

## Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler

Dr.Ramazan PİÇAK<sup>1</sup>, Yrd.Doç.Dr. Sevda İSMAİLOĞULLARI<sup>2</sup>, Doç.Dr. M.Mümtaz MAZICIOĞLU<sup>1</sup>, Prof.Dr. Hasan Basri ÜSTÜNBAŞ<sup>1</sup>, Prof.Dr. Murat AKSU<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Erciyes Üniversitesi Aile Hekimliği AD. <sup>2</sup> Erciyes Üniversitesi Nöroloji AD.

### Özet

Uyku, geçici bir bilinçsizlik dönemi olup, REM ve NonREM olmak üzere iki dönemi vardır. REM uykusunda asetilkolin ve serotonin, NonREM uykusunda ise serotonin ve GABA önemli rol oynayan nörotransmitterlerdir. Uyku bozuklukları görüldüğü döneme göre 3 grupta incelenebilir: (1) REM döneminde görülenler, (2) NonREM döneminde görülenler, (3) Uykunun herhangi bir döneminde görülenler. Uyku bozukluğu olan hastalar yaşamı tehdit eden etkiler (yol veya iş kazaları), sosyal uyumsuzluk, akademik veya mesleki performansta düşme gösterebilirler. Bu yüzden uyku bozukluğu detaylı olarak incelenmesi gereken önemli bir durumdur. Çoğu tıbbi durumda olduğu gibi, uyku bozukluklarının değerlendirilmesi titiz bir öyküyle başlar.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, uyku bozuklukları, aile hekimliği

### Abstract

In this review, it was explained to primary care approach to sleep disorders. Sleep is a temporary unconscious period and has REM and NonREM periods. The major neurotransmitter of REM is acetylcholine and of NonREM are GABA and serotonin. Sleep disorders can be divided in three groups according to occurrence period: (1) Sleep disorders seen in REM, (2) in NREM and (3) in any of REM or NonREM periods. Patients with sleep disorders may exhibit life threatening effects (road and work accidents), social maladjustment, decreased academic and occupational performance. Thus, sleep disorder is a serious condition that requires investigation, diagnosis and treatment. As with most medical condition, evaluation of sleep disorders begins a precise history.

Key words: Primary care, sleep disorders, family physician

Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler. TJFMP, 2010; 3: 12-22

### UYKU;

Uyku adı verilen periyodik, fizyolojik ve geri dönen bilinç ve davranış değişikliği dönemlerinin ne olduğu, nasıl oluştuğu, o sırada neler yaşandığı ve ne işe yaradığı gibi temel bazı sorular, insanlık tarihi kadar eskidir. Uykunun üzerini örten sır perdesinin aralanabilmesi, elektroensefalografinin (EEG) Hans Berger tarafından keşfinden sonra olmuştur. Berger ilk defa oğlunda saçlı deriden kortikal bioelektrik aktiviteyi yazdırmış ve kısa bir süre sonra uyuyan insanda kayıtlar yapmaya başlamış. Bundan sonra konuya ilişkin bilimsel çalışmalar günümüze dek artarak gelmiştir.<sup>1</sup>

İletişim;

Uz.Dr.Ramazan PİÇAK<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup>Erciyes Üniversitesi Aile Hekimliği AD. Melikgazi/ Kayseri

e-mail: [dr.ramazan46@myynet.com.tr](mailto:dr.ramazan46@myynet.com.tr)

tel: 0543 2569484

Geliş Tarihi: 30.07.2010; Kabul Tarihi: 18.08.2010

Uyku sağlıklı kişilerde kalitatif ve kantitatif özellikleri bakımından oldukça fazla değişiklikler gösteren, çevreye yanıt vermekten ve algılamadan giderek uzaklaşmayla karakterize olan bedensel bir fonksiyondur. Dinamik bir süreçtir ve beynin bir görevi olduğu için de, yaş ile uyku parametreleri arasında çok sıkı bir ilişki vardır. Zaman zaman bu değişiklikte cinsiyetin de etkisinin bulunduğu gözlenmektedir. Bu nedenle "Normal uyku nasıl olmalıdır?" sorusuna hekimlik pratiğinde oldukça sık rastlamamıza rağmen cevap vermek çok kolay olmamakta, "Normal şartlar altında herkesin uykusu kendine göre en iyidir" tarzında bir cevap ile bu soru geçiştirilmeye çalışılmaktadır. Gerçekten de eğer kişi kendisini uyandığında güne hem psikik hem de bedensel açıdan hazır, zinde ve dinlenmiş hissediyorsa normal bir uyku uyumuş demektir. Uykunun, poligrafik tetkiki ile ortaya konan kalitatif ve kantitatif özelliklerine ilişkin normalden

sapmalar merkezi sinir sisteminin fizyolojik kapasitesinin bir aynasıdır.<sup>1</sup>

Uyku iki farklı santral sinir sistemi organizasyonu ve toplam 4 evreden oluşmaktadır.

REM (Rapid Eye Movement) uykusu olarak adlandırılan uyku döneminde;

- ü Vücut gevşer, hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir.
- ü Kişinin REM uykusu sırasında uyandırılması kolaydır.
- ü Bu dönem adrenerjik kontrol altındadır ve hakim mediatör norepinefrindir.

Non-REM uykusu olarak adlandırılan dönem ise;

- ü Serotonerjik kontrol altında olup üç evreye ayrılır.
  - ü Birinci evreden üçüncüye doğru gidildikçe uyku derinleşir.
  - ü Üçüncü evrede kişinin uyandırılması oldukça güçtür ve tam uyanıklık haline gelmesi 5 dakika alabilir.
- Normal sağlıklı bir bireyin gecelik uykusu boyunca bu fazlar 4-6 kez ardı sıra tekrar eder. Kişi uykuya ilk daldığında NonREM uykusunun ilk üç fazı geçilerek REM uykusuna başlanır.
  - İlk NonREM uykusu 70-100 dakika sürer ve bunun büyük bölümü evre 3'te geçer.
  - Gece boyunca REM uykusunun süresi giderek uzar ve evre 3 denilen yavaş dalga uykusu (derin uyku) kısalmır.
  - Sabaha karşı uyku, ağırlıklı olarak REM ve evre 2 NonREM'den oluşur. Aynı şekilde yaş ilerledikçe yavaş dalga uykusu kısalmır.
  - Genç erişkinlerde gecenin ilk 1/3'ünde derin uyku, NonREM uykusunda baskın durumdayken; gecenin son 1/3'ünde REM uykusu baskındır.
  - Genel olarak bakıldığında uyku retiküler aktive edici sistem üzerinden kortikal aktivasyonla ilişkilidir. NonREM'de bu sistemin inhibe olmasıyla korteks baskılanır. REM fazında sistem yeniden aktive olur, ancak duyuusal ve motor fonksiyonlar uyanıklık haline göre göreceli olarak daha azdır.<sup>2,3</sup>

Uykuyla ilgili bazı genellemeler yapılabilir:

- Uyku, NonREM'le başlar; yaklaşık 90 dakikada bir NonREM ve REM uykusu birbirini takip eder.

- Yavaş dalga uykusu gecenin ilk 1/3'ünde egemendir ve uyku öncesi uyanıklık süresiyle ilişkilidir. Gecenin son 1/3'ünde REM uykusu egemen olur ve bu durum da sirkadiyen ritimle bağlantılıdır.
- Gece içinde uyanıklık süresi, toplam uyku periyodunun % 5'inden azdır.
- Uykuda NonREM-I, % 2-5; NonREM-II, % 45-55; NonREM-III, % 15-20' lik kısmı oluşturur. NonREM uykusu tüm uyku süresinin % 75-80'lik bölümünü kapsar. REM uykusunu ise; 4-6 parçalık ayrı dilimler halinde, %20-25'lik payı vardır.
- Uyku evrelerinin dağılımını etkileyen faktörlerin başında yaş gelir. Yenidoğan döneminde uyanıklıktan uykuya geçişte çoğunlukla REM uykusu eşlik eder; NonREM-REM periyodik değişimleri, erişkindeki gibi 90 dk'da değil, 50-60 dakikadadır.

İnsan hayatında uykunun belki de en çok değişkenlik gösterdiği dönem adolesan dönemidir. Adolesan dönemi, çocukluk ve erişkin dönem arasında bir geçiş dönemi olup biyolojik ve psikolojik değişimlerin en yoğun yaşandığı, uyku ve uyanıklık ritminde de büyük değişikliklerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu dönemde gece uyku süresi artar, uyku başlangıç saati daha geç saatlere kayar. Yapılan çalışmalar, adolesanların ihtiyaç duydukları uyku süresinin çocuk ve erişkinlere göre daha fazla, ortalama 8.5-9.5 saat/gün olduğunu göstermiştir.<sup>4</sup> Artmış uyku ihtiyacına rağmen bu yaş dönemine özgü biyolojik, psikiyatrik ve sosyal faktörler, uyku süresinin kılmasına ve dolayısıyla buna bağlı birçok problemin ortaya çıkmasına neden olur. Adolesanlarda gece uykuya direnme, sık uyanma, gündüz uykululuk gibi uykuya ilgili semptomların insidansı % 10.8 ile % 27.7 oranında bildirilmekte bununla birlikte bunlara bağlı olarak yardıma başvurma veya tedavi ise oldukça düşük düzeyde seyretmektedir.<sup>5</sup>

Birinci basamakta uyku bozukluğu olan bir hastaya yaklaşırken, uykuya ilgili bozuklukların 3 ana semptomla veya bunların kombinasyonu ile kendini belli ettiğinin bilinmesi gerekir. Bunlar;

- ü Uykusuzluk veya insomni
- ü Gündüz aşırı uykululuk veya hipersomni
- ü Gece içinde uyku ya da uyanıklıklar sırasında ortaya çıkan hareket veya davranışlar

Hastalar bu yakınmalarını bize farklı şekillerde tarif edebilirler;

1) “Uyuyamıyorum, uykumu alamıyorum, uykuya dalamıyorum, uykuya dalıyorum ama sürdüremiyorum, kendimi dinlenmiş hissetmiyorum” gibi yakınmalarıyla gelen hastalarda insomni ve nedenleri düşünülmelidir.

a) insomni;

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin sorunlarla karakterize, dinlendirici olmayan uykudur. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomni, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanabilir. Dinlendirici olmayan uyku yakınması, her zaman uykunun yapısındaki değişiklikler ya da bozukluklarla ilişkili olmayabilir. Bu hastaların bir kısmında polisomnografik bulgular yakınmaları desteklememektedir.<sup>6</sup>

insomni, bir semptom olarak görülebildiği gibi, hastalıkların habercisi, tetikleyicisi, hastalık sonrasında kalıcı olabilen bir belirti şeklinde ortaya çıkabilir. Birçok hastalıkta uykusuzluk, hastalığın habercisi gibidir. Hastalığın prodromal dönemindeki minimal düzensizlikler, SSS (santral sinir sistemi)’ni etkileyerek uykusuzluk şeklinde kendini gösterebilir.

insomni, yaygınlığı ve doğurduğu sonuçlar açısından insan sağlığı için önem taşımaktadır. Yaygınlığı, Türkiye’de sağlıklı popülasyonda yapılan bir çalışmada, dinlendirici olmayan uyku yakınması için % 15.7, ağır primer insomni için % 4.9 olarak bulunmuştur.<sup>6</sup> Böylesine yaygın olan insomninin insan yaşamında, kazalara, verimsizliğe ve çeşitli hastalıklarda hastalanma riskinin artmasına ve prognozun kötüleşmesine yol açtığı bilinmektedir.<sup>7,8</sup>

Bu hastalarda ve diğer uyku bozukluklarında dikkat edilmesi gereken en önemli şeylerden biri de *uyku hijyenidir*. Uyku hijyeni eğitimi hangi tedavi yöntemi seçilirse seçilsin hastalara başlangıçta uygulanması gereken bir yöntemdir. Bu amaçla uykuyu olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek yaşam tarzı ve çevresel faktörler hakkında hasta bilgilendirilir ve daha iyi uyuyabilmesi için önerilerde bulunulur.<sup>9,10</sup>

Uyku hijyenine yönelik öneriler;

- ü Her sabah aynı saatte kalkılması (dinlenmek amacıyla uykuya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi, uyku ritmini de bozabilmektedir)

- ü Yatış zamanının aynı saatlerde olmasının sağlanması
- ü Gündüz uykularının kaldırılması
- ü Düzenli aerobik egzersizler yapılması, özellikle akşamüzeri tavsiye edilmekle beraber, yatma saatinden 3-4 saat öncesine kadar fiziksel yorucu aktivitelerden kaçınılması
- ü Yatak odasının sessiz olması, ışık ve ısı yönünden ideal olması
- ü Yatak odasının uyku ve cinsel yaşam dışında farklı amaçlarla kullanılmaması (Tv seyretme, yemek yemek, müzik dinleme, ders çalışma vb..)
- ü Uyku saatine yakın yemek yenmemesi, yatağa aç yatılmaması ve yatmadan önce aşırı sıvı alımının önlenmesi
- ü Yatma saatinden en az 6 saat öncesine kadar kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılması
- ü Gece uyunamadığında yatakta uyumak için zorlanmaması
- ü Yatmadan önce solunum egzersizleri gibi gevşeme teknikleri kullanılması
- ü Aşırı sert veya yumuşak yatakların değiştirilmesi
- ü Yorgun olunduğu zaman değil, uyku geldiğinde yatağa yatılması
- ü Eğer yatakta 15-30 dakika içinde uyunulamadıysa, yataktan çıkıp başka odaya geçilmesi önerilmelidir.<sup>10</sup>

b) Uykuyla ilişkili hareket bozuklukları; “Yatağa yatınca sürekli bacaklarında hareket ettirme isteği ve ağrı oluyor, kalkıp dolaşmak ihtiyacı hissediyorum” şeklinde yakınmayla gelen hastalarda düşünmemiz gereken huzursuz bacaklar sendromu, ısrarla sormamız gereken ve sıkça gözden kaçırılan bir uykusuzluk nedenidir.

Huzursuz Bacaklar Sendromu-HBS (Restless Legs Syndrome-RLS);

Huzursuz bacaklar sendromunda ağrı temel semptomdur. Aslında ağrı yerine dizestezi demek daha doğrudur. Bu hissi çoğu hastanın ağrı şeklinde tanımlamasına karşın bazıları, bacaklarda

karıncalanma, batma, gıdıklanma ya da rahatsız edici herhangi bir his şeklinde anlatabilir. HBS tanısı için bu semptomun hareketle azalması ve istirahatla artması gerekir. Hareket ettirme isteği veya hoş olmayan his yürüme, germe gibi hareketler ile en azından hareket süresince, azalır veya kaybolur. Bu his akşamları geceleri gündüzden daha şiddetlidir veya bir tek akşamları-geceleri ortaya çıkar.<sup>11</sup>

HBS birçok hastalığa bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Ancak bunların içerisinde en önemlileri demir eksikliği anemisi, böbrek yetmezliği, nöropatiler, bağ dokusu hastalıkları ve gebeliktir. Bu sebeplerin birçoğu birinci basamakta tedavi edilebilir sebeplerdir. Genel olarak huzursuz bacaklar sendromu prevelansı 60 yaşa kadar yaş ile orantılı olarak artar.<sup>11</sup>

c) Uyku-uyanıklık döneminde ortaya çıkan parasomniler; Bunlar uyanıklıktan uykuya ya da bir uyku döneminden diğerine geçiş sırasında ortaya çıkan parasomnilerdir. Başını sallama veya yataкта dönüp durma şeklindeki ritmik hareketler, olguların yaralanmalarına neden olabilir. Bu tabloların çoğu kendiliğinden düzeldiği için ancak yaralanma riski olan olgularda ve ısrar eden tablolarda tedavi gerekli olabilir.

-Ritmik hareket bozukluğu; Başını sallama ya da vücutta titreme şeklinde görülür. Genellikle uyanıklıktan uykuya geçiş ve yüzeysel uyku süresinde ortaya çıkan, baş ve boyun kısmının tekrarlayıcı hareketleriyle karakterizedir. Genelde erkek çocuklarda görülür. Tedavide benzodiyazepinler ve trisiklik antidepressanlar kullanılır.<sup>12</sup>

-Uykuda sızgımlar; Uyanıklıktan uykuya geçerken ani ve kısa süreli kas kasılmaları şeklinde görülür. Yetişkinlerin % 60-70'inde görülür. Kasılmalar genelde bacaklarda görülmekle birlikte bazen baş ve kollarda da gözlenir. Olgunun, kafein ve nikotin gibi uyarıcılardan uzak durması gerekir. Tedavilerinde düşük doz klonazepam etkilidir.<sup>13</sup>

-Gece bacak krampları; Uyanıklıkta olan bacak kramplarına benzer ve genellikle baldırda ortaya çıkan ağrılı kas kasılmaları şeklindedir. Yaş ilerledikçe yaygınlığı artar. Lokal masaj ve sıcak uygulamaları yararlı olur.<sup>14</sup>

2) "Çok uyuyorum, yataktan kalkmak istemiyorum." gibi yakınmalarıyla gelen hastalarda hipersomni ve nedenleri düşünülmelidir. Narkolepsi, idiyoatik hipersomni ve tekrarlayan hipersomniler,

santral nedenli hipersomnilerin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Gece uyku kalitesinin bozuk olmasından dolayı oluşan hipersomni sebeplerinin başında ise uykuda solunum bozuklukları (obstrüktif uyku apne sendromu) gelmektedir.

#### a) Hipersomni

Gündüz uykuluğu normal koşullarda uyku-uyanıklık döngüsü içinde gün içinde uyanık kalmada güçlük ve istemsiz uyuklamalar ile tanımlanır.<sup>15</sup> Uykululuk bireyin uykuya dalma eğilimini ifade eder ve farklı şiddetlerde olabilir. *Hafif uykululukta* dikkatin gerekmediği istirahat halleri gibi pasif koşullarda istemsiz uykuya dalma eğilimini olarak tanımlanır. *Orta uykululukta* ise belirli derecede dikkatin gerektiği araç kullanmak, film seyretmek gibi hafif fiziksel aktivitelerde istemsiz uykuya dalma eğilimidir. *Şiddetli uykululuk* ise yemek yemek, konuşmak gibi aktif durumlarda oluşan istemsiz uyku dönemleri için kullanılır. Uykululuk yoğun, istemsiz, uygunsuz ve açıklanamayacak ölçüde olduğunda hipersomni olarak adlandırılan klinik bir bozukluğa işaret eder. Teknik anlamda hipersomni kelimesi artmış uykuluğu belirtir, fakat hipersomni uykuya dalmaya daha güçlü bir eğilimi gösterir.

Artmış gündüz uykuluğu sıklıkla yorgunlukla karışır. Klinik pratikte genellikle bir arada değerlendirilmekle beraber yorgunluk artmış gündüz uykuluğundan, hipersomniden farklıdır. Yorgunluk bitkinlik, letarji, enerjide azalma, tükenmişliği ifade eder. Uykuya eğilimde artış yorgunluk için koşul değildir. Oysa hipersomnide belirgin olan uykuya eğilimde artıştır. Batı toplumlarında yapılan çalışmalarda, popülasyonun % 12-16'nın günlük aktivitelerini bozan gündüz uykuluktan yakındıkları bildirilmektedir.<sup>16,17</sup> Çalışmalar artmış uykululuğun, bireylerde oluşturduğu performans kaybı, yaşamı tehdit edebilen durumlar ve kazalar nedeniyle genel tıpta önemini vurgulamaktadır.<sup>18</sup>

#### b) Narkolepsi-Katapleksi

Narkolepsi, gündüz engellenemeyen uyku atakları ve kataplektik düşmelerle kendini gösteren bir hastalıktır. Bu hastalık aşırı gündüz uykuluğu, bozulmuş gece uykusu ve REM uykusunun patolojik manifestasyonları ile karakterizedir.<sup>19</sup> Narkolepside görülen gündüz uyku epizodları genellikle 1 saatten kısadır. Dış uyaranlarla kolayca sonlandırılabilir. Hasta bu "şekerlemelerden" sonra kendini tazelenmiş hisseder. Kataplektik düşmelerde bilinç ve bellek korunmuştur. Bu ataklar saniyeler veya birkaç dakika ile sınırlıdır.<sup>20</sup>

Genel olarak puberte döneminde başlamakla birlikte en sık görüldüğü yaşlar 15-25 arasında değişmektedir. Uyku atakları, en olmadık anlarda (tehlikeli yolda araç kullanırken) ortaya çıkabilmektedir. Narkolepsi tanısı kesin olduğunda katapleksi görülme oranı % 70-90 arasındadır.<sup>21</sup>

### c) Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS)

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) batı toplumlarında % 5 sıklığında görülen bir hastalıktır.<sup>22-24</sup> Temelde erişkin hastalığı olarak bilinen OUAS, etyoloji, tanı ve tedavideki bazı farklılıkları ile çocukluk döneminde de sıklıkla görülebilir ve erişkinlerdeki gibi ciddi morbiditeye neden olabilir. OUAS'da lokal ve sistemik inflamasyon varlığı gösterilmiş olup, birçok hastalığın gelişmesinde bu inflamasyonun rolünün olduğu ileri sürülmüştür.<sup>24</sup> Tedavinin yapılmaması ya da aksatılması nedeniyle tedavisi zor ve pahalı, morbiditesi ağır sistemik ve damarsal hastalıklar gelişir: Hipertansiyon, inme, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon, aritmiler ve ateroskleroz bunlardan bazılarıdır. Bunların yanında tüm sistemleri etkileyen klinik tablolar gelişebilir. Ani ölüm görülebilir. Bireyin gündüz aşırı uykululuğu nedeniyle trafik ve iş kazalarının neden olduğu ağır sosyo-ekonomik sonuçlar gelişir. OUAS tanısında PSG altın standart yöntemdir.<sup>24</sup>

3) Birinci basamakta karşımıza *“uykumda çok sık kabus görüyorum, eşim uykumda kalkıp anlamsız hareketler yaptığını ve bağırdığını söylüyor, uykumda gezip dolaştığını söylüyorlar ama ben hiçbirini hatırlamıyorum, uykumda ..... oluyorum”* gibi birçok farklı yakınmayla gelen hastalarda parasomnileri düşünmemiz gerekir.

### -REM Uykusu Parasomnileri

Uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasının 2005 yılındaki yenilenmiş şekline göre REM uykusu ile ilişkili parasomniler; REM uykusu davranış bozukluğu (RDB), tekrarlayan izole uyku paralizisi ve kâbus bozukluğu şeklinde gruplanır.

### a) REM Uykusu Davranış Bozukluğu

RDB, REM uykusunun intermitan olarak kaybı, kas atonisinin bulunmaması veya rüyaların canlandırılması ile gözlenen bir tablodur. Bu klinik tablo, oneirizm (rüyaların canlandırılması), evre 1 REM uykusu, atonisiz REM, atonisiz paradoks uyku, REM uyku parasomnisi gibi alternatif isimler de almıştır. Genelde erkeklerde ve 50 yaş sonrasında görülür. Genel popülasyondaki sıklığı % 0.38, yaşlı popülasyonda ise % 0.5 olarak bildirilmiştir.<sup>25</sup>

Klinik olarak en tipik bulgular, REM uykusu döneminde seslenme, konuşma, gülme, basit ya da kompleks bazı hareketleri yapma şeklinde davranışlardır. Yumruk ve/veya tekmeler atma, sıçrama, koşma, konuşma, bağırma en sık görülen hareketlerdir. Bu davranışlar, sıklıkla rüyada görülen olaylarla bağlantılıdır, yani rüya canlandırılmaktadır. Bazen hastalar uykuda uzamış agresif konuşmalar yapar, nutuklar atar. Bu davranışların karmaşıklığı, şiddet içeriği ve sıklığı zaman içinde artacaktır.<sup>26</sup> Rüyalar genellikle şiddet içeriklidir.<sup>27</sup>

Uykudaki hareketlerin sıklığı aynı gecede dört kez ve üst üste 10 gece olabilir, bazen aylar, yıllar süren aralıklarla da ortaya çıkabilir.<sup>28</sup> İlginç olarak bu hastalar gün içinde agresif davranış ya da kişilik özellikleri göstermeyen kişilerdir.<sup>26</sup>

### b) Kâbus Bozukluğu

Kâbuslar, REM uykusundan uyandıran korkutucu rüyalarıdır. Kâbusları görmekteyken uyanan kişide bellek ve bilinç hemen yerine gelir. Kâbusların tüm detaylarıyla hatırlanıp anlatılması, belirgin otonomik aktivasyonun ortaya çıkması, uykuda motor hareketlerin eşlik etmemesi tablonun RDB, uyku terörleri ve diğer NonREM ilişkili parasomnilerden kolaylıkla ayırt edilmesini sağlar. Erişkinlerde tekrarlayan kâbusların görülme sıklığı yaklaşık % 4'tür.<sup>29</sup> Çocuklarda ve posttravmatik stres bozukluğu, madde kullanımı gibi psikiyatrik yakınması bulunan erişkinlerde bu sıklık daha yüksektir. Büyümeyle birlikte kâbus görme sıklığı azalır.

### c) Tekrarlayan İzole Uyku Paralizileri

REM uykusundaki atoni durumunun uyanıklığa karışması durumudur. Kişi uyanık durumdadır, buna rağmen solunum ve ekstraokuler kaslar hariç tüm iskelet kaslarında paralizisi mevcuttur. Genellikle sabahları REM uykusundan uyanıldığında, özellikle sırt üstü yatıldığı durumlarda, nadiren de uykuya dalarken ortaya çıkar.<sup>30</sup> Hastalar bu durumu çok korkutucu olarak tanırlar. Kişi kendini yarı uyanık durumda hisseder. Çevresinin farkında olmasına rağmen parmaklarını oynatamaz, sesini çıkaramaz. Bağırma istediğinde sesi fısıltı şeklinde çıkabilir. Hastaya seslenilmesi veya dokunulması gibi dış uyaranlarla atak birkaç dakikada sonlanabilir. Kişi uyandırılmazsa tekrar uykuya dalar ve daha sonra uyanır. Uyku paralizisine bazen halüsinasyonlar da eklenebilir. Bu durum halk arasında “karabasan” olarak adlandırılan tablodur. Genel popülasyonda

yaşam boyunca görülme sıklığı % 6-60 arasında bildirilmiştir.<sup>31,32</sup>

#### -Non-REM Uykusu Parasomnileri

Yeni sınıflamada non-REM (NREM) uykusu parasomnileri, "Uyanma Bozuklukları (NREM Uykusundan)" başlığı altında yer almakta ve üç hastalığı içermektedir: Konfüzyonel uyanmalar, uykuda yürüme ve uyku terörü.<sup>15</sup> Bu üç hastalığın ortak özelliği, atakların çoğunlukla ilk siklusta ve derin (yavaş) uyku sırasında, yani NREM III fazında ortaya çıkmasıdır.

#### a) Konfüzyonel Uyanmalar

Konfüzyonel uyanmalar sırasında kişi bazen yattığı yerde bazen de yatakta doğrularak donuk veya şaşkın bakışlarla etrafı izler, yatak örtüsünü pijamasını çekiştirmek tarzında veya bir şey arıyormuş gibi sınırlı hareketler yapabilir, anlamsız cümleler söyleyebilir. Mental aktivite yavaşlamıştır, garip davranışlarda izlenebilir; örneğin çalan kapı zilini telefon zannedip başucundaki bir cismi kulağına götürebilir. Nadiren ve uyku teröründeki kadar belirgin olmasa da terleyebilir, özellikle uyandırmaya çalışılırsa bazen ajitasyon gösterebilir. Atakların süresi 30 sn ile 35-40 dk. arasında değişebilmekle birlikte ortalama 5-15 dk. civarındadır.<sup>33-38</sup>

#### b) Uykuda Yürüme

Derin uykuda ortaya çıkan ve kalkıp yürümeyle sonuçlanan kompleks motor davranış dizilerinden oluşur.<sup>36</sup> İlişki kurulamaz, bakışlar donuk ve anlamsızdır ancak hasta etrafın farkındaymış izlenimini yaratır zira genellikle yolu üzerindeki engellere veya eşyalara takılmaz.<sup>33-35</sup> Bazen odaya dolaba tuvaletini yapma veya açık yerde çıplak dolaşma gibi uygunsuz davranışlara da rastlanır.<sup>37-39</sup>

#### c) Uyku Terörü

Hastanın derin uyku sırasında aniden doğrulup, genellikle keskin bir çığlık ve ona eşlik eden yoğun korkunun göstergesi otonomik ve davranışsal belirtilerle yatağında oturması şeklinde gerçekleşir. Gözlerde korku ve dehşet ifadesi vardır; taşikardi, taşipne, terleme, midriyasis, deride kızarma, piloereksiyon, kas tonusunda artma ve deri direncinde azalma gibi, şiddetli otonomik boşalma bağlı belirti ve bulgular gözlenir. Nabız hızındaki artış çok dramatiktir, bazı olgularda 160/dk'ya ulaşabilir. Epizodlar ortalama 15 dk. içinde

kendiliğinden sonlanır ve hasta yatıp uyumaya devam eder. Sabah olay hatırlanmaz.<sup>33-36</sup>

Uyku bozukluğu olanlarda aile hekimlerinin yapabileceği öneriler;

Aile hekimleri olarak birinci basamakta da sıklıkla karşılaşılan uyku problemlerine yönelik şunların yapılması önerilebilir;

- Kapsamlı bir anamnez (kendisi ve yakınından) ve fizik muayene,
- Hastanın ailesinde uyku bozukluğu olup olmadığının sorgusu,
- Uykuyla ilgili bozuklukların 3 ana semptomdan bir ya da birkaçıyla kendini belli ettiğinin bilinmesi ve sorgulanması (Bunlar; Uykusuzluk veya insomni / aşırı uykululuk veya hipersomni / gece içinde uyku ya da uyanıklıklar sırasında ortaya çıkan hareket veya davranışlar),
- Bu ana belirtiler dışında kalan veya beraber görülen horlama, solunum problemleri, uyku paralizileri, hipnagogik veya hipnopompik hallüsinasyonlar, katapleksi, gece veya sabah baş ağrıları gibi durumlar ve bunların ne zamandır var olduğunun mutlaka sorgulanması,
- Hastamız eğer çocuk ise şu belirtilerin araştırılması ve sorgulanması; büyüme-gelişme geriliği, okul performansında düşme, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite, huzursuzluk, inatçılık, agresyon, enürezis nokturna,
- Hastanın yatağa yatma ve kalkma düzeni, uyku süresi ve yatakta kalış süresi, çalışma şartlarının sorgulanması,
- Hastanın eşlik eden psikiyatrik veya organik rahatsızlıklarının sorgusunun yapılması,
- Hastaların uyku hijyeni sorgulanmalı ve uyku hijyeni eğitimi yapılmalıdır.

Sonuç olarak, birinci basamakta sıkça karşılaşılan, toplumda sık görülen ve gerek bedensel-ruhsal sağlığımızı, gerek iş ve sosyal yaşamımızı yakından ilgilendiren, iş ve iş gücü kabına yol açabilen, hayatımızı tehdit edebilecek ciddi komplikasyonlara ve kazalara zemin hazırlayabilen uyku bozukluklarının iyi bilinmesi; hastaların ciddi bir biçimde ele alınıp değerlendirilmesi, konunun

uzmanıyla konsülte edilmesi veya uyku merkezlerine sevk edilmesi (Ek 1), gerekli laboratuvar ve diğer inceleme yöntemlerinden de yararlanarak doğru tanıya varılması ve en uygun şekilde tedavi edilmesi gerekir.

#### KAYNAKLAR;

- 1) Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2005.
- 2) Köktürk O. Uykuda solunum bozuklukları, tarihçe, tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 1998; 46/2: 182-187
- 3) Farney RJ, Walker LE, Jensen RL, Walker JM. Ear oximetry to detect apnea differentiterapid eye movement(REM) and non-REM sleep. Screening for the sleep apnea syndrome. *Chest* 1986; 89: 533-539.
- 4) Carskadon M, Harvey K, Duke P, Anders T, Litt I, Dement W. Pubertal changes in daytime sleepiness. *Sleep* 1980; 2: 453-60.
- 5) Archbold K et al. Symptoms of sleep disturbance among children at two general pediatric clinics. *J Pediatric* 2002; 140: 97-102
- 6) Aslan S, Gülçat Z, Albayrak F, ve ark. Prevalence of insomnia symptoms: Results from an urban district in Ankara, Turkey. *Int J Psychiatry Clin Practice* 2006; 10: 52-8.
- 7) Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depres Anxiety* 2003;18: 163-76.
- 8) Roth T, Roehrs T. Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clin Cornerstone* 2003;5: 5-15.
- 9) Atay T. Uyku bozukluklarının temel belirtileri, Kaynak H, Ardiç S, ed. *Uyku fizyolojisi ve hastalıkları*, Nobel tıp kitabevi, 2011; 16: 111-17.
- 10) Yetkin S, Özgen F. insomniler, Kaynak H, Ardiç S, ed. *Uyku fizyolojisi ve hastalıkları*, Nobel tıp kitabevi, 2011; 20: 167-73.
- 11) Lavigne G, Montpalisir J. Restless legs syndrome and sleep bruxism. Prevalence and association among Canadians. *Sleep* 1994; 17: 739-43.
- 12) Lee-Chiong, T.L. Parasomnias and other sleep-related movement disorders. *Prim care* 2005; 23: 1077-106
- 13) Szucs A, Janszky J. Treatment of sleep disorders. *Orv Hetil* 2005; 146: 659-64
- 14) Tagaya H, Uchiyama M. Ryoikibetsu Shokogun Shirizu 2003; 39: 173-6
- 15) American Academy of Sleep Medicine, The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual (2nd ed) (ICSD-2). Westchester, IL, USA. 2005.
- 16) Klink M, Quan SF. Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. *Chest* 1987; 91: 540-6.
- 17) National sleep Foundation, Sleep in America Poll 2002. [http://www.sleepfoundation.org.\(14.09.2010\)](http://www.sleepfoundation.org.(14.09.2010))
- 18) Özgen F, Karadağ H, Ceyhan E. Parasomnialar. *T Klin J Psychiatry* 2001; 2: 117-25.
- 19) Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, et al. Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population. *Neurology* 2002; 58: 1826-33.
- 20) Robinson A&Guilleminault. Narcolepsy Edit. By Chokroverty S Sleep Disorders Medicine. 2nd ed. Butterworth-Heinemann 1999; 427-40.
- 21) Kok SW, Meinders AE, Overeem S, et al. Reduction of plasma leptin levels and loss of its circadian rhythmicity in hypocretin(orexin)-deficient narcoleptic humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 805-9.
- 22) Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-35.
- 23) Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea. *Am J Resp Crit Care Med* 2002; 165: 1217-39.
- 24) Arter JL, Chi DS, Girish M, Fitzgerald SM, Guha B, Krishnaswamy G. Obstructive sleep apnea, inflammation, and cardiopulmonary disease. *Front Biosci* 2004; 9: 2892-900.
- 25) Olson E, Boeve B, Silber M. Rapid eye movement sleep behaviour disorder: demographic, clinical and laboratory findingsin 93 cases. *Brain* 2000; 123: 331-9.
- 26) Schenck CH, Mahowald MW. REM sleep behavior disorder; clinical, developmental, and neuroscience perspectives 16 years

- after its formal identification in sleep. *Sleep* 2002; 25: 120-38.
- 27) Fantini ML, Corona A, Clerici S, Ferini-Strambi L. Aggressive dream content without daytime aggressiveness in REM sleep behavior disorder. *Neurology* 2005; 65: 1010-5.
- 28) Mahowald MW, Schenck CH. REM sleep behavior disorder. In Kryger MH, Roth T, Dement WC, (eds.). *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006; 897-916.
- 29) Janson C, Gislason T, De Backer W, et al. Prevalance of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep* 1995; 18: 589-97.
- 30) Cheyne JA. Situational factors affecting sleep paralysis and associated hallucinations: position and timing effects. *J Sleep Res* 2002; 11: 169-77.
- 31) Dahlitz M, Parkers JD. Sleep paralysis. *Lancet* 1993; 341: 406-7.
- 32) Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S. Prevalance and pathologic associations of sleep paralysis in the general population. *Neurology* 1999; 52: 1194-200.
- 33) Özgen F, Karadağ H, Ceyhun E. Parasomnialar. *T Klin J Psychiatry* 2001; 2: 117-25.
- 34) Thorpy MJ, Glovinsky PB. Parasomnias. In: *The Psychiatric Clinics of North America*. WB Saunders Company. December 1987; 10: 623-39.
- 35) Broughton RJ. Parasomnias. In: Chokroverty S, ed. *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations and Clinical Aspects*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1995; 381-99.
- 36) Diagnostic Classification Steering Committee; MJ Thorpy, Chairman. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. American Sleep Disorders Association, Rochester, MN, 1990.
- 37) Guilleminault C. Parasomnias. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994; 567-73.
- 38) Atay T. Parasomniler. Baklan B, ed. *Uyku Bozuklukları*. Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak Dergisi Özel Sayısı 2005: 27-41.
- 39) Buchanan A. Sleep walking and indecent exposure. *Med Sci Law* 1991;31: 38-40.



## Ek 1: Türkiye'deki uyku merkezleri;

## İSTANBUL

**İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Prof. Dr. Derya Karadeniz  
Telefon: 0212 4143163  
Yatak sayısı: 6

**Nöropol EEG ve Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Prof. Dr. Baki Göksan  
Telefon: 0212 225 8743  
Yatak sayısı: 2

**VKV Amerikan Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Dr. Sabri Derman  
Telefon: 0212 3112000-4501-2123  
Yatak sayısı: 2

**"UYKUM" Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Prof. Dr. Hakan Kaynak  
Telefon: 0212 2841042-43  
Yatak sayısı: 5, Web Sitesi: [www.uykum.com](http://www.uykum.com)

**UYEPAM S.B. Bakırköy Profesör Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uyku ve Epilepsi Araştırma Merkezi**

Sorumlu: Doç. Dr. H. Turan Atay  
Tel: 0 212 543 65 65 / 2506 – 2507 – 2508  
Yatak sayısı: 2

**S. B. Süreyya Paşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Uz. Dr. Gülfem Yurteri  
Tel: 0216 421 42 00 / 1483 - 1219  
Yatak sayısı: 5, Web Sitesi: [www.sureyyapasa.gov.tr](http://www.sureyyapasa.gov.tr)

**S.B Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Uyku Merkezi**

Sorumlu: Uz. Dr. Banu Salepci  
Tel: 0216 441 39 00 - 1510  
Yatak sayısı: 1, Web Sitesi: [www.sbkeah.gov.tr](http://www.sbkeah.gov.tr)

## ANKARA

**GATA, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Prof. Dr. Fuat Özgen  
Telefon: 0312 304 4514  
Yatak sayısı: 4

**SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Doç. Dr. Sadık Ardıç  
Telefon: 312 596 27 85  
Yatak sayısı: 8

**Başkent Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Doç. Dr. Sadık Ardıç  
Telefon: 03124337760  
Yatak sayısı: 2

**Atatürk Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Dr. Bülent Çiftçi, Dr. Selma Firat Guven  
Telefon: 03123552110 / 1307 Yatak sayısı:6

**Bayındır Hastanesi, Uyku Bozuklukları Merkezi**

Sorumlu: Uz. Dr. İhsan Özcan Ertürk  
Tel:0 312 287 90 00 Yatak sayısı: 2  
Web Sitesi: [www.bayindirhastanesi.com.tr](http://www.bayindirhastanesi.com.tr)

**Uyku Arastirma Merkezi**

Sorumlu: Prof. Dr. Hamdullah Aydın  
Tel:0 312 428 68 30 - 0 312 428 68 31  
Yatak sayısı:3

**Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi**  
**Uyku Laboratuvarı**  
 Sorumlu: Doç. Dr. Sadık Ardıç  
 Tel:0312 444 99 19 Yatak sayısı: 2  
 Web Sitesi: [www.lokmanhekim.com.tr](http://www.lokmanhekim.com.tr)

## İZMİR

**9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uyku**  
**Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Prof. Dr. Barış Baklan  
 Yatak sayısı 4

**İzmir Doktor Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi**  
**Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uyku Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Uz. Dr. Zeynep Zeren Uçar  
 Tel: 0 232 433 33 33 / 2500 Yatak sayısı:3

## BURSA

**Özel Grup Medika Nöroloji Dalı Uyku Bozuklukları**  
**Merkezi**  
 Sorumlu: Dr. Nermin Çalışır  
 Tel: 0 224 234 07 08 Yatak sayısı: 2

## ADANA

**Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi**  
**Nöroloji Anabilim Dalı Uyku ve Bozuklukları Birimi**  
 Tel:0 322 338 60 60 / 3156 – 3206  
 Yatak sayısı: 2

## ANTALYA

**Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hast.**  
**Anabilim Dalı, Uyku Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Doç. Dr. Aykut Çilli  
 Yatak sayısı: 1

## ESKİŞEHİR

**Osmangazi Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Uyku**  
**Bozuklukları**  
 Sorumlu: Prof. Dr. Oğuz Osman Erdinç  
 Tel: 0 222 239 29 79 Yatak sayısı: 3

## MERSİN

**Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim**  
**Dalı, Uyku Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Doç. Dr. Okan Doğu, Prof. Dr. Serhan Sevim  
 Tel: 0 324 337 43 00 / 1359 Yatak sayısı: 3

**Özel Mersin Sistem Tıp Merkezi Uyku Bozuklukları**  
**Merkezi**  
 Sorumlu: Uz. Dr. Seyfi Arslan  
 Tel: 0324 237 59 59 Yatak sayısı: 1  
 Web Sitesi: [www.mersinsistem.com](http://www.mersinsistem.com)

## MANİSA

**Celal Bayar Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Uyku**  
**Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Prof. Dr. Hikmet Yılmaz  
 Tel: 0 236 232 31 33 / 219  
 Yatak Sayısı: 2

## TEKİRDAĞ

**AS-TIP Nörofizyoloji Uyku Bozuklukları Merkezi**  
 Sorumlu: Uz. Dr. Nurdoğan Yavuz  
 Telefon: 0282 6531947  
 Yatak sayısı: 2 Web Sitesi: [www.as-tip.com.tr](http://www.as-tip.com.tr)

#### KAYSERİ

##### Erciyes Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Uyku Bozuklukları Merkezi

Sorumlu: Prof. Dr. Murat Aksu  
Telefon: 0352 4378662 Yatak sayısı: 3  
E-posta [aksu@erciyes.edu.tr](mailto:aksu@erciyes.edu.tr)

##### Özel Acıbadem Kayseri Hastanesi

Sorumlu: Prof. Dr. Murat Aksu  
Telefon: 0352 207 44 44 Yatak sayısı: 3  
Web Sitesi: [www.acibadem.com.tr](http://www.acibadem.com.tr)

#### GAZİANTEP

##### Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Uyku Laboratuvarı

Sorumlu: Dr. Abdurrahman Neyal  
Telefon: 0342 221 07 00 Yatak sayısı: 2

#### ZONGULDAK

##### Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi

Sorumlu: Doç. Dr. Fikret Çınar, Doç. Dr. Remzi Altan  
Tel: 0372 261 01 69 Yatak sayısı: 2

#### KONYA

##### Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Laboratuvarı

Sorumlu: Uzm. Dr. Taha Tahir Bekçi  
Telefon: 0332 323 67 09 ( 1546 ) Yatak sayısı: 2