

## İnsomnia; Tanımı, Sınıflaması ve Birinci Basamakta İnsomnia Yönetimi

### Insomnia; Definition, Classification and Management of Insomnia in Primary Care

Zerrin GAMSIZKAN

7 No 'lu Aile Sağlığı Merkezi, Düzce

#### ÖZ

Uyku bozuklukları toplumda bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunudur. Uyku bozuklukları arasında en sık görülen uykusuzluk (insomnia) hastaların aile hekimlerinden sağlık yardımı almak istedikleri hastalıkların başında gelmektedir. İnsomnia tek başına bir sağlık problemi olabildiği gibi birçok psikiyatrik ve fiziksel hastalıkla birliktelik gösterebilir. Kafein tüketimi, sigara kullanımı, gün içinde uyuma alışkanlığı, düzensiz çalışma saatleri, düzensiz beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar, uyku hakkında yanlış inanışlar gibi çeşitli çevresel faktörler ve davranışlar uykusuzluğu artırıcı yönde rol oynayabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde takip edilen hastaların daha kolay yardım alabilmeleri ve hastalığın kronikleşmesinin önüne geçilmesi sağlanabilir. Hastalar genellikle diğer birçok rahatsızlıklarında olduğu gibi uykusuzluk probleminde de hemen hekime başvurmamakta ve ilaç kullanmak istememektedir. Uyku sorununun çözümlenmesinde hastanın içinde bulunduğu çevresel faktörleri de içine alarak soruna biyopsikososyal yaklaşım hem birinci basamak hekimlerinin hem de ilgili uzman hekimlerin izlediği bir yoldur. Uyku sorunlarının hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve bazı kronik hastalıkları kötüleştirilmesi uyku problemlerinin erken dönemde tedavi edilmesini ön plana çıkarmaktadır. Bu derlemenin amacı insomnia tanımını ve sınıflamasını yapmak ayrıca tedavide birinci basamakta izlenecek adımları özetlemektir.

**Anahtar kelimeler:** İnsomnia; sınıflama; birinci basamak.

#### ABSTRACT

Sleep disorders are a health problem affecting the quality of individuals in society. Insomnia is the most common disease among the sleep disorders that patients want to receive health care from their family physicians. As many health problems, insomnia can be stand-alone or associated with physical and psychiatric disease. Various environmental factors and behaviors such as caffeine consumption, smoking, daytime sleeping habits, irregular working hours, irregular eating habits, chronic illnesses, and dysfunctional beliefs about sleep can play a role in increasing insomnia. Patients like in other discomforts usually do not seek medication or use medicine in the case of insomnia. It is possible to prevent before chronicity of insomnia and easy to get help for the situation in the primary care. The biopsychosocial approach to the problem, including the environmental factors of the patient in the resolution of the sleep problem, is a path followed by both the primary care physician and the related specialist. The effects of sleep problems on the quality of life of the patient and worsening of some chronic illnesses emphasize the early treatment of sleep problems. The aim of this summary is to make the definition and classification of insomnia in addition to summarize the steps to be followed in primary care.

**Keywords:** Insomnia; classification; primary care.

#### GİRİŞ

Uyku bozuklukları özellikle nöroloji ve psikiyatri uzmanlığı hekimleri tarafından incelenip tedavi edilmekle birlikte bütün diğer uzmanlık bölümleri ve aile hekimliği polikliniğinde en sık karşılaşılan hastalıklarından biridir. Uyku bozukluğu (insomnia) bazen başka bir bedensel ya da ruhsal bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi tek başına ayrı bir hastalık olarak da görülebilir. 2002'de Kanada'da yapılan sağlık anketinde 15 yaş üstü popülasyonda insomnia prevalansı %13,4 olarak tespit edilmiştir (1). Aslan ve arkadaşlarının 2006'da 1034 hasta ile yaptığı bir alan çalışmasında genel popülasyonda en az bir uykusuzluk semptomu %23,7, toplumda %17,6 oranında klinik anlamda uykusuz kabul edilebilecek birey tespit etmişlerdir (2). Singapur da yapılan bir çalışmada insomnia hastalarının sadece %10 'unun tedavi talep ettikleri ve %50'sinin de uyku semptomlarını görmezden geldiklerini söylenmektedir (3).

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Zerrin Gamsızkan, zgamsızkan@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 29.12.2017 Kabul Tarihi / Accepted: 05.01.2018

İnomnia için risk faktörleri; ilerleyen yaş, kadın cinsiyette olmak ve psikiyatrik veya organik bir hastalığı bulunmak olarak belirtilmektedir. Bunların yanı sıra boşanmış olmak, işsiz olmak, stresli yaşam şekli, fiziksel inaktivite, düzensiz yatma saatleri, alkol ve kafein tüketimi de insomnia risk faktörleri arasında yer almaktadır (4). Uyku problemi olan hastaların ilk olarak aile hekimlerini ziyaret etmekte ve sıklıkla poliklinik yoğunluğu dolayısıyla yeterli zaman ayrılmayarak genellikle hipnotik ilaç reçete edilerek tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Aile hekimleri; insomnia problemi olan hastalar için daha iyi tedavi stratejileri belirleyip tanı ve tedavi kaynaklarının artırılmasını ve hipnotik ilaç yazımının azalması istemektedirler (5).

Her ne kadar insomnia için hastalar ilk olarak aile hekimlerinden yardım isteseler de bu yardımı istemeye karar vermeleri de biraz zaman almakta. Etketif davranışsal tedaviler ve farmakolojik yardımlar olmasına rağmen uykusuzluk sorunu olan hastaların sadece %31'i bu problemlerini bir doktora danışabilmektedir. Çoğunlukla bu problemlerini kendi başlarına çözmeye çalışırlar (6). Amerikan erişkinlerinin %9'u insomnia çok ağırlaştığında doktora gitmekte, 3'te biri uykusuzluk şikayetlerinin çok önemli olmadığını düşünmektedir (7).

Halbuki insomnia tek başına bir sağlık problemi gibi görünmekle birlikte hastanın hem fiziksel, hem sosyal hayatını etkilemektedir. Hiç uykusuzluk şikayeti olmayan hasta grubuna göre insomnia hastalarında daha fazla hastane ziyareti, daha fazla tetkik yapma ihtiyacı ve daha fazla ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra uykusuzluk sorunu olan hastaların yaşam kalitesinin de olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (8).

Uyku bozuklukları DSM-5'te uyku-uyanıklık bozuklukları üst başlığı altında toplanmıştır. Uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırmasına (ICSD-2) göre İnomnia sınıflaması (9);

1. Uyumsal İnomnia (Akut İnomnia)
2. Psikofizyolojik İnomnia
3. Paradoksal İnomnia
4. İdyopatik İnomnia
5. Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı İnomnia
6. Yetersiz Uyku Hijyeni
7. Çocukluk Dönemi Davranışsal İnomnia (Uyku Başlangıcı ile ilişkili tip, Sınırlı uyku tipi, Karışık tip, Adlandırılmamış tip)
8. Tıbbi duruma bağlı İnomnia
9. İlaç ya da maddeye bağlı İnomnia
10. İlaç ya da maddeye bağlı olmayan İnomnia, Belirlenmemiş (Organik Olmayan) İnomnia
11. Fizyolojik (Organik) İnomnia

ICSD-3'e göre insomnia sınıflaması ise daha kısa olarak belirlenmiştir.

1. Kronik insomnia
2. Kısa süreli insomnia
3. İzole semptom ve varyantlar
  - Aşırı yataкта kalanlar
  - Kısa uyuyanlar

Sınıflamalarda güncellemeler; insomnia şikayeti olan hastaların semptomlarının sadece bir sınıfa kısıtlı kalacak olan izole semptomların olmaması ve tedavinin etkinliğini artırma amaçlı olmaktadır. Geleneksel belirtileri olan uykuya başlamada zorluk, uykuyu devam ettirmede güçlük, dinlendirici olmayan uyku ve sabah erken uyanma konusunda yapılan araştırmada uyku şikayetleri ile ilgili daha iyi bir anlayış ve daha uygun bir sınıflamanın klinisyenlere daha yardımcı olacağı vurgulanmıştır (10).

Her ne kadar tanımlanmasında standart kriterler güncellemelerle değiştiği ifade edilse de (11), insomnia için ICSD-3 (2014) tanımı; uyku için yeterli fırsat ve imkan olmasına rağmen, süregelen bir şekilde uykuya başlamada, sürdürmede, konsolide ve kaliteli uyumada güçlük ve sonuçta gün içi işlevselliğinde bozulmalarla karakterizedir. İnomnianın bu en son tanımlanmasında gün içi işlevselliğinde bozulma yapan bir uyku bozukluğu anlamında hastalarda bu işlevselliği etkileyen bazı uyku ile ilgili inançlar ve tutumlar da durumu

etkileyebilmektedir. Uyku ile ilgili yanlış inanışların, uyku hakkında yüksek beklentiler ve işlevsiz tutumların uykusuzluğun kronikleşmesinde önemli rolü olduğu belirtilmektedir (12). Yang ve ark. (13); stresle ilişkili geçici insomnia hastalarında baktıkları DBAS-10 çalışmasında, uyku hakkındaki işlevsiz inanç ve tutumların insomnia şikayetinde uyku sorunu olmayan hastalara göre daha kötüleştirici etkisi olduğuna dikkat çekmişlerdi. Yine Lang ve ark. (14) 864 öğrenci ile DBAS-16 geçerliliğini tespit etme amacıyla yaptıkları araştırmada; uyku hakkında yanlış inanışların genç insanlarda insomnia başlangıcı ve devamında etkili olduğunu söylemektedir. Carney ve ark. (15) 2007'de yaptıkları bir çalışmada hastaları; uyku bozukluğu olmayan hastalar, primer insomnia, fibromiyalji, majör depresif bozukluk ve duyu durum bozukluğu ile beraber olan insomnia olarak 5 grupta incelemişlerdir. Bu hastalardaki DBAS ölçeği sonuçlarına göre iyi uyuyan kontrol hasta grubuna göre diğer gruplarda daha yüksek skorlara rastlanmıştır. Bu işlevsel olmayan inançları hedefleyen tedavinin uykusuzluk şikayetlerinin hafifletilmesinde etkili olacağı da belirtilmektedir (15).

Uyku hakkında işlevsel olmayan yanlış inanışlar ve tutumları rehabilite edebilmek için etkili tedavi yöntemi bilişsel terapi yöntemidir. Bilişsel terapi; emosyonel ve adaptif olmayan davranışlara neden olan işlevsel olmayan bilişi (inanışlar, tutumlar, beklentiler, yorumlar) değiştirmeye yönelik psikoterapik bir yaklaşımdır. Bu tedavi yönteminin tercih edildiği insomnia tipi genel de psikofizyolojik insomnia'dır. Psikofizyolojik insomnia; kronik insomnia'ların büyük bir kısmını oluşturur. Temel özelliği artmış uyarılmış durumu ve uykuyu engelleyen öğrenilmiş düşünceler ile karakterizedir. Bu hastalar uyumak için yatağa yattıklarında uykusuzluğunun ertesi gün yapmaları gereken işlerinde kötü etkileyeceğinden endişelenerek uykusuzluk şikayetlerinin bir kısır döngü halinde daha da kötüleşmesine sebep olurlar (16).

#### **İnomnia Hastalarının Tedavisinde İzlenecek Basamaklar**

1. Tedaviye başlamadan önce uykusuzluğu hazırlayan, başlatan devam ettiren faktörler, genel tıbbi öykü bilgisi alınmalı
2. Öncelikle alta yatan tıbbi bozukluklar, depresyon gibi gece uykusunu bozan ikincil nedenlerin tedavisi düşünülmeli
3. Uyku ve uykuya geçiş konusunda hastanın eğitimi
4. Uykusuzluk hakkında aşırı kaygı gibi uykusuzluğun olumsuz sonuçlarını hedef alan tedavi yöntemleri düşünülmelidir.

#### **Birinci Basamakta Uygulanabilecek Farmakolojik Tedavi Dışı Yönetimler**

##### **Uyku Hijyeni Eğitimi**

Sağlıklı uyku alışkanlıklar ve çevresel koşullar hakkında hastanın bilgisini ve farkındalığını arttırmak, diyet alışkanlıklarını gözden geçirmek, kafein, alkol, sigara tüketimini kısıtlamak, yatılan odanın ısısı, gürültü, aydınlanma düzeyi ve egzersiz zamanı hakkında bilgilendirmektir.

##### **Uyku Kısıtlama Tedavisi**

Spielman'ın uyku kısıtlama tedavisi temelde yataқта geçirilen süreyi kısaltarak aşamalı olarak olağan uyku süresine ulaşmaktır. Haftalık uyku çizelgesi oluşturularak giderek arttırılan uyku süresi hedeflenir. Hafif insomnia olgularında uygulanır. Uygulama ile hastalarda oluşturulan uyku yoksunluğu ile uykuya geçişleri hızlanır.

##### **Gevşeme Yöntemleri**

Amaç yatma zamanında veya gece uyanıklıklarında ortaya çıkan uyarılmışlığı ve performans anksiyetesini azaltmaktır. Gevşeme yöntemi teknikleri için profesyonel yardım gerekebilir.

##### **Bilişsel Terapi**

Uyku hakkında işlevsel olmayan inanış ve tutumları değiştirmeye yönelik girişimlerdir. Bilişsel tedavide temel hedefler;

1. Uyku ve gündüz işlevsellikleri hakkında gerçekçi olmayan beklentiler
2. Uykusuzluğun nedenleri hakkında hatalı yorumlamalar ve kanılar
3. Uykusuzluğun sonuçları hakkında bozulmuş algılamalar
4. Uykuya yardımcı uygulamalar hakkında yanlış inanışlar

Burada tabi dikkat edilmesi gereken durum hastanın uykusuzluk durumu ile ilgili küçümseme ve sorunu inkar şeklinde bir yaklaşımdan kaçınıp empatik yaklaşıma özen gösterilmelidir (16). Yapılan bir çok çalışma insomnia tedavisinde bilişsel terapi etkinliğinin hastalarda semptomları düzeltici olduğu gösterilmiştir (17-20).

#### **Paradoksal Niyetlenme**

Hastaya uykuya geçme çabaları yerine pasif olarak uyanık kalma niyeti alması veya uykuya dalma çabasından vazgeçmesi önerilir.

#### **SONUÇ**

Sonuç olarak insomnia hastaları aslında düşünüldüğünden daha sık olup, bu sorunlarını aile hekimleriyle daha detaylı tartışmak istemektedir. Özellikle birinci basamakta hastaların şikayetlerini daha kolay anlatabilecekleri bir şekilde empatik yaklaşıma özen gösterilmeli ve insomnia tedavisini hastanın alışkanlıkları ve yaşam stilini değerlendirerek hastayla beraber planlanmalıdır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Tjepkema M. *Insomnia*. Health Rep. 2005;17(1):9-25.
2. Aslan S, Gulcat Z, Albayrak FS, Maral I, Yetkin S, Sutçigil L, et al. Prevalence of insomnia symptoms: results from an urban district in Ankara, Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2006;10(1):52-8.
3. Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. *Insomnia in primary care patients*. Sleep. 1999;22(2):359-65.
4. Kahriman M. Clinical update on epidemiology, pathogenesis, and nonpharmacological treatment of insomnia. *Türk Nöroloji Derg*. 2001;12(2):87-97.
5. Siriwerdena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Öner R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(4):731-7.
6. Aikens JE, Rouse ME. Help-seeking for insomnia among adult patients in primary care. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(4):257-61.
7. Ancoli-Israel S. *Insomnia elderly: a review for the primary care practitioner*. Sleep. 2000;23(1):23-30.
8. Hajak G. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(2):49-56.
9. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):687-701.
10. Ohayon MM, Caulet M, Guilleminault C. How a general population perceives its sleep and how this relates to the complaint of insomnia. *Sleep*. 1997;20(9):715-23.
11. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
12. Morin CM, Vallieres, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007;30(11):305-30.
13. Yang CM, Chou CP, Hsiao FC. The association of dysfunctional beliefs about sleep with vulnerability to stress-related sleep disturbance in young adults. *Behav Sleep Med*. 2011;9(2):86-91.
14. Lang C, Brand S, Holsboer-Trachsler E, Pühse U, Colledge F, Gerber M. Validation of the German version of the short form of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale (DBAS-16). *Neurol Sci*. 2017;38(6):1047-58.
15. Carney CE, Edinger JD, Manber R. Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):179-88.
16. Yılmaz H, Tuncel D editörler. *Uyku Bozukluklarında Tanı ve Tedavi Rehberi*. Ankara; Türk Nöroloji Derneği; 2014. s.15-22.
17. Gamsızkan Z, Aslan S. Birinci basamakta insomnia sıklığı ve ilişkili inanç ve tutumların değerlendirilmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg*. 2014(3):156-61.
18. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic

insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 1999;22(8):1134-56.

19. Espie CA, Inglis SJ, Tessler S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. 2001;39(1):45-60.
20. Miller CB, Espie CA, Kyle SD. Cognitive behavioral therapy for the management of poor sleep in insomnia disorder. *Chronophysiol Ther*. 2014;4:99-107.