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Kronik hastalık varlığı açısından da DEHB düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($t = 3,795, p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,50$) farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin ($\bar{x} = 24,20 \pm 13,94$), kronik hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 18,00 \pm 11,87$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek DEHB puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç, kronik

hastalık varlığının DEHB düzeyini anlamlı şekilde etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

Son olarak, kalıtsal hastalık varlığı açısından yapılan analizler sonucunda, DEHB düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($t = 4,055$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,61$) farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Kalıtsal hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 25,62 \pm 14,11$), kalıtsal hastalığı olmayan bireylere ($\bar{x} = 18,13 \pm 11,92$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek DEHB puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, kalıtsal hastalık varlığının DEHB düzeyini anlamlı şekilde etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, yaş, eğitim seviyesi, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık ve kalıtsal hastalık varlığının DEHB düzeyi üzerinde anlamlı etkileri olduğu belirlenmiştir. Özellikle genç yaş grubunda, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde ve sağlık açısından risk faktörleri taşıyan gruplarda DEHB düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.5.2. Ruminasyon Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Ruminasyon düzeyini anlamlı biçimde etkileyen değişkenlere ilişkin bulgular Tablo 4.24’te sunulmuştur.

Yaş grubuna göre ruminasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F = 13,660$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,07$) farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan çoklu karşılaştırmalar, 18-29 yaş grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 51,73 \pm 19,68$), 30-49 yaş ($\bar{x} = 43,33 \pm 16,57$) ve 50-65 yaş ($\bar{x} = 38,51 \pm 17,10$) gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğunu ortaya koymuştur ($a > b, c$). Bu bulgu, yaş değişkeninin ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu anlamına gelmektedir.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde, kadınların ($\bar{x} = 47,09 \pm 18,80$) erkeklere ($\bar{x} = 41,91 \pm 17,16$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = -2,725$, $p = 0,007$). Ancak Cohen d değeri ($d = 0,29$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, cinsiyetin ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.24: Ruminasyon düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler

Değişken	Grup	Ruminasyon				
		$\bar{x}$	s	F/t	p	η^2/d
Yaş Grubu	18-29 ^a	51,73	19,68	13,660	<0,001 a>b,c	0,07
	30-49 ^b	43,33	16,57			
	50-65 ^c	38,51	17,10			
Cinsiyet	Erkek	41,91	17,16	-2,725	0,007	0,29
	Kadın	47,09	18,80			
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	57,31	18,82	12,359	<0,001 a,b>c,d	0,09
	Lise ^b	51,37	20,36			
	Üniversite ^c	43,63	17,68			
	Lisansüstü ^d	37,65	13,14			
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Eşi vefat etmiş	51,38	19,69	5,698	<0,001	0,64
	Evli	40,30	15,74			
Çocuk Sayısı	Yok ^a	49,43	18,84	5,198	<0,001 a>b,d	0,05
	1 çocuk ^b	40,58	16,24			
	2 çocuk ^c	42,82	18,04			
	3 çocuk ^d	39,69	14,44			
	4 çocuk ve üzeri ^e	39,75	19,94			
Gelir Düzeyi	Düşük ^a	53,21	20,90	14,843	<0,001 a>b,c	0,08
	Orta ^b	43,49	16,94			
	Yüksek ^c	34,56	13,41			
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	49,22	18,72	2,881	0,004	0,34
	Kullanmıyor	43,08	17,80			
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	55,07	18,77	5,693	<0,001	0,74
	Kullanmıyor	42,10	17,15			
Kronik Hastalık Varlığı	Var	41,81	17,19	4,273	<0,001	0,59
	Yok	44,54	18,16			
Kalıtsal Hastalık Varlığı	Var	49,37	19,50	4,576	<0,001	0,61
	Yok	52,54	21,00			

Eğitim durumuna göre ruminasyon puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F = 12,359$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,09$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçları, ilköğretim mezunlarının ($\bar{x} = 57,31 \pm 18,82$) ve lise mezunlarının ($\bar{x} = 51,37 \pm 20,36$), üniversite ($\bar{x} = 43,63 \pm 17,68$) ve lisansüstü eğitim almış bireylere ($\bar{x} = 37,65 \pm 13,14$)

kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğunu ifade etmektedir (a, b > c, d). Bu bulgu, eğitim seviyesinin ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğuna işaret etmektedir.

Medeni duruma göre yapılan analizlerde, bekar, boşanmış veya eşi vefat etmiş bireylerin ($\bar{x} = 51,38 \pm 19,69$), evli bireylere ($\bar{x} = 40,30 \pm 15,74$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir (t = 5,698, p < 0,001). Cohen d değeri (d = 0,64), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, medeni durumun ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Çocuk sayısına göre ruminasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F = 5,198, p < 0,001). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,05$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçları, çocuğu olmayan bireylerin ($\bar{x} = 49,43 \pm 18,84$), bir ve üç çocuğa sahip bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğunu açıklamaktadır (a > b,d). Bu bulgu, çocuk sayısının ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu ifade etmektedir.

Gelir düzeyi değişkenine göre yapılan analizlerde, düşük gelir grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 53,21 \pm 20,90$), orta gelir ($\bar{x} = 43,49 \pm 16,94$) ve yüksek gelir ($\bar{x} = 34,56 \pm 13,41$) gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir (F = 14,843, p < 0,001). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,08$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçları, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin ruminasyon düzeyinin geliri daha yüksek olanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (a > b, c). Bu sonuç, gelir düzeyinin ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Sigara kullanım durumuna göre ruminasyon puanları karşılaştırıldığında ise, sigara kullanan bireylerin ($\bar{x} = 49,22 \pm 18,72$), sigara kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 43,08 \pm 17,80$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir (t = 2,881, p = 0,004). Cohen d değeri (d = 0,34), farkın “küçük” düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Bu bulgu, sigara kullanım durumunun ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanım durumuna göre yapılan analizlerde, alkol kullanan bireylerin ($\bar{x} = 55,07 \pm 18,77$), alkol kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 42,10 \pm 17,15$) kıyasla anlamlı düzeyde

daha yüksek ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 5,693$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,74$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, alkol kullanım durumunun ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Ayrıca kronik hastalık varlığına göre yapılan analizlerde, kronik hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 41,81 \pm 17,19$), kronik hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 44,54 \pm 18,16$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 4,273$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,59$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, kronik hastalık varlığının ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu açıklamaktadır.

Son olarak, kalıtsal hastalık varlığına göre ruminasyon puanları karşılaştırıldığında, kalıtsal hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 49,37 \pm 19,50$), kalıtsal hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 52,54 \pm 21,00$) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük ruminasyon puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 4,576$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,61$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, kalıtsal hastalık varlığının ruminasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, ruminasyon düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı ile kronik ve kalıtsal hastalık varlığı olmak üzere demografik ve sağlıkla ilişkili faktörlerden anlamlı şekilde etkilendiği belirlenmiştir. Genç yaş grubunda, kadınlarda, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde, bekar, boşanmış ya da eşi vefat etmiş bireylerde, çocuk sahibi olmayanlarda, düşük gelir düzeyinde ve sigara ile alkol kullanan kişiler ile kronik ya da kalıtsal hastalığı olmayan bireylerde ruminasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.5.3. Dissosiyasyon Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Dissosiyasyon düzeyini anlamlı biçimde etkileyen değişkenlere ilişkin bulgular Tablo 4.25’te sunulmuştur.

Tablo 4.25: Dissosiyasyon düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler

Değişken	Grup	Dissosiyasyon				
		$\bar{x}$	s	F/t	p	η^2/d
Yaş Grubu	18-29 ^a	640,95	562,64	11,654	<0,001 a>b,c	0,06
	30-49 ^b	421,97	490,39			
	50-65 ^c	298,44	397,83			
Cinsiyet	Erkek	395,06	462,46	-2,230	0,026	0,23
	Kadın	512,16	540,77			
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	908,85	644,83	18,394	<0,001 a,b>c,d	0,13
	Lise ^b	670,45	622,38			
	Üniversite ^c	415,80	464,76			
	Lisansüstü ^d	236,71	239,60			
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Eşi vefat etmiş	665,55	588,06	6,207	<0,001	0,72
	Evli	321,14	394,33			
Çocuk Sayısı	Yok ^a	592,01	561,02	5,413	<0,001 a>b,d	0,06
	1 çocuk ^b	330,58	389,39			
	2 çocuk ^c	409,74	465,40			
	3 çocuk ^d	316,73	425,67			
	4 çocuk ve üzeri ^e	322,92	497,55			
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	590,00	554,05	2,830	0,005	0,36
	Kullanmıyor	410,79	484,16			
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	742,16	546,45	5,124	<0,001	0,73
	Kullanmıyor	386,87	474,11			
Akşam Uyuma Saati	21:00-22:00	395,28	464,80	3,699	0,026 c>a,b	0,02
	23.00-02:00	440,85	502,98			
	03:00 ve sonrası	676,00	564,96			
Kronik Hastalık Varlığı	Var	625,33	563,39	3,345	0,001	0,44
	Yok	404,44	479,02			
Kalıtsal Hastalık Varlığı	Var	657,21	525,80	3,618	<0,001	0,49
	Yok	413,50	495,32			

Yaş grubuna göre dissosiyasyon düzeyleri incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F = 11,654$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,06$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, 18-29 yaş grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 640,95 \pm 562,64$), 30-49 yaş ($\bar{x} = 421,97 \pm 490,39$) ve 50-65 yaş ($\bar{x} = 298,44 \pm 397,83$) gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu bulunmuştur ($a > b, c$). Bu bulgu, yaş değişkeninin dissosiyasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde, kadınların ($\bar{x} = 512,16 \pm 540,77$) erkeklere ($\bar{x} = 395,06 \pm 462,46$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = -2,230$, $p = 0,026$). Cohen d değeri ($d = 0,23$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, cinsiyetin dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Eğitim durumuna göre dissosiyasyon puanları karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F = 18,394$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,13$), farkın orta ancak büyük düzeye yakın bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırmalar, ilköğretim mezunlarının ($\bar{x} = 908,85 \pm 644,83$) ve lise mezunlarının ($\bar{x} = 670,45 \pm 622,38$), üniversite ($\bar{x} = 415,80 \pm 464,76$) ve lisansüstü eğitim almış bireylere ($\bar{x} = 236,71 \pm 239,60$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğunu bildirmektedir ($a, b > c, d$). Bu sonuç, eğitim durumunun dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Medeni duruma göre yapılan analizlerde, bekar, boşanmış veya eşi vefat etmiş bireylerin ($\bar{x} = 665,55 \pm 588,06$), evli bireylere ($\bar{x} = 321,14 \pm 394,33$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 6,207$, $p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,72$), farkın “orta” düzeyde ancak büyük düzeye oldukça yakın olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, medeni durumun dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Çocuk sayısına göre dissosiyasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F = 5,413$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,06$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçları, çocuk sahibi olmayan bireylerin ($\bar{x} = 592,01 \pm 561,02$), bir ve üç çocuğa sahip bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğunu

belirtmektedir ($a > b, d$). Bu sonuç, çocuk sayısının dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Sigara kullanım durumuna göre yapılan analizlerde, sigara kullanan bireylerin ($\bar{x} = 590,00 \pm 554,05$), sigara kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 410,79 \pm 484,16$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 2,830, p = 0,005$). Cohen d değeri ($d = 0,36$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, sigara kullanımının dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Alkol kullanım durumuna göre yapılan analizlerde, alkol kullanan bireylerin ($\bar{x} = 742,16 \pm 546,45$), alkol kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 386,87 \pm 474,11$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir ($t = 5,124, p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,73$), farkın “orta” düzeyde ancak büyük düzeye oldukça yakın olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, alkol kullanımının dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Akşam uyuma saatine göre dissosiyasyon puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F = 3,699, p = 0,026$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,02$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçları, gece 03:00 ve sonrasında uyuyan bireylerin ($\bar{x} = 676,00 \pm 564,96$), daha önce uyuyan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur ($c > a, b$). Bu sonuç, akşam uyuma saatinin dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ifade etmektedir.

Kronik hastalık varlığına göre yapılan analizlerde, kronik hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 625,33 \pm 563,39$), kronik hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 404,44 \pm 479,02$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 3,345, p = 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,44$), farkın “küçük” düzeyde ancak orta düzeye yakın olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, kronik hastalık varlığının dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Kalıtsal hastalık varlığına göre dissosiyasyon puanları karşılaştırıldığında, kalıtsal hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 657,21 \pm 525,80$), kalıtsal hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 413,50 \pm 495,32$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek dissosiyasyon puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 3,618, p < 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,49$), farkın “küçük”

ancak orta düzey sınırında olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, kalıtsal hastalık varlığının dissosiyasyon düzeyini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, dissosiyasyon düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, çocuk sayısı, sigara ve alkol kullanımı, uyku alışkanlıkları, kronik ve kalıtsal hastalık varlığı faktörlerinden anlamlı şekilde etkilendiği saptanmıştır. Genç yaş grubunda, kadınlarda, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde, bekar veya boşanmış kişilerde, çocuk sahibi olmayan kişilerde, sigara ve alkol kullananlarda, geç saatlerde uyuyan bireylerde ve kronik ya da kalıtsal hastalığı olanlarda dissosiyasyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.5.4. Çocukluk Çağı Travmaları Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çocukluk çağı travmaları düzeyini anlamlı biçimde etkileyen değişkenlere ilişkin bulgular Tablo 4.26’da sunulmuştur.

Buna göre, yaş değişkenine göre çocukluk çağı travmaları düzeyleri incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($F = 11,736$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,06$), bu farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, 18-29 yaş grubundaki bireylerin ($\bar{x} = 41,14 \pm 10,34$), 30-49 yaş ($\bar{x} = 36,99 \pm 8,00$) ve 50-65 yaş ($\bar{x} = 35,16 \pm 8,49$) gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanlarına sahip olduğu bulunmuştur ($a > b, c$).

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizde, kadınların ($\bar{x} = 39,17 \pm 9,68$) erkeklere ($\bar{x} = 36,15 \pm 8,06$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir ($t = -3,253$, $p = 0,001$). Cohen d değeri ($d = 0,34$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir.

Eğitim seviyesi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F = 16,779$, $p < 0,001$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,06$) farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, ilköğretim düzeyindeki bireylerin ($\bar{x} = 45,58 \pm 10,78$), lise ($\bar{x} = 41,57 \pm 10,77$), üniversite ($\bar{x} = 36,90 \pm 8,58$) ve lisansüstü ($\bar{x} = 34,24 \pm 4,67$) mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanına sahip olduğu bulunmuştur ($a > b, c, d$).

Tablo 4.26: Çocukluk çağı travmaları düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler

Değişken	Grup	Çocukluk Çağı Travmaları				
		$\bar{x}$	s	F/t	p	η^2/d
Yaş Grubu	18-29 ^a	41,14	10,34	11,736	<0,001 a>b,c	0,06
	30-49 ^b	36,99	8,00			
	50-65 ^c	35,16	8,49			
Cinsiyet	Erkek	36,15	8,06	-3253	0,001	0,34
	Kadın	39,17	9,68			
Eğitim Durumu	İlköğretim ^a	45,58	10,78	16,779	<0,001 a>b,c,d	0,06
	Lise ^b	41,57	10,77			
	Üniversite ^c	36,90	8,58			
	Lisansüstü ^d	34,24	4,67			
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Eşi vefat etmiş	40,28	10,23	4,144	<0,001	0,47
	Evli	36,14	7,85			
Çocuk Sayısı	Yok ^a	39,43	9,26	3,454	0,009 a,c>b,d,e	0,04
	1 çocuk ^b	35,58	8,22			
	2 çocuk ^c	38,17	10,09			
	3 çocuk ^d	35,88	6,24			
	4 çocuk ve üzeri ^e	34,71	9,68			
Gelir Düzeyi	Düşük ^a	41,58	10,93	13,640	<0,001 a>b,c	0,07
	Orta ^b	37,37	8,43			
	Yüksek ^c	32,28	5,21			
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	40,40	10,88	2,944	0,004	0,40
	Kullanmıyor	36,84	8,15			
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	42,97	11,53	4,581	<0,001	0,74
	Kullanmıyor	36,48	7,86			
Kronik Hastalık Varlığı	Var	41,26	12,09	3,390	<0,001	0,52
	Yok	36,67	7,55			
Kalıtsal Hastalık Varlığı	Var	41,24	10,86	3,007	0,003	0,47
	Yok	37,01	8,46			

Medeni duruma göre yapılan analizde, bekar, boşanmış veya eşi vefat etmiş bireylerin ($\bar{x} = 40,28 \pm 10,23$) çocukluk çağı travmaları düzeylerinin evli bireylere ($\bar{x} = 36,14 \pm 7,85$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($F = 4,144$, $p < 0,001$, $d = 0,47$). Fark küçük düzeyde ancak orta düzeye oldukça yakın olarak değerlendirilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumunun çocukluk çağı travmaları düzeyine etkisi anlamlı bulunmuştur ($F = 3,454$, $p = 0,009$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,04$), farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, çocuk sahibi olmayan bireylerin ($\bar{x} = 39,43 \pm 9,26$) ve iki çocuğu olan bireylerin ($\bar{x} = 38,17 \pm 10,09$), bir ($\bar{x} = 35,58 \pm 8,22$), üç ($\bar{x} = 35,88 \pm 6,24$) ve dört veya daha fazla çocuğu olan bireylerden ($\bar{x} = 34,71 \pm 9,68$) anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanına sahip olduğu saptanmıştır ($a, c > b, d, e$).

Gelir seviyesi ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($F = 13,640$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,07$). Eta-kare değeri ($\eta^2 = 0,07$), farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin ($\bar{x} = 41,58 \pm 10,93$), orta ($\bar{x} = 37,37 \pm 8,43$) ve yüksek gelir seviyesine sahip bireylere ($\bar{x} = 32,28 \pm 5,21$) kıyasla daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanına sahip olduğu tespit edilmiştir ($a > b, c$).

Sigara kullanan bireylerin ($\bar{x} = 40,40 \pm 10,88$), sigara kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 36,84 \pm 8,15$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek çocukluk çağı travmaları puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($t = 2,944$, $p = 0,004$, $d = 0,40$). Cohen d değeri farkın “küçük” düzeyde olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanan bireylerin ($\bar{x} = 42,97 \pm 11,53$) çocukluk çağı travmaları puanlarının, alkol kullanmayan bireylere ($\bar{x} = 36,48 \pm 7,86$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t = 4,581$, $p < 0,001$, $d = 0,74$). Cohen d değeri farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 41,26 \pm 12,09$) çocukluk çağı travmaları düzeylerinin, kronik hastalığı bulunmayan bireylere ($\bar{x} = 36,67 \pm 7,55$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t = 3,390$, $p < 0,001$, $d = 0,52$). Cohen d değeri farkın “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir.

Son olarak, kalıtsal hastalığı olan bireylerin ($\bar{x} = 41,24 \pm 10,86$) çocukluk çağı travmaları puanlarının, kalıtsal hastalığı olmayan bireylere ($\bar{x} = 37,01 \pm 8,46$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t = 3,007$, $p = 0,003$, $d = 0,47$). Cohen d değeri farkın “küçük” düzeyde ancak orta düzeye oldukça yakın olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı ile kronik ve kalıtsal hastalık varlığı faktörlerinden anlamlı şekilde etkilendiği belirlenmiştir. Genç yaş grubunda, kadınlarda, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde, bekar veya boşanmış kişilerde, çocuğu hiç olmayan ya da bir çocuğu olanlarda, düşük gelir düzeyinde, sigara ve alkol kullanan bireylerde ve kronik veya kalıtsal hastalığı olan bireylerde çocukluk çağı travmaları düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.



5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı, insomni ve hipersomni tanısı almış bireylerde dissosiyasyon, çocukluk çağı travma, ruminasyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite ilişkisini incelemektir. Araştırma örneklemini insomni ve hipersomni tanısı almış hasta ve bu tanıları almamış sağlıklı yetişkin bireylerden oluşmaktadır ve çalışma, ilgili değişkenlerle beraber istatistiksel analizi kapsamaktadır.

Elde edilen bulgulardan yola çıkarak çalışmanın hipotezi içerisinde yer alan, İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek çıkacağına dair (H1) hipotez desteklenmiştir. İnsomni ve hipersomni tanısı almış bireylerin ruminasyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olacağı (H2) hipotezi desteklenmiştir. İnsomni ve hipersomni tanısı almış bireylerin dissosiyasyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek bulunacağı (H3) hipotezi desteklenmiştir. İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travmalarına daha yüksek oranlarda maruz kaldıkları (H4) hipotezi desteklenmiştir. Yine insomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyon gelişiminde önemli bir rol oynadığı, diğer bir ifadeyle dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin dissosiyasyonu anlamlı olarak yordadığı (H5) hipotezi desteklenmiştir. İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyon düzeyinin artışında mühim bir etken olduğu, başka bir deyişle dikkat eksikliği ve hiperaktivitenin ruminasyonu anlamlı olarak yordadığı (H6) desteklenmiştir. İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmaları puanları arttıkça dissosiyasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olacağı, çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyonu anlamlı olarak yordadığı (H7) hipotezi desteklenmiştir. İnsomni/hipersomni bozukluğu bulunan bireylerde çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu, çocukluk çağı travmalarının ruminasyonu anlamlı olarak yordadığı (H8) hipotezi desteklenmiştir.

5.1. İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DISSOSİYASYON, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, RUMİNASYON, DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTENİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Bu bölümde insomni ve hipersomni uyku bozuklukları dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları, ruminasyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni hal, çocuk sayısı, çalışma durumu ve koşulları, gelir düzeyi, sigara, alkol, madde ve kafein kullanım alışkanlıkları, yemek yeme saat aralıkları, uyku düzenleri, bakım veren olup olmadığı, mevcut tanıya dair nitelikler ve kalıtsal ve kronik hastalıklar eksenli genel sağlık durumları gibi sosyodemografik değişkenler açısından tartışılmıştır.

Çalışma grubu cinsiyet dağılımına bakıldığında, kadın cinsiyetinin erkek cinsiyetini domine ettiği görülmektedir. Sayısal veriler kadınların oranı %63,7, erkeklerin oranı ise %36,3 olacak biçimde sunulmuştur. Eldeki oranlara dayanarak cinsiyetler arası dağılım istatistiksel olarak anlamlıdır demek yerinde olacaktır. Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere oranla daha yüksek sıklıkta ve şiddette uyku problemi deneyimliyor olduğunu belirtmektedir (331). Epidemiyolojik araştırmalar, uyku bozuklukları ve gündüz yorgunluğu prevelansının kadın cinsiyetinde daha sık olduğuna dikkat çekmektedir (332). Hayatın her alanında içsel ve dışsal pek çok strese maruz kalan kadınlar; menstrüasyon, gebelik ve menopoz gibi hormonal ve fizyolojik değişkenleri de kapsar şekilde yaşamlarının başka evrelerinde farklı uyku bozuklukları açısından artmış risk altındadırlar (333). Bilhassa, hormonal değişimleri takiben uyku kalitesinde nitel ve nicel yönlü bozulmalar meydana gelmektedir (334). Uykudaki bu kötüye gidiş insomni gibi uyku bozukluklarını beraberinde getirmektedir. Aşırı uykusuzluk (insomni) ve sosyodemografik değişken etmenlerini inceleyen pek çok araştırma (335, 336, 337, 338) kadın cinsiyetine sahip olmayı risk faktörü olarak ele almaktadır. Öte yandan delta dalgası uykusunun kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir (339). Bu durum aşırı uykusuzluğun kadınlarda görülme sıklığını açıklayan etiyolojik faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uyku Araştırma Merkezine başvuran psikofizyolojik ve paradoksal insomni hastalarıyla yürütülen bir araştırmada kadınlarda erkeklere oranla her iki yakınmanın da daha fazla olduğu bildirilmiştir (340). Fransa'da genel toplum

örnekleminde insomni bozukluğunun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine bakılmış ve aşırı uykusuzluğun kadınlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır (341). Gündüz aşırı uykululuğu (hipersomni) epidemiyolojik araştırmalarından ise, kadın cinsiyeti predominansının erkek cinsiyetine kıyasla 2 katı olacak şekilde görüldüğü bilgisine ulaşılmaktadır (342). Buna sebep olarak kadınlarda melatonin seviyesi ve amplitüdünün yüksek olması verilebilir. Üstelik bu melatonin hormonu ve amplitüd değerinin gece 03:00-08:00 saatleri arasında yükseldiği gözlemlenmiştir (343). Bu açıdan bakıldığında araştırmamız sosyodemografik sorularından biri olan saat kaçta uyumak üzere yatağa geçersiniz sorusuna 03:00 ve sonrası cevabını verenler ayrıştırıcı olacaktır denebilir. Cinsiyet ve gündüz aşırı uykululuğu düzeyi korelasyonunun üniversite öğrencileri evreninde incelendiği araştırmalarda (344, 345) kadınların erkeklere oranla daha çok hipersomni semptomları gösterdikleri bulunmuştur. Buna göre kadın cinsiyeti ve hipersomni arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çalışmamız bulguları literatürle uyumludur. Cinsiyetin, insomni ve hipersomni için belirleyici bir etmen olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda, insomni ve hipersomni tanısı almış bireylerde genç erişkin katılımcı varlığı belirgin şekilde daha fazladır. Öte yandan, kontrol grubunu oluşturan bireyler ise orta yaş ağırlıklıdır denebilir. Deney grubu çıktıları ele alınırken grup üyelerinin iki farklı tanıya (insomni-hipersomni) sahip hastalardan oluştuğu kısmı unutulmamalıdır. Çünkü insomni geliştirme riskinin yaşla beraber arttığı bilinirken (346), bu durum hipersomni için tam tersi durumdadır (347). Ek olarak, genç yaş hipersomni için bağımsız bir öngörücü iken (348), ileri yaşın insomni için bir risk faktörü (349) olduğu belirtilmektedir. Öte yandan, deney grubundaki genç erişkin yaş aralığındaki yoğunluğu bu bireylerin uyku bozuklukları merkezine başvurmalarındaki bilinçli farkındalık düzeyleri ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda, insomni ve hipersomni tanısı almış katılımcıların çoğunluğunu ilköğretim ve lise mezunları oluştururken, kontrol grubundakiler büyük oranda lisansüstü mezunudur. Düşük eğitim seviyesi, uyku bozuklukları ve özelinde insomni için bir risk faktörüken (350), araştırmalar yüksek eğitim düzeyi ile kaliteli uyku arasında pozitif yönlü bir ilişkiye dikkat çekmektedirler (351, 352). Araştırmacılar, düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin insomni ve bunla ilişkili semptomlara daha çok sahip olduğunu, bu yüzden eğitim seviyesinin belirleyici bir rolü olduğunu belirtmektedir (353, 354). Ürdün’de yaşayan mültecilerde insomninin yaygınlığı ve öngörücülerinin

ölçüldüğü bir araştırmada, düşük eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların insomni puanlarının daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Eğitim seviyesi düşük olan grupta aşırı uykusuzluk yakınması daha fazladır (355). Çin’de yürütülen kesitsel bir çalışmada ise, Çinli hamile kadınlarda uykusuzluğun görülme sıklığı, ilişkili faktörler ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmış, düşük eğitim düzeyine sahip olan kadınların diğer eğitim seviyesine sahip olan kadınlara kıyasla daha fazla insomni belirtileri gösterdikleri tespit edilmiştir (356). Aşırı uykusuzluk ve düşük eğitim seviyesi arasındaki pozitif yönlü ilişkiye dair pek çok çalışma mevcuttur (357, 358). Yine Çin’de farklı bölgelerde yaşayan toplam 3600 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, daha düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin gündüz aşırı uykululuk ölçek puanlarının eğitim düzeyi daha ileri bireylere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (359). Marra ve arkadaşlarının (360) Epworth Uykululuk Ölçeği Anketi kullanarak uyku yorgunluğunun öz değerlendirmesi ve eğitim seviyesinin ilişkisini inceledikleri bir araştırmada ise, katılımcılar aynı hastalık şiddetine sahip olsalar dahi eğitim seviyesi düşük olan bireylerin daha yüksek bir uyku hali belirtisi algısı yaşadıkları saptanmıştır. Bu araştırma sonuçları, bizim çalışmamız bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmamız insomni ve hipersomni tanısı almış katılımcıları, ekseriyetle bekar bireylerden meydana gelirken, kontrol grubu için bu durum tam tersidir. Japonya’da yaşları 30-59 arası değişen insomni ile ilişkili semptomlar gösteren 35.288 kişiyle yapılan bir çalışmada, boşanmış ve bekar erkeklerin ve bekar kadınların diğer aile üyeleriyle birlikte yaşayan evli çiftlere kıyasla daha yüksek düzeyde insomni ile ilişkili semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (361). Yine Japonya’da günlük işçilerde medeni durum ile çok faktörlü uyku yapısının (evre, kalite, nicelik) ilişkisini inceleyen bir araştırma yürütülmüş ve evli olmamanın sağlıklı uyku bağlamında her iki cinsiyet açısından risk faktörü olduğu saptanmıştır. Çok değişkenli analiz sonuçları ise, bekarlığın kötü uyku evresi, kalitesi ve niceliğiyle kayda değer ölçüde korele olduğunu göstermektedir. Öte yandan, cinsiyetler arası fark erkeklerde uykunun niceliğinde bozulmanın daha fazla olduğu yönündeyken, kadınlarda ise kötü uyku evresi lehinedir (362). Toplum tabanlı bir kohort çalışmasında ise, medeni duruma göre hipersomni yaygınlığına bekarlarda daha fazla rastlandığı şeklindedir (363). Karayolu şoförleri ile yürütülen bir araştırmada ise, narkolepsi ve hipersomni semptomları sergileyen bireylerde bekarlık bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (364). Bu sonuçlar, çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Böylelikle, evliliğin insomni ya da hipersomni patolojisi geliştirmede koruyucu ya da yatıştırıcı etkisinden söz etmek mümkündür.

İnsomni ve hipersomni tanısı almış bireylerde çocuk sahibi olmayan kişilerin oranı sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksektir. Bunun en temel sebeplerinden biri olarak her iki grupta da yer alan, göz ardı edilemeyecek bekar oranının yüzdeliği gösterilebilir. Öte yandan, datalar kontrol grubundaki 3 ve üzeri çocuk sahibi olan katılımcıların lehinedir. Çin’de yarım milyon Çinli yetişkinle, çocuk sayısı ve kadınlarda ve erkeklerde ileri yaşta aşırı uykusuzluğun yaygınlığı üzerine bir kesitsel çalışma yürütülmüş ve çocuk sayısının kadınlarda ve daha düşük oranda olacak şekilde erkeklerde insomninin görülme sıklığının azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmada, çocuk sayısının kadınlarda daha iyi ruh hali ve iyi oluşla korele olduğu bulunmuştur (365). Gebe kadınlarda yaşam kalitesi ve insomni arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise, aşırı uykusuzluğun çocuk sayısı ile negatif yönlü anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. 1 ya da 2 çocuk sahibi olan kadınların, hiç çocuk sahibi olmayan kadınlara oranla aşırı uykusuzluk ölçek puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, çocuk sahibi olan ev kadınlarının hiç çocuk sahibi olmayan iş kadınlarına göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (366). Yakın dönem çalışmaları da bunları destekler niteliktedir (367). Bu sonuçlar, düzenli bir hayatın getirisi olarak yorumlanabilir. Ancak çalışmaların yürütüldüğü Çin, İran gibi ülkelerdeki sosyokültürel etkilerin, politik dinamiğin payı da yadsınamaz bir gerçektir. Öte yandan, çocuk sayısı ve insomni arasında pozitif yönlü ilişki olduğuna içkin bir diğer deyişle araştırma bulgularımızın tam tersi yönde çalışmalar da mevcuttur (368, 369). Tabi burada çocuk sayısı kadar çocukların kaç yaşında oldukları da önemlidir. Kritik nokta ebeveynlerin ya da bakımveren kimselerin gece kalkıp kalkmadığı, uykularının bölünüp bölünmediği sorunsalıdır. Bunun için nüfus temelli geniş bir çalışmaya ihtiyaç vardır. Harici, çocuk sayısı değişkeninin bakıldığı herhangi bir hipersomni çalışmasına rastlanmamıştır.

Araştırmamızda kontrol grubundaki çalışma oranı deney grubuna nazaran daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bir başka ifadeyle, çalışmayan bireylerin oranı deney grubunda daha fazla bulunmuştur. Japonya’da yapılan bir çalışmada, işsiz bireylerin iş sahibi bireylere oranla daha fazla aşırı uykusuzlukla ilintili semptomlara sahip olduğu, üstelik bu farkın belirgin olduğu tespit edilmiştir (361). 1997-2009 yılları

arasında tutulan Danimarka Ulusal Hasta Kaydı raporları incelendiğinde ise, hipersomnisi olan hastaların istihdam oranlarının daha düşük olduğu ve gene iş sahibi kişilerin kontrol deneklerine göre daha düşük gelir grubunda yer aldığı görülmektedir (370). Ancak araştırmamızda çalışma koşulları (40 saatten az ya da fazla) ve çalışma cinsi (vardiyalı-vardiyasız) açısından gruplarası anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Her ne kadar kontrol grubu üyeleri deney grubuna oranla daha çok 40 saatten fazla çalışıyor olsa da ya da deney grubu katılımcıları kontrole kıyasla daha fazla vardiyalı-nöbetli işte yer alıyor olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmalar gece vardiyası ya da dönüşümlü vardiyada çalışanların aşırı uykusuzluk (insomni) ve aşırı uykululuk (hipersomni) belirtileri gösterdiklerini bildirmektedir (371, 372). Bu doğrultuda, araştırmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Tanılı grupta düşük gelir düzeyine sahip bireylerin oranı (%32,7) kontrol grubuna kıyasla (15,5) anlamlı derecede yüksektir. Öte yandan kontrol grubuna baktığımızda yüksek gelire sahip kişilerin oranı katılımcılar yüzdesini domine etmektedir. Araştırmalar, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki uyku ortamalarının, uyku sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilecek şekillerde yüksek gelirli ülkelerdekilerden farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Samoa'daki yetişkinlerde gündüz aşırı uykululuk bozukluğunun incelendiği bir araştırmada, Samoalı yetişkinlerin yüksek gelirli ülkelerdeki bireylere kıyasla, gündüz aşırı uykululuklarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (373). Örneğin, Yeni Zelanda'da sağlıklı bireyler üzerinde yapılan büyük bir toplum temelli çalışmada, çoğunluğu Avrupa kökenli (%81) bireylerin yalnızca %8,8'inin aşırı gündüz uykululuğuna sahip olduğu bulunmuştur (374). Buradan yola çıkarak, gelişmiş ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin gündüz aşırı uykululuk oranlarının gelişmemiş ve düşük gelir düzeyine sahip ülke vatandaşlarına nazaran daha düşük olduğu çıkarımına varılabilir. Diğer taraftan yüksek hane gelirinin aşırı uykusuzluk için koruyucu faktör olduğuna dair ilgili çalışmalar mevcuttur (375, 376). Bu çalışmalar, araştırmamız bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, insomni ve hipersomni tanısı almış bireylerde sigara kullanım oranı kontrole kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. 12.445 katılımcı ve 6 kohort çalışmayı içeren bir sistematik incelemede insomni ve sigara tüketimi arasındaki ilişkiye bakılmış ve nicel sonuçlar neticesinde düzenli sigara içmenin insomni ile korele olduğu saptanmıştır. Ayrıca, sigara içmenin aşırı uykusuzluk vakalarını önemli ölçüde

artırabileceği çıkarımı edinilmiştir. Öte yandan bütünleşik uzunlamasına gözlemsel kanıtlar ve kesitsel çalışmalar sigara içmenin uykusuzluğun önemli bir risk faktörü olduğuna işaret etmektedir (377, 378). Çin’de ev hanımlarıyla yapılan bir çalışmada, insomniide aktif sigara içmek kadar pasif içicilik durumu da ele alınmış ve sigara içmeyen kadınlarda pasif içicilik durumu ile uykusuzluk arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (379). Narkolepsi ve idiyopatik hipersomniide sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kötüye kullanımı ve bağımlılığı ölçen bir vaka kontrol çalışmasında narkoleptik hipersomni hastalarının tütün ve tütün mamülleri tüketim oranı diğer hipersomni türleri ve kontrol grubuna kıyasla yüksek tespit edilmiştir (380). Ancak araştırmamız bulguları sigara kullanım miktarı ile bu iki uyku bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığını göstermektedir. Her iki grupta da sigara kullanım miktarı günde 1-2 paket olacak biçimde kayıtlara geçmiştir. Bu durum Türkiye’nin tütün ve tütün mamüllerinin çok tüketildiği bir ülke olması gerçeği ile açıklanabilmektedir (381). Uyku bozukluğu ve sigara tüketimi ilişkisini değerlendiren araştırmalar ise, hem erkekler hem de kadınlar arasında sigara içmenin uykuya dalmada zorluk ve uyanmada zorlukla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Aşırı gündüz uykululuğu ise yalnızca kadınlarda sigara içmeyle ilişkili bulunmuştur. Kısaca sigara içmek uykuya dalmada güçlük ve uykunun bölünmesine işaret eden bir dizi semptomla ilişkilidir denebilir. Etiyolojik çalışmalar araştırmacıları, sigara içenlerde uyku bozukluğunun daha sık görülme nedenini nikotin uyarıcı etkisi ve gece yoksunluğu olarak görmektedirler (382). Alkol kullanımı yönünden değerlendirildiğinde ise, deney grubunda alkol kullanımı kontrole kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir. Alkol bağımlılığı olan bireylerde uyku ile bağıntılı yakınmalara sıklıkla rastlanmaktadır (383, 384). Diğer taraftan alkol alımının ne zaman olduğu, bir diğer ifadeyle alkolün yatmadan önce tüketip tüketilmediği hususu da insomni araştırmalarında belirleyici rolü olan bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Örneğin, yatmadan önce alkol tüketiminin alkolün uyku mimarisi üzerindeki etkisinin yavaş dalga uykusunun, evre 2 uykusunun ve REM latensinin yüzdesini artırmak ve REM yüzde oranını azaltmak olduğu şeklinde bulunmuştur (385). Arnerdt ve arkadaşlarının (386) yoğun içki tüketen sağlıklı yetişkinlerle yürüttükleri geniş örneklemli yakın dönem çalışmaları plasebo ile karşılaştırıldığında > 1 g/Kg dozunda alkolün uykuya geçiş süresi ve uyku verimliliğini azalttığını ve uyku başlangıcından sonra uyanık kalma süresini artırdığını göstermektedir. Çalışmaya göre, gecenin 1. yarısında, alkolün plaseboya kıyasla Toplam Uyku Süresini

(TUS) ve uyku verimliliğini (UV) arttırdığı ve uyanmaların sayısını ve süresini azalttığı saptanmıştır. Ancak, gecenin 2. yarısında, TUS ve yatakta geçirilen zamanın uykuyla geçirilen zaman yüzdesi bağlamında azaldığı ve uyanmaların sayısının ve süresinin arttığı bildirilmiştir. İdiyopatik hipersomni ve narkolepsi çalışmaları ise alkolden kaçınmayı atakların sıklığını ve şiddetini azaltmaya yardımcı bir unsur olarak görerek, sağaltım planındaki önemine değinmişlerdir (387). Gruplar arası alkol tüketim miktarı ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Her ne kadar madde kullanımına ilişkin oranlar deney grubunda daha yüksek çıkmış olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede değildir. Hipersomninin madde kullanımıyla ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, aşırı uyuşturucu kullanımı (kodein, kokain ve esrar), madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan hastaların oranı tüm alt gruplarda düşük olarak saptanmış, hipersomni bozukluğu kategorileri arasında veya kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (388). Bu sonuçlar, çalışmamızı destekler niteliktedir. Ancak madde kullanımı ve insomni ve hipersomni arasındaki ilişkiye dair tam tersi kanıtlar da mevcuttur. Örneğin, 1 sene boyunca yüksek miktar kokain kullanımı olan katılımcılarla gerçekleştirilen bir araştırmada, her türden uyku bozukluğu ve madde kullanımı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (389). Kafein alımı açısından ise gruplar arası farka rastlanmamıştır. Her iki grupta da katılımcılar günlük 5-6 bardak ve altı miktarında kafein almaktadır. Bu sonuç değerlendirildiğinde, tanıli grupta yer alan hipersomni hastalarının varlığı göz ardı edilmemelidir.

Bulgular kontrol ve deney grubu olmak üzere her iki grubun katılımcılarının 07:00-09:00 ve akşam 18:00-20:00 arası yemek yeme rutinine sahip olduğunu ancak bu rutini kontrol grubunun daha sık takip ettiğini göstermektedir. Diğer taraftan, günün ilk öğünü olan kahvaltıyı, sağlıklı beslenme saati olarak ele alınan sabah 10:00-12:00 zaman aralığında yemek yeme alışkanlığı haline getiren grup deney grubuyken, bu sağlıklı beslenme biçimine kontrol grubunda hiç rastlanmamıştır. Bu durum, istatistiksel açıdan gruplar arası farktan söz etmemize neden olmaktadır. Kötü yeme alışkanlıkları ve aşırı uykusuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen kesitsel bir çalışmada, daha az sebze ve meyve tüketimi ile kahvaltıyı atlamak ya da geç saatte yapmak kadınlarda daha yüksek düzeyde olmak üzere, her iki cinsiyette de artmış insomni riski ile ilişkilendirilmiştir (390). Gündüz aşırı uykululuğun görüldüğü 20 yaş hasta vaka izlem çalışması anemnezi ise hastanın düzenli bir yeme alışkanlığı olmadığını göstermektedir (391). Uyku düzeni incelendiğinde ise, kontrol grubu üyelerinin büyük çoğunluğunun 07:00-09:00 saatleri

arasında sabah erkenden kalktığı, güne erken başladığı saptanmıştır. Deney grubunda ise bu oran daha düşüktür. Ayrıca, deney grubu katılımcılarının kayda değer oranda 11:00-13:00 saatleri arasında güne başladığı, kontrol grubunda bu oranın çok daha düşük olduğu yine tespit edilenler arasındadır. Bu minvalde gruplar arası anlamlı bir farktan söz etmek yerinde olacaktır. Uykunun önemli biyolojik fonksiyonları, uyku sorunlarının etiyojisi, uyku kalitesini artırmaya yardımcı olabilecek uyku hijyeni ve yaşam tarzı müdahaleleri aşırı uykusuzluk ve aşırı uykululuk için iyileştirici çalışma sahalarıdır (392). İnsomni ve hipersomni tedavi çalışmaları, davranış ve uyku alışkanlıklarının değiştirilmesi vasıtasıyla uygun uyku hijyeninin sağlanmasını sağaltımda öncelik olarak değerlendirmektedirler. Uykuyu iyileştirmeye yönelik öneriler arasında tutarlı bir uyku/uyanıklık programı sürdürmek, düzenli bir yatma vakti rutini oluşturmak yer almaktadır. Yine kafein, alkol, ağır ve geç saatlerde yemek yeme rutini bölünmüş kalitesiz uykuyla ilişkilidir. Bahsi geçen uyku hijyeni uygulamaları ile kaliteli ve uzun süreli uykunun temeli atılmaya çalışılmaktadır (393). 18-65 yaş arası 2050 Brezilyalı yetişkinle yürütülen bir araştırmada, uykuyu teşvik eden ve uykuyu bozucu uygulamalar (şekerlemeler, egzersiz saati, yatmadan önceki rutin, kafein ve alkol tüketimi, sigara kullanımı, ışıklı ekranlı elektronik cihaz maruziyeti vb.) ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve yatağa gitmeden önceki yanlış ve düzensiz alışkanların kısa uyku süresi ve uzun uyku latansı ile korele olduğu sonucuna ulaşılmıştır (394). Bahsi geçenlere dayanarak, çalışmamız sağlıklı grup katılımcılarının daha düzenli bir uyku sistemini takip etmeleri şaşırtıcı değildir. Araştırmamız sonuçları, literatür ile uyumludur.

Bir diğer madde, insomni ve hipersomni hastalarının kronik ve genetik hastalığa sahip olma oranlarının kontrol grubuna nazaran daha yüksek çıkmış olmasıdır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Raporlar, kalıtsal hastalıklardan tansiyon, şeker, kalp rahatsızlıkları ve tiroide daha çok rastlandığını gösterirken, migren, astım, sinüzit ve reflü ise kronik hastalıklarda başı çekmektedir. 2024 yılında Hindistan'daki Yaşlı Yetişkinlerde Kronik Hastalıklar ve Uykusuzluk Semptomları Arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma yürütülmüş ve hipertansiyon, nörolojik veya psikiyatrik bozukluklar, diyabet, felç ve kemik ve eklem hastalıkları, kronik kalp ve akciğer hastalıkları her iki cinsiyette de aşırı uykusuzluğa yakalanma olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur (395). Öte yandan, narkolepsi ve idiyopatik hipersomni bozukluğu sağaltım çalışmaları kronik hastalıkların tedavisini de hastanın iyileşme süreci takvimine dahil etmektedirler

(396). Tüm bu göstergeler, insomni ve hipersomni hastalarında kronik hastalıkların çok yaygın olduğunu ifade etmektedir. Bu sonuçlar, araştırmamızı destekler niteliktedir.

İnsomni ve hipersomni hastalarının uyku bozukluğu başlangıç yılı ve tetikleyicileri araştırılmış olup, deney grubundaki idiyopatik insomni ve idiyopatik hipersomniye sahip bireyler genellikle çocukluklarından beri uyu(ya)madıklarını bildirmişlerdir. Verilen yanıtlar, hastalığın doğasıyla örtüşmektedir. Uyku bozukluğu tetikleyicilerinin sorulduğu bölümde ise katılımcılar çoğunlukla bir yakının kaybı (ölümü), pandemi, boşanma, iş değişikliği gibi hadiselerden bahsetmişlerdir. Aydın ve Özcan (397) tarafından pandemi döneminde 210 sağlık çalışanı ile yürütülen bir araştırmada vardiyalı çalışanlarda aşırı uykusuzluk ve ruminasyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. COVID-19 şüphesi ve tanısı ile üniversite hastanesine başvuran 851 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, koronavirüs ile ilişkili kısıtlamaların narkoleptik ve idiyopatik hipersomni üzerindeki etkisi araştırılmış, katılımcıların yatağa gitme ve uyanma sürelerinde gecikmeler yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu gecikmelerin ek sık rastlandığı grup ise idiyopatik hipersomni grubu şeklinde saptanmıştır (398). Söğütü ve ark. (399) tarafından yapılan bir çalışma, COVID-19 pandemisinden fiziksel ve ruhsal olarak ciddi şekilde etkilenen sağlık çalışanlarının anksiyete, öfke, uyku ve duygu düzenlemesi üzerindeki pandeminin etkisini araştırmış ve söz konusu sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde insomni belirtilerine rastlanmıştır. Yaşanan kayıplar, ani değişimler, stres ise yine aşırı uykusuzluk ve aşırı uykululuk ile ilişkilendirilenler arasındadır. Bunlara dair pek çok çalışma bulunmaktadır (400, 401). Literatür kaynakları araştırmamız katılımcı yanıtları ile örtüşmektedir.

5.2. İNSOMNİ VE HİPERSOMNİ TANISI ALMIŞ BİREYLERDE DİSSOSİYASYON, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, RUMİNASYON VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTENİN KLİNİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Aşırı uykusuzluk ve aşırı uykululuk etiopatogenezi çoklu ilişkiler göstermektedir ve aktif bir araştırma odağıdır. Yürütmüş olduğum tez çalışmasında, insomni ve hipersomni tanısı almış bireylerin dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları, ruminasyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu

bölümde, tanıli grup ile bahsi geçen bağımsız değişkenlerin klinik özellikler çerçeveli ilişkisi tartışılacaktır.

Tez çalışmasında değerlendirme ve analizler katılımcıların aldıkları tanıları baz alınarak 2 ana, 2 alt grup olmak üzere toplamda 4 grup üzerinden gidilerek yapılmıştır. İnsomni, psikofizyolojik ve idiyopatik insomni alt gruplarında incelenirken, hipersomni narkoleptik ve idiyopatik olmak üzere iki ayrı alt grupta araştırılmış, birbirleriyle karşılaştırılarak ilerlenilmiştir. Örneğin, deney grubundaki dissosiyasyon puanları idiyopatik insomni, idiyopatik hipersomni ve narkoleptik hipersomni olacak şekilde psikofizyolojik insomniye kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dissosiyasyon ve peritravmatik stresin aracı rolünün incelendiği bir araştırmada, peritravmatik stres skorları daha yüksek katılımcıların daha fazla dissosiyatif yaşantılar deneyimledikleri saptanmıştır (402). Peritravmatik dissosiyasyon ise bir dizi ÇÇT ve yetişkin dönem travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) çalışmaları ile ilişkilendirilmiştir (403, 404, 405). Örneğin, çocuk istismarının yaşı ne kadar küçük ise dissosiyasyon düzeyi de o ölçüde şiddetlidir (406). Öte yandan, narkoleptik hipersomni tanısı alan bireylerin dissosiyasyon skorları idiyopatik hipersomni ve idiyopatik insomniye oranla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu narkolepsinin uyku atakları ile karakterize (407) doğası ile açıklanabilmektedir. Uyku felci, katapleksi ve hipnagogik halüsinasyonların narkoleptik hipersomni hastalığının uzantısında ortaya çıkan diğer bozukluklar (408) olduğu düşünülünce dissosiyasyon puanlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulunması öngörülebilir bir durumdur. Aynı şekilde, idiyopatik hipersomni, narkoleptik hipersomni ve idiyopatik insomniye sahip kişilerin çocukluk çağı travmaları puanları psikofizyolojik insomniye sahip kişilere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 18-30 yaş arası 780 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir araştırmada, erken dönem ruhsal travmalar ile insomni başta olmak üzere diğer uyku bozuklukları arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. ÇÇTÖ puanları arttıkça, uyku yakınma şiddeti puanlarında da artış görülmektedir (409). Uyku kalitesi ve erken dönem ruhsal travmaların korelasyonunun incelendiği bir araştırmada ise, ÇÇT ile uyku bozuklukları arasında anlamlı yönde bir ilişki saptanmıştır (410). Buradan yola çıkarak, çocukluğundan beri uyuyamayan ya da aşırı uyuyan idiyopatiklerin ya da tablo seyri ağır narkoleptiklerin uyarıcı ve tetikleyici ile aşırı uykusuzluk deneyimleyen psikofizyolojik insomni hastalarına kıyasla ÇÇT puanlarının anlamlı olarak daha yüksek çıkması olağandır. Araştırma sonuçlarımız

literatür ile de paralellik göstermektedir. Ancak, değişkenlerden ruminasyon ve DEHB için gruplararası farktan söz edemeyiz.

Bağımsız değişkenlerden DEHB, ruminasyon, ÇÇT ve dissosiyasyonun birbirlerini yordayıp yordamadığına dair analizler insomni ve hipersomnisi bulunan bireyler ve insomni ve hipersomnisi bulunmayan bireylerde yapılmış olup her ne kadar ölçek puanlarındaki birimlik artış değişkenlik gösterse de her iki grupta da (deney ve kontrol) sonuçlar pozitif yönlü anlamlı çıkmıştır. Örneğin, katılımcı envanter puanlarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arttıkça, dissosiyasyon düzeyinde de anlamlı artış görülmektedir. Bir diğer ifadeyle dikkat eksikliği ve hiperaktivite dissosiyasyonu anlamlı olarak yordamaktadır. Buna dayanarak DEHB'nin, dissosiyasyonun gelişiminde rolü olduğunu söylemek mümkündür. Yüksek düzey dissosiyasyon semptomlarına sahip hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve erken dönem ruhsal travmalardan cinsel istismarın komorbid olarak görüldüğü raporlananlar arasındadır (411). Dissosiyatif ve dissosiyatif olmayan ergenlerle yürütülen bir araştırmada ise, DEHB dissosiyasyon patolojisi gelişiminde bir risk faktörü olarak ele alınmıştır (412). Gelineen noktada, araştırmamız sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Bir başka analiz sonucu ise, bireylerin ölçek puanlarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arttıkça, ruminasyon düzeyinde de anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir. Bir diğer deyişle, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ruminasyonu anlamlı olarak yordamaktadır. Buradan yola çıkarak, DEHB'nin ruminasyon üzerindeki pozitif yönlü etkisinden bahsedilebilir. DEHB tanısı almış ancak ilaç kullanmayan 159 hasta ile yapılan bir çalışmada, DEHB ile aşırı zihin dalgınlığı ve ruminasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hatta DEHB'li kişilerin tedavisinde ruminasyonla başa çıkma becerisinin tedavi planına eklenmesi önerisinde bulunulmuştur (413). 432 sağlıklı genç yetişkinin katıldığı bir araştırmada ise, ruminasyonun DEHB semptomlarını alevlendirdiği tespit edilmiştir (414). Çalışmamız sonuçları, literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, çocukluk çağı travma puanları arttıkça dissosiyasyon düzeylerinde de anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir. Özetle, çocukluk çağı travmaları dissosiyasyonu anlamlı olarak yordamaktadır şeklinde açıklanabilir. Dolayısıyla ÇÇT'nin dissosiyasyon patolojisindeki rolü belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. Klinik örneklem çalışmaları, patolojik seviyede dissosiyasyon gösteren hastaların, daha sık travma geçmişi

bildirdiklerini göstermektedir (415). Uyku bozukluklarından parasomni ve ilişkili rahatsızlıkların araştırıldığı bir çalışmada, katılımcılardan ÇÇT bildiren grubun dissosiyasyon skorlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (416). Bu araştırmaların, uyku bozukluklarından insomni ve hipersomninin sağaltımında dissosiyasyon ve ÇÇT önemine dikkat çekerek ampirik bir temele parantez açtığı söylenebilir. Ekmekçi Ertek ve arkadaşlarının (417) temel sağlık hizmetine başvuran bireylerle yürüttükleri bir başka çalışmada ise erken dönem ruhsal travma deneyimleyen kişilerin daha dissosiyeye olduğu, aralarında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu çıkarımına varılmıştır. Bulgular araştırmamızı destekler niteliktedir.

Yine araştırmamız sonuçları, ÇÇT ve ruminasyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı travma puanları arttıkça, ruminasyon düzeyinde de bir artış vardır. Kısaca, ÇÇT ruminasyonu yordamaktadır. Bu nedenle, çocukluk çağı travmalarının ruminasyon üzerindeki etkisinden söz edilebilir. Gelir seviyesi düşük gebe kadınlarla yürütülen bir araştırmada erken dönem ruhsal travma ile ruminasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (418). Yine toplum örneklemleri çalışmaları ÇÇT ile ruminasyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (419). Ayrıca, erken dönem ruhsal travma ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma ruminasyonun aracı rolüne işaret etmektedir (420, 421, 422).

Pillali ve arkadaşlarının (423) senesinde yapmış oldukları bir araştırmada katılımcıların uyku süresi, kalitesi ve ruminasyon seviyesi bir hafta müddetince aktigrafi cihazı ve özbildirim formuyla takip edilmiştir. Veriler, uykuya geçmeden önceki ruminasyon düzeyi ile uyku süresi ve kalitesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir. Tekrarlayıcı düşünme stillerinden ruminasyonun uyku kalitesi ile korelasyonu olduğuna dair pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar, ruminatif düşünme biçiminin uyku kalitesini negatif şekilde etkilediğini göstermektedir (424, 425). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde eğitim görmekte olan 18 yaş ve üzeri 368 üniversite öğrencisiyle yürütülen bir araştırmada, uykululuk durumu ve ruminasyon arasındaki ilişki incelenmiş ve uykululuk düzeyi arttıkça ruminasyon puanlarında da artış görüldüğü saptanmıştır. Uykululuk seviyesi ve ruminatif düşünme biçimi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (426). İnsomni ve gelişiminde altında yatan ortak mekanizmaların tanımlandığı ve sentezlendiği bir çalışmada ergenlik dönemindeki davranışsal uyku müdahalelerinin tasarımı için bir sistematik derleme yazılmıştır. Tedavi

planında ise ruminatif düşünme biçimini iyileştirici adımlar atılmasının önemine vurgu yapılmıştır (427). Destekleyici kanıt niteliğinde sunmuş olduğumuz araştırma sonuçları, bizim bulgularımızla uyumludur.

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan bireylerde tüm uyku bozukluklarını da içerir şekilde sıklıkla aşırı uykusuzluk, gündüz uykululuk hali ve/veya sirkadiyen ritim bozuklukları görülmektedir. Öyleki DSM-III'te 1970-1990 yılları arasında huzursuz uyku (restless sleep) DEHB'yi teşhis etmek için kullanılan bir belirti olma özelliği taşımaktadır. DEHB'li bireylere yönelik müdahalelerde uykuyu değerlendirmek amaçlı yürütülen deneysel bir çalışmada, DEHB'li gençlerin klinik ve tıp merkezlerine aşırı uykusuzluk ve aşırı uykululuk yakınmaları ile başvurdukları bildirilmiştir (428). Yine bir başka çalışma, insomni ve hipersomninin nüfus genelinde arttığı bir gelişimsel aşamada, DEHB'li bireylerin akranlarına göre kötü uyku kalitesine ve artan hipersomniye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (429). Araştırmacılar, DEHB'li ergenlerin kontrol grubu sağlıklı ergenlere kıyasla hem hafta içi hem hafta sonu olacak biçimde yetersiz uyuduklarını, tüm geceyi ayakta geçirdiklerini ya da tersi şekilde gündüz aşırı uykululuk hallerinin bulunduğunu belirtmektedir (430). Çalışmamız bulguları, başka araştırma sonuçlarıyla da tutarlılık göstermektedir.

Fenomenolojik kavramsallaştırmayla ifade edecek olursak dissosiyasyon uyaranlardan bir başka bakış açısıyla yaşam dünyasından bir kopuşa karşılık gelmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine garip sesler duyma, geçici baygınlıklar, görüntüler görme, vücut kısımlarında değişiklikler ve kendilerine dışarıdan bakma gibi dissosiyatif semptomlarla başvuran ergenlerle yürütülen bir çalışmada, dissosiyatif semptomlar ve uyku bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiş ve Ergenlik Dönemi Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği puanları yüksek çıkan ergenlerin uyku bozukluklarına yakalanma risklerinin sağlıklı gruba oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (431). Ek olarak, uyanıklık sırasındaki dissosiyatif deneyimlerin insomni ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (432). 32'si narkoleptik, 29'u idiyopatik olmak üzere toplam 61 hipersomnili katılımcıların (bu kişiler "hipersomnolans uzmanları" olarak kabul edilir) uykulu araç kullanmadan önce deneyimledikleri prodromal semptomları ve uyanıklığı korumak için kullandıkları karşı stratejileri anlamak adına bir araştırma yürütülmüş ve 56 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha

çok dissosiyatif semptom taşıdıkları belirlenmiştir (433). Alanyazın çalışmaları, araştırmamız sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çocukluk çağında travmatik strese maruz kalmanın uyku bozukluğu riskini arttırdığı bilinmektedir. Ön çalışmalar, çocukluk çağı travması ile uyku arasındaki ilişkinin travmanın kronikliğine bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Albe ve Wai'nin (434) yapmış oldukları bir çalışmada, farklı travma kronikliğine sahip çocukluk çağı travması mağdurlarında uyku kalitesi, uykuyla ilişkili deneyimler ve dissosiyasyon incelenmiştir. 914 çevrimiçi katılımcıyla gerçekleştirilen araştırmada, bireyler çocukluk çağı travması olmayan, kısa süreli çocukluk çağı travması olan ve kronik çocukluk çağı travması bulunanlar olacak şekilde 3 gruba ayrılmışlardır. Kronik çocukluk çağı travması mağdurlarının, kısa dönemli çocukluk çağı travması mağdurlarına ve çocukluk çağı travması öyküsü olmayan bireylere kıyasla daha düşük uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Öte yandan, bu araştırma neticesinde dissosiyasyon ile uyku arasındaki ilişkinin travmanın kronikliğine bağlı olabileceği görüşü savunulmuştur. Kısaca, bu bulgular ışığında akut ve kronik travmatik stresin uyku üzerindeki farklı etkilerinden söz etmek mümkündür. Çocukluk çağı travmaları ve hipersomni arasındaki ilişkiyi araştıran, 496 kişinin katılım sağladığı bir yakın dönem kesitsel çalışma, duygusal istismarın hipersomniyi pozitif yönde predikt ettiğini göstermektedir. Bu çalışma, çocukluk döneminde duygusal istismara uğramanın yetişkinlikte hipersomni ile ilişkili olduğuna dair temel kanıt sunmaktadır (435). Bizim araştırmamız verileri ise, duygusal istismar varlığı açısından deney grubunda %88,5 (n=100), kontrol grubunda ise %37,7 (n=95) oranında duygusal istismar oranlarını ortaya koymaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Araştırmamız bulguları, literatür ile paralellik göstermektedir. Çinli Zhuang ergenleri ile yürütülen bir araştırmada ise, çocukluk çağı travmalarının insomniye etki eden birincil unsur olduğu saptanmıştır. Bir diğer ifadeyle, çocukluk çağı travması ile uykusuzluk arasında anlamlı bir doz-tepki ilişkisi bulunmuştur. Bu ilişki, maruziyetin türüne ve birikimine bağlı olarak değişmektedir (436). Buradan yola çıkarak, mevcut araştırmaları, çocukluk çağı travması ile yetişkinlikte kötü uyku kalitesi arasındaki bağlantıyı doğruladığını görmekteyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları bütünlük çerçevesinde değerlendirilmiş, çalışmaya dair kısıtlılıkların belirtilmesi akabinde önerilere yer verilmiştir.

İnsomni (aşırı uykusuzluk) ve hipersomni (aşırı uykusuzluk) tanısı almış ve almamış yetişkin bireylerde dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları, ruminasyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite ilişkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, 60'ı (30 psikofizyolojik, 30 idiyopatik) insomni tanısı almış, 53'ü (30 idiyopatik, 23 narkoleptik) hipersomni tanısı almış, 252'si insomni veya hipersomni tanısı almamış olmak üzere toplamda 365 kadın ve erkek bireylerin katılımıyla gerçekleşmiştir.

İnsomni/hipersomni bozukluğu tanısı almış bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite, ruminasyon, dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmaları düzeyleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bulgular, araştırmamız hipotezlerini doğrular niteliktedir. Yine bu 4 bağımsız değişkeni ele aldığımızda ve sosyodemografik sorular çâtısından bakıldığında bahsi geçen değişkenlerin (DEHB, dissosiyasyon, ruminasyon, ÇÇT) insomni ve hipersomni ile paydaş oldukları, aynı paterni paylaştıkları, pek çok ortak etiyolojik nokta barındırdıkları görülmektedir. Üstelik bu 4 değişkenin birbirleriyle sıklıkla komorbid olduğunun da altını çizmek, bu hususa vurgu yapmak isteriz. Mevcut sonuçlara dayanarak, insomni ve hipersomni yakınması ile uyku bozukluğu merkezine başvuran hastalara sağaltım planı oluştururken araştırmamız dinamiklerinden yararlanılacağı, ilgili değişkenlerin hastalığın prognozunda aktif rol oynayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız kısıtlılıkları değerlendirildiğinde, verilerin tek bir il ve merkezden toplanmış olması ve sağlıklı kontrol grubundaki öngörülemez kirletici faktörler sınırlılık olarak sayılabilir. Bu kapsamda çalışma datalarının tek bir ruh sağlığı kuruluşundan toplandığı göz önüne alınarak katılımcı sayısının çoğaltılıp, uygulama sahasının genişletilmesi insomni ve hipersomni ile bağıntılı olduğu düşünülen ya da araştırılmak istenen farklı sosyodemografik değişkenlerin eklenmesi önerilebilir. Öte yandan kesitsel bir çalışma kimliğinden çıkartılması ve yürütmüş olduğum araştırma üzerinden prospektif bir çalışma olarak devam edilmesi tavsiye edilmektedir.

Yukarıda sözü edilen tüm kısıtlılıklara rağmen, çalışmanın bütüncül yaklaşımı da göz önünde bulundurularak, alanyazında özgün bir niteliğe sahip olduğunu söylemek mümkündür. Nitel araştırmanın ve veri kaynaklarının yanı sıra nicel, kontrollü bir çalışma olması, tez çalışmasının ikincil amacı olan literatürle uyumlu sonuçlara ilaveten temeli sağlam ve detaylandırılmış yeni veriler ve sonuçlar elde etmesi çalışmanın gücünü arttıran bir etken olmaktadır. Ayrıca, araştırma boyunca kullanılan referansların güncel kaynaklar olmasına özen gösterilmiştir. Ruh sağlığı alanında hizmet veren, öğrenim gören, okutmanlık yapan meslektaşlarımız için bilime dair ortaya koyulacak projeler adına kaynak niteliği taşıması hedeflenmektedir. Diğer taraftan, hastaların büyük bir bölümünün ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi uyku polikliniğine başvurması hasabıyla bu komorbiditelerin klinisyenlerce bilinmesi ve tanınması kritik öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Koulouglioti, C., Cole, R., & Kitzman, H. (2008). Inadequate sleep and unintentional injuries in young children. *Public Health Nursing*, 25(2), 106-114.
2. Abdülkadiroğlu, Z., Bayramoğlu, F., & İlhan, N. (1997). Uyku ve uyku bozuklukları. *Genel Tıp Dergisi*, 7(3), 161-166.
3. Baglioni, C., Altena, E., Bjorvatn, B., Blom, K., Bothelius, K., Devoto, A., ... & Riemann, D. (2020). The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *Journal of sleep research*, 29(2), e12967.
4. Young, T. B. (2004). Epidemiology of daytime sleepiness: definitions, symptomatology, and prevalence. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 16), 12-16.
5. Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of women quarterly*, 25(1), 37-47.
6. Bugay, A., & Erdur-Baker, Ö. (2011). Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi. *Turkish psychological counseling and guidance journal*, 4(36), 191-199.
7. Tousignant, O. H., Taylor, N. D., Suvak, M. K., & Fireman, G. D. (2019). Effects of Rumination and Worry on Sleep. *Behavior therapy*, 50(3), 558-570. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.09.005>
8. Medford, N. (2014). Dissociative symptoms and epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 30, 10-13.
9. Özden, M. Ş. (2018). Travma ve Dissosiyatif Bozukluklar: Genel Bir Bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 71-76.
10. Creatura, G. M., Ered, A., Murty, V. P., & Ellman, L. M. (2022). The relationship between sleep, dissociation and psychotic-like experiences. *Early intervention in psychiatry*, 16(12), 1353-1358. <https://doi.org/10.1111/eip.13284>
11. Kira, I., A (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7, 2, 73- 86.
12. Kempe, C. H., & Helfer, R. E. (1973). Helping the Battered Child and His Family. *AJN The American Journal of Nursing*, 73(1), 153-197.
13. McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189-205.
14. Häcker, H. O. & Stapf, K. H. (2004). Dorsch psychologisches wörterbuch (14. Baskı). Bern: Hans Huber.
15. Öner, P., Rezaki, B., & Bodur, Ş. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuklarda Uyku Sorunları ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 16(2), 25-32.
16. Miró, E., Cano, M. C., Espinosa-Fernandez, L., & Bucla-Casal, G. (2003). Time estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *Human factors*, 45(1), 148-159.
17. Koban, M., & Swinson, K. L. (2005). Chronic REM-sleep deprivation of rats elevates metabolic rate and increases UCP1 gene expression in brown adipose tissue. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 289(1), E68-E74.
18. Aydın, H. (2007). Uyku ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
19. Engin E. & Ergün G. (2014). Uyku ve uyku bozuklukları. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
20. Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2010). *Principles and Practice of Sleep Medicine-E-Book: Expert Consult-Online and Print*. Elsevier Health Sciences.
21. Allard, J. S., Tizabi, Y., Shaffery, J. P., & Manaye, K. (2007). Effects of rapid eye movement sleep deprivation on hypocretin neurons in the hypothalamus of a rat model of depression. *Neuropeptides*, 41(5), 329-337.
22. An, Y., Inoue, T., Kitaichi, Y., Nakagawa, S., Wang, C., Chen, C., ... & Kusumi, I. (2015). Subchronic lithium treatment increases the anxiolytic-like effect of mirtazapine on the expression of contextual conditioned fear. *European journal of pharmacology*, 747, 13-17.

23. Schwab, R. J., Goldberg, A. N., & Pack, A. L. (1998). Sleep apnea syndromes. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1617, 37.
24. Erol, Ö., & Enç, N. (2009). Sleep problems of patients taking critical care and nursing interventions: review. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(1), 24-31.
25. Kaynak, H. (2007). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-2. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(26), 4-7.
26. Genç, S., & Dikmen, N. (2017). Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3): ICSD-3 ile uykuda solunum bozuklukları sınıflamasındaki değişiklikler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(31), 23-31.
27. Ursavaş, A. (2014). Yeni uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-3) uykuda solunum bozukluklarında neler değişti. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2), 139-151.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). DSM-5 Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. *Baskı, çev. KÖROĞLU E.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
29. Pilati, L., Torrente, A., Alonge, P., Vassallo, L., Maccora, S., Gagliardo, A., Pignolo, A., Iacono, S., Ferlisi, S., Di Stefano, V., Camarda, C., & Brighina, F. (2023). Sleep and Chronobiology as a Key to Understand Cluster Headache. *Neurology international*, 15(1), 497-507. <https://doi.org/10.3390/neurolint15010029>
30. Costigan, M., Scholz, J., & Woolf, C. J. (2009). Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage. *Annual review of neuroscience*, 32(1), 1-32.
31. Heinricher, M. M., Tavares, I., Leith, J. L., & Lumb, B. M. (2009). Descending control of nociception: specificity, recruitment and plasticity. *Brain research reviews*, 60(1), 214-225.
32. Latremoliere, A., & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *The journal of pain*, 10(9), 895-926.
33. Åkerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Work organisation and unintentional sleep: results from the WOLF study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(9), 595-600.
34. Sönmez, S., Ursavaş, A., Uzaslan, E., Ediger, D., Karadağ, M., Gözü, R. O., & Ege, E. (2010). Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları. *Tur Toraks Der*, 11, 105-108.
35. Barbera, J. (2008). Sleep and dreaming in Greek and Roman philosophy. *Sleep medicine*, 9(8), 906-910.
36. İtil, O. (2008). Uyku Bozuklukları Sınıflaması. Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları. Ankara: Poyraz Tıbbi Yayıncılık, 423-427.
37. Kaynak, H. (2003). *Uyku uyuyamamak mı uyanamamak mı?* İstanbul: Doğan Kitap.
38. Hobson, J. A. (2019). Sleep and dreaming. *Companion encyclopedia of psychology*, 109-132.
39. Kumar, S., & Chokroverty, S. (2015). The Insomnias: Historical Evolution. *Sleep Medicine: A Comprehensive Guide to Its Development, Clinical Milestones, and Advances in Treatment*, 197-202.
40. Karadağ, M. (2008). Dünyada ve türkiye'de uyku çalışmaları, tarihçe. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 1(1), 1-4.
41. Macnish, R. (1834). The Philosophy of Sleep. New York: D. Appleton.
42. Güler, Ö., Altıntaş, K., Selvi, Y., & Aydın, M. (2019). Ruh sağlığı ve hastalıkları. *Nobel Tıp Kitapevi: Ankara*, (s 1).
43. Karadağ, M., & Ursavaş, A. D. (2007). Türkiye'de uyku çalışmaları. *Akciğer Arşivi*, 8(1), 62-64.
44. Fan, J., Sun, C., Long, M., Chen, C., & Chen, W. (2021). Eognet: A novel deep learning model for sleep stage classification based on single-channel eog signal. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 573194.
45. Brown, R. E., Basheer, R., McKenna, J. T., Strecker, R. E., & McCarley, R. W. (2012). Control of sleep and wakefulness. *Physiological reviews*.
46. Aydın, H., & Özgen, F. (1998). Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1(2), 89-97.
47. Chaudhary, B. A., & Blanchard, A. R. (2002). Sleep mechanics. *Sleep Medicine*, 2002, 1-11.
48. Åkerstedt, T., Arnetz, B. B., & Anderzén, I. (1990). Physicians during and following night call duty—41 hour ambulatory recording of sleep. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 76(2), 193-196.
49. Norman, W. M., & Hayward, L. F. (2005). The neurobiology of sleep. *Clinical sleep disorders*. Philadelphia7 Lippincott Williams & Wilkins, 38-55.
50. Reid, K. J., Chang, A. M., & Zee, P. C. (2004). Circadian rhythm sleep disorders. *Medical Clinics*, 88(3), 631-651.
51. Levandovski, R., Sasso, E., & Hidalgo, M. P. (2013). Chronotype: a review of the advances, limits and applicability of the main instruments used in the literature to assess human phenotype. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 35, 3-11.

52. Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 238-43.
53. Çalıyurt, O. J. D. D. (2001). Duygudurum bozuklukları ve biyolojik ritim. *Duygudurum Dizisi*, 5, 209-214.
54. Macher, J. P. (2007). Chronobiology in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*, 9, 229.
55. Kerkhof, G. A. (1985). Inter-individual differences in the human circadian system: a review. *Biological psychology*, 20(2), 83-112.
56. Roehrs, T. (2000). Sleep physiology and pathophysiology. *Clinical cornerstone*, 2(5), 1-12.
57. España, R. A., & Scammell, T. E. (2004). Sleep neurobiology for the clinician. *Sleep*, 27(4), 811-820.
58. Benarroch, E. E. (1997). Overview of the organization of the central autonomic network. *Central autonomic network: functional organization and clinical correlations*. Armonk, NY: Futura Publishing Company, Inc, 3-28.
59. Basta, M., Chrousos, G. P., Vela-Bueno, A., & Vgontzas, A. N. (2007). Chronic insomnia and the stress system. *Sleep medicine clinics*, 2(2), 279-291.
60. Maes, J., Verbraecken, J., Willemsen, M., De Volder, I., Van Gastel, A., Michiels, N., ... & Cluydts, R. (2014). Sleep misperception, EEG characteristics and autonomic nervous system activity in primary insomnia: a retrospective study on polysomnographic data. *International Journal of Psychophysiology*, 91(3), 163-171.
61. Warth, M., Kessler, J., & Bardenheuer, H. J. (2017). Insomnia and autonomic function predict well-being in patients receiving palliative care. *Journal of palliative medicine*, 20(12), 1395-1399.
62. Jones, B. E. (2005). Basic mechanisms of sleep-wake states. *Principles and practice of sleep medicine*, 136-153.
63. Jones, B.E. (2003). Arousal systems. *Front. Biosci*, 8(6), 438-451.
64. Fuller, P. M., Gooley, J. J., & Saper, C. B. (2006). Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. *Journal of biological rhythms*, 21(6), 482-493.
65. Benington, J. H., Kodali, S. K., & Heller, H. C. (1995). Stimulation of A1 adenosine receptors mimics the electroencephalographic effects of sleep deprivation. *Brain research*, 692(1-2), 79-85.
66. McCarley, R. W. (2007). Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep medicine*, 8(4), 302-330.
67. Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K. M., & Wigren, H. K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta physiologica*, 208(4), 311-328.
68. Pıçak, R., İsmailoğulları, S., mümtaz Mazıcıoğlu, M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3).
69. Blask, D. E. (2009). Melatonin, sleep disturbance and cancer risk. *Sleep medicine reviews*, 13(4), 257-264.
70. Stenberg, D. (2007). Neuroanatomy and neurochemistry of sleep. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 64, 1187-1204.
71. McCarley, R. W. (1999). Sleep neurophysiology: basic mechanisms underlying control of wakefulness and sleep. *Sleep disorders medicine*. Boston: Butterworth Heinemann, 21-50.
72. Jacobs, B. L., Asher, R., & Dement, W. C. (1973). Electrophysiological and behavioral effects of electrical stimulation of the raphe nuclei in cats. *Physiology & Behavior*, 11(4), 489-495.
73. Cespuglio, R., Walker, E., Gomez, M. E., & Musolino, R. (1976). Cooling of the nucleus raphe dorsalis induces sleep in the cat. *Neuroscience letters*, 3(4), 221-227.
74. Engleman, H. M., & Wild, M. R. (2003). Improving CPAP use by patients with the sleep apnoea/hypopnoea syndrome (SAHS). *Sleep medicine reviews*, 7(1), 81-99.
75. Teschler, H., Berthon-Jones, M., Wessendorf, T., Meyer, H. J., & Konietzko, N. (1996). Influence of moderate alcohol consumption on obstructive sleep apnoea with and without AutoSet nasal CPAP therapy. *European Respiratory Journal*, 9(11), 2371-2377.
76. Rechtschaffen, A. (1968). A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Los Angeles: Brain Research Institute, 1-55.
77. Aytekin, Ç. (2022). Çocuk Gelişimci Annelerin Çocuk Yetiştirme Deneyimlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 9(2), 403-437.
78. Iber, C., Ancoli-Israel, S., & Chesson, A. L. (2007). *Quan. SF The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: rules, terminology and technical specifications 1st ed.* (American Academy of Sleep Medicine, 2007).
79. Hirshkowitz, M. (2004). Normal human sleep: an overview. *Medical Clinics*, 88(3), 551-565.
80. Köktürk, O. (2013). Uyku kayıtlarının skorlanması. *Türk Solunum Araştırma Derneği, Solunum*, 15(2), 14-29.

81. Fan, J., Sun, C., Long, M., Chen, C., & Chen, W. (2021). Eognet: A novel deep learning model for sleep stage classification based on single-channel eog signal. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 573194.
82. Gay, P., Weaver, T., Loube, D., & Iber, C. (2006). Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. *Sleep*, 29(3), 381-401.
83. Aboalayon, K. A. I., Faezipour, M., Almuhammadi, W. S., & Moslehpour, S. (2016). Sleep stage classification using EEG signal analysis: a comprehensive survey and new investigation. *Entropy*, 18(9), 272.
84. Steriade, M., Timofeev, I., & Grenier, F. (2001). Natural waking and sleep states: a view from inside neocortical neurons. *Journal of neurophysiology*, 85(5), 1969-1985.
85. Colrain, I. M. (2005). The K-complex: a 7-decade history. *Sleep*, 28(2), 255-273.
86. Kocaaslan, S., Öñız, A., & Özgören, M. (2010). Auditory evoked potentials in sleep. *Meandros Medical And Dental Journal*, 11(3), 49-56.
87. Kirsch, D., Benca, R., & Eichler, A. (2015). Stages and architecture of normal sleep. *UpToDate*. Retrieved, March, 19, 2020.
88. Ebrahimi, F., Mikaeili, M., Estrada, E., & Nazeran, H. (2008, August). Automatic sleep stage classification based on EEG signals by using neural networks and wavelet packet coefficients. In *2008 30th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society* (pp. 1151-1154).
89. Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273.
90. Subaşı, A. (2007). EEG signal classification using wavelet feature extraction and a mixture of expert model. *Expert Systems with Applications*, 32(4), 1084-1093.
91. Özşen, S., Yücelbaş, C., Yücelbaş, Ş., Tezel, G., Yosunkaya, Ş., & Küççüktürk, S. (2016, May). Elimination of EMG artifacts from EEG signal in sleep staging. In *2016 24th Signal Processing and Communication Application Conference (SIU)* (pp. 1345-1348).
92. Zhang, J., & Wu, Y. (2021). Competition convolutional neural network for sleep stage classification. *Biomedical Signal Processing and Control*, 64, 102318.
93. Harris, C. D. (2005). Neurophysiology of sleep and wakefulness. *Respiratory care clinics of North America*, 11(4), 567-586.
94. Urbano, F. J., D'Onofrio, S. M., Luster, B. R., Beck, P. B., Hyde, J. R., Bisagno, V., & Garcia-Rill, E. (2014). Pedunculopontine nucleus gamma band activity-preconscious awareness, waking, and REM sleep. *Frontiers in Neurology*, 5, 111550.
95. Roffwarg, H. P., Muzio, J. N., & Dement, W. C. (1966). Ontogenetic Development of the Human Sleep-Dream Cycle: The prime role of "dreaming sleep" in early life may be in the development of the central nervous system. *Science*, 152(3722), 604-619.
96. Masa, J. F., Corral, J., De Cos, J. S., Duran-Cantolla, J., Cabello, M., Hernandez-Blasco, L., ... & Embid, C. (2013). Effectiveness of three sleep apnea management alternatives. *Sleep*, 36(12), 1799-1807.
97. Littner, M. R. (2007). Polysomnography and cardiorespiratory monitoring. In *Obstructive Sleep Apnea* (pp. 49-74). CRC Press.
98. Rechtschaffen, A. (1968). A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Los Angeles: Brain Research Institute, 1-55.
99. Kundel, V., & Shah, N. (2017). Impact of portable sleep testing. *Sleep medicine clinics*, 12(1), 137.
100. Thomas, R. J., Rosen, B. R., Stern, C. E., Weiss, J. W., & Kwong, K. K. (2005). Functional imaging of working memory in obstructive sleep-disordered breathing. *Journal of Applied Physiology*, 98(6), 2226-2234.
101. Köktürk, O. (2010). Uykuda solunum bozukluklarında tanı yöntemleri ve polisomnografi. *Solunum sistemi ve hastalıkları. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (Eds). Istanbul: Istanbul Tıp Kitapevi*, 2109-2125.
102. Hirshkowitz, M., & Sharafakhneh, A. (2009). Clinical polysomnography and the evolution of recording and scoring technique. *Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations and clinical aspects*, 229-52.
103. Keenan, S., Hirshkowitz, M., & Casseres, H. (2011). Monitoring and staging human sleep. *Principles and practice of sleep medicine*, 5, 1602-1609.
104. Kushida, C.A. (2005). Practice parameters for the Indication for Polysomnography and Related Procedures: An Updata for 2005. *Sleep*, 28(4), 499-521.
105. Nader, K., & Hardt, O. (2009). A single standard for memory: the case for reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(3), 224-234.

106. Pace-Schott, E. F., & Spencer, R. M. (2015). Sleep-dependent memory consolidation in healthy aging and mild cognitive impairment. *Sleep, neuronal plasticity and brain function*, 307-330.
107. Jaiswal, S. J., Owens, R. L., & Malhotra, A. (2017). Raising awareness about sleep disorders. *Lung India*, 34(3), 262-268.
108. Levenson, J. C., Kay, D. B., & Buysse, D. J. (2015). The pathophysiology of insomnia. *Chest*, 147(4), 1179-1192.
109. Hamilton, N. A., Gallagher, M. W., Preacher, K. J., Stevens, N., Nelson, C. A., Karlson, C., & McCurdy, D. (2007). Insomnia and well-being. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 939.
110. Odabaşıoğlu, M. E., Dedeoğlu, T., Kasırga, Z., & Sünbül, F. (2017). Üniversite öğrencilerinde uyku hijyeni. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 204-212.
111. Aslan, S., Gulcat, Z., Selda Albayrak, F., Maral, I., Yetkin, S., Sutçigil, L., ... & Aydın, H. (2006). Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 10(1), 52-58.
112. Aydın, H. (2013). *Uykusuzluk* (L. Küey & A. Küey Eds.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
113. Bollu, P. C., & Kaur, H. (2019). Sleep medicine: insomnia and sleep. *Missouri medicine*, 116(1), 68.
114. Cindy, L., Charras, P., & Bayard, S. (2024). Sleep-related attentional bias in insomnia: The mediating role of arousal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 101943.
115. Gasperetti, C. E., Dolsen, M. R., & Harvey, A. G. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Sleep Disorders. In *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 381-403). Academic Press.
116. Altevogt, B. M., & Colten, H. R. (Eds.). (2006). Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington DC: National Academies Press.
117. Sun, J. L., Chiou, J. F., & Lin, C. C. (2011). Validation of the Taiwanese version of the Athens Insomnia Scale and assessment of insomnia in Taiwanese cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 41(5), 904-914.
118. Demet, M. M. (2016). İnsomniler. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 37.
119. Ada, M., & Yener, M. (2011). Pediatrik Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Cerrahi Tedavi Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics*, 7(4), 105-111.
120. Chhangani, B. S., Melgar, T., & Patel, D. (2010). Pediatric obstructive sleep apnea. *The Indian Journal of Pediatrics*, 77, 81-85.
121. Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. *Chest*, 146(5), 1387-1394.
122. Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129-1141.
123. Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2022). Evaluation and diagnosis of insomnia in adults. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate.
124. Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1997). Hyperarousal and insomnia. *Sleep medicine reviews*, 1(2), 97-108.
125. Kupfer, D. J., & Reynolds, C. F. (1997). Management of insomnia. *New England Journal of Medicine*, 336(5), 341-346.
126. Hale, L., Troxel, W., & Buysse, D. J. (2020). Sleep health: an opportunity for public health to address health equity. *Annual review of public health*, 41, 81-99.
127. Gellis, L. A., Lichstein, K. L., Scarinci, I. C., Durrence, H. H., Taylor, D. J., Bush, A. J., & Riedel, B. W. (2005). Socioeconomic status and insomnia. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 111.
128. Dodds, K. L., Miller, C. B., Kyle, S. D., Marshall, N. S., & Gordon, C. J. (2017). Heart rate variability in insomnia patients: A critical review of the literature. *Sleep medicine reviews*, 33, 88-100.
129. Miller, E. H. (2004). Women and insomnia. *Clinical cornerstone*, 6(1), S6-S18.
130. Dart, R. A., Gregoire, J. R., Gutterman, D. D., & Woolf, S. H. (2003). The association of hypertension and secondary cardiovascular disease with sleep-disordered breathing. *Chest*, 123(1), 244-260.
131. Sütçigil, L., Aydın, H., Özgen, F., Cöngöloğlu, E., & Yazıhan, N. T. (2005). İnsomniada uyku örüntüsünün özellikleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 159-163.
132. Buysse, D. J., Anne, G., & Douglas, E. M. (2011). Efficiency of Brief Behavioral Treatment for Chronic Insomnia in Older Adult. *JAMA International Medicine*, 171.
133. Benca, R. M. (2005). Diagnosis and treatment of chronic insomnia: a review. *Psychiatric services*, 56(3), 332-343.
134. Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Øyane, N., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2009). Insomni. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
135. Yetkin, S., & Aydın, H. (2014). Bir semptom ve bir hastalık olarak uykusuzluk. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 1(1), 1-8.

136. Tuuç, S. T., Özben, S., Bitnel, M. K., & Baybaş, S. (2017). Huzursuz Bacaklar Sendromu Hastalarında Depresyon ve Uyku Kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 4(1).
137. Szuba, M. P., Kloss, J. D., & Dinges, D. F. (Eds.). (2003). *Insomnia: Principles and management*. Cambridge University Press.
138. Summers, M. O., Crisostomo, M. I., & Stepanski, E. J. (2006). Recent developments in the classification, evaluation, and treatment of insomnia. *Chest*, 130(1), 276-286.
139. Stepanski, E. J. (2006). Causes of insomnia. *Sleep: A comprehensive handbook*, 99-102.
140. Wheaton, A. G., Chapman, D. P., & Croft, J. B. (2016). School start times, sleep, behavioral, health, and academic outcomes: a review of the literature. *Journal of School Health*, 86(5), 363-381.
141. Quick, V., Byrd-Bredbenner, C., Shoff, S., White, A. A., Lohse, B., Horacek, T., ... & Greene, G. (2016). Relationships of sleep duration with weight-related behaviors of US college students. *Behavioral sleep medicine*, 14(5), 565-580.
142. Özgen, F. (2016). Insomni Tanimi, Insomni Tipleri, Insomni Tedavisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 23.
143. Özgen, F. (2018). Uykusuzluk (Insomnia). *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 5(4), 55-57.
144. Timur, S. (2008). Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul*.
145. Silber, M. H. (2005). Chronic insomnia. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 803-810.
146. Kaynak, H. & Ardiç, S. (2011). *Uyku fizyolojisi ve hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
147. Yılmaz, H., Tuncel, D., Aksu, M., Akyıldız, U. O., Alp, R., Arslan, K., ... & Yılmaz, Z. (2014). Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. Ankara: Türk Nöroloji Derneği.
148. Rosenberg, R. S., & Van Hout, S. (2013). The American Academy of Sleep Medicine inter-scorer reliability program: sleep stage scoring. *Journal of clinical sleep medicine*, 9(1), 81-87.
149. Karadağ, M. (2007). Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 8(3), 88-91.
150. Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97-111.
151. Blümel, J. E., Cano, A., Mezones-Holguín, E., Barón, G., Bencosme, A., Benítez, Z., ... & Chedraui, P. (2012). A multinational study of sleep disorders during female mid-life. *Maturitas*, 72(4), 359-366.
152. Aslan, S. (2011). Uykusuzluk tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: HYB Yayıncılık.
153. Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine*, 4(5), 487-504.
154. Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep & sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 126-140.
155. Mukherjee, S., Patel, S. R., Kales, S. N., Ayas, N. T., Strohl, K. P., Gozal, D., & Malhotra, A. (2015). An official American Thoracic Society statement: the importance of healthy sleep. Recommendations and future priorities. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 191(12), 1450-1458.
156. Lopes, L. A., Lins, C. D. M., Adeodato, V. G., Quental, D. P., De Bruin, P. F., Montenegro Jr, R. M., & de Bruin, V. M. (2005). Restless legs syndrome and quality of sleep in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 28(11), 2633-2636.
157. Krystal, A. D., & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep medicine*, 9, S10-S17.
158. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum* 2022;57(1):144-51.
159. Pagnin, D., de Queiroz, V., Carvalho, Y. T. M. S., Dutra, A. S. S., Amaral, M. B., & Queiroz, T. T. (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Academic Psychiatry*, 38, 438-444.
160. Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., & İsmailoğlu, E. G. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 193-198.
161. Bingöl, N. (2006). *Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
162. Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., ... & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*, 330(7504), 1357.
163. Bell, J. F., & Zimmerman, F. J. (2010). Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(9), 840-845.
164. Hauri, P. J. (1991). Sleep hygiene, relaxation therapy, and cognitive interventions. In *Case studies in insomnia* (pp. 65-84). Boston, MA: Springer US.

165. Ellis, J., Hampson, S. E., & Cropley, M. (2002). Sleep hygiene or compensatory sleep practices: an examination of behaviours affecting sleep in older adults. *Psychology, health & medicine*, 7(2), 156-161.
166. Özdemir, P. G., Boysan, M., Selvi, Y., Yildirim, A., & Yilmaz, E. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Sleep Hygiene Index in clinical and non-clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 59, 135-140.
167. Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 7(3), 215-225.
168. Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 23, 54-67.
169. Yang, C. M., Lin, S. C., Hsu, S. C., & Cheng, C. P. (2010). Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *Journal of health psychology*, 15(1), 147-155.
170. Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, 22, 23-36.
171. Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of clinical oncology*, 19(3), 895-908.
172. Ehsanullah, R. S., Galloway, D. B., Gusterson, F. R., & Kingsbury, A. W. (1982). A double-blind crossover study of diazepam rectal suppositories, 5 mg and 10 mg, for sedation in patients with advanced malignant disease. *Pharmatherapeutica*, 3(3), 215-220.
173. Matsuo, N., & Morita, T. (2007). Efficacy, safety, and cost effectiveness of intravenous midazolam and flunitrazepam for primary insomnia in terminally ill patients with cancer: a retrospective multicenter audit study. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1054-1062.
174. Erman, M., Seiden, D., Zammit, G., Sainati, S., & Zhang, J. (2006). An efficacy, safety, and dose-response study of ramelteon in patients with chronic primary insomnia. *Sleep medicine*, 7(1), 17-24.
175. Vgontzas, A. N., & Chrousos, G. P. (2002). Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and cytokines: multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 31(1), 15-36.
176. Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A., & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *Bmj*, 331(7526), 1169.
177. Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M., ... & Witmans, M. (2005). Manifestations and management of chronic insomnia in adults: Summary. *AHRQ evidence report summaries*.
178. Ancoli-Israel, S., Richardson, G. S., Mangano, R. M., Jenkins, L., Hall, P., & Jones, W. S. (2005). Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. *Sleep Medicine*, 6(2), 107-113.
179. Kim, S. W., Shin, I. S., Kim, J. M., Kim, Y. C., Kim, K. S., Kim, K. M., ... & Yoon, J. S. (2008). Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(1), 75-83.
180. Guilleminault, C., & Brooks, S. N. (2001). Excessive daytime sleepiness: a challenge for the practising neurologist. *Brain*, 124(8), 1482-1491.
181. Joo, S., Baik, I., Yi, H., Jung, K., Kim, J., & Shin, C. (2009). Prevalence of excessive daytime sleepiness and associated factors in the adult population of Korea. *Sleep medicine*, 10(2), 182-188.
182. Ibrahim, R. A., Abdel-Haleem, E. K., Asker, F. G., Abdel-Haleem, A. K., & Hassan, E. S. (2014). Comparison of findings of awake and induced sleep fiberoptic nasoendoscopy in cases of snoring and obstructive sleep apnea. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, 15(2), 77-85.
183. Markowitz, A. J., & Rabow, M. W. (2007). Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". *Jama*, 298(2), 217-217.
184. Calandra-Buonaura, G., Provini, F., Guaraldi, P., Plazzi, G., & Cortelli, P. (2016). Cardiovascular autonomic dysfunctions and sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 26, 43-56.
185. Berkowski, J. A., & Shelgikar, A. V. (2016). Disorders of excessive daytime sleepiness including narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Sleep medicine clinics*, 11(3), 365-378.
186. Büttner, A., Ch, F., Galetke, W., & Rühle, K. (2008). A questionnaire to capture the functional effects of daytime drowsiness on quality of life in case of obstructive sleep apnea syndrome. Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ). *Pneumologie (Stuttgart, Germany)*, 62(9), 548-552.
187. Slater, G., & Steier, J. (2012). Excessive daytime sleepiness in sleep disorders. *Journal of thoracic disease*, 4(6), 608.
188. Hillman, D. R., Murphy, A. S., Antic, R., & Pezzullo, L. (2006). The economic cost of sleep disorders. *Sleep*, 29(3), 299-305.

189. Kaplan, K. A., McGlinchey, E. L., Soehner, A., Gershon, A., Talbot, L. S., Eidelman, P., ... & Harvey, A. G. (2015). Hypersomnia subtypes, sleep and relapse in bipolar disorder. *Psychological medicine*, 45(8), 1751-1763.
190. Vaughn, B. V., & O'Neill, F. C. (2016). Cardinal manifestations of sleep disorders. *Sleep and Breathing Disorders*, 4.
191. Roehrs, T., Diederichs, C., Gillis, M., Burger, A. J., Stout, R. A., Lumley, M. A., & Roth, T. (2015). Effects of reduced time in bed on daytime sleepiness and recovery sleep in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 79(1), 27-31.
192. Pérez-Carbonell, L., & Leschziner, G. (2018). Clinical update on central hypersomnias. *Journal of thoracic disease*, 10(Suppl 1), S112.
193. Kerkhofs, M., & Lavie, P. (2000). Historical Note: Frédéric Bremer 1892–1982: a pioneer in sleep research. *Sleep medicine reviews*, 4(5), 505-514.
194. Gögenur, I., Middleton, B., Burgdorf, S., Rasmussen, L. S., Skene, D. J., & Rosenberg, J. (2007). Impact of sleep and circadian disturbances in urinary 6-sulphatoxymelatonin levels, on cognitive function after major surgery. *Journal of pineal research*, 43(2), 179-184.
195. Pagel, J. F. (2009). Excessive daytime sleepiness. *American family physician*, 79(5), 391-396.
196. Burgess, C. R., & Scammell, T. E. (2012). Narcolepsy: neural mechanisms of sleepiness and cataplexy. *Journal of Neuroscience*, 32(36), 12305-12311.
197. Selvi, Y., Kandeğer, A., & Sayın, A. A. (2016). Gündüz Aşırı Uykululuğu. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 8(2).
198. Novak, M., & Shapiro, C. M. (1997). Drug-induced sleep disturbances: focus on nonpsychotropic medications. *Drug safety*, 16(2), 133-149.
199. Pagel, J. F. (2006). Medications that induce sleepiness. *Sleep: A Comprehensive Handbook*. Hoboken, NJ: Wiley-Liss, 175-182.
200. Turkington, P. M., Sircar, M., Allgar, V., & Elliott, M. W. (2001). Relationship between obstructive sleep apnoea, driving simulator performance, and risk of road traffic accidents. *Thorax*, 56(10), 800-805.
201. McCartt, A. T., Ribner, S. A., Pack, A. I., & Hammer, M. C. (1996). The scope and nature of the drowsy driving problem in New York State. *Accident Analysis & Prevention*, 28(4), 511-517.
202. Cummings, P., Koepsell, T. D., Moffat, J. M., & Rivara, F. P. (2001). Drowsiness, counter-measures to drowsiness, and the risk of a motor vehicle crash. *Injury prevention*, 7(3), 194-199.
203. Duru, Y. K., Şahin, Z., Ekemen, A., Açıkgöz, B., & Ayoğlu, F. N. (2019, October). Akaryakıt Firması Çalışanlarında Gündüz Uykululuğu, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. In 3. *International 21. National Public Health Congress*.
204. De Jesus Cabeza, R., Zoltoski, R. K., & Gillin, J. C. (1994). Biochemical pharmacology of sleep. In *Sleep disorders medicine* (pp. 37-56). Butterworth-Heinemann.
205. Dantz, B., Edgar, D. M., & Dement, W. C. (1994). Circadian rhythms in narcolepsy: studies on a 90 minute day. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 90(1), 24-35.
206. Dantz, B., Edgar, D. M., & Dement, W. C. (1994). Circadian rhythms in narcolepsy: studies on a 90 minute day. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 90(1), 24-35.
207. Smith, F. P. (2002). *Neurology and Neurosurgery: Basic Principles*. University Rochester Press.
208. Bonnavion, P., & de Lecea, L. (2010). Hypocretins in the control of sleep and wakefulness. *Current neurology and neuroscience reports*, 10, 174-179.
209. Morrish, E., King, M. A., Smith, I. E., & Shneerson, J. M. (2004). Factors associated with a delay in the diagnosis of narcolepsy. *Sleep medicine*, 5(1), 37-41.
210. Mignot, E. (1998). Genetic and familial aspects of narcolepsy. *Neurology*, 50(2_suppl_1), S16-S22.
211. Dauvilliers, Y., Montplaisir, J., Molinari, N., Carlander, B., Ondze, B., Besset, A., & Billiard, M. (2001). Age at onset of narcolepsy in two large populations of patients in France and Quebec. *Neurology*, 57(11), 2029-2033.
212. Silber, M. H., Krahn, L. E., Olson, E. J., & Pankratz, V. S. (2002). The epidemiology of narcolepsy in Olmsted County, Minnesota: a population-based study. *Sleep*, 25(2), 197-202.
213. Golden, E. C., & Lipford, M. C. (2018). Narcolepsy: Diagnosis and management. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 85(12), 959–969. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85a.17086>
214. Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. A. (2020). *Neuroscience: exploring the brain, enhanced edition: exploring the brain*. Jones & Bartlett Learning.
215. Ervik, S., Abdelnoor, M., Heier, M. S., Ramberg, M., & Strand, G. (2006). Health-related quality of life in narcolepsy. *Acta neurologica scandinavica*, 114(3), 198-204.
216. Dauvilliers, Y., Arnulf, I., & Mignot, E. (2007). Narcolepsy with cataplexy. *The Lancet*, 369(9560), 499-511.

217. Ashworth, B., & Saunders, M. (2013). *Management of neurological disorders*. Butterworth-Heinemann.
218. Kumral, K., & Özdamar, N. (1992). Nöroloji-Nöroşiriirji. *İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi*, 315.
219. Elliott, F. A. (1971). *Clinical neurology*. Philadelphia: Saunders Limited.
220. Guilleminault, C., & Pelayo, R. (1998). Narcolepsy in prepubertal children. *Annals of neurology*, 43(1), 135-142.
221. Mahowald, M. W., & Schenck, C. H. (2005). Insights from studying human sleep disorders. *Nature*, 437(7063), 1279-1285.
222. Rogers, A. E., Aldrich, M. S., & Lin, X. (2001). A comparison of three different sleep schedules for reducing daytime sleepiness in narcolepsy. *Sleep*, 24(4), 385-391.
223. Husain, A. M., Yancy Jr, W. S., Carwile, S. T., Miller, P. P., & Westman, E. C. (2004). Diet therapy for narcolepsy. *Neurology*, 62(12), 2300-2302.
224. Nishino, S., Ripley, B., Overeem, S., Nevsimanova, S., Lammers, G. J., Vankova, J., ... & Mignot, E. (2001). Low cerebrospinal fluid hypocretin (Orexin) and altered energy homeostasis in human narcolepsy. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 50(3), 381-388.
225. Foutz, A. S., Mitler, M. M., Cavalli-Sforza, L. L., & Dement, W. C. (1978). Genetic factors in canine narcolepsy. *Sleep*, 1(4), 413-421.
226. Purves, D. (2019). *Brains as engines of association: an operating principle for nervous systems*. Oxford University Press.
227. Landis, S. C., Roberts, J. L., & Squire, L. R. (1999). *Fundamental neuroscience* (Vol. 207). M. J. Zigmond, & F. E. Bloom (Eds.). San Diego: Academic press.
228. Özdemir, P. G., Aydın, A., & Selvi, Y. (2013). Farklı klinik semptomlarla ortaya çıkan narkolepsi olguları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 244-248.
229. Trotti, L. M., & Arnulf, I. (2021). Idiopathic Hypersomnia and Other Hypersomnia Syndromes. *Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 18(1), 20-31. <https://doi.org/10.1007/s13311-020-00919-1>
230. Hungs, M. (2016). Idiopathic hypersomnia. *International Neurology*, 608-609.
231. Trotti, L. M. (2017). Idiopathic hypersomnia. *Sleep medicine clinics*, 12(3), 331-344.
232. Billiard, M., & Sonka, K. (2016). Idiopathic hypersomnia. *Sleep medicine reviews*, 29, 23-33.
233. Vgontzas, A. N., Bixler, E. O., Kales, A., Criley, C., & Vela-Bueno, A. (2000). Differences in nocturnal and daytime sleep between primary and psychiatric hypersomnia: diagnostic and treatment implications. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 220-226.
234. Kaynak, D., Değirmenci, N., & Kaynak, H. (2001). İdiyopatik santral sinir sistemi hipersomnisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(2), 108-110.
235. AASM (American Academy of Sleep Medicine) (2014) The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual (3rd ed.) (ICSD-3). Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.
236. Saitoh, T., & Sakurai, T. (2023). The present and future of synthetic orexin receptor agonists. *Peptides*, 167, 171051. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2023.171051>
237. Didato, G., & Nobili, L. (2009). Treatment of narcolepsy. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(6), 897-910.
238. De la Herrán-Arita, A. K., & García-García, F. (2013). Current and emerging options for the drug treatment of narcolepsy. *Drugs*, 73, 1771-1781.
239. Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 37-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
240. Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. John Wiley & Sons Inc.
241. Bolu, A., Pan, E., Günay, H., Öznur, T., Aydemir, E., & Erdem, M. (2014). Travma sonrası stres bozukluğunda saldırgan davranış ile dissosiyasyon arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56(2), 97-101.
242. Öztürk, E. (2018). Psikotarih ruhsal travma ve dissosiyasyon. *Celbiş, (Ed.). Turaz Akademi*, 92-106.
243. Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin kuşaklararası travma geçişi açısından incelenmesi. *Turaz Akademi*, 1, 16-29.
244. Şar, V. (2000). Çoğul kişilik kavramı ve dissosiyatif bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 7-11.
245. Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*, 150(7), 1037-1042.

246. Dunn, G. E., Ryan, J. J., & Dunn, C. E. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 357-360.
247. Ellason, J. W., Ross, C. A., Sainton, K., & Mayran, L. W. (1996). Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60(1), 39-51.
248. Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (2013). *Trauma, culture, and metaphor: Pathways of transformation and integration*. Routledge.
249. Duman, N. (2019). Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 4(7), 178-184.
250. Herman, J.L. (2011). Travma ve iyileşme. Tosun T, Ç. editör. 1. Baskı. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
251. Türk Dil Kurumu (2024). Türkçe sözlük. Erişim adresi: <https://tdk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 06.05.2024.
252. Atak, H. (2011). Kimlik gelişimi ve kimlik biçimlenmesi: Kuramsal bir değerlendirme. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(1), 163-213.
253. Yurdakök, K., & İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-433.
254. Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*, 35(2), 82-86.
255. Barrigón, M. L., Diaz, F. J., Gurpegui, M., Ferrin, M., Salcedo, M. D., Moreno-Granados, J., ... & Ruiz-Veguilla, M. (2015). Childhood trauma as a risk factor for psychosis: A sib-pair study. *Journal of psychiatric research*, 70, 130-136.
256. ABD Ulusal Görülme Sıklığı Çalışması (National Incidence Study-4). (2010). <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/nis> Erişim tarihi: 06.05.2024.
257. Oral, Ü. K., Engin, P., & Büyükyazıcı, Z. (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu. *Ankara, UNICEF*.
258. Aslan, F. (2019). “Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım”, *Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. s.215-231.
259. Ziyalar, N. (2020). *Çocuk istismarı ve çocukla adli görüşme*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
260. Howe, D. (2017). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. London: Red Globe Press.
261. Pelendecioglu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(1), 49-62.
262. Koç, F., Halıcıoğlu, O., & Akşit, S. (2014). Hangi bulgular fiziksel istismarı düşündürür. *The Journal of Pediatric Research*, 1(1), 1-5.
263. Bragança-Souza, K. K., Lopes de Lisboa, J., Silva-Oliveira, F., Soares Nunes, L., Ferreira E Ferreira, E., Gomes, V. E., & Zarzar, P. M. P. A. (2024). Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 25(1), 327-340. <https://doi.org/10.1177/15248380221150949>
264. Çelebi, B. M., & Polat, A. (2019). Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkin bağlanma stillerinin ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 29-34.
265. Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., ... & Tiras, B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*, 25(2), 279-290.
266. Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-51.
267. Alpay, E. H., Aydın, A., & Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü (Tur).
268. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2004). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi:12.05.2024.
269. İbiloğlu, A. O., Atılı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve enstest olgularına çok yönlü bakış. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 10(1), 84-98.
270. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
271. Eslek, D. (2018). *Erken ergenlik döneminde çocuk cinsel istismarını önleme programının etkililiğinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi. (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

272. Usta, M. B., Akbaş, S., & Aydın, B. (2018). Behavioural problems associated with child sexual abuse in adolescents: A retrospective study. *Konuralp Medical Journal*, 10(2), 188-193.
273. Foto Özdemir, D. (2010). Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 569-582.
274. Vrolijk-Bosschaart, T. F., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., Lindauer, R. J., & Teeuw, A. H. (2018). Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult?. *European journal of pediatrics*, 177, 1343-1350.
275. Aksel, Ş., & Irmak, T. Y. (2015). Çocuk cinsel istismarı konusunda öğretmenlerin bilgi ve deneyimleri. *Ege Eğitim Dergisi*, 373-391.
276. Dönmez, Y. E., Soyulu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., DEMİR, A. Ç., Bayhan, P. C., & MİNİKSAR, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 21(1), 44-48.
277. Koenen, K. C., Roberts, A. L., Stone, D. M., & Dunn, E. C. (2010). The epidemiology of early childhood trauma. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 1.
278. Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avci, A., & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
279. Thompson, A. E., & Kaplan, C. A. (1996). Childhood emotional abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 143-148.
280. Erkmann, F. (1991). Çocukların duygusal ezimi. *Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması*, 1, 163-170.
281. Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
282. Bayraktar, S. (2015). *İnsanlığın kanayan yarası çocuk istismarı ve ihmali*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
283. Dede, E. (2017). *Tıp hukukunda çocuk hastaların hakları*. Ankara: Seçkin Yayınları.
284. Turla, A. (2010). Çocuk İstismarı ve İhtimali Olgularında Tıbbi Yaklaşım. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 19(4).
285. Çelik, F. G. H., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711.
286. Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work*, 11(1), 73-82.
287. Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1997). The social functioning of preschool-age children whose mothers are emotionally and physically abused. *Journal of emotional abuse*, 1(1), 59-84.
288. Unicef. (2010). Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu. *TC Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Ankara*.
289. Yiğit, İ., & Erden, G. (2015). Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 47-59.
290. Güneş, M., Selcuk, H., Demir, S., İbiloğlu, A. O., Bulut, M., Kaya, M. C., ... & Sır, A. (2016). Çocuk Evliliği Yapan Kadınlarda Çift Uyum ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması. *Journal of Mood Disorders*, 6(2).
291. Demirkapı, E. Ş. (2014). *Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi* (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi).
292. Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Snarr, J. D. (2011). Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child abuse & neglect*, 35(10), 783-796.
293. Güneri Yöyen, E. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 267-279.
294. Kobulsky, J. M., Villodas, M., Yoon, D., Wildfeuer, R., Steinberg, L., & Dubowitz, H. (2022). Adolescent neglect and health risk. *Child maltreatment*, 27(2), 174-184.
295. Watkins, E. R. (2018). Ruminative-focused cognitive-behavioral therapy for depression. Guilford Publications, 21-35.
296. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
297. Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*, 29(2), 116-128.
298. Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals: Implications for Clinical Disorders.

299. Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour research and therapy*, 127, 103573.
300. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27, 247-259.
301. Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and validation of a measure of self-critical rumination. *Assessment*, 23(3), 321-332.
302. De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.
303. Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504.
304. Kim, J. S., Jin, M. J., Jung, W., Hahn, S. W., & Lee, S. H. (2017). Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*, 8, 280620.
305. Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25.
306. Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of attention disorders*, 16(8), 623-630.
307. Crichton, A. (1798). *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement. Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind.... By Alexander Crichton, MD..* (Vol. 2). T. Cadell, junior, and W. Davies.
308. Bataş Bilgeç, S. (2012). 6-12 yaş arası Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların annelerinin baş etme tutumları, depresyon, anksiyete düzeyleri ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul*.
309. Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19(5), 303-306.
310. Türkbay, T., & Söhmen, T. (2000). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2), 57-63.
311. Nathrath, D., & Wölfl, E. (2006). *Erfolgreicher Schulanfang mit ADHS-Kindern: Theorie und Praxis für den Unterricht in der Grundschule*. Care-Line.
312. Weiss, M., Murray, C., & Weiss, G. (2002). Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: current concepts. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(2), 99-111.
313. Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., ... & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*, 288(14), 1740-1748.
314. Abalı, O. (2012). *Hiperaktivite ve dikkat eksikliği*. İstanbul: Deha Terapi Eğitim Danışmanlık.
315. Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8(3), 162-170.
316. Lauth, G. W., & Schlottke, P. F. (2001). Hyperkinetische störungen. *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, 202-211.
317. Lauth, G. W., & Naumann, K. (2009). ADHS in der Schule, Übungsprogramm für Lehrer, Beltz.
318. Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of general psychiatry*, 50(7), 565-576.
319. Karasar, N. (2023). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler*. Nobel Yayıncılık.
320. Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2023). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Akademi.
321. Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
322. Şar, V., Öztürk, P. E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054-1063.
323. George, D., & Mallery, P. (2020). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A simple guide and reference* (16th ed.). Routledge.
324. Özdamar, K. (2002). *Paket programları ile istatistiksel veri analizi-1* (4. Baskı). İzmir: Kaan Kitabevi.

325. Doğan, S., Öncü-Çetinkaya, B., Saraçoğlu-Varol, G., & Küçüköncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 77-87.
326. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
327. Yargıç, L. İ., Tutkun, H., & Şar, V. (1995). Reliability and validity of the Turkish version of dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 8, 10-13.
328. Karatepe, H. T. (2010). *Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Kliniği.
329. Tuna, F. (2016). *Sosyal bilimler için istatistik*. İstanbul: Pegem Akademi.
330. Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. SAGE.
331. Freedman, R. R. (2005). Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms, and relation to sleep. *The American journal of medicine*, 118(12), 124-130.
332. Pengo, M. F., Won, C. H., & Bourjeily, G. (2018). Sleep in women across the life span. *Chest*, 154(1), 196-206.
333. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Gracia, C. R., Pien, G. W., Nelson, D. B., & Sheng, L. (2007). Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstetrics & Gynecology*, 110(2 Part 1), 230-240.
334. Grandner, M. A. (2022). Sleep, health, and society. *Sleep medicine clinics*, 17(2), 117-139.
335. Ohayon, M. M., Caulet, M., & Guilleminault, C. (1997). How a general population perceives its sleep and how this relates to the complaint of insomnia. *Sleep*, 20(9), 715-723.
336. Kravitz, H. M., Ganz, P. A., Bromberger, J., Powell, L. H., Sutton-Tyrrell, K., & Meyer, P. M. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, 10(1), 19-28.
337. Ozminkowski, R. J., Wang, S., & Walsh, J. K. (2007). The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United States. *Sleep*, 30(3), 263-273.
338. Ensrud, K. E., Joffe, H., Guthrie, K. A., Larson, J. C., Reed, S. D., Newton, K. M., ... & Freeman, E. W. (2012). Effect of escitalopram on insomnia symptoms and subjective sleep quality in healthy perimenopausal and postmenopausal women with hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*, 19(8), 848-855.
339. Monti, J. M., BaHammam, A. S., & Pandi-Perumal, S. R. (2022). Physiology of normal sleep. In *Sleep and Neuropsychiatric Disorders* (pp. 3-28). Singapore: Springer Nature Singapore.
340. Hazan, B. (2009). *Psikofizyolojik insomnia hastaları ve paradoksal insomnia hastaları ile sağlıklı bireylerin biliş, üst-biliş ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
341. Beck, F., Richard, J. B., & Léger, D. (2013). Insomnia and total sleep time in France: prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey. *Revue neurologique*, 169(12), 956-964.
342. Baldwin, C. M., Kapur, V. K., Holberg, C. J., Rosen, C., Nieto, F. J., & Sleep Heart Health Study Group. (2004). Associations between gender and measures of daytime somnolence in the Sleep Heart Health Study. *Sleep*, 27(2), 305-311.
343. Gunn, P. J., Middleton, B., Davies, S. K., Revell, V. L., & Skene, D. J. (2016). Sex differences in the circadian profiles of melatonin and cortisol in plasma and urine matrices under constant routine conditions. *Chronobiology international*, 33(1), 39-50.
344. Demir, G., Arslan, S., & Kocoglu-Tanyer, D. (2020). Daytime sleepiness in university students and internet addiction as the determinant. *Journal of addictions nursing*, 31(3), 153-160.
345. Dutra da Silva RC, Garcez A, Pattussi MP, Olinto MTA. Prevalence and factors associated with excessive and severe daytime sleepiness among healthcare university students in the Brazilian Midwest. *J Sleep Res* 2022;31:e13524
346. Cohen, Z. L., Eigenberger, P. M., Sharkey, K. M., Conroy, M. L., & Wilkins, K. M. (2022). Insomnia and Other Sleep Disorders in Older Adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 45(4), 717-734. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.07.002>
347. Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Lin, H. M., Calhoun, S. L., Vela-Bueno, A., & Kales, A. (2005). Excessive daytime sleepiness in a general population sample: the role of sleep apnea, age, obesity, diabetes, and depression. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(8), 4510-4515.
348. Bollu, P. C., Manjamalai, S., Thakkar, M., & Sahota, P. (2018). Hypersomnia. *Missouri medicine*, 115(1), 85-91.
349. Spielman, A. (1986). Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*, 6: 11-26.

350. Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M. M., Fiorillo, L., Cervino, G., & Cicciù, M. (2023). The association between parent education level, oral health, and oral-related sleep disturbance. An observational crosssectional study. *European journal of paediatric dentistry*, 24(3), 218–223. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2023.1910>
351. Albqoor, M. A., & Shaheen, A. M. (2021). Sleep quality, sleep latency, and sleep duration: a national comparative study of university students in Jordan. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 25(2), 1147–1154. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02188-w>
352. Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*, 14(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
353. Rosenberg, R. P., Benca, R., Doghramji, P., & Roth, T. (2023). A 2023 Update on Managing Insomnia in Primary Care: Insights From an Expert Consensus Group. *The primary care companion for CNS disorders*, 25(1), 22nr03385. <https://doi.org/10.4088/PCC.22nr03385>
354. Fernández-Puerta, L., Prados, G., Quiñoz-Gallardo, M. D., Vellido-González, D., González-Guerrero, M. L., Rivas-Campos, A., & Jiménez-Mejías, E. (2023). Insomnia Symptoms and Associated Factors in Caregivers of Adult Hospitalized Patients. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(6), 852. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060852>
355. Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., Gammoh, O. S., Ashour, A., Tayfur, M., & Attarian, H. (2019). The prevalence and the predictors of insomnia among refugees. *Journal of health psychology*, 24(8), 1125–1133. <https://doi.org/10.1177/1359105316687631>
356. Yang, J. P., Lin, R. J., Sun, K., & Gao, L. L. (2023). Incidence and correlates of insomnia and its impact on health-related quality of life among Chinese pregnant women: a cross-sectional study. *Journal of reproductive and infant psychology*, 41(4), 391–402.
357. Leshner IA, James NK, Helen AB, et al. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. NIH Consensus and State of the Science Statements, 22(2) pp 1–30, 13–15 June 2005, Kensington
358. Yuan, S., Xiong, Y., Michaëlsson, M., Michaëlsson, K., & Larsson, S. C. (2021). Genetically predicted education attainment in relation to somatic and mental health. *Scientific reports*, 11(1), 4296. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83801-0>
359. Wu, S., Wang, R., Ma, X., Zhao, Y., Yan, X., & He, J. (2012). Excessive daytime sleepiness assessed by the Epworth Sleepiness Scale and its association with health related quality of life: a population-based study in China. *BMC public health*, 12, 1–9.
360. Marra L, Carratù P, Dragonieri S. (2017). The role of education in the self-compilation of epworth sleepiness scale questionnaire in patients with suspected obstructive sleep apnea. *Sleep And Breathing*, 22, 16.
361. Kawata, Y., Maeda, M., Sato, T., Maruyama, K., Wada, H., Ikeda, A., & Tanigawa, T. (2020). Association between marital status and insomnia-related symptoms: findings from a population-based survey in Japan. *European journal of public health*, 30(1), 144–149. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz119>.
362. Matsumoto, Y., Uchimura, N., & Ishitake, T. (2021). The relationship between marital status and multifactorial sleep in Japanese day workers. *Sleep and biological rhythms*, 20(2), 211–217. <https://doi.org/10.1007/s41105-021-00357-2>
363. Najafipour, H., Sabahi, A., Khoramipour, K., Shojaei Shahrokhbab, M., Banivaheb, G., Shadkam, M., & Mirzazadeh, A. (2022). Prevalence, Incidence and Health Impacts of Sleep Disorders on Coronary Artery Disease Risk Factors: Results of a Community-Based Cohort Study (KERCADRS). *Iranian journal of psychiatry*, 17(3), 247–256. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i3.9723>
364. Philip, P., Sagaspe, P., Lagarde, E., Leger, D., Ohayon, M. M., Bioulac, B., Boussuge, J., & Taillard, J. (2010). Sleep disorders and accidental risk in a large group of regular registered highway drivers. *Sleep medicine*, 11(10), 973–979. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.07.010>
365. Wang, H., Chen, M., Xin, T., & Tang, K. (2020). Number of children and the prevalence of later-life major depression and insomnia in women and men: findings from a cross-sectional study of 0.5 million Chinese adults. *BMC psychiatry*, 20(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02681-2>
366. Davoud, A., & Abazari, M. (2020). The Relationship between Quality of Life and Physical Activity, Worry, Depression, and Insomnia in Pregnant Women. *Iranian journal of psychiatry*, 15(2), 159–168.
367. Mourady, D., Richa, S., Karam, R., Papazian, T., Hajj Moussa, F., El Osta, N., ... & Rabbaa Khabbaz, L. (2017). Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. *PloS one*, 12(5), e0178181.
368. Lindberg, E., Janson, C., Johannessen, A., Svanes, C., Real, F. G., Malinovsky, A., Franklin, K. A., Holm, M., Schlünssen, V., Jogi, N. O., Gislason, T., & Benediksdóttir, B. (2020). Sleep time and sleep-

- related symptoms across two generations - results of the community-based RHINE and RHINESSA studies. *Sleep medicine*, 69, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.12.017>
369. Khubchandani, J., Price, J.H. Short Sleep Duration in Working American Adults, 2010–2018. *J Community Health* 45, 219–227 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00731-9>
370. Jennum, P., Ibsen, R., Avlund, K., & Kjellberg, J. (2014). Health, social and economic consequences of hypersomnia: a controlled national study from a national registry evaluating the societal effect on patients and their partners. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 15(3), 303–311. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0491-2>
371. Frank, S., Gonzalez, K., Lee-Ang, L., Young, M. C., Tamez, M., & Mattei, J. (2017). Diet and sleep physiology: public health and clinical implications. *Frontiers in neurology*, 8, 393.
372. Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing Journal*, 39(1), 16–25.
373. Heinsberg, L. W., Carlson, J. C., Pomer, A., Cade, B. E., Naseri, T., Reupena, M. S., Weeks, D. E., McGarvey, S. T., Redline, S., & Hawley, N. L. (2022). Correlates of daytime sleepiness and insomnia among adults in Samoa. *Sleep epidemiology*, 2, 100042. <https://doi.org/10.1016/j.sleepe.2022.100042>
374. Wilshire, B. R., Grunstein, R. R., Franssen, M., Woodward, M., Norton, R., & Ameratunga, S. (2013). Sleep habits, insomnia, and daytime sleepiness in a large and healthy community-based sample of New Zealanders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(6), 559–566.
375. Baranova, A., Cao, H., & Zhang, F. (2024). Exploring the influences of education, intelligence and income on mental disorders. *General psychiatry*, 37(1), e101080. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101080>
376. Sun, W., Kwok, N. T. T., Chan, N. Y., Chan, J. W. Y., Zhang, J., Chan, K. C., & Li, S. X. (2021). Associations of circadian factors with insomnia symptoms and emotional and behavioral problems among school-age children. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(10), 2107–2114. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9346>
377. Hu, N., Wang, C., Liao, Y., Dai, Q., & Cao, S. (2021). Smoking and incidence of insomnia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Public health*, 198, 324–331. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.012>
378. Glastad, S. H., Aminoff, S. R., Hagen, R., Høegh, M. C., Büchmann, C. B., Barrett, E. A., Melle, I., Etain, B., & Lagerberg, T. V. (2023). Nicotine use and non-pathological alcohol use and their relationship to affective symptoms and sleep disturbances in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 327, 236–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.003>
379. Jin, M., Chen, H., Na, J., An, H., Li, Z., & Li, N. (2022). Passive smoking and insomnia in rural Chinese nonsmoking housewives: An environmental and genetic perspective. *Environment international*, 170, 107569. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107569>
380. Barateau, L., Lopez, R., & Dauvilliers, Y. (2016). Management of Narcolepsy. *Current treatment options in neurology*, 18(10), 43. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0429-y>
381. Arslan, İ. (2009). İngiliz Konsolos Raporları Işığında XIX. Yüzyıl Ortalarında Drama Sancağı'nda Tütün Yetiştiriciliği ve Ticareti. *Electronic Turkish Studies*, 4(3).
382. Wetter, D. W., & Young, T. B. (1994). The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Preventive medicine*, 23(3), 328–334. <https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1046>
383. Hasler, B. P., Martin, C. S., Wood, D. S., Rosario, B., & Clark, D. B. (2014). A longitudinal study of insomnia and other sleep complaints in adolescents with and without alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(8), 2225–2233. <https://doi.org/10.1111/acer.12474>
384. Thakkar, M. M., Sharma, R., & Sahota, P. (2015). Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol*, 49(4), 299–310.
385. Miyata, S., Noda, A., Ito, N., Atarashi, M., Yasuma, F., Morita, S., & Koike, Y. (2004). REM sleep is impaired by a small amount of alcohol in young women sensitive to alcohol. *Internal medicine*, 43(8), 679–684.
386. Arnedt, J. T., Rohsenow, D. J., Almeida, A. B., Hunt, S. K., Gokhale, M., Gottlieb, D. J., & Howland, J. (2011). Sleep following alcohol intoxication in healthy, young adults: effects of sex and family history of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(5), 870–878.
387. Arnulf, I., Dodet, P., Leu-Semenescu, S., & Maranci, J. B. (2023). Idiopathic hypersomnia and Kleine-Levin syndrome. *Revue neurologique*, 179(7), 741–754. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.08.010>
388. Barateau, L., Lopez, R., Franchi, J. A., & Dauvilliers, Y. (2017). Hypersomnolence, Hypersomnia, and Mood Disorders. *Current psychiatry reports*, 19(2), 13. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0763-0>

389. Dolsen, E. A., & Harvey, A. G. (2017). Life-time history of insomnia and hypersomnia symptoms as correlates of alcohol, cocaine and heroin use and relapse among adults seeking substance use treatment in the United States from 1991 to 1994. *Addiction*, 112(6), 1104-1111.
390. Yao, L., Liang, K., Zhang, Q., & Chi, X. (2023). Unhealthy Eating Habits and Insomnia Symptoms are Associated with Internet Addiction in Chinese Left-Behind Children: The Gender Difference. *Psychology research and behavior management*, 16, 4871-4881. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S432626>
391. Testa, S., Oppotuno, A., Gallo, P., & Tavalato, B. (1987). A case of multiple sclerosis with an onset mimicking the Kleine-Levin syndrome. *Italian journal of neurological sciences*, 8(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF02337589>
392. Kaczor, M., & Skalski, M. (2016). Treatment of behavioral sleep problems in children and adolescents - literature review. Leczenie behawioralnych zaburzeń snu u dzieci i młodzieży - przegląd literatury. *Psychiatria polska*, 50(3), 571-584. <https://doi.org/10.12740/PP/41294>
393. Baranwal, N., Yu, P. K., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in cardiovascular diseases*, 77, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.005>
394. Castro-Santos, L., Lima, M. O., Pedrosa, A. K. P., Serenini, R., de Menezes, R. C. E., & Longo-Silva, G. (2023). Sleep and circadian hygiene practices association with sleep quality among Brazilian adults. *Sleep medicine: X*, 6, 100088. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2023.100088>
395. Muhammad, T., Das, M., Jana, A., & Lee, S. (2024). Sex Differences in the Associations Between Chronic Diseases and Insomnia Symptoms Among Older Adults in India. *Nature and science of sleep*, 16, 1339-1353. <https://doi.org/10.2147/NSS.S456025>
396. Lammers G. J. (2018). Drugs Used in Narcolepsy and Other Hypersomnias. *Sleep medicine clinics*, 13(2), 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.02.009>
397. Aydın, A., & Özcan, B. E. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında belirsizliğe tahammülsüzlük, ruminatif düşünme biçimi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri. *Cukurova Medical Journal*, 46(3), 1191-1200.
398. Nigam, M., Hippolyte, A., Dodet, P., Gales, A., Maranci, J. B., Al-Youssef, S., Leu-Semenescu, S., & Arnulf, I. (2022). Sleeping through a pandemic: impact of COVID-19-related restrictions on narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 18(1), 255-263. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9556>
399. Söğütü, Y., Söğütü, L., & Göktas, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 41-49.
400. Lavretsky, H. & Newhouse, A. P. (2012). Stress, inflammation, and aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. ;20(9):729-733.
401. Boehnlein J. K. (1987). Clinical relevance of grief and mourning among Cambodian refugees. *Social science & medicine* (1982), 25(7), 765-772. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90034-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90034-7)
402. Kahil, A. (2024). Travmatik Yaşantısı Olan Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkide Dissosiyasyon ve Peritratmatik Stresin Aracı Rolü. Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara.
403. Bryant, R. A., Brooks, R., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A. C. (2011). Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(5), 346-351.
404. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
405. Agorastos, A., Angkaw, A. C., Johnson, H. E., Hansen, C. J., Cook, C. V., & Baker, D. G. (2016). Peritraumatic Behavior Questionnaire - Observer Rated: Validation of the objective version of a measure for combat-related peritraumatic stress. *World journal of psychiatry*, 6(2), 226-232. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.226>
406. Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford press.
407. Yılmaz, K. (2015). Güncel Bilgiler Işığında Narkolepsi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2(1).
408. Akyıldız, U. O. (2016). Narkolepsi Sendromları. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 3(1), 21.
409. Wu, R., Zhu, H., Wu, M. Y., Wang, G. H., & Jiang, C. L. (2022). Childhood Trauma and Suicide: The Mediating Effect of Stress and Sleep. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8493. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148493>
410. Pavlova, M. K., & Latreille, V. (2019). Sleep disorders. *The American journal of medicine*, 132(3), 292-299.

411. Kandeğer, A., Boysan, M., Karaoğlu, G., Tekdemir, R., Şen, B., Tan, Ö., Sağhyan, B., & Selvi, Y. (2022). Heterogeneity of associations between dissociation and attention deficit symptoms. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03836-y>
412. Kılıç, F., Coşkun, M., Bozkurt, H., Kaya, İ., & Zoroğlu, S. (2017). Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders. *Psychiatry investigation*, 14(2), 172–178. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.2.172>
413. Aksoy, Ş. G., Aksoy, U. M., & Semerci, B. (2022). Linguistic equivalence, validity and reliability study of the Mind Excessively Wandering Scale. *Archives of Neuropsychiatry*, 59(3), 201.
414. Yeguez, C. E., Hill, R. M., Buitron, V., & Pettit, J. W. (2018). Stress accounts for the association between ADHD symptoms and suicide ideation when stress-reactive rumination is high. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 461-467.
415. Fung, H. W., Chau, A. K. C., Lam, S. K. K., Chien, W. T., & Wong, J. Y. H. (2024). A cross-cultural study of different facets of dissociation: Validity and relationship with childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*, 157, 107067.
416. Agargun, M. Y., Kara, H., Özer, Ö. A., Selvi, Y., Kiran, Ü., & Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 57(2), 139-145.
417. Ekmekci Ertek, İ., İlhan, M., Uğraş Dikmen, A., & Gözükar, M. (2022). Prevalence and association of childhood traumas, dissociative experiences and post traumatic stress disorder. *Gazi Medical Journal*, 33(2).
418. O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: two different mechanisms contributing to depression?. *Journal of affective disorders*, 174, 287-295.
419. Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2002). Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 405-419.
420. Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., ... & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.kim
421. Kim, J. S., Jin, M. J., Jung, W., Hahn, S. W., & Lee, S. H. (2017). Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*, 8, 280620.
422. Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). Prevalence and correlates of dissociative symptoms among people with depression. *Journal of psychiatric research*, 154, 132-138.
423. Pillai, V., Steenburg, L. A., Ciesla, J. A., Roth, T., & Drake, C. L. (2014). A seven day actigraphy-based study of rumination and sleep disturbance among young adults with depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 77(1), 70-75.
424. Guastella, A. J., & Moulds, M. L. (2007). The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1151-1162.
425. Pillai, V., & Drake, C. L. (2015). Sleep and repetitive thought: the role of rumination and worry in sleep disturbance. *Sleep and affect*, 201-225.
426. Kukuş, B. (2023). Üniversite Öğrencilerinde Uykululuk Durumunun İncelenmesi: Ruminasyon ve Psikolojik Esneklik Değişkenlerinin Aracı Rollerini. Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
427. Blake, M. J., Trinder, J. A., & Allen, N. B. (2018). Mechanisms underlying the association between insomnia, anxiety, and depression in adolescence: implications for behavioral sleep interventions. *Clinical psychology review*, 63, 25-40.
428. Becker, S. P. (2020). ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Current opinion in psychology*, 34, 50-56.
429. Becker, S. P., & Lienesch, J. A. (2018). Nighttime media use in adolescents with ADHD: Links to sleep problems and internalizing symptoms. *Sleep medicine*, 51, 171-178.
430. Becker, S. P., Langberg, J. M., Eadeh, H. M., Isaacson, P. A., & Bouchtein, E. (2019). Sleep and daytime sleepiness in adolescents with and without ADHD: Differences across ratings, daily diary, and actigraphy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(9), 1021-1031.
431. Gündoğdu, U., & Eroğlu, M. (2022). The relationship between dissociation symptoms, sleep disturbances, problematic internet use and online gaming in adolescents. *Psychology, health & medicine*, 27(3), 686–697. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1984542>

432. Denis, D., Poerio, G. L., Derveeuw, S., Badini, I., & Gregory, A. M. (2019). Associations between exploding head syndrome and measures of sleep quality and experiences, dissociation, and well-being. *Sleep*, 42(2), zsy216.
433. Beguin, E., Maranci, J. B., Leu-Semenescu, S., Dodet, P., Gales, A., Oudiette, D., Andrillon, T., & Arnulf, I. (2024). "I know when to stop": sentinels and counterstrategies against drowsy driving in narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Sleep*, 47(12), zsae168. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsae168>
434. Ng, A. S. Y., & Chan, W. S. (2023). Sleep Quality, Sleep-Related Experiences, and Dissociation in Adult Survivors of Childhood Trauma. *Behavioral sleep medicine*, 21(6), 659–670. <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2148669>
435. Kalantar-Hormozi, B., & Mohammadkhani, S. (2024). Reported history of childhood trauma, mentalizing deficits, and hypersomnia in adulthood: A mediational analysis in a nonclinical sample. *Brain and behavior*, 14(1), e3363. <https://doi.org/10.1002/brb3.3363>
436. Wei, Q., Pan, Y., Zhang, S., Yin, W., Lin, Q., Pan, S., Dai, C., Zhou, L., & Wu, J. (2022). Epidemiology of childhood trauma and its association with insomnia and psychotic-like experiences in Chinese Zhuang adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 13, 974674. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.974674>



EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Psikiyatrik bir tanınız var mı: Evet () Hayır ()

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Eğitim Durumunuz: Okuryazarım () İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış () Eşi vefat etmiş ()

Çocuk Sayınız: 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri ()

Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Cevabınız **evet** ise hangi sıklıkta: Haftada 40 saatten az () Haftada 40 saatten fazla ()

İşiniz vardiya-nöbet usulü mü: Evet () Hayır ()

Gelir Seviyeniz: Düşük () Orta () Yüksek ()

Sigara Kullanımı: Evet () Hayır ()

Cevabınız **evet** ise hangi sıklıkta: Günde 1-2 paket () Günde 5-10 adet () Günde 2-3 adet ()

Alkol Kullanımı: Evet () Hayır ()

Cevabınız **evet** ise hangi sıklıkta: Hemen Hemen Her gün () Ayda bi kaç kez ()

Senede bi kaç kez () Sadece özel günlerde ()

Madde Kullanımı: Evet () Hayır ()

Kafein(kahve, çay, gazlı içecekler) Kullanım Sıklığı: Lütfen, *Bardak* cinsinden cevap veriniz!

Günde 5-6 üzeri () Günde 5-6 () Günde 5-6 altı ()

Yemek yeme saat aralığınız: Sabah: 07:00-09:00 Akşam: 18:00-20:00 ()

Sabah: 10:00-12:00 Akşam: 21:00 ve sonrası ()

Sabah uyanma-kalkış saatiniz: 07:00-09:00 () 11:00-13:00 () 14:00 ve sonrası ()

Gece uyuma-yatış saatiniz: 21:00-22:00 () 23:00-02:00 () 03:00 ve sonrası ()

Uyku Bozukluğu başlangıç yılı:

Uyku Bozukluğu hangi olayla başladı, tetikleyiciyi belirtiniz: (örn:afet, doğum, ölüm, iş değişikliği vb.)

.....

.....

Bakımveren misiniz? (örn: 2 yaş altı çocuğu olup gece beslenmesi için kalkma, hasta-yaşlı bakımı)

Evet () Hayır ()

Kaıtsal bir hastalığınız var mı? (örn.şeker,tansiyon) Evet () Hayır ()

Cevabınız **evet** ise belirtiniz:

.....

Kronik bir hastalığınız var mı? (örn: migren) Evet () Hayır ()

Cevabınız **evet** ise belirtiniz:

.....

Ek-2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyanı seçerek işaretleyiniz. Sorulardan bazıları kişisel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.					
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1.Evde yeterli yemek olmadığından açkalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tıpsız” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmemeyardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Seviildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötüvurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumdamorartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başkasert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılmavb.) inanıyorum					

16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç vedestek kaynağı idi.					

Ek-3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Aşağıdaki SON 6 AYDAKİ davranışlarınızı en uygun şekilde tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

A Bölümü		Asla 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık 3	Çok Sık 4
1.	Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntıları toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2.	Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3.	Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4.	Çok fazla düşünmeyi konsantrasyonu gerektiren bir iş gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5.	Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp kırdanız ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6.	Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B Bölümü		Asla 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık 3	Çok Sık 4
7.	Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8.	Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9.	Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerinde yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10.	Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11.	Etrafındaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12.	Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13.	Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14.	Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15.	Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16.	Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17.	Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18.	Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

Ek-4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90
%100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığını hissini duyarlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığını hissini duyarlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar.

%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler.

%0 %10 % 20 % 30 %40 %50 %60 %70 % 80 %90 %100



Ek-5. Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Aşağıdaki her bir madde için, ifadelerin sizi ne kadar tarif ettiğini cümlelerin başındaki boşluğa yazınız. 1 2 3 4 5 6 7 (Hiç) (çok iyi)							
	1	2	3	4	5	6	7
1. Zihnimin sürekli bazı şeyleri tekrar tekrar gözden geçirdiğini fark ederim.							
2. Bir sorunum olduğunda bu durum uzun süre zihnimi kemirir.							
3. Gün boyu bazı düşüncelerin tekrar tekrar zihnime üşüştüğünü fark ederim.							
4. Bazı şeyleri sürekli düşünmekten kendimi alamam.							
5. Birileriyle karşılaşma öncesinde olabilecek bütün senaryoları ve konuşmaları zihnimde canlandırırım.							
6. Önceden yaşadığım hoşuma giden olayları hayalimde tekrar canlandırmaya yatkınım.							
7. Kendimi, gün içerisinde “Keşke yapsaydım” dediğim şeyleri hayal ederken bulurum.							
8. Kötü geçtiğini düşündüğüm bir görüşme sonrasında, “keşke şöyle davransaydım” dediğim farklı senaryolar hayal ederim.							
9. Karmaşık bir problemi çözmeye çalışırken çözüme ulaşmak yerine problemin başına döndüğümü fark ederim.							
10. Yaklaşan önemli bir olay varsa, bu durumu okadar çok düşünürüm ki sonunda sinirli ve mutsuz bir hale gelirim.							
11. İstenmeyen düşünceleri zihnimden bir türlü atamam.							
12. Bir problem hakkında saatlerce düşünsem desorunu açıkça anlamak için biraz daha zamana ihtiyaç duyarım.							
13. Hakkında ne kadar düşünürsem düşünüyüm, bazı sorunlarla ilgili net bir çözüme ulaşmam benim için çok zordur.							

Ek-6. Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.11.2023-22859



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 03.11.2023
Toplantı Sayısı : 2023/19
Karar Sayısı : 19/23

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Prof. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE'nin sorumlu, Arş. Gör. Seyyide Şifa GÖKTAŞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 23/589 kayıt numaralı **"İnsomni ve Hipersomni Bozukluğu Olan ve Olmayan Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Dissosiyasyon, Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruminasyon Değişkenleri Açısından İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 03.11.2023 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL Başkan	Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Abubekir ELTAS Etik Kurul Üyesi	Doç. Dr. Papatya KELEŞ Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Selda RIZALAR Etik Kurul Üyesi	Doç. Dr. Eray Metin GÜLER Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Erhan ALABAY Etik Kurul Üyesi	Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Gamze TEMİZ Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI Etik Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM Etik Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER Öğretim Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ Öğretim Üyesi

07.11.2023 Memur Feyzanur SEZGİN

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSFK1P80N5&eS=22859>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Sizi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Seyyide Şifa GÖKTAŞ tarafından, Prof. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE danışmanlığında yürütülen “İnsomni ve Hipersomni Bozukluğu Olan ve Olmayan Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Dissosiyasyon, Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruminasyon Değişkenleri Açısından İncelenmesi” isimli araştırmaya davet ediyoruz. Araştırma, insomni ve hipersomni hastası bireylerde çeşitli değişkenleri incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın yaklaşık 300 kişinin katılımıyla yürütülmesi ve yaklaşık 15 dakika sürmesi beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Toplanan veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, kimliğinizi ortaya çıkarabilecek kayıtlar gizli kalacak, elde edilen kişisel bilgiler ve uygulanacak testlere verdiğiniz cevaplar araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi saklı tutulacaktır.

Araştırma süreci boyunca sizden beklenen, yönergelere dikkatli bir şekilde uymak ve ölçekler üzerinde yer alan soruları dürüst şekilde cevaplamaktır. Hiçbir sorumluluk altından kalmadan soruların bir kısmına cevap vermeme, araştırmaya katılmayı reddetme veya araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir.

