

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Rahmi ÖRS

KONYA İLİNDE YAŞAYAN 0-17 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA
UYKU BOZUKLUKLARININ SIKLIĞI

Dr. Şerife KARAÇAL

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Halûk YAVUZ

KONYA

2010

İÇİNDEKİLER

TABLolar	ii
ŞEKİLLER	iii
KISALTMALAR	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım	2
2.2. Tarihçe	2
2.3. Uyku Fizyolojisi	3
2.4. Uyku Dönemleri	4
2.5. Yaş ve Gelişimle Uyku Arasındaki İlişki	7
2.6. Çocukluk Dönemlerine Göre Uyku Bozuklukları	8
2.7. Uyku Bozukluklarının Sıklığı	9
2.8. Uyku Bozukluklarının Sınıflaması	10
2.9. Uyku Bozukluklarında Tanı	28
2.10. Uyku Bozukluklarında Tedavi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR	53
7. ÖZET	54
8. ABSTRACT	55
9. KAYNAKLAR	56
10. EK-1	61

TABLolar

Tablo 1. HGHO uyku ve HGH uykusu dönemlerinin özellikleri

Tablo 2. Uyku dönemlerinin özellikleri

Tablo 3. Çocuklarda uykuda tıkaçıcı solunum durması sendromunda yakınmalar

Tablo 4. Çocuk ve erişkinlerdeki UTSDS özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 5. Uyku terörü, kâbus ve uyurgezerlik karşılaştırılması

Tablo 6. Çocukların yaş grupları ve cinsiyetlere göre dağılımı

Tablo 7. Çocukların okul başarıları

Tablo 8. Yaş gruplarına göre ailelerin sosyoekonomik durumları

Tablo 9. Anne-babaların bitirdiği okullar

Tablo 10. Ailede uyku bozukluğu sıklığı

Tablo 11. Yaş gruplarına göre uyku düzenliliği

Tablo 12. Yaş gruplarına göre gece ve gündüz uyku saatleri

Tablo 13. Yaş gruplarına göre gündüz uykusu

Tablo 14. Tüm yaş gruplarına göre çocukların uyuduğu yerler

Tablo 15. Yaş gruplarına göre uykuda duruş şekli

Tablo 16. Yaş gruplarına göre uyunan yerin ışık durumu

Tablo 17. Yatılan odada elektronik alet bulunma durumu

Tablo 18. Yaş gruplarına göre sabah uyanma şekli

Tablo 19. Uykuya dalarken yardım isteme durumu

Tablo 20. Uykuda beslenme durumu

Tablo 21. Yaş gruplarına göre gece uykudan uyanma durumu

Tablo 22. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının dağılımı

Tablo 23. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının dağılımı

Tablo 24. Yaş gruplarına göre uykuda terleme sıklığı

ŞEKİLLER

Şekil 1. Uyku evrelerinin EEG kayıtları

Şekil 2. Yaşlara göre gece ve gündüz uyku süreleri

Şekil 3. Yaş gruplarına göre uyku süreleri

Şekil 4. Uyku bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

Şekil 5. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının sıklığı

Şekil 6. Yaş gruplarına göre en sık görülen uyku bozuklukları

Şekil 7. Uykusuzluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 8. UTSDS ve horlaması olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 9. Uyurgezerlik, karabasan ve kâbus bozukluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 10. Şuursuz uyanma, uykuda varsanılar ve uykuda inlemesi olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 10. Uyku ile ilgili hareket bozuklukları olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Şekil 11. Uykuda konuşan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

KISALTMALAR

- ÇUÖ : Çoklu Uyku Ölçümü
EEG : Elektroensefalogram
EKG : Elektrokardiyografi
EMG : Elektromiyogram
EOG : Elektrookülogram
HGH : Hızlı Göz Hareketleri
HGHO : Hızlı Göz Hareketi Olmayan
HBS : Huzursuz Bacak Sendromu
RUS : Retiküler Uyarıcı Sistem
UDÖ : Uykuya Dalma Ölçümü
UTSDS : Uykuda Tıkayıcı Solunum Durması Sendromu
UUBS : Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku kişinin ses veya diğer uyanıklarla uyandırılabilceği geçici bir bilinçsizlik durumudur (1). Önceleri uykunun uyanıklığı takip eden edilgen bir süreç olduğu sanılmış, ancak daha sonra uykunun etkin bir süreç olduğu anlaşılmıştır (2).

Uyku biyolojik yapıyı her düzeyde etkileyen bir durumdur. Uzun süreli uykusuzluğun vücudun ısı kontrolünde, beslenme metabolizmasında, bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde bozulmaya yol açtığı bilinmektedir (3).

Fetusta 32. haftadan sonra uyku-uyanıklık dönemleri ortaya çıkmaktadır. Yenidoğanın toplam uyku süresi 19 saat olup bunun % 57 si gece uykusudur. Bir yaşında uykunun günlük düzeni oluşur. Gündüz uykuları 4-5 yaşından sonra azalır. Çocukluk çağı süresince toplam uyku süresi azalarak, ortalama 8 saate iner (2). Bu insan ömrünün yaklaşık üçte birinin uykuda geçmesi demektir. Bu uzun dönemde çeşitli uyku bozuklukları çıkabilmektedir.

Çalışmalar, çocukların yaklaşık dörtte birinin uyku sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (4). Uygun olmayan uyku alışkanlıkları ve sonucundaki yetersiz uyku süresinin çocuklarda yaygınlaştığı, bir halk sağlığı sorunu haline geldiği belirtilmektedir. İyi uyku süresinin azalması ve gündüz uyuma ihtiyacı çocukların fiziki, ruhi hayatını, okul başarısını, aile ilişkilerini etkileyebilir (5). Bebek ve küçük çocukluk çağında görülen uyku bozuklukları başlangıçta tedavi edilmezse, süreğen hale gelip yetişkin dönemde de devam edebilir (6). Bu sebeplerle, var olan uyku sorunlarının erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmesi birey ve toplum sağlığı açısından önemlidir.

Uyku tıbbı, tıbbın yeni gelişen bölümlerinden birisidir. Bu konuda tıp fakültelerinde yeterli eğitim verildiği söylenemez. Bu sebeple uyku meseleleri ile ilgili hekimlerin bilgisi azdır. Bilgi azlığı bilhassa çocuklarla ilgili uyku bozukluklarında daha belirgindir.

Bu çalışmanın amacı Konya il merkezinde yaşayan 0-17 yaş grubundaki çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığını tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Uyku çeşitli şekillerde tanımlanmıştır:

1- Uyku geri döndürülebilen bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, sadece vücudun dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, bütün vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir yenilenme dönemidir (7).

2- Günün saatlerine uygun olarak, düzenli bir şekilde günün belirli saatlerinde yaşanan, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlayan, insanları bir sonraki güne sağlıklı hazırlayan bir dönemdir (7).

3- Zihnin ve beden hareketlerinin geçici ve kısmi olarak durmasıdır (8).

4- Yirmi dört saatlik bir gün içinde kişinin ses veya diğer uyaranlarla uyandırılabilirdiği bir durumdur (8). Uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından.

2.2. Tarihçe

Uyku, tıp tarihinin başlangıcından itibaren oluşumu ve görevleri açısından araştırma konusu olmuştur. Hipokrat, vücudun iç organlarını sıcak tutmak amacıyla, kanın bu bölgelerde birikerek beyinden uzaklaştığını ve uykunun bu değişiklik sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Aristo ise alınan gıdaların ısıya dönüşerek uykululuğa yol açtığını belirtmiştir (9).

20'nci yüzyılın başlarında ise çeşitli teoriler geliştirilmeye başlamıştır. 1907 yılında daha önce de öne sürülmüş olan hipnotoksin teorisi, Legendre ve Pieron tarafından deneysel bir çalışma ile desteklenmeye çalışılmış ve uykusuz bırakılan köpeklerden alınan serumun, normal köpeklerde uykuya yol açtığı gösterilmiştir. Toksin fikri, beynin uykuya geçişi konusuna yeni bir boyut getirmiş ve etkin bir şekilde uykuyu uyaran, vücudun yaptığı bir uyku maddesi düşüncesi ortaya çıkmıştır (9).

1930'larda uyku sırasında ilk EEG çalışması yapılmıştır. 1953 yılında, uykuda hızlı göz hareketlerinin olduğu dönem, EEG de gösterilmiştir. 1956'da uykuda tekrarlayan dönemlerin olduğu bildirilmiştir. Uykuda solunum durması ilk kez 1956'da tanımlanmıştır. Çoklu uyku ölçümü (ÇUÖ (Polisomnografi)) tanımı ilk kez 1974 yılında kullanılmıştır (10).

2.3. Uyku Fizyolojisi

Uykunun başlaması, eş zamanlı olarak meydana gelen bir dizi faaliyet sonucu olmaktadır. Uykuya sebep olan en belirgin uyarı alanı, ponsun alt yarısı ve bulbusta yer alan rafe çekirdekleridir. Rafe çekirdeklerindeki sinir hücrelerinin çoğu serotonin salgılamaktadır. Serotonin uyku oluşumu ile ilgili ana aracı maddedir. Medulla ve ponsun duyuya ilgili bölgesi olan traktus solitarius çekirdeği içindeki bazı alanların uyarılması da, uyku oluşturmaktadır. Diensefalondaki hipotalamusun rostral kısmı ve talamusun uyarılması da uykuyu kolaylaştırmaktadır (1).

Uyanıklık boyunca giderek artan serotonerjik aktivite, talamus, hipotalamus ve beynin ön alt kısımlarına yayılarak uykuyu başlatan bazı maddelerin yapımına ve uykunun başlamasına sebep olmaktadır. Uykuyu başlatan maddelerin eskiden beri bilinenleri adenozin, GABA ve bazı peptidler iken, günümüzde üzerinde en çok çalışılanı 'delta uykusunu uyaran peptid'dir. 'Uyku geliştiren madde' de uykuyu geliştiren maddelerden birisidir. Ayrıca enkefalin, beta endorfin, alfa melatonin uyku ile ilgili beyindeki diğer araçlardır. Bütün bu maddeler hızlı göz hareketlerinin olmadığı {HGHO (Nonrapid Eye Movement, NREM)} uykuyu başlatmaktadır. Hızlı göz hareketleri {HGH (Rapid Eye Movement, REM)} uykusunda ise lokus seruleusun ve asetilkolinin önemi büyüktür (8).

Retiküler uyarıcı sistem (RUS) ile çevre sinir sistemi arasındaki doğru orantılı döngünün engellenmesi, uyku merkezlerinin engelleyici etkileri ve uykuyu oluşturan araçların birikmesi uyanıklıktan uykuya geçişe yol açmaktadır. Ayrıca, uykuya geçerken vücut ısısı ve kortizol düzeyi düşmekte, melatonin salgısı artmaktadır. Vücut günlük düzene uygun olarak uykuya girişe hazırlanmakta, sinir sisteminde korteks altı bölgelerde, lokus seruleus da engellenme başlamakta, giderek dorsal rafe çekirdeklerinde faaliyetin arttığı dikkati çekmektedir. Bunun sonucu, eş zamanlı olarak derin uyku ortaya çıkmakta, uyku derinleştikçe sinir sistemindeki engellenme fazlalaşmaktadır. Engellenme sürdükçe korteks altı bölgelerde kolinerjik sistem faaliyet göstermeye başlamakta ve kolinerjik faaliyet belirli bir noktaya ulaştığında ise, HGH dönemi ortaya çıkmaktadır (11).

Uyku başlıca iki fizyolojik etkiye sahiptir. Bunlardan ilki, sinir sistemi üzerine olan etkileri, ikincisi ise vücudun diğer yapıları üzerine olan etkileridir. Uzun süren uyanıklık, genellikle zihnin ilerleyici bir görev bozukluğunu ve hatta bazen sinir sisteminin anormal davranış özelliklerini beraberinde getirir. Bu sebeple, uyku hem merkezi sinir sisteminin normal etkinlik düzeyini korumasına yardımcı olmakta, hem de merkezi sinir sisteminin farklı bölümleri arasında normal dengeyi sağlamaktadır. Uyanıklık sırasında, sempatik etkinlik artar

ve iskelet kaslarına ulaşan sinir uyarılarının sayısı kas tonusunu arttıracak şekilde yükselir. Yavaş dalga uykusu sırasında ise sempatik etkinlik azalırken parasempatik etkinlik artar, kan basıncı düşer, nabız sayısı azalır, cilt damarları genişler, kaslar genellikle gevşer ve vücudun en düşük özümleme (bazal metabolizma) hızı % 10-30 azalır (1).

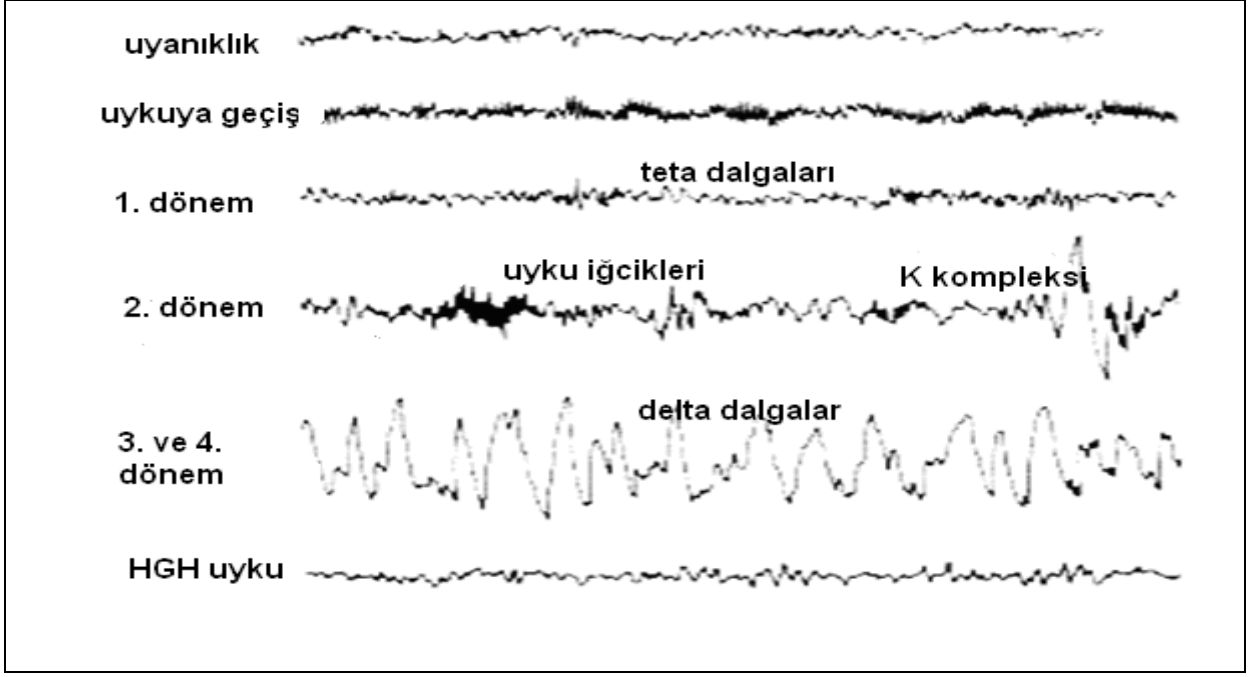
Tablo 1. HGHO uyku ve HGH uykusu dönemlerinin özellikleri (3)

	HGHO uyku dönemi	HGH uyku dönemi
Beyinde aracı düzeyleri	Norepinefrinerjik, serotonerjik, kolinerjik ve histaminerjik uyarılarda azalma	Kolinerjik uyarılarda artma, norepinefrik, serotonerjik histaminerjik uyarıda azalma
Beyin kanlanması ve özümlemedeki değişiklikler	Yaygın azalma	Limbik, paralimbik bölgelerde artış, dorsolateral kortekste azalma
EEG özellikleri	Yavaş salınımlar, delta dalgaları, uyku içcikleri, K kompleksi	Düşük dalga boylu hızlı etkinlik, teta dalgaları

2.4. Uyku Dönemleri

Uyku; iki farklı dönemden oluşur. Bunlar HGH ve HGHO dönemlerdir. HGHO dönemde kendi içinde 4 evreye ayrılır. Genç bir insanın her bir uyku süresinde geçirdiği zaman yaklaşık olarak şöyle dağılmaktadır: HGHO döneminin içinde olan 1. evre % 5 – 10, 2. evre % 45 – 60, 3. ve 4. evre % 20 – 25 ini oluştururken, HGH dönemi uykunun % 20 – 30 unu oluşturmaktadır (12).

Genellikle kısa bir uykuya dalma döneminden sonra insanlar, HGHO uyku dönemine girmektedir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra da ilk HGH dönemine girilmektedir. Daha sonra yeniden HGHO uyku dönemi başlamaktadır. Bu şekilde bir uyku süresinde, yaklaşık her biri 90 dakika devam eden 4–6 safha görülmektedir. Genel olarak uykunun ilk üçte birlik bölümünde derin uyku, son üçte birlik bölümünde de HGH uykusu daha fazla yer almaktadır (12).



Şekil 1. Uyku evrelerinin EEG kayıtları (13)

a) HGHO uyku

HGHO uyku, yavaş uyku olarak ta adlandırılır. Gittikçe derinleşen dört evreden oluşur. Birinci ve ikinci evreye yüzeysel yavaş uyku, üçüncü ve dördüncü evreye derin yavaş uyku adı verilir. Bu dönemin bir temel özelliği de büyüme hormonu (BH) salgılanmasındaki artıştır. BH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, dolaşım sistemi ve solunum sistemindeki fizyolojik olaylarda genel olarak azalma dikkati çekmektedir. Bu sebeple, bu döneme anabolik dönem adı verilmektedir. Tüm bu değişmelerin, bedenin dinlenmesine, yenilenmesine hizmet ettiği kabul edilmektedir (14).

1. evre: Uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Bu dönemde vücut ısı düşer, nabız yavaşlar, periferik kas aktivitesi ise devam etmektedir. Bu faz 0,5–7 dak sürer, EEG'de saniyede 3-7 kere görülen (yavaş) dalga etkinlikleri ve teta dalgaları görülür.

2. evre: Hafif uyku dönemidir. Kas tonusu azalır, EEG 'de saniyede 12–14 kere görülen uyku içcikleri ve K dalgası mevcuttur.

3 evre: Kas tonusu daha da azalmış, EEG'de ise saniyede 8–12 kere gelen dalgalar (delta dalgası) görülmeye başlamıştır.

4 evre: EEG'de delta görünümü hâkimdir (12).

b) HGH uyku

HGH uykuda; hızlı, birbirinin aynı göz hareketleriyle birlikte kas tonusunda azalma, kalp hızında artma, EEG’de şiddeti düşük, hızlı desenkronize bir etkinlik mevcuttur. Kasların aşırı engellenmesine rağmen bazı düzensiz kas hareketleri ortaya çıkar, bunların arasında özellikle hızlı göz hareketleri dikkati çeker. Rüya da bu dönemde görülür.

Gecenin ilk HGH dönemini HGHO’nun 2. evresi takip eder. Bu ortalama 50-90 dk aralarla her gece 3-6 kez tekrarlanır. Her dönemde delta uykusu daha da kısalır. Sabaha karşı görülen HGH uyku en uzun uyku dönemidir (8,12).

Tablo 2. Uyku dönemlerinin özellikleri (15)

Uyanıklık	Göz kapalı: Ritmik alfa dalgaları Göz açık: Görece şiddeti düşük, karışık frekans
HGHO uyku 1. evre	Görece şiddeti düşük, karışık frekans, bazen teta aktivitesi. Verteks keskin dalgaları. Çocuklarda senkron şiddeti yüksek teta boşalmaları
HGHO uyku 2. evre	Zemin; görece şiddeti düşük, karışık frekans, uyku içcikleri ve K kompleksleri
HGHO uyku 3. evre	% 20-50 oranında delta dalgaları
HGHO uyku 4. evre	% 50’den fazla delta dalgaları
HGH Dönemi	Görece şiddeti düşük, karışık frekans, teta aktivitesi, yavaş alfa, testere dişli dalgalar.

HGH uykusunun en ayırt edici özelliği rüyalardır. HGH uykusundan uyandırılan bireyler sıklıkla rüya gördüklerini bildirmektedirler. HGH uykudaki rüyalar tipik olarak soyut ve gerçek dışıdır. HGHO uykuda rüyalar oluşmaktadır, fakat tipik olarak net ve amaca yöneliktir (16).

2.5. Yaş ve Gelişimle Uyku Arasındaki İlişki

HGH uyku 27-28. gebelik haftalarında gelişmeye başlar. Kırkinci haftadan sonra HGH dönemi uykunun % 50 sini oluşturacak şekilde azalır. 3 yaşında HGH uyku dönemi uykunun % 20-25 ine düşer. Bebeklerde HGH uykunun, sinir hücrelerinin gelişiminin uyarılmasına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (17).

HGHO uyku döneminde dört aylıkken 4 farklı evre görülmeye başlar. İlk üç aylık dönemde uyanıklıktan uykuya geçiş HGH dönemi ile olurken sonraki dönemde uykuya ilk geçiş HGHO uyku ile olur (17).

Yaşa ve gelişmeye bağlı olarak uyku düzenlenmesi etkilenir. Yenidoğan bir bebek 24 saatin 16 saatini uykuda geçirirken, 18 yaşına gelindiğinde bu süre gece uykusu olarak 8 saate kadar düşer (18).

Doğumdan sonra ilk 3 ayda bebeğin uyku ve beslenmesi 3 ile 4 saat aralıklı olarak gözlenirken, 3-6 ay arası bebekte günlük uyku düzeni ortaya çıkmaya başlamaktadır. 6 aydan sonra gece uykularının daha uzun olduğu ve öğleden sonra uykularının yer aldığı uyku şekli görülmektedir. HGHO-HGH uyku değişimi ise 3 aylıkken 45 dakikada bir olurken, bu süre bir yaşa doğru 60 dakikaya, 5-10 yaş arasında ise normal erişkinlerde görülen süreye 90 dakikaya ulaşmaktadır (19).

Bir yaşındaki bir çocuk, yaklaşık 11 saatini gece uykusu, 2 saatini de gün içerisinde bir ya da ikiye bölünmüş halde gündüz uykusu ile geçirmektedir. İki-üç yaş arasında sabah uykuları ortadan kalkarken, öğleden sonra uykuları 5 yaşına kadar devam etmektedir. Çocukluk çağı süresince HGH uykusu ve toplam uyku süresi azalırken, derin yavaş uyku süresi artmaktadır.

Sekiz yaş civarında sadece gece uykuları söz konusudur. Ergenlikte toplam uyku süresi ortalama 9 saat kadardır ve uykunun yaklaşık % 40'ı derin yavaş uykudan, % 20-25'i HGH uykusundan oluşmaktadır.

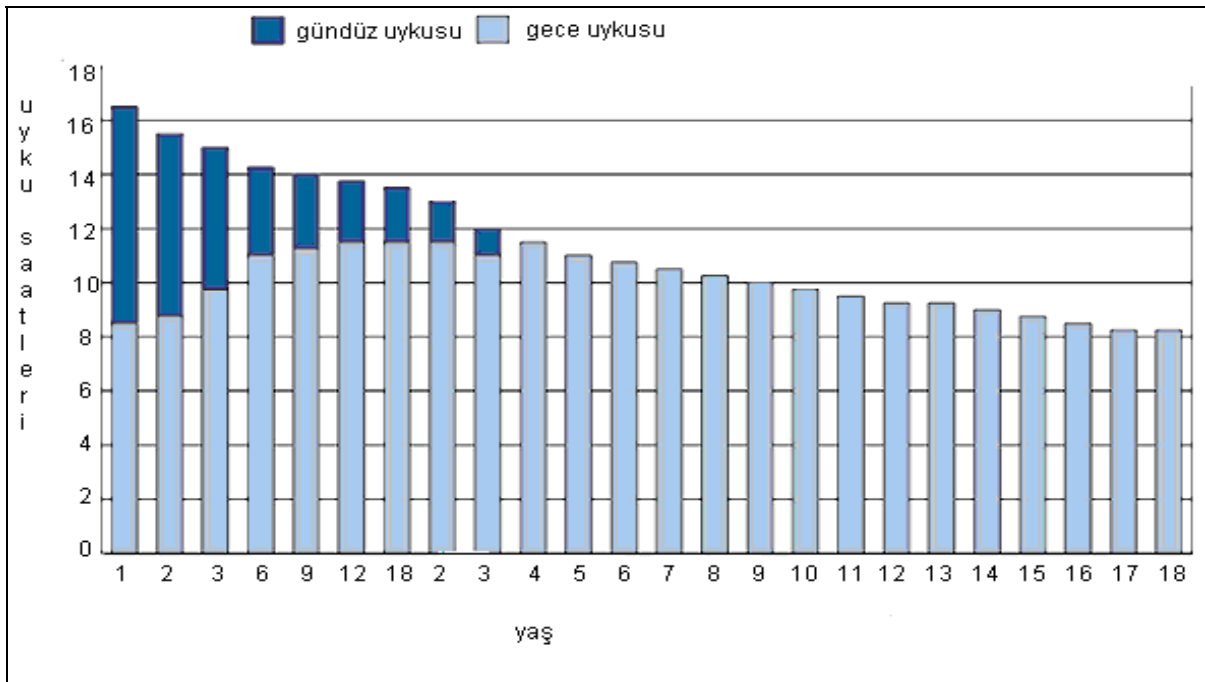
Yirmi yaş civarında uyanıklık sayısının az, uyku etkinliğinin yüksek olduğu uykular devam ederken, bu durum yaş ile birlikte giderek düşmektedir. Otuz beş yaşlarında derin yavaş uyku oranı, 20'li yaşlara göre azalma gösterirken, HGH uykusunun toplam uyku süresine oranı % 25 olarak sabit kalmaktadır.

Yaşlılarda ise gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uyuklamaların sayısı ve süresi artış göstermektedir. Gece içerisindeki uyanıklık sayısının artması ile birlikte uyku etkinliği belirgin bir şekilde azalmaktadır (19).

2.6. Çocukluk Dönemlerine Göre Uyku Bozuklukları

(0-2 ay): Bu dönemde uyku-uyanıklık düzeni henüz oluşmamıştır ve bebek günde ortalama 10,5-17 saat uyur (20). Uyku süreleri düzensiz olup genellikle üç saat aralarla uyanırlar. İlk haftalarda uyku-uyanıklık döngüsü beslenme faaliyetlerine göre değişir. Uyku sırasında emme, gülümseme, kol ve bacaklarda seğirmeler izlenebilir. Yeni doğan uykusunun büyük bir bölümü HGH döneminden oluştuğu için dış uyaranlara hassas ve kolay uyandırılırlar.

Süt çocukluğu (3ay-12 ay): Yaşamın üçüncü ayından itibaren uyku uyanıklık düzeni ve gece gündüz farklılığı oluşmaya başlar. Sık beslenme uykuyu bölen sebepler arasında olduğu için, çocuğun gece beslenmesi gereksinime göre yapılmalıdır Memeyle beslenenlerde, mama ile beslenenlere oranla gece uyanmaları daha sıklıkla olmaktadır (21). Dört aylıktan sonra anneler, yatmadan önce verilen gıda miktarını artırarak doyan bebeğin gece kesiksiz uyumalarını sağlayabilir (22).



Şekil 2. Yaşlara göre gece ve gündüz uyku süreleri (23)

Oyun çocuğu (1-3 yaş): Bir yaşındaki bir çocuk 2-3 saatlik sürelerle yaklaşık 13-16 saat uyur. Bu dönemde çevre ve sosyal etkileşimler, örneğin; uzun süre emme dönemi, aynı yatağı paylaşma gibi süreçler bebeğin uyku düzenini etkilemektedir. Bir-iki yaşlarında sıklıkla

uykuya yatma direnci görülmektedir. Ayrıca bu yaş grubundaki bebeklerin % 10-44'ü geceleri sık olarak uyanmaktadırlar (22).

Okul öncesi dönem (4-6 yaş): Bu yaş gruplarında uykuya dalma güçlüğü ve gece uyanmalar siktir. Bu şikâyetlerin pek çok sebebi olabilir. Ancak en çok görülen sebep, uykuya başlama çağrışımları ile ilgili olanlardır. Ebeveynlerin yardımı olmaksızın yerleşme ve uykuya dalma, çocuklarda öğrenilen davranışlardır. Eğer bir çocuk uykuya dalmak için annesinin yardımına (sallama, besleme, kucağa alma gibi) ya da özel bir hususa (oyuncak, müzik) alışmışsa, gece uykusu içindeki uyku basamakları arasında görülen uyanmalarda da bu çevre şartlarını isteyecektir. Uykuya dalma güçlüğü olan çocuklarda, bu fizyolojik uyanışlarda ebeveynin müdahalesi ya da alışılmış özel davranışların yapılması gerekir. Bu meselenin en iyi tedavi yöntemi davranış tedavileridir (18).

Okul çağı (7-12 yaş): Okul çağı çocuklarında uykuya dalma güçlüğü ve uyanma sorunları daha çok endişe, üzüntü, sıkıntı ve korkulara bağlıdır. Bu sorunlar gece korkmaya, kâbusa ya da gündüz olan zedeleyici bir olaya verilen tepki şeklinde ortaya çıkabilir (18). Bu yaş grubundaki çocukların % 37'sinde uyku sorunları rapor edilmiştir. Bunların % 15,1'i uykuya yatma direnci, % 10,7'si kâbus görme, % 9,9'u uyku süresinde kısalma, % 8,1'i uykuya başlamada gecikme, % 3,7'si horlama ve solunum durması biçimindedir (24).

Ergenlik (13-17 yaş): Ergenlerdeki uyku sorunları genellikle erişkinlerinkine benzer. Çöküntü, kaygı, üzüntü ve şartlanma sorunların ana temalarını oluşturur (18). Bu dönemde televizyon, nikotin, kafein, internet, okul çocuğun uyku süresini etkileyen önemli çevresel etkenlerdir. Ergenler gittikçe daha geç saatlere kadar uyanık kalırlar ve sıklıkla hafta içi günlerde 6-7 saat kadar uyurlar. Tipik olarak, kayıp olan uykunun giderilmesi için hafta sonunda uyku borçlarını ödemeye çalışırlar. Buna karşın kısa uykuyu izleyen düzensiz uzun uyku süresi zamanla biyolojik saati bozar. Aileler gencin geç yatmasından, kolay uyandırılmamasından ve gündüz uyuklamasından yakınırırlar (22).

2.7. Uyku Bozukluklarının Sıklığı

Uyku-uyanıklık düzenlenmesinin biyolojik olgunlaşma ve gelişimsel etmenler ile etkileşmesi sebebiyle çocuklarda uyku bozukluklarının görülme sıklığı yüksektir.

Çalışmalar, çocukların yaklaşık dörtte birinin uyku sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (4,22). Bu çocuklarda uykuya dalma güçlüğü % 23, gece sık uyanmalar % 28, karabasan % 6,5, altını ıslatma % 17, kâbus bozukluğu % 31, uykuda konuşma % 32, diş gıcırdatma % 9,5 sıklığında görülmektedir (25).

Başka bir çalışmada, 3 yaş grubu çocukların % 14'ünde gece sık uyanma, % 12'sinde uykuya dalmada zorluk, 8 yaş grubunda ise % 12 uykuya dalmada güçlük, % 3 oranında da gece sık uyanma bildirilmiştir (26).

Uluslararası uyku bozuklukları sınıflaması (UUBS-2) 2005 kitabında çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığı şöyle belirtilmiştir: Uyurgezerlik % 17, karabasan % 1-6,5, uyku felci % 5, kâbus bozukluğu % 10-50, uykuda konuşma % 5, uykuda horlama % 10-12, uykuda tıkayıcı solunum durması % 2, şuarsuz uyanma % 17,3, çocukluk çağının davranışla ilgili uykusuzluğu % 10-30, gecikmiş uyku faz bozukluğu % 7-16 oranında bildirilmiştir (27).

2.8. Uyku Bozukluklarının Sınıflaması

Uyku bozukluklarının sınıflandırılmasında farklılıklar görülmektedir. 1975 yılında kurulan 'Uyku Bozuklukları Merkezleri Derneği' 1979 da uyku bozukluklarını 4 bölüme ayırmıştır. Bölüm A uykunun başlatılması ve sürdürülmesi ile ilgili bozuklukları; bölüm B aşırı uyuklama bozukluklarını; bölüm C uyku-uyanma program bozukluklarını, bölüm D uykuda beliren anormal davranış ve belirtileri tanımlar.

DSM-IV'de ise uyku bozuklukları 3 grupta incelenmektedir. İlk grupta doğrudan (primer) uyku bozuklukları, ikinci grupta diğer zihni bozukluklarla birlikte olan uyku bozuklukları, üçüncü grupta ise dolaylı (sekonder) uyku bozuklukları ele alınmaktadır (8).

1991 yılında Amerikan Uyku Bozuklukları Merkezi 'Uluslar arası uyku bozuklukları sınıflaması-1' (UUBS-1) 'i oluşturmuştur. Bu sınıflama 84 uyku bozukluğunu içermektedir ve 4 ana gruptan oluşmaktadır (9). Bu merkezin son sınıflaması olan 'Uluslararası uyku bozuklukları sınıflaması-2' (UUBS-2) 2005 yılında yayınlanmıştır. Bu sınıflama 85 uyku bozukluğunu içermekte ve 8 ana gruptan oluşmaktadır (27).

- 1- Uykusuzluklar (İnsomnia)
- 2- Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları
- 3- Beyinle İlgili Aşırı Uyku Şekilleri (Santral Kökenli Hipersomnia)
- 4- Günlük Düzen Bozuklukları (Sirkadyen Ritim Bozuklukları)
- 5- Parasomniler
- 6- Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları
- 7- Tek Belirtiler, Normalin Değişik Şekilleri
- 8- Diğer Uyku Bozuklukları

2.8.1. Uykusuzluklar

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme, sonlandırmaya ilişkin yakınmalar ve dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmaktadır. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında ise Uykusuzluk, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olamadığı durumlar olarak tanımlanır (28).

UUBS-2'ye göre Uykusuzluklar şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. İveğen Uykusuzluk
2. Psikofizyolojik Uykusuzluk
3. Paradoksal Uykusuzluk
4. Sebebi Bilinmeyen Uykusuzluk
5. Zihni Bozukluklara Bağlı Uykusuzluk
6. İyi Uyku Yetersizliği
7. Çocukluk Çağının Davranışla İlgili Uykusuzluğu
8. İlaç veya Madde Kullanımına Bağlı Uykusuzluk
9. Tıbbi Hastalığa Bağlı Uykusuzluk
10. Bir Maddeye veya Bilinen Fizyolojik Duruma Bağlı Olmayan Uykusuzluk
11. Özellikleri Tam Belirtilmemiş Uykusuzluk (Nonorganik Uykusuzluk)
12. Özellikleri Tam Belirtilmemiş Fizyolojik Uykusuzluk (Organik Uykusuzluk)

Çocukluk yaş grubunda, güçlkle uykuya dalma ve uykuyu devam ettirememeye en sık görülen bozukluklardır ve okul öncesi yaşlarda çok yaygındır. Buna karşın doğrudan uykusuzluğun tanı ölçütleri nadiren bu yaş grubu için kullanılabilir. Bu sebeple, bu tip uyku yakınmaları 'protodissomni' olarak sınıflandırılır. Protodissomniler tekrarlayıcı gece uyanmaları ve uykuya dalmada güçlkle kendini gösterir. Gece uyanma sorunları uykuya dalma sorunlarından daha önce belirir (29).

Uykusuzluğun erişkin nüfustaki sıklığı % 30-40 civarında olup, ağır ve kalıcı bir şekilde uykusuzluktan yakınmaların oranı ise % 10-20 dir (30). Çocuklarda ki uyku bozuklukları ile ilgili yapılan çok sayıdaki çalışmada gece sık uyanma ve yatağa yerleşme ile ilgili sorunlar bebeklerde % 40; yatağa gitmeye direnç, uykuya dalmakta güçlük ve bozulmuş gece uykuları okul öncesi çocuklarda % 25-50 sıklıkla görülmektedir. Okul çağı çocuklarının % 31'inde uykuya dalma ve sürdürme ile ilgili sorunlar görülmektedir (31). Liu ve ark.(32) 12-18 yaş grubu çocuklarda uykusuzluk belirtilerini % 17 oranında rapor etmişlerdir.

Uyku alışkanlıklarının oluşmasında anne-babanın çocuğu yetiştirme değerleri de önemlidir. Gecenin başlangıcında yatağı dışında uykuya dalan bebeklerde, süreç içerisinde,

tekrarlayan uyanmalar daha sık olmaktadır. Buna zıt olarak, uyumaya kendi yatağında başlayan bebekler geceleri uyandıklarında uykuya dönüşleri daha kolay olmaktadır (22).

Çocukluk Çağının Davranışla İlgili Uykusuzluğu

Çocukluk çağı davranışla ilgili uykusuzluğunun ana özelliği, belirlenmiş bir davranışla ilişkili olan uykuya dalma güçlüğü, uykuda kalma güçlüğü veya her ikisinin birlikte olmasıdır. Uykusuzluk, uygunsuz uyku birliktelikleri veya yetersiz sınır koymanın bir sonucudur. Çocukluk çağında sıklığı %10 ile %30 arasındadır (27).

1) Uyku başlangıcıyla ilgili tür: Uygunsuz uyku birlikteliklerine olan bağımlılıkla ve genellikle sık gece uyanmalarıyla kendini gösterir. Bu bozuklukta uykuya dalma süreci; özel bir uyarana (televizyon izleme, sallanma), eşyayla (biberon) veya düzenlemeyle (aydınlık oda, ebeveynlerin yatağı) ilişkilidir. Bu durumların yokluğunda çocuk uzun süre uykuya dalamaz. Tipik olarak bu bozukluğun bulunduğu çocuklar uyku başlangıcına özel rahatlatıcı yöntemlerle veya eşyalarla geçerler. Bu koşullar olmadığı zaman, yatma vaktinde ve normal gece uyanmalarında uykuya dalmada zorluk çekerler. Uykuya dalmayla ilgili şartlar sağlandığında, çocuk genellikle uykuya çabucak döner. Büyük çocuklar ve yetişkinler, uyku birlikteliklerini seçme ve kontrol etmede daha özgürdürler ve bu yüzden sorun bu yaş grupları arasında daha az görülür (27).

2) Sınır koyma türü: Uykudan kaçma veya uyumayı reddetme ile kendini gösterir. Yatma vakti sorunları, sıklıkla ebeveynlerin sınırları düzenlemesinde ve davranış yönetimindeki yetersizliklerinden kaynaklanır. Yatma zamanından kaçma davranışları, yatma vaktini veya uyuma programını erteleme girişimlerini içerir. Çocuğun öğrendiği şeylere dayanan istekler bir ailesel cevaba yol açacaktır. Zamanında yatmayı reddetme, çocuğun uyku için hazır olmayı, yatakta veya yatak odasında kalmayı reddetmesi gibi davranışları içerir. Sıklıkla ebeveynlerin yatak odasından çıkışını takiben uyanırlar. Bazı çocuklarda, yatma zamanından kaçışın bulgusu olan ürkek davranışların yanı sıra gece korkuları da görülür. Bununla beraber, normal ve abartılmış ayrılma kaygısı küçük çocuklarda davranışla ilgili uykusuzluğu tetikleyebilir. Sınır koyma türü uyku sorunları, geceleyin çocuğun ebeveynlerin yatağında uyumasına izin verildiği takdirde giderek belirginleşir. Gece vakti uyku rahatsızlığı sıklıkla anne-babanın yetersiz uyumasına ve buna bağlı gündüz yorgunluğuna sebep olur. Devam eden uyku sorunlarına nasıl cevap verileceği veya nasıl müdahale edileceği konusunda eşler arasında tartışma ve anlaşmazlıklar ortaya çıkabilir. Aileler uykularını bozan ve gece boyu onların dikkatini isteyen çocuğa karşı olumsuz hisler de edinebilir. Çocuk büyüdükçe özgürlük ve kişisel gizlilik daha önemli hal alır, uyku sorunları azalabilir. Sinirlilik, azalmış

dikkat ve azalmış okul başarısı yeni meseleler olarak çıkabilir. Ailede gerginlik ve bakıcıda uyku azlığı da sonuçlar arasındadır (27).

İveğen Uykusuzluk

Üç aydan daha kısa süreli ıveğen geçici bir sıkıntıya bağılı olarak (fiziksel, çevresel, kişiler arası, psikososyal, psikolojik) ortaya çıkar. Bu sıkıntı veren durum ortadan kaldırıldığında düzelir (27).

Psikofizyolojik Uykusuzluk

Sıkıntı, endişe gibi faktörlere bağılı olarak uykuya başlama, devam ettirmede güçlük ve gün içi işlevsellikte azalma olarak tanımlanır. Tekdüze uğraşlar sırasında kolaylıkla uyuyabilirken istendiğinde uykuya dalamazlar. Bu hastalar kendi odalarında uyumazken başka mekânlarda çok rahat uyuyabilirler (28).

Paradoksal Uykusuzluk (Uykuyu yanlış değerlendirme)

Uykuyla ilgili objektif hiçbir bozukluk olmamasına karşılık, uykusuzluktan şikâyet ederler. Hastalar, aylar ve hatta yıllardır uyumadıklarını söyleyebilirler. Hâlbuki uyku ölçümünde uyku süresi ve kalitesi normaldir (28).

Sebebi Bilinmeyen Uykusuzluk

Çocukluk dönemi başlangıçlı uykusuzluk olarak da adlandırılır. Uyku-uyanıklık sisteminin denetimindeki bir bozukluğa bağılı olarak, yaşam boyu yeterli uyku uyuyamama olarak tanımlanır. Diğer uykusuzluk türlerine göre süreğen ve dirençlidir(28).

İyi Uyku Yetersizliği

En az bir ay süreli kişinin uyku ile ilişkili aktivitelerine bağılı olarak iyi kalitede bir uyku sürdürememesidir. Olumsuz şartları belirlemek ve düzeltmekle sorun çözülür (27).

2.8.2. Uykuda Solunum Bozuklukları

Uyku sırasında çoğunlukla horlamanın eşlik ettiği solunum düzensizlikleridir. Bu hastalıkların gece uykuda ortaya çıkması ve belirtilerin hafife alınabilecek türden olması genellikle teşhisin gecikmesine sebep olur (33).

UUBS-2'ye göre uykuda solunum bozuklukları şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. Beyinle ilgili uykuda solunum durması sendromu (Santral uyku apne sendromu)

2. Uykuda tıkalıcı solunum durması sendromu (Obstrüktif uyku apne sendromu)
3. Uyku ile ilişkili solunum azlığı/oksijen azlığı sendromları
4. Diğer uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

Çocuklarda Uykuda Tıkalıcı Solunum Durması Sendromu (UTSDS)

Bu bozukluk, çocuklarda üst hava yolunun kısmi veya tam bir şekilde aralıklı olarak tıkanması sonucu, normal hava akışının ve uyku yapısının bozulmasıdır (34).

Çocuklarda UTSDS yeni doğanlardan ergenliğe kadar her yaşta görülebilir. Çocuklarda UTSDS, erişkinlerde olduğu gibi sıklıkla erkeklerde değil, her iki cinsten de eşit görülmektedir. Tüm çocukların yaklaşık % 7-9'unun horladığı (% 6'sının her gece, % 18'inin enfeksiyon dönemlerinde) ve çocuklarda UTSDS sıklığının yaklaşık % 0,5-3 olduğu tahmin edilmektedir. Hastalık görülme sıklığı 4-8 yaşları arasında doruğa çıkmaktadır (35).

Hayatın ilk günlerinden altı aylık oluncaya kadar, temizlenmesi zor, artmış salgılara yol açan üst solunum yolu enfeksiyonları UTSDS'nin en sık rastlanan sebebidir. Daha büyük çocuklarda ise bademciklerin büyümesi, UTSDS'nin en sık rastlanan sebebidir (34). Ayrıca yüzün orta bölgesinin küçüklüğünün, çenenin küçük ve geride olmasının eşlik ettiği baş yüz anomalileri ya da sinir kas hastalığı, şişmanlığı olan çocuklarda da UTSDS'ye sıklıkla rastlanır (36).

Hastalarda, horlama, gürültülü soluk alıp verme, ağzı açık uyuma gibi belirtilerin yanı sıra oksijen azlığı, karbondioksit fazlalığı, uyku düzeni bozuklukları, gün boyu devam eden davranış bozukluğu ve aşırı uyku isteği bulunabilir (37). Aileler genellikle çekilmeler, paradoksik solunum ve hava akımının kesilmesi iken birlikte olan artmış solunum çabasını tanımlarlar. Çocuklar bu nefes almada belirgin zorlanma sonucu genellikle boğulma hissi ile uyanırlar. Çocuklar uyurken rahatsızdırlar ve hava yolunun açık kalmasını sağlayabilecek şekilde boyunlarını arkaya atarak uyumayı tercih ederler. Aileler uyku sırasında fazla terlemeden bahsederler. Çocuklarının solunumları konusunda endişelidir ve solunum durması nöbetlerini sonlandırmak için çocuğu uyandırır (36).

Tablo 3. Çocuklarda uykuda tıkalıcı solunum durması sendromunda yakınmalar (35)

GECE YAKINMALARI	GÜNDÜZ YAKINMALARI
Horlama	Ağızdan soluma
Uykuda nefes kesilmesi	Gün boyu yoğun uyuklama hali
Sık uykudan uyanma, huzursuz uyku	Sabah baş ağrıları
Kâbus görme	Okul başarısını düşük olması
Altını ıslatma	Davranış bozuklukları
Terleme	Gelişme geriliği
Sabah uykudan dinlenmeden uyanma	Büyüme geriliği
Uykuda yürüme	

UTSDS olan çocukların tanısında en güvenilir yöntem ÇUÖ dür. ÇUÖ uykusu sırasında uykusu evreleri, solunum, nabız, kas faaliyetleri, gaz değişimi ve horlamayı belirtip kayıt eden, hastayı çok az rahatsız eden bir yöntemdir. Bu çalışmanın çocuğun gece uykusu sırasında sakinleştirici almadan veya öncesinde uykusuz bırakmadan uygulanması önerilir.

Çoklu uykusu ölçümü sırasında uykusu evrelerini belirlemek için EEG, çene EMG ve EOG kayıtları kullanılır. Solunum parametreleri olarak göğüs duvarı ve karın hareketleri, burun ve ağızda hava akımı kaydedilir, solunumun etkinliği oksijen ve CO₂ ölçümleri ile değerlendirilir (38).

UTSDS olan ve erken dönemde tanı ve tedavi almayan çocuklarda büyümede bozulma, kor pulmonale, uykuda altını ıslatma, davranış bozuklukları gibi yeni meseleler gelişebilir. Hastalar geceleri devamlı olarak bir dirence karşı nefes alıp verdikleri için kunduracı göğsü geliştirebilirler (34).

Bademciklerin alınması, çocukluk yaş grubunda UTSDS vakalarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Baş ve yüz ile ya da sinir sistemi ile ilgili sorunların yokluğunda hastaların %90'ında etkin iyileşmeyi sağlayabilmektedir. Bademciklerin enfeksiyonları sebebi ile büyümesinde ise ilaç tedavisi verilir (34).

Tablo 4. Çocuk ve erişkinlerdeki UTSDS özelliklerinin karşılaştırılması (38)

Özellikler	Çocuklar	Erişkinler
Sıklığı	% 2	% 2-4
En sık görüldüğü yaş	2-6 yaş	30-60 yaş
Cinsiyet	Kız/erkek=1	Erkek > Kız
Başlıca sebep	Bademciklerin büyümesi	Şişmanlık
Birlikte görüldüğü durumlar	Baş, yüz anomaliler	Adetten kesildikten sonra
Gün içi belirtiler	Uyuklama nadir	Uyuklama sık

Çocuklarda UTSDS tedavisinde can yakıcı olmayan solunum (non invaziv ventilasyon) esas tedavi olarak değil, diğer tıbbi tedavilerle düzelme göstermeyen hastalarda kullanılan bir yöntemdir. Uyku sırasında pozitif basınç, genelde burun, bazen burun-ağız yoluyla ve maskeler aracılığı ile hastaya iletilir (38).

Beyinle ilgili uykuda solunum durması sendromu

Uyanırken solunum kontrolünü sağlayan beyin sapındaki solunum merkezi uykuda yetersiz kalmaktadır. Bu durum, beyin sapının solunumla ilgili nöronlarının olgunlaşmamış olmasına bağlıdır. Günsüz doğan bebeklerde bu tip solunum durması geçici olarak görülebilir (27).

Uyku ile ilişkili solunum azlığı/oksijen azlığı ile ilgili durumlar

$PaCO_2 > 45mmHg$ ya da uyanıklıktaki düzeylerine göre orantısız artmış olması olarak tanımlanmaktadır (27).

2.8.3. Beyinle İlgili Aşırı Uyku Şekilleri

UUBS-2'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. Katapleksili Narkolepsi
2. Katapleksisiz Narkolepsi
3. Tıbbi Duruma Bağlı Narkolepsi
4. Özgül Olmayan Narkolepsi
5. Yineleyici Narkolepsi
6. Uyku Süresinin Uzamış Olduğu Sebebi Bilinmeyen Aşırı Uyku
7. Uyku Süresinin Uzamamış Olduğu Sebebi Bilinmeyen Aşırı Uyku

8. Davranışla İlgili Sebeplere Bağlı Yetersiz Uyku
9. Tıbbi Bir Duruma Bağlı Aşırı Uyku
10. İlaç, Madde ve Alkol Kullanımına Bağlı Aşırı Uyku
11. Organik Kökenli Olmayan Aşırı Uyku
12. Organik (Fizyolojik) Aşırı Uyku

Narkolepsi

Narkolepsi hastalığı, gün içinde dayanılmaz uyku nöbetleri ile kendini gösteren süreğen bir durumdur. Katapleksili narkolepsi tipik olarak katapleksi, uykuya dalarken olan varsanılar ve uyku paralizisi gibi diğer HGH uyku olaylarının eşlik ettiği aşırı uyku hali ile birlikte (39).

ABD’de sıklığı 100.000 de 1,3 dür. 235 çocuk vaka ile yapılan bir meta analiz çalışmasında ilk belirtileri 15 yaşın altında ortaya çıkan vakaların oranı % 34, 10 yaşın altında çıkanların oranı % 16,5, 5 yaşın altında çıkanların oranı % 4,5 olarak tespit edilmiştir (17). Erkeklerde daha sık rastlanır, genellikle yirmili yaşlarda başlar. Narkoleptiklerin akrabalarında % 10 oranında narkolepsiye rastlandığı bildirilmiştir. Birinci derecede akrabalarda bu oran % 1-2’dir (40).

Hastaların önemli bir kısmında bazı HLA alt grupları ile (HLA DQB1*0602, HLA DR15, HLA DRB1*1501, HLA DRB1*1503, HLA DR2, HLA DQA1*0102) ilişki görülmüştür. Ayrıca, hipokretin (oreksin) ile ilgili genin gösterilmesiyle genetik temelli çalışmalar önem kazanmıştır (40).

Gündüz uyku nöbetlerinin her hasta için gün içinde değişik zaman dilimlerinde yoğunlaştığı dikkati çeker. Bu nöbetler genellikle dakikalarca sürmektedir. Gündüz uyku nöbetleri, araba kullanma, toplantı, ders gibi istenmeyen zaman ve ortamlarda da olabilmektedir. Uyku nöbetleri her zaman dinlendiricidir. Bu özellik hastalığın teşhisinde önemlidir.

Katapleksi ani bir heyecan sonrasında kas tonusundaki azalma halidir. Heyecan yaratan olay sevinç veya üzüntü şeklinde olabilir. Uyku nöbetinden bağımsız oluşur ve genellikle birkaç dakika sürüp geçer (41).

Varsanılar hastalığın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir ve uykuya dalarken (hipnogojik) ya da uykudan uyanırken (hipnopompik) görülürler. Varsanılar işitmeyle veya görmeyle ilgili olabileceği gibi senestezik (bedenlerinde farklı, tuhaf, acayip durumlar olduğuna dair saplantıların olması; sürekli olarak birinin dokunduğu gibi) de olabilir (40).

Uyku felci varsanıya göre daha sıkıntı verici ve hastayı hekime götüren sebeplerden biridir. Hasta kıpırdayamadığını, o anda nefes alamadığını hisseder ve ses çıkaramaz. Bu dönem kendiliğinden ya da çevreden gelen bir uyararla 10-15 saniyede sonlanabilmektedir (41).

Sendrom yukarıdaki belirtilerden herhangi biri ile başlayabilir, uyku nöbetleri ve katapleksi dışındaki belirtiler hastalığın herhangi bir aşamasında görülebilir veya hiç görülmeyebilir (41). Tanı genellikle klinik olarak konulmaktadır, bununla birlikte ÇUÖ ile de doğrulanmalıdır (42).

Uyku Süresinin Uzamış Olduğu Sebebi Bilinmeyen Aşırı Uyku

En az üç ay süreli hemen her gün aşırı gündüz uykusu vardır. Gece ve gündüz uykusundan güçlkle uyanırlar ve gece on saatten fazla uyurlar. Bu hastalığın kesin tanısı ÇUÖ ile konulur (27).

Uyku Süresinin Uzamamış Olduğu Sebebi Bilinmeyen Aşırı Uyku

Gece uyku süresi normaldir (6-10 saat). En az üç aydır hemen her gün olan aşırı gündüz uykululuğu vardır. Bu hastalığın kesin tanısı ÇUÖ ile konulur (27).

Yineleyici Narkolepsi

Haftalık ya da aylık aralarla tekrarlayan, günler ya da haftalarca süren artmış gündüz uykululuğu vardır (28). Bu grupta Kleine-Levin sendromu ve adette ilişkili hipersomnia yer almaktadır (27).

Davranışla İlgili Sebeplere Bağlı Yetersiz Uyku

Kişinin uyanıklık durumunu sürdürebilmesi için gereken uyku süresini tamamlayamamasıdır. Aşırı gündüz uykusu yakınması vardır (27).

2.8.4. Günlük Düzen Bozuklukları

Günlük düzen bozukluğu, uykunun uygunsuz zamanlarda olması demektir. Bu durum ergenlerde sık görülür. Ergenler hafta içinde gittikçe daha geç saatlere kadar uyanık kalırlar ve sıklıkla bu günlerde 6-7 saat kadar uyurlar. Tipik olarak, eksik kalan uykularını hafta sonunda fazla uyuyarak gidermeye çalışırlar. Zamanla biyolojik ritim bozulur.

UUBS-2'de şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. Gecikmiş Uyku Bozukluğu
2. Erken Uyku Faz Bozukluğu
3. Düzensiz Uyku-Uyanıklık Ritmi
4. Yirmi Dört Saatten Uzun Uyku-Uyanıklık Ritmi
5. Uçma türü
6. Vardiyalı Çalışanların Uyku Bozukluğu
7. Tıbbi Bozukluğa Bağlı Uyku Düzeni Bozukluğu
8. İlaç, Madde vb Kullanımına Bağlı Uyku Düzeni Bozukluğu

Gecikmiş Uyku Bozukluğu

Gecikmiş uyku bozukluğu yaşayan bir ergen, tipik olarak normal vaktinde uyumada ve sabah zamanında uyanmada sorunlar yaşar. Aileler gencin geç yatmasından, kolay uyandırılmamasından ve gündüz uyuklamasından yakınırırlar (22).

Erken Uyku Faz Bozukluğu

Uygun istenen saate göre öne kaymıştır. Akşamları erken uyurlar ve sabahları istenen saatten daha erken uyanırırlar (27).

Düzensiz Uyku-Uyanıklık Ritmi

Uyku uyanıklık düzeninin bozulmuştur. Uykusuzluk, gündüz uykululuğu gibi belirtilerle kendini gösterir (27).

Yirmi Dört Saatten Uzun Uyku-Uyanıklık Ritmi

Vücudun uyku düzeni 24 saatlik periyoda katılmaz. Kendi içinde farklı bir uyku düzeni vardır. Bu durum kendini uykusuzluk bazen de çok uyuma şeklinde gösterir (27).

Uçma Türü

Çok uzak bir yere seyahat edildiğinde ortaya çıkan, içinde bulunulan zamana göre günün uygunsuz saatlerinde uykulu ya da uyanık olma durumudur. Bir hastalık olmamakla birlikte uyku düzeni bozukluğu oluşu sebebiyle üzerinde durulmaktadır. Belirtilerin şiddeti, birim zamanda geçilen dilim miktarı ve bireyin yapısıyla ilişkilidir. Kısa süreli benzodiazepin kullanılabileceği gibi, bulunulan bölgede olabildiğince güneş ışığı almak önerilebilir (14).

Vardiyalı Çalışanların Uyku Bozukluğu

Gece mesaisi ya da mesai saatlerinin sık değişmesiyle birlikte, asıl uyku dönemi sırasında uykusuz ya da asıl uyanıklık döneminde uykulu değildir (27).

2.8.5. Parasomniler

Parasomniler uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan istenmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler olarak tanımlanmaktadır (27). Otonom sinir sistemi değişiklikleri ve iskelet kas faaliyeti bu bozukluklara eşlik eder. Bu olaylar uykuya geçiş sırasında, HGH uyku döneminde veya HGHO uyku döneminin derin evrelerinden hafif evrelerine geçiş sırasında görülebilir (43). Parasomniaların genellikle çocukluk çağında sık görülmesi ve erişkinlik döneminde azalması, bu bozuklukların beyin gelişimi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (44).

UUBS-2’de parasomnialar şöyle sınıflandırılmaktadır (27):

A. Uyanma Bozuklukları

1. Şuursuz (Konfüzyonel) Uyanmalar
2. Uyurgezerlik
3. Karabasan (Uyku terörü)

B. HGH Uyku ile İlişkili Parasomnialar

1. HGH Uyku Davranış Bozuklukları
2. Sadece Uyku Felcinin Olduğu Tekrarlayıcı Durum
3. Kabus Bozuklukları

C. Diğer Parasomnialar

1. Uyku ile İlişkili Disosyatif Bozukluk
2. Uyku ile İlişkili Altını Islatma
3. Uyku ile İlişkili İnleme
4. Patlayan Kafa Sendromu
5. Uyku ile İlişkili Varsanılar
6. Uyku ile İlişkili Yeme Bozuklukları
7. Başka Türü Belirlenmemiş Parasomnialar
8. İlaç ya da Madde Kullanımına Bağlı Parasomnialar
9. Tıbbi Duruma Bağlı Parasomnialar

Şuursuz Uyanmalar

Uyku sarhoşluğu olarak da bilinen şuursuz uyanmalar, gece uykusundan ya da gündüz kestirmelerinden uyanma veya uyanıklık tepkileri sırasında ortaya çıkan, yineleyici şuur bulanıklığı ya da şuursuz davranışlardır (27). Genelde bebeklerde ve yeni yürümeye dönemindeki çocuklarda görülür. 3-13 yaş grubu çocuklarda sıklığı %17,3 iken, 15 yaş üstü genç erişkinlerde sıklığı %2,9 ile %4,2 tür (27).

Klinik olarak hareketlenme ve inleme ile başlar. Bağırma, ağlama ve dövme şeklinde davranışlar görülür. Çocuğu tamamıyla uyandırmak mümkün değildir (44).

ÇUÖ ile değerlendirmede genellikle gecenin üçte birlik bölümünde yavaş dalga uykusu sırasında uyanmalar ön plandadır. Tedavide en etkin yol yavaş dalga uykusunun baskılanmasıdır (45).

Uyurgezerlik

Uyurgezerlik yataktan kalkma ve gezinme gibi ani hareket ile kendini gösterir. Bu gezinme sırasında uyku devam eder, bilinç durumunun değişikliği ya da karar vermede zorluk olur. Ayrıca kişinin uykudan uyanmasında zorluk, uyandığında şuur bulanıklığı, nöbet sırasında hafıza kaybı (tam ya da kısmi), uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan belirli davranışlar, uygunsuz ya da saçma davranışlar, tehlikeli ya da muhtemel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder (27).

Toplumdaki sıklığı % 2,5-5 dir. Çocukların % 25–30 unda uyurgezerlik dönemleri görülür. Beş yaş civarında başlar, 12 yaş civarında en yüksek görülme sıklığına ulaşır, sonra giderek azalır. Uyurgezerlikte ailesel yatkınlık belirgindir. Aile üyelerinin %80'inde uyurgezerlik ya da karabasan olduğu dikkati çekmektedir (45).

Uyurgezerlik nöbetleri yatakta oturma ile başlar, genellikle anlamsız bir yüz ifadesi, etrafta bulunan cisimlere kayıtsızlık vardır. Hareketler amaçsız olmakla birlikte oldukça düzgündür. Hasta, ekseri yatağına geri dönüp uykuya devam eder. Genellikle gecede bir kere ortaya çıkar. Uyanıklık oluşmazsa sabah olaylar hatırlanmaz (28).

ÇUÖ de nöbet başlamadan önce patlama şeklinde ani, ritmik şiddeti yüksek delta dalgaları ortaya çıkmakta, bu dalgalar sıklıkla uyanıklık sırasında da devam etmektedir. Nöbetler yavaş dalga uykusunun baskın olduğu uykunun ilk birkaç saati içerisinde ortaya çıkmaktadır (45).

Tedavide odada yaralanmaya yol açabilecek eşyaların kaldırılması, pencere ve kapılarda özel kilitler, zeminde yumuşak malzemeler kullanılması gibi önlemler alınmalıdır. Ailelere bu durumun büyük olasılıkla ergenlik döneminde geçeceği bildirilmelidir. Ergenliğin ileri

döneminde ortaya çıkan uyurgezerlik nöbetlerinde değerlendirme sonucuna göre tedavi düzenlenmelidir. Diazepamın 5-10 mg/gün dozlarda kullanımının hastalığın şiddet ve sıklığını azalttığı bildirilmektedir (45).

Karabasan

Uyku sırasında, genellikle ağlama ya da yüksek sesli bir çığlık ile başlayan ve aşırı korku davranışının eşlik ettiği ve otonomik belirtilerin olduğu ani nöbetlerdir. Ayrıca kişinin uykudan uyanmasında zorluk, bir nöbetten uyandığında şuur bulanıklığı, nöbet sırasında hafıza kaybı (tam ya da kısmi), tehlikeli ya da muhtemel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder (27). Çoğunlukla 3-10 yaşları arasında başlar. Nöbetler genel olarak uykunun ilk üçte birlik döneminde görülür (43). Çocuklardaki sıklığı % 1–6,5 arasında iken erişkinlerde sıklığı %2,2 dır (27).

Klinik olarak kişi aniden tüyler ürpertici bir çığlık ile kalkar, genellikle yatakta oturur ve dış uyaranlara yanıtızsızdır, uyandığında şuur bulanık ve huzursuzdur. Yüzünde yoğun bir korku ifadesi vardır. Çocuklar korkuları belirsiz bir şekilde hatırlar (canavarlar, örümcek, yılan). Nöbet sırasında otonomik bulgular (hızlı solunum ve nabız, ciltte kızarma, terleme, göz bebeklerinde genişleme) ve kas tonusunda artış vardır.

EMG aktivitesindeki ve kalp hızındaki artışa paralel olarak EEG’de delta aktivitesinde artma gözlenir (45).

Yatak odasının güvenilirliğinin sağlanması tedavide ilk basamaktır. Nöbetler ergenlik dönemine dek devam ederse ruhi sebepler düşünülmeli ve gerekli ise psikoterapi planlanmalıdır (45).

HGH Uykuda Davranış Bozuklukları

HGH uykuda tonusun geçici kaybı ile birlikte, hareketlerin görüldüğü bozukluklardır. Sıklıkla uzuvlarda atma, uykuda konuşma ve çığlık atma görülür (28).

Sadece Uyku Felcinin Olduğu Tekrarlayıcı Durum (Tekrarlayan İzole Uyku Paralizisi)

Uykuya dalarken ya da uyanırken ortaya çıkan, genellikle endişe ve ölüm korkusunun eşlik ettiği istemli hareketleri yapamama ile kendini gösterir (27).

Tablo 5. Karabasan, kâbus bozukluğu ve uyurgezerlik karşılaştırılması (28)

	Karabasan	Kâbus bozukluğu	Uyurgezerlik
Sıklığı	% 1-6	% 5	% 2.5-5
Ortaya çıktığı dönem	3. ve 4. evre	HGH uyku	3. ve 4. evre
Klinik özellik	Ses çıkarma, endişe, hareket ve otonomik belirtiler	Ses çıkarma, endişe, hareket ve otonomik belirtiler daha az	Otomatik ve görece düzenli davranışlar
Şuur	Dağınık	Ayrıntıcı, dikkatli	Dağınık
Şiddet davranışı	Sık	Yok	Olabilir
Yaralanma	Olabilir	Yok	Olabilir
Bellek kaybı	Genellikle	Nadir	Genellikle
Başlangıç	Uykunun ilk saatleri	Gecenin ikinci yarısı	Uykunun ilk saatleri
Uyanma eğilimi	Zor	Kolay	Zor
Uyandığında	Şuur bulanık	Şuur yerinde	Şuur bulanık

Kâbus Bozuklukları

Korku, endişe, öfke, üzüntü, nefret gibi duyguları içeren rüyaların yoğun bir şekilde hatırlandığı, uykudan yineleyici uyanma nöbetleridir. Tam bir uyanıklık, hafif şuur bulanıklığı ya da yer, kişi, zaman bilme bozukluğu görülür. Uykudan sonra kâbuslar hemen hatırlanır. Bunun dışında, nöbetten sonra tekrar uykuya dönmede gecikme, alışılmış uyku döneminin ikinci yarısında nöbetlerin ortaya çıkması gibi bulgularından en az biri daha vardır (27). Genellikle gecenin ilerleyen uzun HGH uyku dönemlerinde görülür. Bazı bireyler yaşam boyu sık kâbuslarla yaşarlar, diğerleri ise başlıca sıkıntı ve hastalık dönemleri sırasında kâbus görürler (16).

Her yaşta görülmesine karşılık, en sık 3-5 yaşlarında görülür. Bu yaştaki çocukların %10-50'sinde bulunur. 7-11 yaşlarında sıklığı azalır ve ergenlik döneminde genellikle kendiliğinden düzelir. Genel nüfusta yaygınlığı ise %5'tir (45).

Klinik olarak; çocuklar uykudan uyandıklarında korku/ dehşet içeren rüyalarını, çok endişeli olmalarına rağmen ayrıntılı anlatırlar. Rüyalar diğer uyku evrelerinde de ortaya çıkabilmesine rağmen, kâbuslar tipik olarak HGH uyku döneminde özellikle uykunun ikinci döneminde ortaya çıkar. Karabasandan farklı olarak, uyku sırasında görülen hareket kabus bozukluğunda nadiren ortaya çıkar (44).

Kâbus bozukluğu olan çocukların ailelerine bunun çocuklukta normal olabileceği, genellikle ergenlik döneminde geçeceği söylenmelidir. Ayrıca korku dolu filmlerin izlenmesi, korkutucu masalların engellenmeside yardımcı olabilir (45).

Uyku ile İlişkili Disosiyatif Bozukluk

Uyanıklıkta ya da uykuya geçme sırasında ortaya çıkar. Genellikle bellek, bilinç kişilik ya da çevre algısının bütünleşmesinde bir bozulma vardır. Başlangıç yaşı çocukluk dönemi ile ergenlik dönemdir (44).

Uyku ile İlişkili Altını Islatma

Beş yaş ve üzerindeki çocuklarda görülen herhangi bir fiziksel bozukluk ile açıklanamayan, uykuda ortaya çıkan, tekrarlayıcı idrar kaçırma olayıdır. Çocuklarda yaşın ilerlemesi ile görülme sıklığı azalmaktadır. Görülme sıklığı ülkemizde yapılan bazı çalışmalara göre %11 ile %21 arasında değişmektedir (46). Erkeklerde kız çocuklarına göre 1,5 kat daha fazla görülmekte ve aile hikâyesi olanlarda sıklığı artmaktadır. Psikososyal sıklığı altında, uygun olmayan sosyal şartlarda yaşayan çocuklarda daha sık görülmektedir (47).

Uyku ile İlişkili İnleme

Uyku sırasında ses oluşumuyla giden solunum değişikliğidir. Uykuda inleme dönemlerinin sıklığı özellikle HGH uykusunda çok yüksektir. Bu sebeple HGH uykusuyla ilişkili bir durum olduğu kabul edilmektedir (48).

Patlayan Kafa Sendromu

Hem uyanıklıktan uykuya geçişte, hem de gece uyanma sırasında, hasta başında ani olarak ortaya çıkan yüksek bir sestene ya da patlama hissinden yakınır. Belirgin ağrı yakınması yoktur. Hasta olaydan sonra genellikle korku hissi ile aniden uyanır (44).

Uyku ile İlişkili Varsanılar

Uykunun başlangıcında, uykudan yanıklığa geçişte yaşanan gerçek dışı algılamalardır. Bu varsanılar daha çok görme ile ilgilidir. Bazen dokunma ve işitmeye de ilgili olabilir (44).

Uyku ile İlişkili Yeme Bozuklukları

Uyku sırasında ortaya çıkan istem dışı tekrarlayıcı yeme ve içme nöbetleridir. Normalde yenmeyen ya da zehirli maddeler tüketilir. Tekrarlayan yeme nöbetlerinden dolayı uykunun bozulması ile ilişkili uykusuzluk, gün boyu süren yorgunluk vardır (44).

2.8.6. Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları

UUBS-2'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. Huzursuz Bacak Sendromu
2. Tekrarlayıcı Uzuv Hareket Bozukluğu
3. Uyku ile İlişkili Bacak Krampları
4. Uyku ile İlişkili Diş Gıcırdatma
5. Uyku ile İlişkili Ritmik Hareket Bozukluğu
6. Türü Belirlenmemiş Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları
7. İlaç ya da Madde Kullanımına Bağlı Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları
8. Tıbbi Duruma Bağlı Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları

Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz bacak sendromu (HBS), yattıktan kısa bir süre sonra uykuya dalmayı engelleyen, alt uzuvlarda ortaya çıkan ve genellikle gerginlik, batma, yanma, iğnelenme veya tam tariflenemeyen duyu bozukluğudur. Belirtilerin dönücü özelliğe sahip olması, yani akşam saatleri ve geceleri daha belirginleşip, istirahat halinde çıkması veya artması HBS için özgüdür. Hasta bu yakınmalarını gidermek için bacaklarını hareket ettirir veya kalkıp yürür (49).

Epidemiyolojik çalışmalara göre HBS, nüfusun %1-15 kadarında görülebilmektedir ve genellikle belirtiler hafiftir. Kadınlarda iki kat fazladır ve özellikle yaşlılarda (>65 yaş) daha sık görülmektedir. Belirtiler her yaşta başlayabilir. Vakaların %43'ünün 20 yaşın altında başladığı bildirilmektedir. Ancak çoğunluk 50 yaşından sonra tanı almaktadır. Ailevi geçiş %25-50 oranında ve otozomal baskın şekildedir (50).

Yaşla birlikte belirtilerin şiddeti artmakta, bazı vakalarda ise sadece ileri yaşlarda belirtiler çıkmaktadır. HBS tanısı temelde hastanın öyküsüne dayanmaktadır. Ne yazık ki, tanıyı doğrulamak için laboratuvar inceleme ya da muayene bulgusu yoktur. Hastaların fizik muayenesi normaldir. HBS tanısında en önemli yöntem, hastalığın iyi bilinmesi ve ayırıcı tanıda düşünülmesidir (51).

Çocuklarda da erişkinlerde olduğu gibi, bacaklarda rahatsızlık hissi, uykuya dalma ve uykunun sürdürülememesi sorunları görülebilir. Bazı çocuklarda HBS'na bağlı rahatsızlık hisleri, 'büyüme ağrısı' sanılabilir. Bacak ağrısı olmayan ya da çok hafif olan vakalarda uyku sırasında görülen bacak atmaları öykünün derinleştirilmesi için uyarıcı olabilir (51).

Huzursuz bacak sendromunun patofizyolojisi tam açık değildir. Ancak yapılan çalışmalarda, yetersiz demir ile ilişkili durumlarda HBS belirtilerinin sık olduğu görülmüştür. Özellikle serum ferritin düzeyi ile HBS belirtilerinin ağırlığı arasında ters ilişki vardır. Ayrıca normal vakalarla kıyaslandığında HBS'li vakalarda BOS ferritin düzeyleri çok düşük ve transferrin düzeyleri yüksek saptanmıştır. Beyin demir eksikliğinin, yorgunluk, huzursuzluk, uykuya meyil, dikkatini toparlayamama, azalmış sığa (kapasite) ve çocuklarda aşırı hareketlilik gibi belirtilere sebep olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple HBS kliniği olan vakalarda, serum demir ve ferritin düzeyleri değerlendirilmeli ve eksikliğinde tedavi edilmelidir. HBS tanısı öykü ve fizik muayeneye dayandığından, ÇUÖ her zaman gerekmemektedir (51).

Tekrarlayıcı Uzun Hareket Bozukluğu

İlk kez 1953 yılında tanımlanmıştır. Uyku sırasında özellikle diz, kalça ve ayak bileğinde ortaya çıkan tekrarlayıcı istemsiz fleksiyon hareketleridir (49). Sıklığı % 3,9 olarak bildirilmektedir (52). HBS ile birlikteliği sıktır ve otuz yaş öncesi oldukça nadir görülmektedir.

Huzursuz bacak sendromunda olduğu gibi tanı koydurucu tipik klinik özellikler mevcut değildir. Uykuya dalma güçlüğü, gece sık uyanma, sabah erken uyanma ve gündüz aşırı uykululuk yakınmaları ile birlikte görülebilir. Hastaların bazıları kol ve bacak atmaları ile uyanmadan yakınmakla birlikte, çoğunda yakınma sabahları bacaklarda ağrı, dinlenmemiş ve yorgun uyanma veya gündüz uykululuk halidir (52).

Tanısı ÇUÖ ile konulmaktadır. Bu uyku bozukluğundan bahsetmek için bir saatlik uykuda ortaya çıkan hareket sayısının beşin üzerinde olması gerekmektedir (49).

Uyku ile İlişkili Bacak Krampları

Gece bacak krampları, uyanıklık bacak kramplarına benzer. Genellikle baldırda ortaya çıkan ağrılı kas kasılmaları şeklindedir. Ağrı uykunun bölünmesine sebep olur. Tetikleyici sebepler arasında diyabet, damar hastalıkları, metabolik hastalıklar yer almaktadır. Gebe kadınlarda sık görülmektedir (27).

Uyku ile İlişkili Diş Gıcırdatma

Uyku sırasında çene kasklarının kasılmasına bağlı olarak dişlerin birbirine geçmesi ve sürtünmesi ile kendini gösteren bir hareket bozukluğudur (45).

Uyku ile İlişkili Ritmik Hareket Bozukluğu

Genellikle uyanıklıktan uykuya geçiş ve hafif uyku sırasında ortaya çıkan baş ve boyun kısmının tekrarlayıcı hareketleriyle kendini gösterir (45). İlk on sekiz ayda sıklığı %33 olarak bildirilirken, beş yaşlarında sıklığı % 5 olarak bildirilmektedir (27).

2.8.7. Tek Belirtiler, Normalin Değişik Şekilleri

UUBS-2'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır (27):

1. Uykusu Uzun Olanlar
2. Uykusu Kısa Olanlar
3. Uykuda Horlama
4. Uykuda Konuşma
5. İrkilmeli Uyku (Hipnik Jerkler)
6. Bebeklikte Selim Uyku Atmaları
7. Uykuya Dalarken Ayak Titremesi ve Bacak Kas Faaliyeti
8. Uyku Başlangıcı Atmaları (Uyku Başlangıcı Myoklonusu)

Uykusu Uzun Olanlar

Yaşına uygun uyku süresinden iki saat fazla uyurlar ve eğer uykularını alamazlarsa gündüz aşırı uyku isteği duyarlar (27).

Uykusu Kısa Olanlar

Yaşı için uygun uyku süresinden en az üç saat az uyurlar (27).

Uykuda Horlama

Doğrudan horlama, solunumda durma ve yüzeyelleşme olmadan yüksek sesli solunumla kendini gösterir. Çocuklarda sıklığı % 10-12 dir (27). Horlama birey sırtüstü yattığında veya HGH uykusu döneminde artmaktadır.

Uykuda Konuşma

Uyku sırasında farkında olmadan sesler çıkarma ve konuşmalarla kendini gösterir. Çocukluk yaş grubunda sıklığı yüksek iken, erişkinlerde sıklığı %5 dir (27). Yüksek ateş, sıkıntı ile başlayabilir. Karabasan, uyurgezerlik, şüursuz uyanmalar, uykuda tıkayıcı solunum durması ve HGH uyku davranış bozukluğu ile birlikte görülebilmektedir (45).

İrkilmeli Uyku

Uyanıklıktan uykuya geçiş sırasında ani ve kısa süreli kas kasılmaları şeklinde görülür. Kasılmalar genellikle bacaklarda görülmekle beraber bazen kol ve başta da gözlenebilir. Uykuya dalmayı geciktirerek uykusuzluğa yol açar (45).

Bebekliğin Selim Uyku Miyoklonusu

Bebeklik dönemde uyku sırasında dudakların ve gövdenin titremesi ile karakterizedir. Bu atmalar daha çok ürperme hareketlerine benzer. Daha çok duyuşsal uyanlarla ortaya çıkar. Genellikle doğumun birinci haftasında başlar ve birkaç gün veya birkaç ay sürebilir. Tedavi önerilmemektedir (45).

Uykuya Dalarken Ayak Titremesi ve Bacak Kas Faaliyeti

Uyanıklıktan uykuya geçişte ayak veya ayak parmaklarında görülen ritmik hareketlerdir(27).

Uyku Başlangıcı Atmaları

Boyun, gövde ve karında uyanıklıktan uykuya geçişte görülen ani kas seyirmeleridir (27).

2.9. Uyku Bozukluklarında Tanı

2.9.1. Uyku ile ilgili sorular

Çocuk ve ergenlerde uyku bozukluğunu değerlendirirken, göz önünde tutulması gereken en önemli nokta hem çocuktan hem de aileden geniş ve dikkatli bir uyku hikâyesi almaktır. Uyku ortamı ve uyku pozisyonu, yatağa gidiş zamanı, uyuma zamanı, uykuya dalmak için özel ihtiyaçlara gereksinim duyup duymadığı, gece uyanmaları, sabah uyanma saati ve nasıl uyandığı bilinmelidir. Uykuda horlama, ağızdan nefes alma, solunumun durması, huzursuz uyku, uykuda anormal davranışlar, uykudan önce bacaklarda huzursuzluk duyma, gün

içindeki uyuklamalar sorgulanmalıdır. Değerlendirme sırasında belirtilerin süresi, sıklığı, hafta sonları ve tatillerde görülen değişiklikler göz önünde tutulmalıdır (17). Uyku-uyanıklığı etkileyen ilaç tedavileri, ebeveynlerin kullandığı uykuyu düzenleme yöntemleri denetlenmelidir.

2.9.2. Çoklu Uyku Ölçümü (ÇUÖ)

Uykuda ortaya çıkan bazı hastalıkların kesin teşhisi ÇUÖ ile konulur. ÇUÖ, birçok fizyolojik hususun uyku laboratuvarında, gece uyku sırasında kaydedilmesi, ayırımı ve yorumlanması işidir. Bu tetkikte, EEG, EOG, çene ve uzuv EMG'si, EKG, burun ve/veya ağız hava akımı, karın ve göğüs solunum hareketleri, solunum çabası, oksijen doygunluğu gibi birçok husus uykuda kaydedilir (53).

ÇUÖ ile narkolepsi, uykuda tıkayıcı solunum durması sendromu, üst hava yolu direnç sendromu, tekrarlayıcı bacak hareketleri, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozukluklarının değerlendirmesinde kullanılır (17).

ÇUÖ sırasında uyku evrelerini belirlemek için EEG, çene EMG ve EOG kayıtları kullanılır. Solunum göstergeleri olarak göğüs duvarı ve karın hareketleri, burun ve ağızda hava akımı kaydedilir. Solunumun yeterliliği O₂ ve CO₂ ölçümleri ile değerlendirilir. Gaz değişimi için deriden ölçümler kullanılabilirse de nabızdan O₂ ölçümü ve uç CO₂ ölçümleri en sık kullanılan yöntemlerdir. EKG ile kalp düzeni ve hızı takip edilir. Hareket algılayıcısı ve ön bacak EMG'si, huzursuz bacak sendromu düşünülen hastalar için önemlidir. Uyku sırasında işitme ve görüntü kaydı eş zamanlı yapılabilirse, fizyolojik olaylar doğru bir şekilde anlaşılabilir (38).

2.9.3. Uykuya Dalma Ölçümü (UDÖ (Multiple uyku latans testi))

Bu tetkik, hastanın uykuya olan meylinin somut olarak ölçümünü sağlar. Uykuya dalmak için geçen süreyi ölçer. Normal kişilerde ortalama uykuya dalma süresi 10-15 dakikadır. UTSDS' da bu süre oldukça kısadır, 1-2 dakika bile olabilir. Gündüz uykululuğunun somut değerlendirilmesindeki en değerli ölçümdür. Bu ölçümde kişinin gün içinde uyanıklıktan kaç dakikada uykuya geçtiği hesaplanır. İki saat aralıklarla yapılan toplam 5 tane 20 dakikalık ölçüm döneminden oluşur. Bu yirmi dakikalık süre içinde EEG dalgalarına göre kişinin uykuya daldığı süre hesaplanır. Tüm ölçümlerin ortalaması alınarak hesaplanan uykuya dalma süresi, 8 dakikanın altında bulunursa aşırı uykululuk kabul edilir. Bu tetkik öncesindeki gece kişiye mutlaka ÇUÖ yapılır ve gündüz uykululuk yapacak sebepler için ayırıcı tanıda kullanılır (54).

2.10.Uyku Bozukluklarında Tedavi

2.10.1. Uyku Bozukluklarının İlaçsız Tedavisi

Anne babaya bozukluğun genel özellikleri, doğası ve gidişi açıklanmalı, öncelikle onların kaygısı giderilmelidir. Küçük çocuklarda pek çok durum geçici ve yaş bağlı olabilir. Uygun destek ve çocuğun rahatlatılmasını sağlamak yeterli olacaktır.

Özel durumlarda (uyurgezerlik) koruyucu önlemler alınmalıdır. Yatma zamanı ritüelleri, gevşeme, sakinleşme davranışları desteklenmelidir (masal, ninni, yan yana olma, özel cisimler).

Çocuklardaki uykusuzluğun tedavisinde izlenmesi gereken basamaklar şöyledir. Uykusuzluğa yol açabilecek sebepler belirlenmeli, sebep bulunmuşsa ortadan kaldırılmalı, iyi uyku kurallarına dikkat edilmeli, davranış yaklaşımları uygulanmalı ve gerekliyse ilaç tedavileri verilmelidir (55).

İyi uyku, sağlıklı ve yeterli bir uyku için yeterli şartların sağlanmasıyla elde edilir. Bunun için bir takım çevre ve davranış hususunun düzenlenmesi gerekmektedir (55).

İyi Uykuya Yönelik Öneriler (14)

- Her sabah aynı saatte kalkmalı. Dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku düzenini de bozabilmektedir.
- Yatış saatinin de aynı saatlerde olması sağlanmalı.
- Gün içindeki kestirmelerden kaçınılmalı.
- Gündüzleri düzenli egzersiz yapılmalı.
- Yatak odası aşırı ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalı.
- Yatak odası uyku dışında farklı amaçlarla kullanılmamalı. Odada televizyon bulundurulmamalı.
- Uyku saatine yakın (yatmadan önceki 2 saat içinde) yemek yememeli.
- Yatma saatinden önceki 6 saat içinde kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılmalı.
- Gece uyunamadığında yatakta uyumak için zorlanmamalı.
- Yatmadan önce solunum egzersizi gibi gevşeme teknikleri kullanılabilir.

Davranış Tedavisi

Genellikle gece uyanmaları sırasında bebeğin ağlamasına yanıt olarak, anne-babanın çocuğun yanında bulunması onun endişesini azaltır. Çocuğun ağlamasına yanıt olarak, onun yanında bulunma süresinin gittikçe uzatılması önerilmektedir (Duyarsızlaştırma). Uyku öncesi yaşantıyı düzenlemeye yönelik uyku öncesi ilişkilerin değiştirilmesi amaçlanır. Okuma, şarkı söyleme, sakin olarak oyun oynama gibi bireyselleştirilmiş yatak alışkanlıkları önerilir. Anne-baba, çocuk uyandığında yatakta kalmasını teşvik etmelidir. Bunu anne-baba çocuğun yatağının yanında oturarak, ona dokunarak veya yanına uzanarak yapabilir. Yatma zamanında ayrılık sorunu çözülürse, geceleri uyanma sorunu da büyük olasılıkla kaybolacaktır (22).

2.10.2. Uyku Bozukluklarının İlaçlı Tedavisi

Çocuklarda uyku bozukluklarında çok gerekli olmadıkça ilaç kullanılmaz. Uykusuzluk tedavisinde kloralhidrat 25-50 mg/kg/doz şeklinde kullanılabilir. Antihistaminiklerden difenhidramin (0,5 mg/kg), trimeprazine (30-60 mg/gün), niaprazine kullanılabilir (55). Benzodiyazepinlerden farklı bir yapıya sahip olmasına rağmen, benzodiyazepinlerin bağlandığı GABA tutamağı(reseptör) alt tiplerine bağlanarak etki gösteren ve uyku yapısını daha az bozan zopiklon (immoval) 7,5 mg veya 15 mg gece tek dozda tercih edilebilir. Benzer yapıda olan zolpidem (10 mg/gün) veya zaleplon da kullanılabilir. Kısa etkili benzodiyazepinlerden alprozolam (Xanax) 0,5 mg veya 1 mg gece tek doz olarak kullanılabilir. Uykusuzluk tedavisinde kullanılan ilaçlar hızlı kesilirlerse şikâyetler yeniden başlar. Bu sebeple doz azaltılarak kesilmelidirler.

Benzodiazepinler kısa süreli olarak parasomnilerin önlenmesinde kullanılır. Bu gruptan klonazepam karabasan ve uykuda yürümenin önlenmesi amacıyla kullanılır.

Uykuda tıkaçıcı solunum durması ve bademciklerde büyümesi olan çocuklarda solunum zorluğunu azaltmak amacıyla burundan verilen steroidler kullanılmaktadır.

Uykuda izlenen ritmik hareketlerde ise dopamin öncülleri olan karbidopa ve levodopa kullanılır (24).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Hastaların seçimi ve kaydedilmesi: Çalışma 1 Haziran- 30 Kasım 2009 tarihleri arasında Konya il merkezinde yer alan üç ilçede bir anket çalışması olarak yapıldı. 2008 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sisteminden Konya il merkezinde 0-17 yaş grubundaki çocukların sayısının 340,491 olduğu tespit edildi (56). Çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığı kaynaklarda % 20–30 oranında bildirilmekteydi (4,22,57). Bu verilere göre % 95 güven aralığında ve \pm % 5 sıklık sınırlarında çalışmaya alınacak örnek için gereken çocuk sayısının en az 620 olması gerektiği tespit edildi (58). Bulunan çocuk sayısı merkez ilçelerin nüfuslarına göre dağıtılarak her ilçeden çalışmaya kaç çocuğun alınacağı bulundu. Selçuklu ilçesinden 295 çocuk, Meram ilçesinden 175 çocuk, Karatay ilçesinden 170 çocuk çalışmaya alındı. Her ilçenin rastgele seçilen mahallelerinin, rastgele seçilen sokaklarında çift rakamlı kapı numaralarına gidildi. İstenilen çocuk sayısına ulaşılan kadar araştırma sürdürüldü.

Bu çalışma kesitsel bir çalışma olup; örneklem grubu çocukluk dönemleri dikkate alınarak 0-12 ay, 1-3 yaş, 4-6 yaş, 7-12 yaş, 13-17 yaş olarak gruplandırıldı. Çocukların yaşları doğum tarihine göre ay olarak hesaplandı. Bulunan yaş hangi yıla aitse yaşı o yıl olarak ifade edildi. Mesela 29 aylık çocuk 3 yaş grubunda yer aldı.

Çalışmada anne veya babaya çalışma hakkında bilgi verilerek gerekli izin alındıktan sonra çocuğun ve ailenin özellikleri, uykuyla ilgili özellikler, uyku bozuklukları ile ilgili sorular çoktan seçmeli olarak yöneltildi. Uyku bozuklukları ile ilgili sorular 2005 yılında yayınlanan 'Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması' kitabında yer alan tanı kıstaslarına göre hazırlandı. Herhangi bir akıl hastalığına, tıbbi veya nörolojik hastalığa, ilaç veya madde kullanımına bağlı uyku sorunları ankete alınmadı. Uyku düzenini etkileyebileceği düşünülen süregelen hastalığı olan çocuklar çalışmaya alınmadı. Tanı için ÇUÖ' nin bir kıstas olarak belirtildiği uyku meselelerinde; çalışmamız bir anket çalışması olduğu için, ÇUÖ kıstası değerlendirmeye alınmadı. Anket soruları ek-1'de yer almaktadır. Veriler çoktan seçmeli anket kağıdına yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak kaydedildi. Ailelerin sosyoekonomik durumları kendi ifadeleri dikkate alınarak değerlendirildi. Her anneye veya babaya anket sonrası uyumanın önemi, iyi bir uykunun nasıl sağlanacağı konusunda sözlü olarak bilgi verildi.

İstatistik yöntem: Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS (Statistical package for Social Sciences) 13.0 bilgisayar programına kayıt edildi. Tanımlayıcı bulgular; sıklık (%), ortalama (\pm standard sapma) ve ortanca olarak ifade edildi. Karşılaştırmalar için ki-kare ölçeri kullanıldı.

4. BULGULAR

A. Çalışmaya katılan çocukların özellikleri

Çalışmaya katılan 640 çocuğun 332'si (%52) erkek ve 308'i (% 48) kız idi (Tablo 6). Kız erkek oranları arasındaki farklılık önemli değildi ($p>0.05$).

Tablo 6. Çocukların yaş grupları ve cinsiyetlere göre dağılımı

Yaş grubu	Cinsiyet [% (sayı)]		Toplam
	Erkek	Kız	
0-12 ay	50(21)	50(21)	42
1-3 yaş	61,2(41)	38,8(26)	67
4-6 yaş	54,5(61)	45,5(51)	112
7-12 yaş	49,6(114)	50,4(116)	230
13-17 yaş	50,3(95)	49,7(94)	189
Toplam	52(332)	48(308)	640

Çalışmamıza katılan çocukların okul başarıları incelendiğinde; % 12,3'ünün zayıfının olduğu öğrenildi. Tablo 7'de çocukların yaş gruplarına göre okul başarıları gösterilmiştir.

Tablo 7. Çocukların okul başarıları [% (sayı)]

Yaş grupları	1	2	3	4	5	6
7-12 yaş	49,5(114)	10(23)	16,1(37)	11,7(27)	5,2(12)	7,3(17)
13-17 yaş	3, 7(7)	18,5(35)	23,8(45)	22,2(42)	14,8(28)	16,9(32)
Toplam	26,4(121)	13,8(58)	19,5(82)	16,4(69)	12,3(40)	11,6(49)

1-Başarılı 2-Takdir aldı 3-Teşekkür aldı 4-Zayıfı yok 5-Zayıfı var 6-Okula gitmiyor

B. Çalışmaya katılan ailelerin özellikleri

Ailelerin sosyoekonomik durumlarına bakıldığında çoğunluğu orta gelir grubu oluşturuyordu (Tablo 8).

Tablo 8. Yaş gruplarına göre ailelerin sosyoekonomik durumları

Yaş Grubu	Ailelerin sosyoekonomik durumu [% (sayı)]		
	Yüksek	Orta	Düşük
0-12 ay	11,9(5)	40,5(17)	47,6(20)
1-3 yaş	4,5(3)	59,7(40)	35,8(24)
4-6 yaş	7,1(8)	55,4(62)	37,5(42)
7-12 yaş	8,7(20)	56,1(129)	35,2(81)
13-17 yaş	11,1(21)	60,8(115)	28(53)
Toplam	8,9(57)	56,6(363)	34,5(220)

Anne ve babaların eğitim düzeylerine bakıldığında, annelerin eğitim düzeylerinin babalardan önemli derecede düşük olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 9). Mesela, annelerin % 76,5' i ilkökul mezunu iken bu oran babalarda % 52,5 idi.

Tablo 9. Anne-babaların bitirdiği okullar

Yaş grubu	Annenin eğitim durumu (%)					Babanın Eğitim Durumu (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
0-12 ay	2.4	73.8	21.4	0	2.4	0	50	19	23.8	7.1
1-3 yaş	4.5	65.7	11.9	11.9	6	1.5	43.3	14.9	26.9	13.4
4-6 yaş	7.1	68.8	8	10.7	5.4	1.8	48.2	11.6	26.8	11.6
7-12 yaş	7.8	78.7	2.6	5.7	5.2	2.6	53.9	12.6	20	10.9
13-17 yaş	7.9	83	2.1	2.6	4.2	2.6	56.1	11.1	20.6	9.5
Toplam	7	76,5	5,5	6	5	2	52,5	12,5	22,3	10,7

1-Okul bitirmede 2-İlkokul mezunu 3-Ortaokul mezunu 4-Lise mezunu 5-Yüksekokul

Çalışmamıza 390 farklı aileden 640 çocuk alınmıştı. Anne- babaların % 29,4 ünde uyku bozukluğu tespit edildi. Annelerin % 15,4'ünde, babaların % 12'sinde ve her ikisinde ise % 2 oranında uyku bozukluğu vardı (Tablo 10). Uyku sorunları içinde % 60 oranında uykusuzluk, % 34 oranında aşırı uyku ve % 6 oranında diğer uyku sorunları (uykuda konuşma, horlama, sık uyanma) yer almaktaydı. Uyku bozukluğu olan çocukların kardeşlerinde uyku bozukluğu görülme oranı ise % 27 idi. Bu uyku bozukluklarının % 10'u kardeşi ile aynı uyku bozukluğu iken, % 17 si farklı bir uyku bozukluğu idi.

Tablo 10. Ailede uyku bozukluğu sıklığı [% (sayı)]

Anne-babada uyku sorunu		Anne-babada uyku bozukluklarının dağılımı		
var	yok	annede	babada	her ikisinde
29,4(115)	70,6(275)	15,4(60)	12(47)	2(8)

C. Uyku ile ilgili özellikler

Çocukların % 76,9 'unda uykuya yatış-kalkış saatleri düzenli idi (Tablo 11).

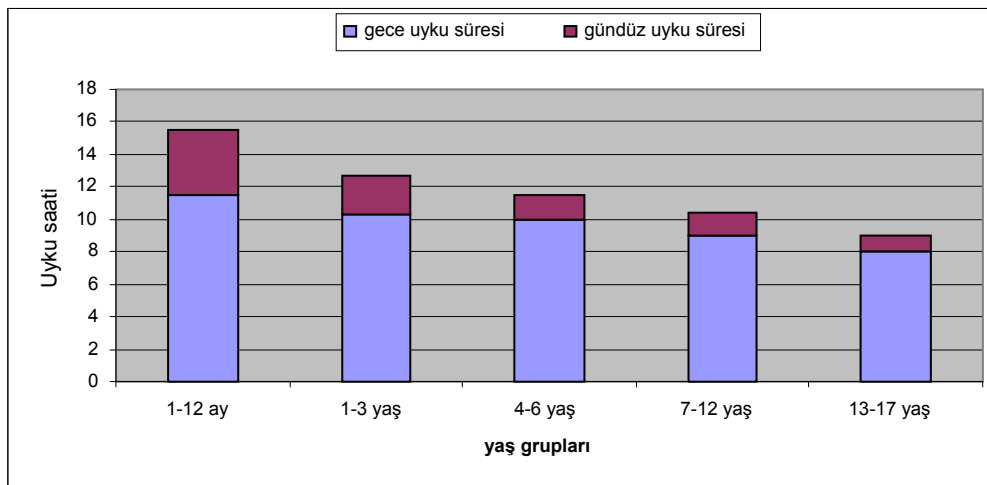
Tablo 11. Yaş gruplarına göre uyku düzenliliği

Yaş grupları	Uyku düzeni [% (sayı)]	
	Düzenli	Düzensiz
0-12 ay	64,3(27)	35,7(15)
1-3 yaş	82,1(55)	17,9(12)
4-6 yaş	83(93)	17(19)
7-12 yaş	80,4(185)	19,6(45)
13-17 yaş	69,8(132)	30,2(57)
Toplam	76,9(492)	23,1(148)

Uykuya yatış saati düzenli olanların, ortalama yatış saati 22:30±30 dak (en erken 21-en geç 02), ortalama kalkış saati 7:50 ±70 dak (en erken 05- en geç 12) idi. Çalışmaya katılan çocukların yaşları büyüdükçe toplam uyku ve gündüz uyku sürelerinin azaldığı görüldü (Tablo 12 ve şekil 3).

Tablo 12. Yaş gruplarına göre gece, gündüz ve toplam uyku süreleri (saat)

Yaş grupları	Gece uyku süresi	Gündüz uyku süresi	Toplam uyku süresi
0-12 ay	11,76±2	4±1,79	15,79±3,76
1-3 yaş	10,57±1,7	2,5±1	13,07±2,7
4-6 yaş	10±1,64	1,8±0,6	11,79±2,24
7-12 yaş	9±2	1,7±0,5	10,7±2,5
13-17 yaş	8±1,7	1±0,5	9±2,27



Şekil 3. Yaş gruplarına göre uyku süreleri

Gündüz uykusu sorulduğunda; 220 çocuğun (% 34,5) gündüz uyuduğu ifade edildi (Tablo 13). 0–12 ay ve 1–3 yaş gruplarında gündüz uyuma sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha yüksekti (p <0.05).

Tablo 13. Yaş gruplarına göre gündüz uykusu

Yaş grupları	Gündüz uykusu [% (sayı)]	
	Uyur	Uyumaz
0-12 ay	97,6(41)	2,4(1)
1-3 yaş	91(61)	9(6)
4-6 yaş	46,4(52)	53,6(60)
7-12 yaş	15,2(35)	84,8(195)
13-17 yaş	16,4(31)	83,6(158)
Toplam	34,5(220)	65,5(420)

Çocukların % 29'unun anne ve baba ile aynı odada uyuduğu bildirildi (Tablo 14). İlk üç yaşta anne ve baba ile aynı odada yatma oranı yüksek bulundu (p <0.05).

Tablo 14. Tüm yaş gruplarına göre çocukların uyuduğu yerler [% (sayı)]

Yaş grupları	Anne-baba aynı oda ayrı yatak	Anne-baba aynı oda aynı yatak	Kardeş- başka yakın ile aynı oda ayrı yatak	Kardeş –başka yakını ile aynı yatak	Ayrı oda ayrı yatak
0-12 ay	66,7(28)	28,6(12)	4,8(2)	0	0
1-3 yaş	73,1(49)	11,9(8)	14,9(10)	0	0
4-6 yaş	39,3(44)	2,7(3)	49,1 (55)	1,8(2)	7,1(8)
7-12 yaş	14,3(33)	0,4(1)	74,8(172)	0,4(1)	10(23)
13-17 yaş	2,6(5)	0	68,8(130)	0	28,6(54)
Toplam	25(159)	4(24)	56(369)	0,5(3)	14,5(85)

Çocukların % 21'inin sırt üstü, % 26'sının yüz üstü ve % 37'sinin yan yattığı öğrenildi (Tablo 15).

Tablo 15. Yaş gruplarına göre uykuda duruş şekli

Yaş grupları	Uyku duruşu [% (sayı)]			
	Sırt üstü	Yüz üstü	Yan	Diğer*
0-12 ay	38,1(16)	7,1(3)	38,1(16)	16,7(7)
1-3 yaş	19,4(13)	34,3(23)	26,9(18)	19,4(13)
4-6 yaş	17,9(20)	31,3(35)	30,4(34)	20,4(23)
7-12 yaş	20,4(47)	27(62)	37,4(86)	15,2(35)
13-17 yaş	20,6(39)	23,3(44)	43,9(83)	12,2(23)
Toplam	21(135)	26(167)	37(237)	16(101)

*: Sırt üstü+yan, yüz üstü+yan, dikkat etmedim

Çocukların % 47'si karanlıkta, % 50'si loş ortamda, % 3'ü aydınlıkta uyuyordu (Tablo 16).

Tablo 16. Yaş gruplarına göre uyunan yerin ışık durumu

Yaş grupları	Uyuma ortamı [% (sayı)]		
	Karanlık	Loş	Aydınlık
0-12 ay	38,1(16)	59,5(25)	2,4(1)
1-3 yaş	35,8(27)	64,2(43)	0
4-6 yaş	41,1(46)	56,3(63)	2,7 (3)
7-12 yaş	45,7(105)	50,4(116)	3,9(9)
13-17 yaş	56,6(104)	41,3(78)	2,1(4)
Toplam	47(298)	50(325)	3(17)

Yatılan odada elektronik alet bulunma sıklığı %56,6 olarak bulundu(Tablo 17). Bunların % 86 'sında yatılan odada bir elektronik alet ve % 14'ünde birden çok elektronik alet vardı. Elektronik alet olarak %61,9'unda televizyon, %21,3'ünde bilgisayar, % 17,8 diğerleri (cep telefonu, radyo) yer almaktaydı.

Tablo 17. Yatılan odada elektronik alet bulunma durumu

Yaş grupları	Elektronik alet [% (sayı)]	
	Var	Yok
0-12 ay	45,2(19)	54,8(23)
1-3 yaş	52,2(35)	47,8(32)
4-6 yaş	53,6(60)	46,4(52)
7-12 yaş	57(131)	43(99)
13-17 yaş	61,9(117)	38,2(72)
Toplam	56,6(362)	43,4(278)

Çocukların % 80'inin uykudan dinç uyandığı görüldü (Tablo 18).

Tablo 18. Yaş gruplarına göre sabah uyanma şekli

Yaş grupları	Sabah uyanma [% (sayı)]		
	Uyumamış gibi	Yorgun	Dinç
0-12 ay	2,4(1)	7,1(3)	90,5(38)
1-3 yaş	0	10,4(7)	89,6(60)
4-6 yaş	0	7,1(8)	92,9(104)
7-12 yaş	0	21,3(49)	78,7(181)
13-17 yaş	0,5(1)	31,2(59)	68,3,(129)
Toplam	0,4(2)	19,6(126)	80(512)

Uykuya dalarken yardıma ihtiyaç duyanların oranı % 25,5 idi (Tablo 19). Bu ihtiyaç duyulan şeyler arasında %5 sallama, %4 beslenme, % 5,8 anne-babanın yanında olması, %2 televizyon izleme,% 8,7 diğer (kucağa alma, müzik dinleme, kitap okuma) yer almaktaydı.

Tablo 19.Uykuya dalarken yardım isteme durumu

Yaş grupları	Yardım [% (sayı)]	
	Evet	Hayır
0-12 ay	90,5(38)	9,5(4)
1-3 yaş	71,6(48)	28,4(19)
4-6 yaş	25,9(29)	74,1(83)
7-12 yaş	10,9(25)	89,1(205)
13-17 yaş	13,8(26)	86,2(163)
Toplam	25,5(166)	74,5(474)

0-12 ay arası bebeklerde uykuda beslenme oranı %88,1 olarak bulundu (Tablo 20). 0-12 ay ve 1-3 yaş grupları dışında diğer gruplarda uykuda beslenme gözlenmedi.

Tablo 20.Uykuda beslenme durumu

Yaş grupları	Uykuda beslenme [% (sayı)]	
	Beslenir	Beslenmez
0-12 ay	88,1(37)	11,9(5)
1-3 yaş	35,8(24)	64,2,(43)

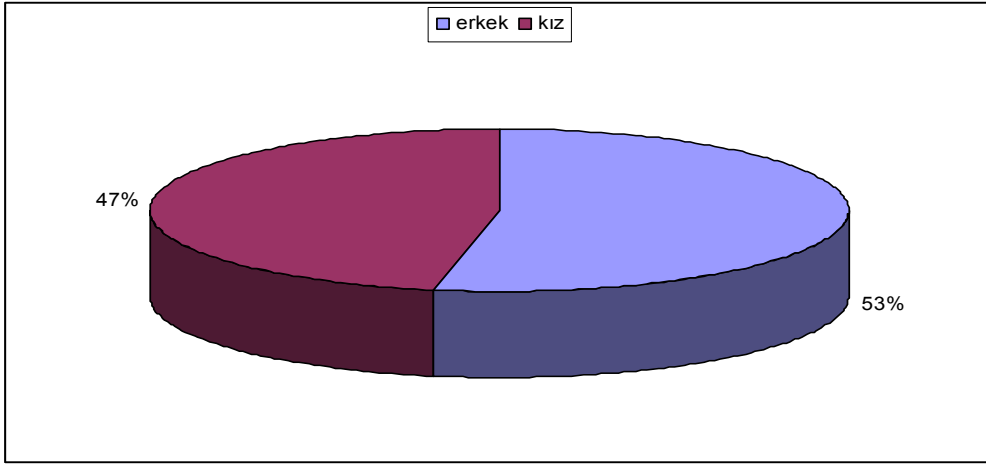
Gece uykudan uyananların oranı % 30 idi (Tablo 21). Yaş büyüdükçe gece uyanma sıklığının azaldığı görüldü (p <0.05). Anne babası ile aynı odada uyuyanların gece uykuda daha sık uyandığı tespit edildi (p <0.05).

Tablo 21. Yaş gruplarına göre gece uykudan uyanma durumu

Yaş grupları	Gece uykudan uyanma [% (sayı)]	
	Uyanır	Uyanmaz
0-12 ay	95,2(40)	4,8(2)
1-3 yaş	68,7(46)	31,3(21)
4-6 yaş	31,3(35)	68,8(77)
7-12 yaş	20,4(47)	79,4(183)
13-17 yaş	14,3(27)	85,2(161)
Toplam	30(195)	60(445)

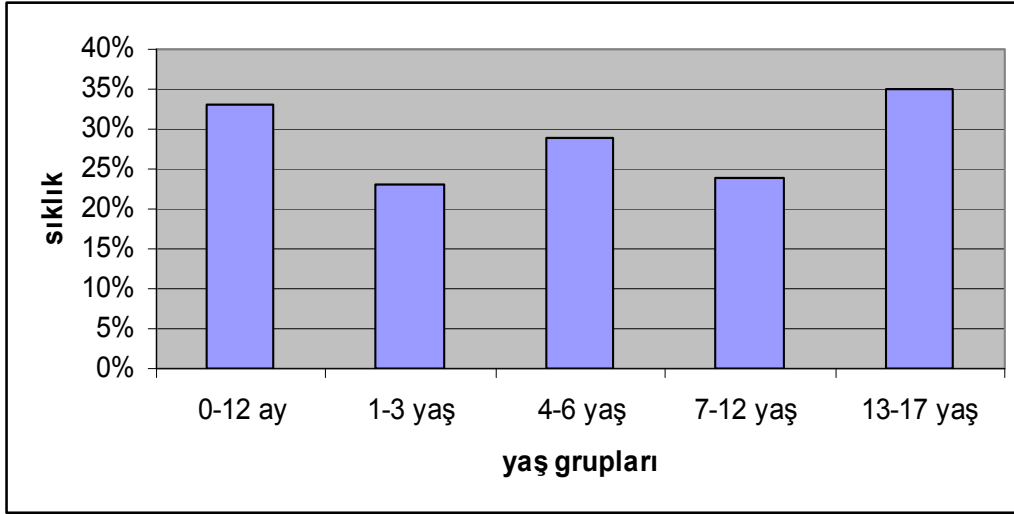
D. Uyku bozukluklarının özellikleri

Çalışmamızda çocukların % 28,9'unda (185 kişi) uyku bozukluğu bulundu. Bunların % 53'ü (99) erkek, % 47'si (86) kızdı (Şekil 4). Çalışmaya katılan erkeklerin % 29,8'inde ve kızların % 27,9'unda uyku bozukluğu vardı. Uyku bozukluğunu etkileyebilecek çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler yönünden tüm grubu dikkate alarak yapılan istatistik incelemede; uykuya yatışı düzensiz olanların % 44,6'sında, uykuya dalarken yardıma ihtiyaç duyanların % 38'inde, uykuda sık uyananların % 43,6'sında uyku bozukluğuna rastlandı. 13-17 yaş grubu çocuklarda uyku bozuklukları daha sık görüldü (p <0.05). Diğer özelliklerle {Çocukla ilgili (Cinsiyet, okul başarısı), aile ile ilgili (Sosyoekonomik durum, eğitim durumu, ailede uyku bozukluğu sıklığı), uyku ile ilgili (Uyku süresi, uykuya yatış saatinin düzenli olup olmadığı, gündüz uykusu, uydukları yer, uykuda duruş şekli, uyuma yerinin ışık durumu, uyanan odada elektronik alet varlığı, sabah uyanma şekli, uykuya dalarken yardıma ihtiyaç, uykuda beslenme, gece uyanma)} uyku bozuklukları arasında istatistikî olarak önemli sayılacak ilişki yoktu.



Şekil 4. Uyku bozukluğu olan çocukların cinsiyete göre dağılımı

Çalışmamızda ilk bir yaş ve 13-17 yaş grubunda uyku sorunlarının daha çok olduğu görüldü. Ancak 13-17 yaş grubundaki fazlalık istatistikî olarak önemliydi ($p < 0.05$). 1-3 yaş grubu çocuklarda ise uyku sorunu en azdı (Şekil 5).



Şekil 5. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının sıklığı

Çalışmamızda uyku bozukluklarının ayrıntılı dağılımına bakıldığında; % 8,4 uykuda konuşma, %7,7 kâbus bozukluğu, % 5,8 uykusuzluk, %5 altını ıslatma, % 4 karabasan, %3,6 uykuda horlama, %3,3 uykuda varsanılar, %3 şüursuz uyanma, %2,5 uyurgezerlik, % 2,3 gecikmiş uyku bozukluğu, % 1,6 selim uyku myoklonusu, %1,5 HBS, %1,3 uykuda diş gıcırdatma, % 1,1 UTSDS, % 1,1 uykuda bacak krampları, % 1 uykuda ritmik hareket hastalığı, % 0,6 uyku zamanı uzun olanlar, % 0,6 irkilmeli uyku bulundu. Tablo 22, 23 de yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının dağılımı gösterilmektedir.

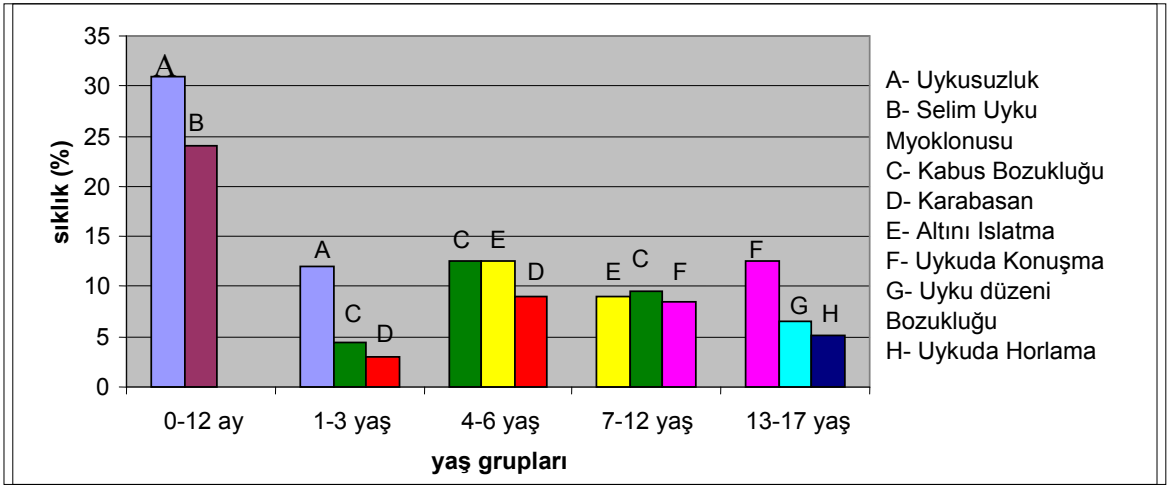
Tablo 22. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının dağılımı [% (sayı)]

Yaş grupları	Uykusuzluk	UTSDS	Gecikmiş uyku bozuk.	Şuursuz uyanma	Uyurgezerlik	Karabasan	Kâbus bozukluğu	Altını ıslatma	Uykuda varsanılar
0-12 ay	30(13)								
1-3 yaş	12(8)	1,5(1)		1,5(1)	3(2)	3(2)	4,5(3)		1,5(1)
4-6 yaş	0,8(1)	3,5(4)		3,5(6)		9(10)	12(14)	12(14)	5,3(6)
7-12 yaş	3(7)		1,3(3)	4(9)	3,4(8)	3,4(8)	9(22)	11(26)	4(10)
13-17 yaş	4(8)	1(2)	6(12)	1,5(3)	7(3,5)	2,5(5)	5(10)	1(2)	2(4)

Tablo 23. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarının dağılımı [% (sayı)]

Yaş grupları	Huzursuz bacak sendromu	Uykuda ritmik hareket hastalığı	Uykuda bacak krampları	Uykuda diş gıcırdatma	Uykuda horlama	Uykuda konuşma	Selim uyku myoklonusu	Uyku zamanı uzun olanlar	İrki meli uyku
0-12 ay							24(10)		
1-3 yaş				3(2)		1,5(1)			
4-6 yaş	0,8(1)	1,6(2)			2,6(3)	9(10)		0,8(1)	0,8(1)
7-12 yaş	1,7(4)	0,4(1)	1,3(3)	1,3(3)	4,3(10)	8,5(19)		0,8(2)	0,4(1)
13-17 yaş	2,5(5)	1(2)	2(4)	2(4)	5(10)	12(24)		0,5(1)	1(2)

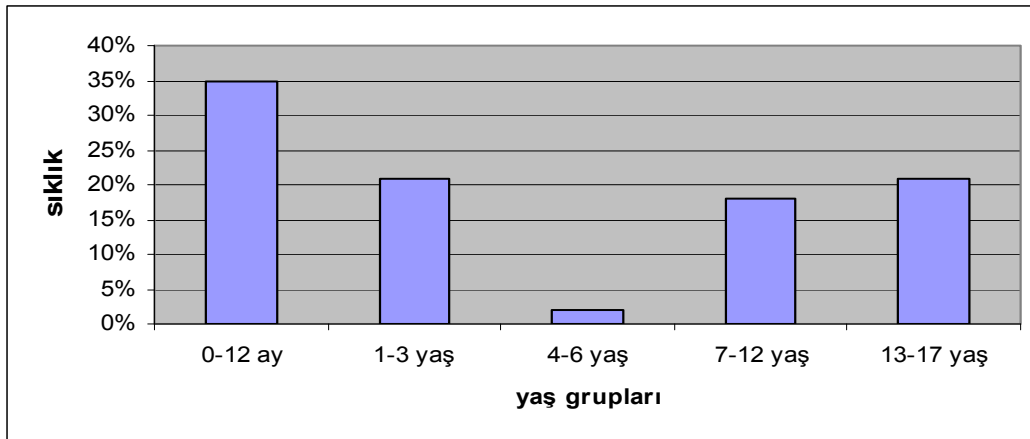
Yaş gruplarında en sık görülen uyku bozuklukları; 0–12 aylıklarda; uykusuzluk (% 30) ve selim uyku myoklonusu (% 24), 1–3 yaş grubunda; uykusuzluk (% 12), kabus bozukluğu (% 4,5), karabasan (% 3), 4–6 yaş grubunda; kabus bozukluğu (% 12), altını ıslatma (% 12), karabasan (% 9), 7–12 yaş grubunda; altını ıslatma (% 11), kabus bozukluğu (% 9), uykuda konuşma (% 8,5), 13–17 yaş grubunda uykuda konuşma (% 12), gecikmiş uyku bozukluğu (% 6), uykuda horlama (% 5) idi.



Şekil 6. Yaş gruplarına göre en sık görülen uyku bozuklukları

D.1. Uykusuzluk ile ilişkili bulgular

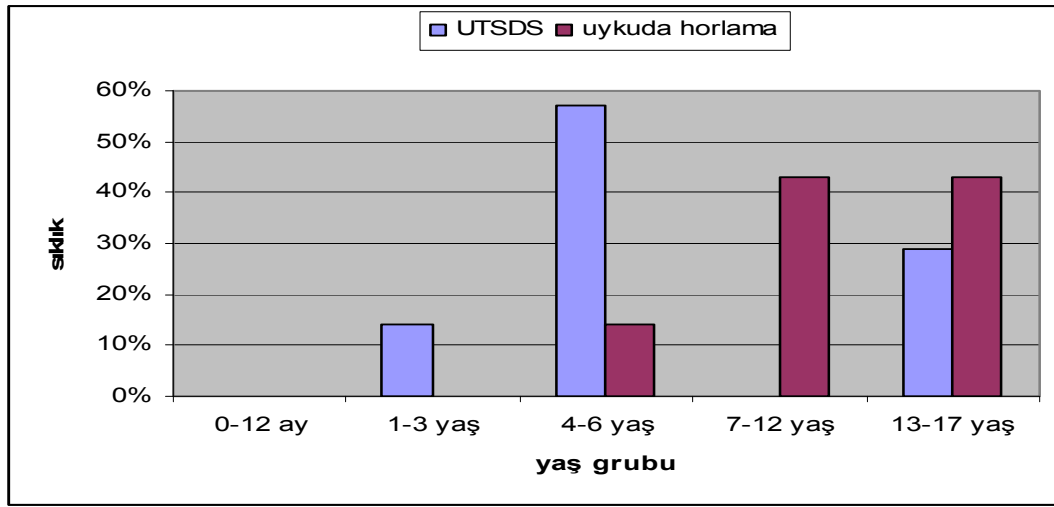
Çalışmamızda uykusuzluk sıklığı % 5,8 olarak bulundu. Uykusuzluğu olanların % 43'ü erkek ve % 57'si kızdı. Uykusuzluk en fazla 0–12 ay ve 1–3 yaş arası çocuklarda görülmekte idi ($p<0.05$) (Şekil 7). Uykusuzluğun alt gruplarına bakıldığında; çocukluk çağı davranışla ilgili uykusuzluğu % 3,5, idiopatik uykusuzluk % 1,4 ve ıveğen uykusuzluk % 0,9 oranında görüldü. Uykusuzluğu etkileyebilecek çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler yönünden yapılan istatistik incelemede; 0–12 ay ve 1–3 yaş grubunda, uykuya yatış saati düzensiz olanlarda, uykuya dalmak için yardıma ihtiyaç duyanlarda (sallama, anne babanın yanında olması, beslenme vb.), gece sık uyananlarda, uyuduğu odada elektronik alet olanlarda uykusuzluğun daha çok olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Diğer özelliklerle uykusuzluk arasında istatistiki olarak önemli sayılacak ilişki yoktu.



Şekil 7. Uykusuzluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

D.2. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ile ilgili bulgular

Çalışmamızda uykuda solunum durması sıklığı % 1,1 ve uykuda horlama sıklığı % 3,6 olarak bulundu. UTSDS'li çocukların % 57'si erkek ve % 43'ü kızdı. Yaş grupları arasında bozukluğun sıklığı açısından anlamlı bir ilişki yoktu. UTSDS ile çocuk, aile, uyku ile ilgili özellikler açısından yapılan incelemede istatistiki olarak önemli sayılacak ilişki yoktu. Uykuda horlama yakınması olan çocukların %70'i erkek ve % 30'u kızdı ($p<0.05$). Yaş grupları arasında uykuda horlama sıklığı açısından fark yoktu. Horlama ile yapılan istatistiki incelemede; cinsiyet dışında diğer özellikler açısından önemli sayılacak ilişki yoktu. Yaş gruplarına göre dağılım şekil 8'de gösterilmektedir.



Şekil 8. UTSDS ve horlaması olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

D.3. Günlük düzen bozuklukları ile ilgili bulgular

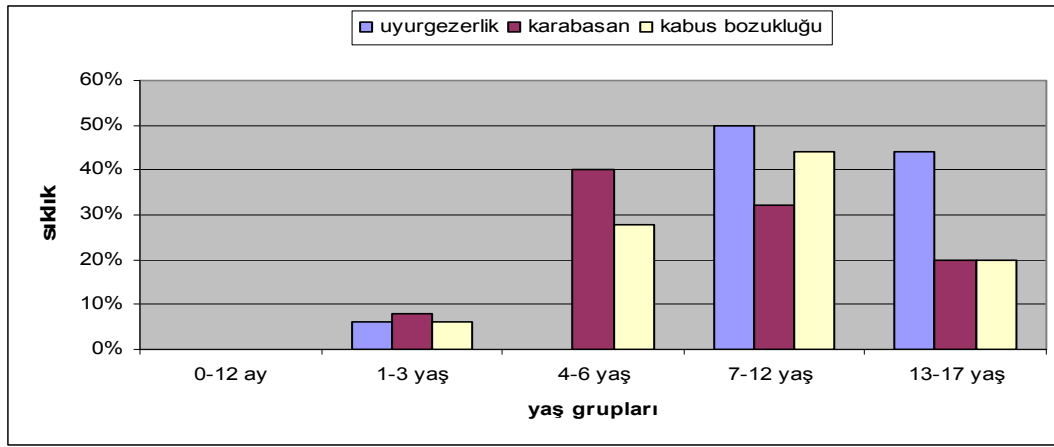
Gecikmiş uyku bozukluğu %2,3 olarak bulundu. Bu çocukların % 73'ü erkek, % 27'si kız idi ($p<0.05$). Gecikmiş uyku bozukluğu 13-17 yaş grubu çocuklarda sıklığı (p<0.05). Bu bozukluğu etkileyecek çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında yapılan incelemede; cinsiyet ve yaş grubu dışındaki diğer özellikler açısından istatistiki ilişki yoktu.

D.4. Parasomnialar ile ilgili bulgular

Çalışmamızda parasomniaların sıklığı % 17,8 olarak bulundu. Bunların % 52'si erkek ve % 48'i kızdı. Uyurgezerlik sıklığı çalışmamızda % 2,5 olarak bulundu. Bu çocukların % 60'ı erkek, % 40'ı kız idi. 7-12 ve 13-17 yaş grubunda daha sık görülmekteydi ($p>0.05$) (şekil 9). Uyurgezerlik ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında istatistiki ilişki tespit edilmedi.

Karabasan sıklığı % 4 olarak bulundu. Karabasan olan hastaların % 52'si erkek, % 48'i kız idi. Yaş grupları arasında karabasan sıklığı açısından fark yoktu (şekil 9). Çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında; karabasanlı çocukların gece uykudan daha sık uyandıkları bulundu ($p<0.05$), diğer özellikler arasında fark yoktu.

Kâbus bozukluğu sıklığı çalışmamızda % 7,7 olarak bulundu. Kâbus bozukluğu olanların %51'i erkek, %49'u kız idi. 7-12 yaş grubu çocuklarda daha sık görülüyordu ($p>0.05$). Çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında; ailede uyku bozukluğu olanlarda, gece uykudan sık uyananlarda kâbus bozukluğu daha fazla görülürken ($p<0.05$), diğer özellikler açısından istatistikî fark yoktu.

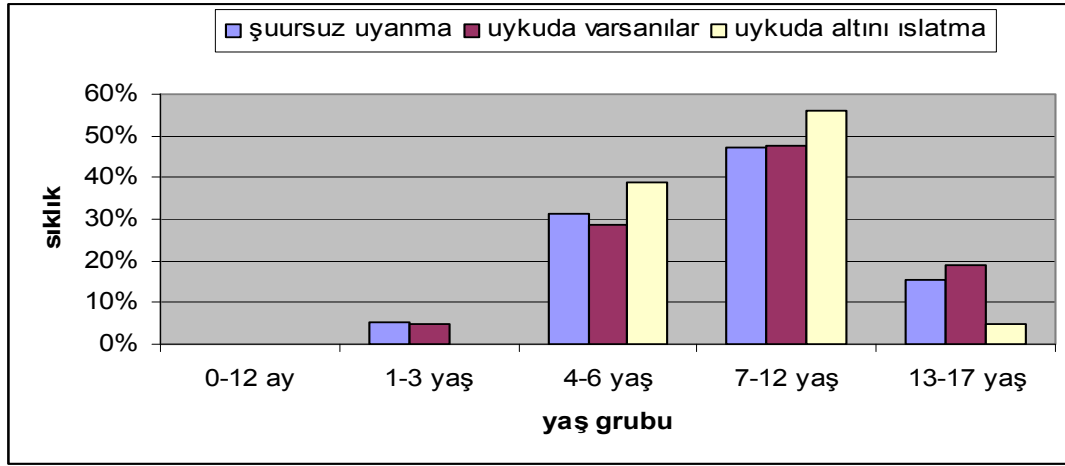


Şekil 9. Uyurgezerlik, karabasan ve kâbus bozukluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Uykuda şüursuz uyanmaların sıklığı % 3 idi. Bu çocukların % 68'i erkek ve % 32'si kızdı ($p<0.05$). Bu bozukluk en sık 7-12 yaş grubunda görülüyordu ($p>0.05$) (şekil 10). Uykuda şüursuz uyanma ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında yapılan incelemede; cinsiyet dışındaki diğer özellikler açısından istatistikî olarak önemli ilişki yoktu.

Uykuda varsanların sıklığı %3,3 idi. Bu bozuklukluğun sıklığı açısından yaş grupları arasında fark yoktu. Bu uyku bozuklukları ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında istatistikî ilişki tespit edilmedi.

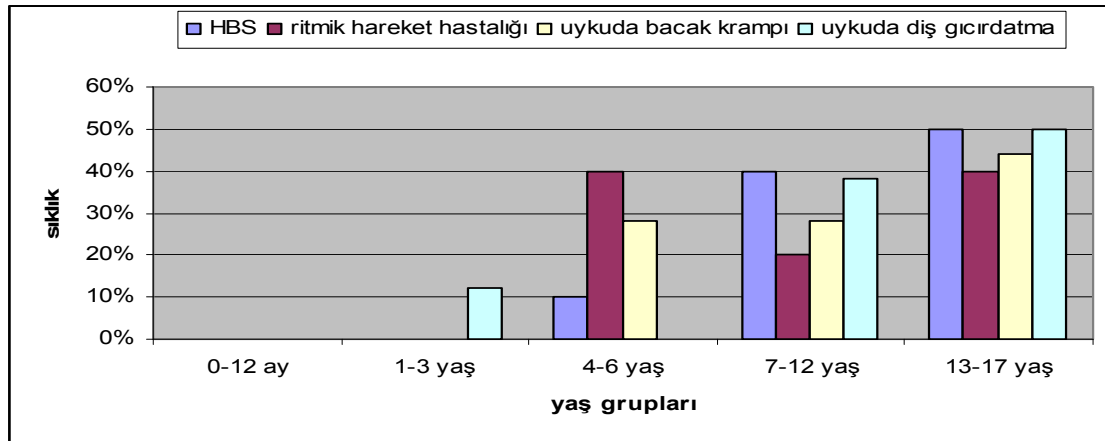
Uykuda altına kaçırma sıklığı % 5 olarak bulundu. Sıklığın en fazla olduğu dönemler okul çağı (%9) ve okul öncesi (%12) idi. Uykuda altına kaçırma sorunu olanların % 58'i erkek iken % 42'si kız idi. Bu bozukluk ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında istatistikî ilişki tespit edilmedi.



Şekil 10. Şuursuz uyanma, uykuda varsanılar ve uykuda altını ıslatma bozukluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

D.5. Uyku ile ilgili hareket bozuklukları ile ilgili bulgular

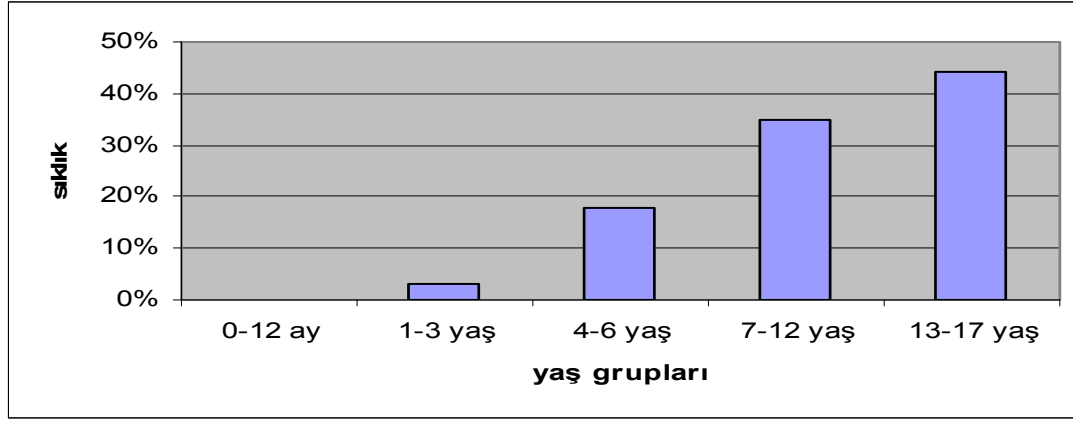
Çalışmamızda uyku ile ilgili hareket bozukluklarının sıklığı %7 olarak bulundu. Huzursuz bacak sendromu sıklığı %1,5, uykuda ritmik hareket hastalığı sıklığı % 1 ve uykuda bacak krampları sıklığı % 1,1, uykuda diş gıcırdatma %1,3 olarak bulundu. Bu uyku bozukluklarının sıklığı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark yoktu. Bu uyku bozuklukları ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında istatistikî ilişki tespit edilmedi. Uyku ile ilgili hareket bozukluğu olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı şekil 4.11 de gösterilmiştir.



Şekil 11. Uyku ile ilgili hareket bozuklukları olan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

D.6. Diğer uyku bozuklukları ile ilgili bulgular

Uykuda konuşma çalışmamızda en sık görülen uyku bozukluğu idi. Sıklığı % 8,4 olarak bulundu. Çocukların cinsiyet dağılımları arasında fark yoktu. En sık 13-17 yaş grubunda görülüyordu ($p>0.05$) (şekil 12). Bu uyku bozuklukları ile çocuk, aile ve uyku ile ilgili özellikler arasında istatistikî ilişki tespit edilmedi.



Şekil 12. Uykuda konuşan çocukların yaş gruplarına göre dağılımı

Uykuda terleme sıklığına bakıldığında çalışmaya katılan çocukların % 38,4'ünde bulundu (Tablo 24). Uykuda terleyen çocukların % 55'i erkek, % 45'i kızdı. 13-17 yaş grubu çocuklarda sıklığı daha fazlaydı ($p>0.05$).

Tablo 24. Yaş gruplarına göre uykuda terleme sıklığı

Yaş grupları	Uykuda terleme	
	var	yok
0-12 ay	45,3(19)	54,7(23)
1-3 yaş	50,7(34)	49,3(33)
4-6 yaş	50,9(57)	49,1(55)
7-12 yaş	39,1(90)	60,9(140)
13-17 yaş	24,3(46)	75,7(143)
Toplam	38,4(246)	61,6(394)

Çalışmamızda anket sorularımız içinde yer almasına rağmen tespit edemediğimiz uyku bozuklukları ise şunlardır; iyi uyku yetersizliğine bağlı uykusuzluk, bebeklerin birincil uykuda solunum durması, doğuştan merkezi alveolar hipoventilasyon sendromu, narkolepsi, uyku süresinin uzamış olduğu idiopatik hipersomnia, uyku süresinin normal olduğu idiopatik hipersomnia, davranışlara bağlı yetersiz uyku, tekrarlayıcı aşırı uyku, uyku felci, patlayan kafa sendromu, uykuda inleme, uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, çevreyle ilgili uyku hastalığıdır.

5. TARTIŞMA

Uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından. Doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlayan, insanları bir sonraki güne sağlıklı hazırlayan bir dönemdir (8).

Uyku, yenidoğan döneminden başlamak üzere, süt çocuğu dönemi, oyun ve okul çocuğu dönemleri, ergenlik, erişkin ve yaşlılık olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde hem fizyolojik hem de patolojik açıdan farklı özellikler gösterir (59).

Uyku tıbbı, tıbbın yeni gelişen bölümlerinden birisidir (60). Bu konuda tıp fakültelerinde yeterli eğitim verildiği söylenemez. Bu sebeple uyku meseleleri ile ilgili hekimlerin bilgisi azdır. Bilgi azlığı bilhassa çocuklarla ilgili uyku bozukluklarında daha belirgindir.

Uyku meselelerinin gelişiminde çocuk, ebeveyn ve çevre ile ilgili çeşitli hususlar rol oynayabilir. Bunlar arasında ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, fiziki çevre (gürültü, aydınlatma, elektronik alet), yatak ve oda paylaşımı, uyuma saatleri, uyku-uyanma alışkanlıkları vb. yer almaktadır.

Uykunun düzenlenmesi yaş ve gelişimden etkilenir. Yenidoğan bir bebek 24 saatin 16 saatini uykuda geçirirken, bir yaşında bu süre yaklaşık 11 saat gece uykusu ve 2 saat de gündüz uykusu olmak üzere 13 saate inmiştir (18). Gündüz uykuları 4-5 yaşından sonra azalır. Çocukluk çağı süresince toplam uyku süresi azalarak, ortalama 8 saate iner (2). Çin’de yapılan bir incelemede 2 yaşındaki çocukların 11,38±1,14 saat, 3-5 yaş arası çocukların 10,07±1,01 saat, 6-10 yaş arası çocukların 9,62±1,08 saat, 11-12 yaş arası çocukların 9,42±1,23 saat uyuduğu bildirilmiştir (57). İtalya’daki bir çalışmada 6-12 ay arası çocukların ortalama 12 saat, 4-6 yaş, 6-8 yaş, 12-13 yaş arası çocukların sırasıyla ortalama 10 saat, 9,45 saat, 8,45 saat uyuduğu bulunmuştur (61). ABD’de 6-11 yaş arası çocukların toplam uyku süreleri 8,11±1,32 saat olarak tespit edilmiştir (62). Çalışmamızda 0-12 aylık bebeklerde gece uyku süresi 11,76±2 saat, gündüz uyku süresi 4±1,79 saat iken 13-17 yaş grubunda gece uyku süresi 8±1,7 saat, gündüz uyku süresi 1±0,5 saate inmiştir. Çalışmamızda da diğer araştırmalara benzer olarak toplam uyku süresi ve gündüz uyku süresinin yaşla azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar uyuma süreleri açısından toplumlar arasında önemli bir fark olmadığını göstermektedir.

Ebeveynle birlikte uyuma kültürlere göre farklılıklar göstermektedir. Batı toplumlarında ebeveynlerden ayrı uyumanın çocuklara özerklik ve bağımsızlık kazandırdığı düşünülmektedir. Öte yandan pek çok Asya ülkesinde okul çağına kadar çocuklarla beraber

yatmak tabii kabul edilmektedir (63). İsviçre’de yapılan bir çalışmada 4 yaşındaki çocuklarda ebeveynle aynı yatakta yatma %38,1 ve 8 yaşındaki çocuklarda %21,2 oranında bulunmuştur (64). ABD’ de yapılan bir çalışmada bebeklerde ebeveynle aynı yatakta yatma sıklığı %39 olarak bulunmuştur (65). 6-48 aylık çocuklarda yapılan başka bir çalışmada ise Japon çocuklarda anne ve baba ile birlikte uyuma sıklığı % 7 bildirilirken ABD’li çocuklarda bu oran % 13 olarak bildirilmiştir (66). Çin’de 517 okul çağı çocuğun yer aldığı çalışmada ebeveynle aynı yatakta yatma % 18,2 ve oda paylaşımı %18,8 olarak bulunmuştur (63). ABD’de 4–12 yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada ebeveyn ile oda ve yatak paylaşımı ile uyku bozukluğu arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (67). Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde ebeveynle aynı odada uyuma sıklığı yaş büyüdükçe azalmaktaydı. Ayrıca çocukların diğer aile fertleri ile aynı odada uyuması veya uyumaması ile uyku bozukluğu arasında ilişki yoktu.

İyi bir uykunun oluşması için çevresel koşulların da düzenlenmesi gerekir. Isı, ışık, ses elektromanyetik alan gibi çevre unsurların uykuya etki edebileceği düşünülür. Cep telefonu, televizyon, bilgisayar vb. aletlerin çevreye yaydığı elektromanyetik alanın biyolojik sistemler ve insanlar üzerinde; uyku bozuklukları, baş ağrısı, myalji gibi olumsuz etkileri belirtilmiştir (68). Owens ve arkadaşlarının (69) okul çağı çocuklarda yaptıkları bir çalışmada çocukların % 26 sının uyuduğu ortamda televizyon bulunduğu, uyuduğu odada televizyon bulunan çocuklarda uykuya dalma ile ilgili ve genel uyku bozuklukları ile ilgili sorunların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise yatılan ortamda elektronik alet bulunma sıklığı %56,6 idi. Çalışmamızda uyudukları odada elektronik alet bulunan çocuklarda uykusuzluk şikayeti daha fazla bulundu.

Kahn ve arkadaşlarının (70) yaptıkları çalışmada gürültülü ve aydınlık ortamda uyuyan çocuklarda uykusuzluğun daha fazla görüldüğü tespit edildi. Çalışmamızda çocukların % 50,5 inin loş ortamda ve % 46,5 inin karanlıkta uyuduğu tespit edildi. Uyunan ortamın aydınlığı ile uyku bozukluğu arasında ilişki bulunamadı.

Çocuklarda uykuya dalma süreci; özel bir uyaranla (televizyon izleme, sallanma), eşyayla (biberon) veya düzenlemeyle (aydınlık oda, anne –babanın yanında olması) ilişkili olabilir. Bu koşullar olmadığı zaman çocuklar, yatma vaktinde ve normal gece uyanmalarında uykuya dalmada zorluk çekebilirler (27). Salzarula ve arkadaşlarının (25) 2-15 yaş arası çocuklarda yaptıkları bir araştırmada çocukların % 23 ünde uykuya dalma ile ilgili güçlüklerin olduğunu vurgulanmaktadır. Bazı çalışmalarda ise bu oran %10-16 olarak bildirilmiştir (60,71). Bizim çalışmamızda uykuya dalma ile ilgili sorunların sıklığı % 25,5 idi. Ayrıca bebeklik ve oyun çağı çocuklarında uykuya dalmayla ilgili güçlükler daha fazla tespit edildi. Çalışmamızda

uykuya dalmayla ilgili sorunları olan çocukların % 38'inde uyku bozukluğu olduğu ve bunun istatistiki olarak önem taşıdığı tespit edilmiştir.

Çocuklarda gece uyanma sorunları sık görülmektedir. Jenni ve arkadaşlarının (64) yaptıkları çalışmada gece uyanma sıklığı yenidoğanlarda % 82,4, 4 yaşında %54,2 ve 10 yaşında %22,7 olarak bulunmuştur. Başka bir incelemede gece uyanma sıklığı ilk 3 ayda, 6., 9., 12. aylarda sırasıyla %46, %39, %58 ve %55 olarak rapor edilmiştir (72). Bir diğer çalışmada ise 0–12 ay arası bebeklerde gece uykudan uyanma sıklığı %23, 18 aylık bebeklerde % 24, 3 yaşta % 14 olarak bildirilmiştir (73). Çalışmamızda gece uyanma sıklığı % 29 olarak bulundu. Bizim çalışmamızda 0–12 ay ve 1–3 yaş grubundaki çocukların gece daha sık uyandıkları görüldü. Bu durum bu yaş grubundaki çocukların gece beslenme gereksinimleri nedeniyle daha sık uyanmalarına bağlanabilir.

Çocukların yatış pozisyonları değerlendirildiğinde, İzmir'de 6 ayın altındaki çocuklarda yapılan bir çalışmada çocukların % 77,1'inin sırt üstü, % 17,4'ünün yan ve % 5,5'inin ise yüz üstü yattığı bulundu (74). ABD de 1–6 aylık bebeklerle yapılan bir çalışmada ise bebeklerin % 23,7'ü yüz üstü, % 46,7'si sırt üstü, %29'u yan yatmaktaydı (75). Bizim çalışmamızda çocukların % 21'i sırt üstü, % 26'sı yüz üstü, % 37'si yan yatmaktaydı. Amerikan pediatri akademisi 1992 yılında yüz üstü yatış şeklinin ani bebek ölümü sendromunda rol oynayabileceğini bildirilerek, bebeklerin sırt üstü ve yan şekilde yatırılmalarını önermiştir (76). Bilgilendirme çalışmaları sonrası yüz üstü yatış oranı giderek azalmıştır (77). ABD'de 1992'de yüz üstü yatış oranı % 70 iken 1996'da % 24'e inmiştir (76). Çalışmamızda 0–12 aylık bebeklerin % 38,1'i sırt üstü, % 38,1'i yan ve % 7'si yüz üstü yatmaktaydı. Bebeklerimizin yüz üstü yatış oranının düşüklüğü eskiden beri süregelen bir alışkanlığın sonucudur. Hatırladığımız kadarıyla bebeklerin yüz üstü yatırılması konusunda toplumumuzda özel bir eğitim programı yapılmamıştır. Yeni Zelanda da yapılan bir araştırmada yüz üstü uyuma pozisyonu ile düşük anne eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi bazı sosyodemografik özellikler arasında ilişki olduğunu saptanmıştır (78). Biz ise çalışmamızda uykuda yatış şekli ile annenin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum arasında fark bulamadık.

Uygun olmayan uyku alışkanlıkları ve sonucundaki yetersiz uyku süresinin çocuklarda son derece yaygınlaştığı ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği belirtilmiştir (5). İyi uyku süresinde ilerleyici kayıp ve gün içi uykululuk çocukların fiziksel, ruhsal yaşantısını, okul başarısını, aile ilişkilerini etkileyebilmektedir (5).

Fransa'da lise çağındaki 652 çocukla yapılan bir çalışmada uykusuzluğu olan çocukların okul başarısı daha düşük bulunmuştur (79). Hollandalı 9-14 yaş arası 449 çocukla yapılan

başka bir çalışmada iyi uyku yetersizliğine bağlı sabahları yorgun uyanan ve okula dinlenmeden gelen çocukların derse kendini vermelerinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (80). Ülkemizde 7-11 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada parasomnialı çocukların %12,1 inin öğrenme güçlüğü olduğu tespit edildi (81). Çalışmamızda ise tüm uyku bozukluğu ile okul başarısı arasında ilişki tespit edilemedi. Ancak uykudan yorgun uyanan çocukların % 25'inde okul başarısı düşük bulundu.

Büyüme ve gelişmenin uyku-uyanıklık düzenlenmesini etkilemesi sebebiyle çocuklarda uyku bozukluklarının görülme sıklığı yüksektir (22). Uyku bozukluklarının genel sıklığına bakacak olursak, Avustralya'da 4,5-16,5 yaş arası çocuklarda % 24,6 bulunmuştur (4). Çin'de 2-12 yaş grubu çocuklarda %21,2 bulunurken, İsveçteki 5-6 yaşlarında çocuklarda ise % 26,9 olarak bildirilmiştir (57,82). Çalışmamızda uyku bozukluklarının sıklığı diğer çalışmalara benzer şekilde % 28,9 olarak bulundu. Bu sonuçlar çocuklarda uyku bozuklukları sıklığı yönünden toplumlar arasında önemli fark olmadığını göstermektedir.

Uykusuzluk; uykuya dalma, uykuyu sürdürme, sonlandırmaya ilişkin yakınmalar ve dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmaktadır (28). Zhanga ve arkadaşlarının (83) ilkökul çağı çocuklarda yaptıkları çalışmada uykusuzluk sıklığını % 4 olarak bildirilmiştir. Neveus ve ark. (84) 6-11 yaş grubu çocuklarda uykusuzluk sıklığını % 13 olarak tespit etmişlerdir. 13-16 yaş grubu çocuklarla yapılan başka bir çalışmada uykusuzluk sıklığı % 10,7 olarak bildirilmiştir. Bu çocukların % 68,5'inde uykuya başlama ile ilgili sorunlar, % 26,2'sinde uykuyu sürdürmeyle ilgili sorunlar ve % 48'inde ise dinlendirici olmayan uyku bildirilmiştir (85). Çalışmamızda uykusuzluk sıklığı % 5,8 olarak bulundu. Bu çocukların % 67'sinde uykuya başlama ile ilgili, % 90'ında ise uykuyu sürdürme ile ilgili sorunlar dikkati çekti. Çalışmamızda uykusuzluk en fazla 0-12 ay ve 1-3 yaş arası çocuklarda görüldü.

Parasomniler uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan istenmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimlerdir. Parasomniaların genellikle çocukluk çağında sık görülmesi ve erişkinlik döneminde azalması, bu bozuklukların beyin gelişimi ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (45). 3-13 yaş grubu çocuklarda görülme sıklığı yüksektir (86).

Parasomnialar içinde yer alan uyurgezerlik yataktan kalkma ve gezinme gibi hareketlerle ile kendini gösterir (27). En sık 12 yaşından önce görülürken (44,45,86), 15 yaşından sonra sıklığı azalır (45). Laberge ve arkadaşlarının (87) yaptıkları bir çalışmada 3-10 yaş arası çocuklarda sıklığı % 9,2 iken, 13 yaşındaki çocuklarda % 3,3 olarak bildirilmiştir. 5-13 yaş arası çocuklarda uyurgezerlik sıklığı % 6 olarak bulunmuştur (60). Ülkemizde 7-11 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada uyurgezerlik sıklığı % 1,1 oranında bildirilmiştir (81). Kaynaklarda uykusuzluğun ve yorgunluğun uyurgezerlik nöbetlerini arttırdığı belirtilmektedir

(2,28,45). İncelememizde ise uyurgezerlik sıklığı % 2,5 idi. Diğer çalışmalara benzer olarak okul çağı çocuklarda görülme sıklığı yüksekti (%3,5). Bu sonuçlar çocuklarımızda uyurgezerliğin diğer ülkelere göre daha az görüldüğünü düşündürmektedir.

Karabasan, uykunun ilk saatlerinde ortaya çıkan, ağlamanın eşlik ettiği, aşırı korku ile birlikte otonomik değişikliklerin olduğu bir durumdur (45). Çocukluk çağında ileri yaşlara göre daha sık görülmektedir (44). En sık 5-7 yaşlarındaki çocuklarda görülmektedir (44). Petit ve arkadaşlarının (71) yaptıkları çalışmada 2,5 yaşındaki çocuklarda % 19,9 oranında ve 6 yaşındaki çocuklarda % 11,3 oranında bulunmuştur. Başka bir çalışmada 3-10 yaş arası çocuklarda sıklığı % 14,7 iken 13 yaşındaki çocuklarda sıklığı % 1,2 olarak bildirilmiştir (87). 18ay- 6 yaş arası çocuklarda ise sıklığı % 3 oranında tespit edilmiştir (88). Kaynaklarda karabasan nöbetlerini; uykusuzluğun, iyi uyku yetersizliğinin, ateşli hastalıkların, sinir sistemini baskılayıcı ilaç kullanımının arttırdığı belirtilmektedir (2,86). Bizim çalışmamızda sıklığın % 4 bulundu. En sık 4-6 yaş grubunda % 8,9 oranında görülürken 7-12 yaşlarına gelindiğinde % 3,5 oranında görülmekteydi.

Kabus bozukluğu; korku, endişe, öfke, üzüntü, nefret gibi duyguları içeren rüyaların yoğun bir şekilde hatırlandığı, uykudan uyanma nöbetleridir (27). En sık 3-6 yaşlarındaki çocuklarda görülür (44,45). Salzarulo ve arkadaşlarının (25) 2-15 yaş arası çocuklara yaptıkları çalışmada sıklığı % 31 oranında iken, BaHammam ve ark. (60) 5-13 yaş arası çocuklarda yaptıkları çalışmada sıklığı % 4,5 oranında bildirilmiştir. Ülkemizde Agargun ve ark. (81) 7-11 yaş çocuklarda sıklığını % 1 olarak bulmuşlardır. Kaynaklarda gündüz yaşanan sıkıntılar, korkutucu olaylar, ürkütücü televizyon programlarının kabuslara yol açabildiği bildirilmektedir (18,45). Ayrıca ateşli hastalıklar sırasında ve travma sonrasında da sık görüldüğü vurgulanmaktadır (44). Araştırmamızda kabus bozukluğu sıklığı % 7,7 idi. Sıklığı 4-6 grubu çocuklarda 12,5 iken, 7-12 yaş grubunda % 9,5, 13-17 yaş grubunda ise % 5,3'e inmekteydi.

Şuursuz uyanmalar, gece uykusundan ya da gündüz kestirmelerinden uyanma sırasında ortaya çıkan, yineleyici şuur bulanıklığı ya da şuursuz davranışlardır (27). Sıklığı 3-13 yaş grubu çocuklarda %17,3 iken (26), 15 yaş üstündekilerde %2,9- %4,2 dir (26,45,86). Biz ise sıklığını % 3 olarak tespit ettik. Sıklığı 4-6 yaş grubu çocuklarda % 5,4, 7-12 yaş grubunda % 3,9 iken 13-17 yaş grubunda % 1,6 ya düşmüştü. Sonuçlara göre bölgemizde bu uyku bozukluğuna daha az rastlandığı söylenebilir.

Uyku ile ilişkili varsanılar, uykunun başlangıcında, uykudan yanıklığa geçişte yaşanan gerçek dışı algılamalardır (44). Sıklığı %7-13 olarak bildirilmiştir (27). Çalışmamızda sıklığını % 3,3 olarak bulduk.

Uykuda altına ıslatma, beş yaş ve üzerindeki çocuklarda görülen herhangi bir fiziksel bozukluk ile açıklanamayan, uykuda ortaya çıkan, tekrarlayıcı idrar kaçırmalarıdır. Çocuklarda yaştan ilerlemesi ile görülme sıklığı azalmaktadır. Çalışmalarda sıklığı % 12–25 arasında değişmektedir (25,60,71,87). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalara göre sıklığı %11 ile %23 arasındadır (46,47,89,90). Çalışmalarda aile öyküsünün olması, kalabalık ailede yaşama, düşük sosyoekonomik durum, kabızlık, kaka kaçıрма, idrar yolu enfeksiyonu geçirme altına ıslatmada risk faktörleri olarak bildirilmektedir (89,90). Bizim çalışmamızda uykuda altına ıslatmana sıklığı bu çalışmalara benzer şekilde 4–6 yaş grubu çocuklarda % 12,5 iken, 7-12 yaş grubu çocuklarda % 9,5 olarak tespit edildi.

Uyku düzeni bozukluğu, uykunun uygunsuz zamanlarda olması demektir. Bu durum ergenlerde sık görülür. Gecikmiş uyku bozukluğu yaşayan bir ergen, tipik olarak normal vaktinde uyumada ve sabah zamanında uyanmada sorunlar yaşar. Aileler gencin geç yatmasından, kolay uyandırılmamasından ve gündüz uyuklamasından yakınır (23). Gecikmiş uyku bozukluğunun ergenlerde ve genç erişkinlerde sıklığı % 7-16 olarak bildirilmektedir (27,91). Ergenlerdeki bu yüksek oranın biyolojik ve gelişimsel faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (91). Çalışmamızda gecikmiş uyku bozukluğunun tüm çocukluk çağındaki sıklığı % 2,3 ve diğer çalışmalara benzer şekilde ergenlerdeki sıklığı ise % 6,5 idi.

Uykuda solunum bozuklukları, uyku sırasında çoğunlukla horlamanın eşlik ettiği solunum düzensizlikleridir (33). Anders ve arkadaşları (88) çocuklarda horlama sıklığını % 7-9 ve UTSDS sıklığının % 1-2 olduğu bildirmişlerdir. Brunetti ve ark (92) yaptıkları çalışmada horlama sıklığı % 15,8 iken UTSDS ise %1 olarak bulunmuştur. UTSDS'nin basit horlamadan ayırt edilmesi önemlidir. Basit horlamada UTSDS'nin aksine uyku yapısı ve oksijenlenme normaldir (34). UTSDS çocuklarda uykusuzluk, dikkat azlığı, baş ağrısı gibi belirtilerle de kendini gösterebilir (33). Çalışmamızda uykuda horlama sıklığını % 1,1 ve UTSDS sıklığını % 1,1 olarak buldu. UTSDS sıklığı çalışmamızda anket sorularına göre tanımlanmıştır. Kesin tanı için ÇUÖ çalışması gerekmektedir. Bu sebeple bu bozukluğun sıklığı bulunduğundan daha farklı olabilir.

Huzursuz bacak sendromu, çocukluk çağı dahil olmak üzere her yaşta başlayabilmekte, ancak yaşla birlikte belirtilerin şiddeti artmaktadır (51). Picchiatti ve ark. (93) yaptıkları çalışmada huzursuz bacak sendromu 8–11 yaş arası çocuklarda %1,9 ve 12–17 yaş arası çocuklarda % 2 olarak bulunmuştur. Çin'de 2-12 yaş grubu çocuklarda uyku bozuklukları ile yapılan bir çalışmada sıklığı % 5 olarak bulunmuştur (57). Çalışmamızda HBS'li çocuk sıklığını % 1,5 olarak bulduk.

Uyku ile ilişkili bacak krampları, genellikle baldırda ortaya çıkan ağrılı kas kasılmaları şeklindedir. Ağrı uykunun bölünmesine sebep olur (27). Kanada da bir çalışmada uykuda bacak krampı sıklığının %7,3 olduğu ve 12 yaşından sonra daha sık görüldüğü bildirilmiştir (94). Araştırmamızda ise uykuda bacak krampı sıklığı %1,1 bulundu.

Uykuda diş gıcırdatma, uyku sırasında çene kaslarının kasılmasına bağlı olarak dişlerin birbirine geçmesi ve sürtünmesi ile kendini gösteren bir hareket bozukluğudur(42). Buna bağlı olarak diş yapısında bozulma, çene kaslarında yorgunluk, ağrı olabilir (27). Laberge ve ark (87) nın çalışmasında 3-10 yaş grubunda % 19,2 sıklığında bulunmuştur Başka bir çalışmada oyun çağı çocuklarda sıklığı % 3,5, okul öncesi dönemde % 8,5 ve okul çağı çocuklarda % 6,7 olarak tespit edilmiştir (57). Çalışmamızda ise sıklığı % 1,3 olarak tespit edildi.

Uykuda konuşma, uyku sırasında farkında olmadan sesler çıkarma ve konuşmalarla kendini gösterir. Çocukluk yaş grubunda sıklığı yüksek iken, erişkinlerde sıklığı %5 dir (27). Salzarulo ve ark. (25) çalışmasında sıklığı % 32, Liu ve ark. (57) çalışmasında sıklığı % 5 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda sıklığı ergenlerde daha fazla olmak üzere % 8,4 olarak bulundu.

Uykuda terleme ile ilgili çalışmalara bakıldığında; Blunden ve ark. (4) 4,5-16,5 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada uykuda terleme sıklığını % 7,7 olarak bulmuşlardır. Cai ve ark. (95) 2-12 yaş grubu çocuklarda yaptıkları incelemede ise sıklığı % 22,6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda uykuda terleme sıklığı % 38,4 bulundu. Bizim oranımızın diğer araştırmalardaki oranlardan yüksek olmasının nedeni çalışmamızı yaz- güz aylarında yapılmasına bağlı olabilir.

Sonuç olarak araştırmamız, bölgemizde bütün çocukluk yaş gruplarını içine alması, yüz yüze görüşme usulüyle ve uluslararası uyku bozuklukları sınıflaması-2 kıstaslarına göre yapılması gibi özellikleriyle özgün bir çalışmadır. Çocukların önemli bir kısmında uyku bozukluğunun olması, bunların bir kısmında okul başarısının etkilenmesi, uyku meseleleri sebebiyle bazen ailelerin kaygıya kapılmaları, çocuk hekimlerinin uyku bozukluğu konusunda daha fazla bilgi sahibi olması gerektiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda uyku bozukluklarının sıklığı % 28,9 olarak tespit edildi. Uyku bozukluklarının en fazla olduğu yaş grubu 13-17 yaş çocuklardı.

2. Çalışmamızda en sık tespit edilen uyku bozuklukları; % 8,4 uykuda konuşma, % 7,7 kabus bozukluğu, % 5,8 uykusuzluk, % 5 uykuda altını ıslatma, % 4 karabasan, % 3,6 uykuda horlama, % 3,3 uykuda varsanılar, % 3 şuursuz uyanma, % 2,5 uyurgezerlik, % 2,3 gecikmiş uyku bozukluğu olarak bulundu.

3. Uyku bozukluğunu etkileyebilecek çocuk, aile, uyku ile ilgili özelliklere bakıldığında; uykuya yatış saati düzensiz olanlarda, uykuya dalmayla ilgili sorunları olanlarda, gece uykudan sık uyananlarda uyku bozuklukları daha fazla görüldü.

4. Yaş gruplarına göre uyku bozukluklarına bakıldığında: 0-12 aylık bebeklerde: uykusuzluk, selim uyku myoklonusu, 1-3 yaş çocuklarda; uykusuzluk, kabus bozukluğu, karabasan, 4-6 yaş çocuklarda; kabus bozukluğu, uykuda altını ıslatma, karabasan, 7-12 yaş çocuklarda; uykuda altını ıslatma, kabus bozukluğu, uykuda konuşma, 13-17 yaş çocuklarda: gecikmiş uyku bozukluğu, uykuda horlama en sık görülen bozukluklardı.

5. Toplam uyku sürelerinin ve gündüz uyku sürelerinin yaş büyüdükçe azaldığı görüldü.

6. Çalışmamızda ebeveynle aynı odada uyuma sıklığı % 29 olarak bulundu. Yaş büyüdükçe ebeveynle aynı odada uyuma sıklığı azalmaktaydı.

7. Çalışmamızda uykuya dalmayla ilgili sorunlar % 25,5 olarak bulundu. Bebeklik ve oyun çağı dönemlerinde uykuya dalmayla ilgili sorunlar daha fazlaydı ve uykuya dalmayla ilgili sorunu olan çocukların % 38'inde uyku bozuklukları vardı (p= 0.003).

8. Gece uyanma sıklığı % 29 idi ve 0-12 aylık ve 1-3 yaş grubu çocukların gece uyanma sıklıkları daha fazlaydı. Uykuda sık uyanan çocukların % 43,6'sında uyku bozukluğu vardı (p =0.000).

9. Uyanan odada elektronik alet bulunma oranı % 56,6 bulundu. Uyuduğu odada elektronik alet bulunan çocuklarda uykusuzluk sıklığı daha fazla bulundu (p= 0.000).

10. Çalışmamızda uyku bozukluğu ile okul başarısı arasında ilişki saptanmazken sabah uykudan yorgun uyananların % 25'inde okul başarısı düşük bulundu (p= 0.004).

11. Çalışmamıza katılan anne-babalarda uyku bozukluğu sıklığı % 29,4 idi ve anne-babada uyku bozukluğu olup olmaması ile çocuklardaki uyku bozukluğu arasında ilişki yoktu.

7. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Konya il merkezinde yaşayan 0–17 yaş grubu çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığını belirlemektir.

Olgular ve yöntem: Çalışma 1 Haziran- 30 Kasım 2009 tarihleri arasında Konya il merkezinde yer alan üç ilçede anket çalışması olarak yapıldı. Konya il merkezinde yer alan üç ilçeden basit rastgele yöntemle seçilen mahallelerde yaşayan 0–17 yaş grubu 640 çocuk çalışmaya alındı. Uyku bozuklukları ile ilgili sorular 2005 yılında yayınlanan ‘Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması’ kitabında yer alan tanı kıstaslarına göre hazırlandı. Çalışma grubu çocukluk dönemleri dikkate alınarak 0–12 ay, 1–3 yaş, 4–6 yaş, 7–12 yaş, 13–17 yaş olarak gruplandırıldı. Veriler çoktan seçmeli anket kâğıdına yüz yüze görüşülerek kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda 0–12 aylık bebeklerde ortalama uyku süresi $15,76 \pm 3,79$ saat; 13–17 yaş grubu çocuklarda ortalama uyku süresi $9 \pm 2,2$ saat olarak saptandı. Tüm çocukların % 29’u ebeveynle aynı odada uyuyordu ve % 56,6’sının uyuduğu odada elektronik alet vardı. Çocukların % 25,5’unda uykuya dalmayla ilgili sorunlar ve % 30’unda gece uykuda sık uyanma durumu vardı. Çalışmamızda uyku bozukluklarının genel sıklığı % 28,9 tespit edildi. En sık görülen uyku bozuklukları ise; uykuda konuşma (%8,4), kâbus bozukluğu (% 7,7), uykusuzluk (% 5,8), uykuda altını ıslatma (% 5), karabasan (% 4), uykuda horlama (%3,6), uykuda varsanılar (%3,3), şuursuz uyanma (%3), uyurgezerlik (%2,5), gecikmiş uyku bozukluğu (% 2,3) olarak saptandı. Yaş gruplarında en sık görülen uyku bozuklukları; 0–12 aylık bebeklerde; uykusuzluk ve selim uyku myoklonusu, 1–3 yaş grubunda; uykusuzluk, kâbus bozukluğu, karabasan, 4–6 yaş grubunda; kabus bozukluğu, altını ıslatma, karabasan, 7–12 yaş grubunda; altını ıslatma, kâbus bozukluğu, uykuda konuşma, 13–17 yaş grubunda uykuda konuşma, uyku düzeni bozukluğu, uykuda horlama idi. Uyku bozukluğu ile cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyler arasında fark bulunmadı. Uyku bozukluğunun en fazla görüldüğü yaş grubu 13–17 idi. Uykuya yatış saati düzensiz olanlarda, uykuya dalma ile ilgili sorunları olanlarda ve gece uykudan sık uyananlarda uyku bozukluğu sıklığı daha fazla bulundu. Sabah uykudan yorgun uyananların % 25’inde okul başarısı düşük bulundu.

Sonuç: Bölgemizde uyku bozukluklarının görülme sıklığı bazı farklılıklar olmakla birlikte dünyanın değişik yerlerinde yapılan diğer araştırmaların sonuçlarına benzemektedir. Çocukların önemli bir kısmında uyku bozukluğunun olması, bunların bir kısmında okul başarılarının etkilenmesi, bazen ailelerin kaygıya kapılmaları, çocuk hekimlerinin uyku bozukluğu konusunda daha fazla bilgi sahibi olması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, uyku bozuklukları, sıklık, yaş grupları

8. ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine sleep disorders prevalence of children aged 0-17 years old living in Konya.

Cases and method: The study was made as questionnaire study in three towns placed in the centrum of Konya between 1 June and 30 November 2009. 640 children aged with 0-17 years-old were selected with simple random method for study. Questionnaire forms about the sleep disorders were designed according to the Classification of International Sleep Disorders reported in 2005. Study population were classified considering the age of children as 0-12 months, 1-3 years, 4-6 years, 7-12 years, 13-17 years. Data's were recorded to the questionnaire form with the face to face method.

Results: In our study the mean duration of sleep was found 15.76 ± 3.79 hours in 0-12 months children while 9 ± 2.2 hours in the group of 13-17 years old children. 29% of all the children are sleeping with the parents in the same bedroom and an electronic device is found in the bedroom in 56.6% of them. The problems about the falling asleep were found 25.5% of the children and often wake up in the night was %30. In our study the general incidence of the sleep disorders was found 28.9%. Sleep talking (8.4%), nightmare disorder (7.7%), insomnia (5.8%), nocturnal enuresis (5%), sleep terror (4%), snoring in the sleep (3.6%), hallucinations in the sleep (3.3%), confusional arousals (3%), sleepwalking (2.5%), delayed sleep phase disorders (2.3%) were detected as the common sleep disorders. The most common sleep disorders in the age groups were; insomnia and benign sleep myoclonia in 0-12 months babies; insomnia, nightmare disorders, sleep terrors in 1-3 years old group; nightmare disorder, nocturnal enuresis and sleep terror in 4-6 years old group; nocturnal enuresis, sleep talking and nightmare disorder in 7-12 years old group; sleep talking, and delayed sleep phase disorder, snoring in the sleep in 13-17 years old group. No statistical difference was found between the sleep disorders and sex and social-economical levels. These were the most common in 13-17 years old group. Sleep disorders were commonly found in the group of children who have disorders in sleeping time, problems in falling asleep and often wake up in the night. The school success was decreased in 25% of children who wake up tired in the morning.

Conclusion: The incidence of sleep disorders in our region was similar, besides some differences, with the other studies reported from the different regions of the world. Due to having sleep disorders of most of the children, effected school success in some of them and sometimes family's worries puzzle that pediatricians must have much knowledge about the sleep disorders.

Key words: Children, sleep disorders, prevalence, age group

9. KAYNAKLAR

1. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji. Çavuşoğlu H (çev). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2001; 689-96.
2. Işık E. Organik Psikiyatri. İstanbul: Tayfa Matbaası,1999;527-95.
3. Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. Türk Psikiyatri Derg 2004;15:300-8.
4. Blundens S, Lushington K, Lorenzen B, Ooi T, Fung F, Kennedy D. Are sleep problems under-recognised in general practice? Arch Dis Child 2004;89:708-12.
5. Gozal D, Gozal KL. Neurocognitive and behavioral morbidity in children with sleep disorders. Curr Opin Pulm Med. 2007;13:505-9.
6. Armstrong KL, Quinn RA, Dadds MR. The sleep patterns of normal children. Med J Aust 1994; 161:202-6.
7. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). T Klin Akciğer Arşivi 2007;8:88-91.
8. Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve uyku bozuklukları. Genel Tıp Derg 1997;7: 161-6.
9. Pelin Z, Gözükırmızı E. Uyku ve uyanıklığın kontrol mekanizmaları. T Klin Psikiyatri 2001;2: 69-74.
10. Karadağ M. Dünyada ve Türkiye’de uyku çalışmaları. T Klin Akciğer Arşivi 2007;8:62-4.
11. Siegel JM. Mechanism of sleep control. J Clin Neurophysiol 1990;7:49-65.
12. Irak M. Farklı bir bilinçlilik durumu:Uyku. Pivolka 2005;4:3-7.
13. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC(eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2005;16-25.
14. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 2001;5:41-8.
15. Aydın H, Özgen F. Uyku, yapısı ve işlevi. T Klin Psikiyatri 2001;2:79-85
16. Kaplan HI, Sadock BJ. Concise Textbook of Clinical Psychiatri.2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004;309-22.
17. Kotagal S. Sleep-wake disorders. In: Swaiman KF , Ashwals S, Ferriero DM (eds). Pediatric Neurology Principles & Practice. 4. ed. Philadelphia : Mosby Elsevier, 2006:1225-37.
18. Shaffer D. Pediatrik Psikofarmoloji. Gökalp P, Sayın Ü, Baral I (çev).İstanbul: Bilişsel ve Teknik Yayınları,1993:207-29.
19. Pelin Z, Gözükırmızı E. Uykunun ontogenetik özellikleri. T Klin Psikiyatri 2001;2:67-8.
20. Kahn A, Dan B, Groswasser J, Franco P, Sottiaux M. Normal sleep architecture in infants and children. J Clin Neurophysiol 1996;13:184-97.
21. Keane V, Charney E, Starus J, Roberts K. Do solids help baby sleep through the night? AJDC 1988;142:404-5.
22. Türkbay T, Söhmen T. Çocuklar ve ergenlerde uyku bozuklukları. T Klin Psikiyatri 2001;2:86 90.
23. Thiedke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. Am Fam Physician 2001;63: 277-84.

24. Splaingard M. Sleep medicine. *Ped Clin North Am* 2004;51:34-5.
25. Salzarulo P, Chevalier A. Sleep problems in children and their relationship with early disturbance of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 1983;6:47-51.
26. Richman. N. Sleep problems in young children. *Arch Dis Child* 1981;56:491-3.
27. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2. ed. Westchester. American Academy of Sleep Medicine,2005.
28. Yetkin S, Özgen F. Uyku bozuklukları. Koroğlu E, Güleç C (düzenleyenler). *Temel Psikiyatri Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; 460-73.
29. Anders TF, Halpern LF, Hua J. Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics* 1992;90:554-60.
30. Aydın H, Sütçügil L, Özgen F. İnsomnia. *T Klin Psikiyatri* 2001;2:98-102.
31. Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics* 2001;108: e51.
32. Liu X, Uchiyama M, Okawa M, Kurita H. Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep* 2000;23:27-34.
33. Kaynak H, Kaynak D. Uykuda solunum bozuklukları. *T Klin Psikiyatri* 2001;2:103-7.
34. Karakoç F, Hamutçu R, Karadağ B, Kut A, Dağlı E. Çocuklarda obstrüktif uyku-apne sendromu. *T Klin Pediatri* 2002;11:50-9.
35. Erişan L. Pediatrik tıkalıcı uyku apnesi sendromu-güncel yaklaşımlar. *Güncel Pediatr* 2005;2:7-17.
36. Davidson Ward SL, Marcus CL. Obstructive sleep apnea in infants and young children. *J Clin Neurophysiol* 1996;13:198-207.
37. Carroll JL, McColley SA, Marcus CL, Curtis S, Loughlin GM. Inability of clinical history to distinguish primary snoring from obstructive sleep apnea syndrome in children. *Chest* 1995; 108:610-18.
38. http://www.toraks.org.tr/10_kongre_kurs/pdf/302_310_Poisomnografi_N_zaman_neden.pdf
39. Wise MS, Arand DL, Auger R, Brooks SN, Watson NF. Treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin. *Sleep* 2007;30:1712-27.
40. Turgut N. Narkolepsi-katapleksi sendromu. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg* 2003;20:47-53.
41. Kaynak H, Kaynak D. Narkolepsi-katapleksi sendromu. . *T Klin Psikiyatri* 2001;2:111-4.
42. Doğan M, Yılmaz C, Kaya A, Çaksen H. Narkolepsili bir olgu sunumu. *Nobel Med* 2009;5:40- 2
43. Kotagal S. Parasomnias in childhood. *Sleep Med* 2009;13:157-68.
44. Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:280-96.
45. Özgen F, Karadağ H, Ceyhun E. Parasomnialar. *T Klin Psikiyatri* 2001;2:117-24.
46. Öge O, Kocak İ, Gemalmaz H. Enuresis: point prevalence and associated factors among Turkish children. *Turk J Pediatr* 2001;43:38-43.
47. Akbaba M, Kis SU, Sütölk Z, Kis C, Demirhindi H, Özdener OE. Bir yatılı bölge okulunda enürezis nokturna prevalansı ve nedenleri. *TAF Prev Med Bull* 2008;7:213-6.

48. Taşçılar NF, Kaynak D, Kaynak H. REM uykusuyla ilişkili uyku fenomenlerinin eşlik ettiği noktural inleme. *Türk Nörol Derg* 2007;13:33-6.
49. Hız F, Erdoğan HA, Öztürk A, Çınar M. Huzursuz bacak sendromu ve uykuda periyodik hareket bozukluğu: Olgu sunumu. *Nöropsikiyatr Arş* 2005;42:29-33.
50. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Tireli H. Huzursuz bacak sendromu: Klinik ve demografik değerlendirme. *Parkinson Hast Hareket Boz Der* 2006;9:94-103.
51. Bayram SN, Karaca NE, Egemen A. Çocukluk çağında huzursuz bacak sendromu: Bir vaka takdimi. *Çocuk Sağ Hast Derg* 2007;50:40-3.
52. Kaynak DK. İnsomni yakınması ardında yatan uyku bozuklukları; huzursuz bacak sendromu ve uykuda periyodik hareket bozukluğu. *Nöropsikiyatr Arş* 2007;44:95-100.
53. Togeiro SMGP, Smith AK. Diagnostics methods for sleep disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:8-15.
54. Özol D, Akgedik R. Obstrüktif uyku apne sendromu. *Yeni Tıp Dergisi* 2008;25:201-4.
55. Nunes ML, Cavalcante V. Clinical evaluation and treatment of insomnia in childhood. *J Pediatr* 2005;81:277-86.
56. http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2=&report=turkiye_il_ilce_yasgr.RDF&p_il=42&p_ilce1=1839&p_kod=3&p_yil=2008&p_dil=1&desformat=html&ENVID=nufus2000db2Env.
57. Liu X, Ma Y, Wang Y, Jiang Q, Rao X et al. Brief Report: An epidemiologic survey of the prevalence of sleep disorders among children 2 to 12 years old in Beijing, China. *Pediatrics* 2005;115:266-8.
58. Hayran O. Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayını, 1993;5-20.
59. Kaynak D. Adolesanda uyku ve bozuklukları. *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* 2005; 43:135-46.
60. BaHammam A, Alfairs E, Shaikh S, Saeed AB. Prevalence of sleep problems and habits in a sample of Saudi primary school children. *Ann Saudi Med* 2006;26:7-13
61. Giannotti F, Cortesi F, Sebastiani T, Vagnoni C. Sleeping habits in Italian children and adolescents. *Sleep and Biological Rhythms* 2005;3:15-21.
62. Goodwin JL, Kaemingk KL, Fregosi RF, Rosen GM, Morgan WJ, Smith T et al. Parasomnias and sleep disordered breathing in Caucasian and Hispanic children-the Tucson children's assessment of sleep apnea study. *BMC Med* 2004;2:1-9.
63. Liu X, Liu L, Wang R. Bed sharing, sleep habits and sleep problems among Chinese school aged children. *Sleep* 2003;26:839-44.
64. Jenni OG, Fuhrer HZ, Iglowstein I, Molinari L, Largo RH. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics* 2005;115:233-40.
65. Ostfeld BM, Perl H, Esposito L, Hempstead K, Hinnem R, Sandler A et al. Sleep environment, positional, lifestyle and demographic characteristics associated with bed sharing in sudden infant death syndrome cases: A population-based study. *Pediatrics* 2006;118:2051-9.
66. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:339-46.
67. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics* 2001;107: e60.

68. Seze RD, Fabro-Peray P, Miro L. GSM radiocellular telephones do not disturb the secretion of antepituitary hormones in humans. *Bioelectromagnetics* 1998;19:271-8.
69. Owens J, Maxim R, McGuinn M, Nobile C, Msall M. Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics* 1999;104:e27.
70. Kahn A, Mercht CV, Rebuffat E, Mozin MJ, Sottiaux M et al. Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics* 1984;542-6.
71. Petit D, Touchette E, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics* 2007;119:e1016-25.
72. Scher A. A longitudinal study of night waking in the first year. *Child Care Health Dev* 1991;17:295-302.
73. Jones DPH, Verduyn CM. Behavioural management of sleep problems. *Arch Dis Child* 1983;58:442-4.
74. Koturoğlu G, Akşit S, Kurugöl Z. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk polikliniği'nde izlenen bebeklerin yatış pozisyonunun değerlendirilmesi. *Türk Pediatr Arş* 2004;39:78- 82
75. Hunt CE, Lesko SM, Vezina RM, McCoy R. Infant sleep position and associated health outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:469-74.
76. Kattwinkels J, Brooks J, Kenan ME, Malloy M. Position and sudden infant death syndrome (SIDS): update. *Pediatrics* 1996;98:1216-8.
77. Horne RSC, Ferens D, Watts AM, Vitkovic J, Lacey B, Andrew, S et al. The prone sleeping position impairs arousability in term infants. *J Pediatr* 2001;138:811-6.
78. Tuohy PG, Counsell AM, Geddis DC. Sociodemographic factors associated with sleeping position and location. *Arch Dis Child* 1993;69:664-6.
79. Bailly D, Bailly LI, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools. *Encephale* 2004;30:352-9.
80. Meijer AM, Habekothé HT, Wittenboer GLHV. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *J Sleep Res* 2000;9:145-53.
81. Agargun MY, Çilli AS, Şener S, Bilici M, Özer OA ve ark. The prevalence of parasomnias in preadolescent school-aged children: a Turkish sample. *Sleep* 2004; 27:701-5.
82. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Sleep disturbances in Swedish pre-school children and their parents. *Nord J Psychiatry* 1998;52:59-67.
83. Zhanga J, Lib AM, Kongc APS, Laia KYC, Tangd NLS, Winga YK. A community-based study of insomnia in Hong Kong Chinese: Prevalence, risk factors and familial aggregation. *Sleep Med* 2009;10:1040-6.
84. Neveus T, Cnattinguis S, Olsson U, Hetta J. Sleep habits and sleep problems among a community sample of school children. *Acta Paediatr* 2001;90:1450-5.
85. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: Life time prevalence, chronicity and an emergent gender difference. *Pediatrics* 2006;117:e247-56.
86. Chow PY. Overview of childhood parasomnias. *HK J Paediatr* 2007;12:47-52.
87. Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, Montplaisir J. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 2000;106:67-74.
88. Anders TF, Eiben LA. Pediatric sleep disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:9-20.

89. Çarman KB, Bıçakcı Z, Palancı Y, Alp R. Kars'ta okul çağı çocuklarında enürezis nokturna prevalansı ve ebeveynlerin enürezis nokturnaya bakışı. *T Klin Pediatr* 2008;17:103-9.
90. Aykın S, Vehid HE, Gökçay G, Bulut A, Baysal SU. Enürezis; ilişkili faktörler ve ailelerin yaklaşımları. *İst Tıp Fak Derg* 2009;72:5-9.
91. Lu BS, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. *Chest* 2006;130:1915-23.
92. Brunetti L, Rana S, Lospalluti ML, Pietrafesa A, Francavilla R, Fanelli M, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea syndrome in a cohort of 1207 children of southern Italy. *Chest* 2001;120:1930-5.
93. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Myers A, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents. *Pediatrics* 2007;120: 253-66.
94. Leung AKC, Wong BE, Chan PYH, Cho HYH. Nocturnal leg cramps in children: incidence and clinical characteristics. *J Natl Med Assos* 1999;91:329-32.
95. Cai YM, Yi ZW, Huang H, Li JM, Luo XM. Epidemiological investigation of sleep disorders for children at ages of 2-12 years in Changsha City. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2008;10:353-6.

10. EK-1

Hastaların Bilgilendirilmiş Olur (Rıza) Formu

Çocuklarda uyku sorunları günümüzde sıklığı gittikçe artan oranda doktora başvuru nedenleri arasındadır. Var olan uyku sorunlarının erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmesi birey ve toplum sağlığı açısından önemlidir.

Bu çalışma Konya ilinde yaşayan 0–17 yaş grubu çocuklarda uyku bozukluklarının sıklığını tespit etmek amacıyla planlanmıştır.

A-Konya ilinde yaşayan 0–17 yaş grubu yaklaşık 650 sağlıklı çocuk çalışmaya alınacaktır

B-Anne ya da babalara çalışma hakkında bilgi verilerek izin alındıktan sonra sosyodemografik özellikler, çocuğun uyku özellikleri ve uyku bozuklukları ile ilgili sorular anket yöntemi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yöneltilecektir.

C-Uyku düzenini etkileyebileceği düşünülen kronik hastalığı olan çocuklar bu çalışmaya alınmayacaktır.

Yukarıdaki gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:.....İmzası:.....

Adresi:.....Telefon:().....

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı Soyadı:.....İmzası:.....

Uyku Hijyenine yönelik Öneriler

Her sabah aynı saatte kalkmalı, Dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.

Yatış saatinin de aynı saatlerde olması sağlanmalı

Gün içindeki kestirmelerden kaçınılmalı

Gündüzleri düzenli egzersiz yapılmalı

Yatak odası aşırı ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalı

Yatak odası uyku dışında farklı amaçlarla kullanılmamalı, odada televizyon bulundurulmamalı

Uyku saatine yakın (yatmadan 2 saat öncesine kadar) yemek yememeli

Yatma saatinden en az 6 saat öncesine kadar kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılmalı

Gece uyunamadığında yatakta uyumak için zorlanmamalı

Yatmadan önce solunum egzersizi gibi gevşeme teknikleri kullanılabilir

ANKET FORMU

Önemli bir hastalığı var mı? 1) E2) H Varsa ne?

Çocuğunuzun adı soyadı:

Doğum tarihi: Yaş: Kilo: Boy: Cinsiyeti: 1) E 2) K

Sürekli kullandığı bir ilaç var mı? 1) E2) H Varsa ne?

Sos yo-ekonomik durumunuz: 1) Yüksek 2) Orta 3) Düşük

Aylık geliriniz ne kadar?

Annenin son bitirdiği okul:1) Okul bitirmedi 2) İlkokul 3) Ortaokul

4) Lise5) Yüksekokul

Babanın son bitirdiği okul: 1) Okul bitirmedi 2) İlkokul 3) Ortaokul

4) Lise 5) Yüksekokul

Okul başarısı nasıl?1)Başarılı 2)Takdir aldı 3)Teşekkür aldı

4)Başarı belgesi almadı 5)Zayıfı var

Ailede uyku sorunu olan var mı? 1) E 2) H Varsa kimde ve hangi uyku bozukluğu?

Oturduğunuz ev tipi nasıl? 1) Apartman 2) Müstakil

AŞAĞIDA BELİRTİLEN UYKU SORUNLARININ ÇOCUĞUNUZDA OLUP OLMADIĞINI LÜTFEN BELİRTİNİZ

1. Çocuğunuz uykuya hemen hemen aynı saatte mi yatar?

1)Evet Uykuya yatış saati kaçtır? 2) Hayır En erken kaçta yatar? En geç kaçta yatar?

2. Çocuğunuz uykudan hemen hemen aynı saatte mi uyanır?

1) EvetUykudan kalkış saati kaçtır? 2) Hayır En erken kaçta kalkar?

En geç kaçta kalkar?

3. Anne-baba uykuya ortalama kaçta yatar (), ortalama kaçta kalkar? ()

4. Çocuğunuz nerede uyuyor?

1)Anne baba ile aynı oda ayrı yatak 2)Anne baba ile aynı yatak

3)Kardeş-başka yakını ile aynı oda ayrı yatak

4) Kardeş-başka yakını ile aynı yatak 5)Ayrı oda ayrı yatak

5. Çocuğunuz daha çok hangi pozisyonda uyur?

1) Sırt üstü 2) yüz üstü 3) yan yatarak 4) dikkat etmedim

6.1) Çocuğunuz uykuya dalmak için yardıma ihtiyaç duyar mı? 1) E 2) H

2) Duyarsa aşağıdakilerden hangisinin yardıma ihtiyaç duyar?

1) Sallama 2) Besleme 3) Kucağa alma 4) Masal anlatma 5) Oyuncak

6) Anne babanın yanında olması 7) Müzik dinleme 8) Televizyon izleme

9) Okuma 10) Diğer

7. 1) Çocuğunuz gece uykusundan uyanır mı? 1) E 2) H

2) Uyanırsa bir gecede kaç kere? 1) Bir kere 2) İki kez 3) Üç ve daha fazla

8. Çocuğunuz sabahları uykudan nasıl uyanır? 1) Hiç uyumamış gibi 2) yorgun

3) dinç ve dinlenmiş

9. 1) Çocuğunuz gündüzleri uyur mu? 1) E 2) H 2) Uyursa kaç kez? 1) Bir kere

2) İki kez 3) Üç ve daha fazla 3) Gündüz uyku süresi ne kadar?

10. Çocuğunuzun yattığı odada elektronik alet var mı? 1) E 2) H

1) Cep telefonu 2) radyo 3) televizyon 4) bilgisayar 5) diğer

11. Çocuğunuz hangi ortamda uyur? 1) Karanlık 2) loş 3) aydınlık

12.1) Uykuda bebeğınızı besler misiniz? 1) E 2) H

2) Beslerseniz kaç kez? 1) Bir kere 2) İki kez 3) Üç ve daha fazla

13. İnsomnia

1) Uyku için uygun ortam ve şartlar sağlanmasına rağmen, uykuya başlamada zorluk veya uykuyu sürdürmede zorluk veya çok erken uyanma veya uzun süredir dinlendirici olamayan uyku yakınması veya az dinlendirici uyku yakınmalarından en az biri var mı?

1) E 2) H

2) Geceki uyku zorluğuna bağlı aşağıdaki gündüz görülebilecek bozukluklardan en az biri var mı? 1) E 2) H

Dikkatsizlik, bir işe kendini verememe veya unutkanlık ()

Yorgunluk veya halsizlik ()

Sosyal ve mesleki konularda yetersizlik veya okul başarısında azalma ()

Huy değişikliği veya huzursuzluk ()

Gündüz uykululuğu ()

Motivasyon, enerji veya çalışma isteğinde azalma ()

İş yerinde veya araç kullanırken hata veya kaza yapmaya eğilim ()

Uyku ile ilgili endişe duyma ()

Uykusuzluğa bağlı gerginlik, baş ağrısı veya gis belirtileri(bulantı, kusma, karın ağrısı) ()

14. İveğen uykusuzluk (Acute insomnia)

- 1) Çocuktaki belirtiler insomnia kıssaslarını karşılayacak 1) E 2) H
- 2) Bu uyku bozukluğu fiziksel, çevresel, kişilerarası, psikososyal, psikolojik gösterilebilir bir geçici sıkıntıya bağlı olarak mı ortaya çıkıyor? 1) E 2) H
- 3) Akut stres (iveğen sıkıntı) ortadan kaldırıldığında bu uyku bozukluğu düzeliyor mu veya çocuk zamanla bu uyku bozukluğuna ayak uyduruyor mu? 1) E 2) H
- 4) Bu uyku bozukluğu üç aydan daha kısa süreli mi? 1) E 2) H
- 5) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

15. İdiopatik insomnia (Sebebi bilinmeyen uykusuzluk)

- 1) Çocuktaki belirtiler insomnia kıssaslarını karşılayacak 1) E 2) H
- 2) Bozukluğun seyrinde aşağıdakilerden her birisi var mı? 1) E 2) H
 - Başlangıcı bebeklik veya küçük çocukluktan beri olacak ()
 - Uykusuzluğu başlatan gösterilebilir bir sebep olmayacak ()
 - Bozukluk herhangi bir iyileşme dönemi olmaksızın süreklilik gösterecek ()
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

16. Çocukluk çağının davranışla ilgili uykusuzluğu (Uyku başlangıcı tipi)

- 1) Çocuğuktaki belirtiler insomnia kıssalarını karşılayacak 1) E 2) H
- 2) Uyku başlangıcında aşağıdaki özelliklerden her biri var mı? 1) E 2) H
 - Uykuya dalma süresi uzamış ve özel şartlar gerektiriyor mu? 1) E 2) H
 - Uykuya dalma için gereken özel şartlar yorucu, biktirici mi? 1) E 2) H
 - Eğer özel şartlar sağlanamazsa uykuya dalma önemli derecede gecikiyor veya uykuyla ilgili başka sorunlar oluşuyor mu? 1) E 2) H
 - Gece uyanırsa tekrar uyumak için birinin yardımına ihtiyaç duyar mı? 1) E 2) H
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

17. Çocukluk çağının davranışla ilgili uykusuzluğu (Sınır koyma tipi)

- 1) Çocuktaki belirtiler insomnia kıssalarını karşılayacak 1) E 2) H
- 2) Uykuda aşağıdaki özelliklerin her biri var mı? 1) E 2) H
 - Uykuya başlamada veya sürdürmede güçlük var mı? 1) E 2) H
 - Uygun zamanda yatağa gitmeyi reddeder veya direnir ya da gece uykudan uyanınca yeniden yatağa gitmeyi reddeder mi? 1) E 2) H
 - Çocuğunuzun uygun uyku davranışlarının gelişiminde çabalarınız yetersiz mi? 1) E 2) H
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık,

akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

18. Uygun olmayan uyku hijyenine bağlı uykusuzluk (Inadequate sleep hygiene)

1) Çocuktaki belirtiler insomnia kısıtlarını karşılayacak 1) E 2) H

2) En az bir aydır insomnia yakınması var mı? 1) E 2) H

3) Aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Uyku düzensizliği (sık sık gündüz uyuma, değişik saatlerde uyuma ve uyanma veya yatakta çok fazla zaman harcama gibi özelliklerin olduğu) var mı? 1) E 2) H

—Düzenli olarak özellikle yatmadan önce içki, sigara veya kahve tüketir mi? 1) E 2) H

—Yatmadan önce fiziksel aktivite, zihni uyarıcı işler veya duygu durumunu etkileyen işler yapar mı? 1) E 2) H

—Yatakta uyku dışı aktiviteler sık yapar mı? 1) E 2) H

—Rahat uyku ortamının sürdürülmesinde yetersizlik var mı? 1) E 2) H

4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

19. Çocuklarda uyku engelli solunum durması (pediatric obstructive sleep apnea)

1) Çocuğunuzda uykuda horlama veya zorlu veya tıkanmalı solunum veya her ikisi de olur mu? 1) E 2) H

2) Aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Nefes alırken kaburgalarda ters olarak içe doğru hareket ()

—Uykuda uyanma hareketleri ()

—Aşırı gündüz uykusu, aşırı hareketlilik ve saldırgan davranış ()

— Büyüme hızında yavaşlık () — Sabahları olan baş ağrıları ()

—İkincil idrar kaçırma () — Uykuda başını geriye atma () — Terleme ()

3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

20. Bebeklerin birincil uykuda solunum durması (primary sleep apnea of infancy)

1) Prematür apnesi (günsüzlük solunum durması)

37 haftadan küçük bebeklerde 20 sn veya daha uzun süreli merkezi solunum durması (veya 20 sn den daha kısa süreli solunum durması ile birlikte engelli veya karışık solunum örneğinin olması ve bu sırada kalp hızında azalma, morarma, solukluk gibi klinik belirtilerin veya müdahale gerektiren solunum durmasının varlığı) var mı? 1) E 2) H

2) İnfant apnesi (bebeklerde solunum durması) 37 haftadan büyük bebeklerde 20 sn

veya daha uzun süreli merkezi solunum durması (veya 20 sn den daha kısa süreli

solunum durması ile birlikte engelli veya karışık solunum örneğinin olması ve bu sırada

kalp hızında azalma, morarma, solukluk gibi klinik belirtilerin veya müdahale gerektiren solunum durmasının varlığı) var mı? 1) E 2) H

21. Doğuştan merkezi alveolar hipoventilasyon sendromu

1) Yenidoğan döneminden beri çocukta uyku sırasında solunumda yüzeyelleşme veya morarma ve solunum durmasının varlığı 1) E 2) H

2) Solunumdaki yüzeyelleşme uyanıklıktan çok uykuda olması 1) E 2) H

3) Çocukta morarmaya rağmen solunum çabası olmaması 1) E 2) H

4) Polisomnografik inceleme

5) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

22. Katapleksili narkolepsi

1) Çocuğunuzda en az 3 ay süreli hemen her gün olan aşırı gündüz uykusu olur mu?
1) E 2) H

2) Katapleksi öyküsü (Gülme, bir ses duyma gibi ani bir uyaranla karşılaştığında şuur bozulmaksızın kaslarında birdenbire çıkan 1–2 dakika süren gevşeme, yere yığılma ya da düşecek gibi olma durumu) var mı? 1) E 2) H

3) Polisomnografik inceleme

4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

23. Katapleksisiz narkolepsi

1) Çocuğunuzda en az 3 ay süreli hemen her gün olan aşırı gündüz uykusu olur mu?
1) E 2) H

2) Kataplesi öyküsü olmayacak fakat şüpheli nöbetler olabilir 1) E 2) H

3) Polisomnografik inceleme

4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

24. Uyku süresinin uzamış olduğu idiopatik hipersomnia

1) En az 3 ay süreli ve hemen her gün olan aşırı gündüz uykusu var mı? 1) E 2) H

2) Uzamış gece uykusu (10 saatten fazla) ve gece veya gündüz uykusundan daima güçlükle uyandırılma öyküsü olur mu? 1) E 2) H

3) Polisomnografik inceleme

4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

25. Uyku süresinin normal olduğu idiopatik hipersomnia

- 1) En az 3 ay süreli ve hemen her gün olan aşırı gündüz uykululuğu var mı? 1) E 2) H
- 2) Gece uykusu normal (6–10 saat) süre midir? 1) E 2) H
- 3) Polisomnografik inceleme
- 4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

26. Davranışlara bağlı yetersiz uyku sendromu

- 1) En az üç ay boyunca hemen her gün çocuğunuzda aşırı uyku yakınması veya ergenlik döneminde uykusuzluğu telkin eden şikâyetler (huzursuzluk, kendini dersine verememe, isteksizlik, halsizlik, neşesizlik gibi) var mı? 1) E 2) H
- 2) Çocuğunuzun alışlagelmiş uyku süresi yaşa göre olan normalinden kısa mı? 1) E 2) H
- 3) Alışlagelmiş uyku şeklinin aksine çocuğunuz hafta sonları veya tatillerde alışılmıştan daha uzun mu uyur? 1) E 2) H
- 4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

27. Tekrarlayıcı aşırı uyku

- 1) İki gün ile dört hafta kadar süren aşırı uykunun olduğu tekrarlayan dönemler olması 1) E 2) H
- 2) Bu dönemler yılda en az bir kere tekrarlaması 1) E 2) H
- 3) Dönemler arasında çocuğunuzun algılaması ve davranışları normal olması 1) E 2) H
- 4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

28. Gecikmiş uyku faz bozukluğu (Geç yatma geç kalkma hastalığı)

- 1) Arzu edilen veya toplum tarafından normal kabul edilen vakitten daha geç uykuya yatma kalkmanın olması 1) E 2) H
- 2) Kendi isteğine bırakılırsa uykusunun yaşına göre kalitesi ve süresi normaldir. Gecikmiş fakat sabit uyku uyanıklık dönemi vardır 1) E 2) H
- 3) Bu belirtiler en az yedi gündür var olması 1) E 2) H 4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

29. Konfüzyonel uyanma (şuursuz uyanma)

- 1) Gece veya gündüz uykusundan uyandığında veya uyku sırasında kısa süreli uyanma dönemlerinde tekrarlayıcı şaşkınlık, sersemlik hali olur mu? 1) E 2) H

2) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

30. Uyurgezerlik

1) Uyku sırasında yürür mü? 1) E 2) H

2) Bu yürüme sırasında uykunun devam ettiğini, şuurun normalden farklı olduğunu, muhakemenin bozulduğunu gösteren özelliklerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Zor uyandırılır () —Uyandırıldığında bilinci tam yerinde değildir, sersem-şaşkın gibidir () —Olanları hatırlamaz () —Zamana uygun olmayan birbirine benzer davranışlar sergiler (pencereye tırmanma, çöp kutusuna işeme gibi) () —Uygunsuz veya saçma davranışlar sergiler () —Tehlikeli veya tehlike doğurabilecek davranışlar sergiler ()

3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

31. Uyku terörü (Karabasan)

1) Uyku sırasında çoğunlukla çığlık atma veya ağlama ile başlayan aşırı korkuya bağlı davranışlar ve otonomik belirtilerin (terleme, çarpıntı, yüzde kızarıklık vb.) görüldüğü atakları olur mu? 1) E 2) H

2) Bu sırada aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Zor uyandırılır ()

—Uyandırıldığında bilinci tam yerinde değildir ()

—Olanları hatırlamaz ()

—Bu sırada tehlikeli davranışlar sergiler ()

3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

32. Uyku paralizi

1) Uykunun başlangıcında veya uykudan uyanırken gövde ve tüm ekstremiteleri birkaç saniye veya dakika hareket ettirmede güçlük çektiği olur mu? 1) E 2) H

2) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

33. Kâbus bozukluğu (nightmare)

1) Uykudan korku, kızgınlık, üzüntü, gibi olumsuz duygulara yol açan ve uyandıığında hatırladığı tekrarlayıcı korkulu rüyaları var mı? 1) E 2) H

2) Tam olarak veya çok az şaşkınlıkla uyanır ve rüyada gördüklerini hemen ve açıkça hatırlar mı? 1) E 2) H

3) Aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Atak sonrası uykuya geri döner ()

—Atak uykunun ikinci yarısında olur ()

4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

34.Uyku enürezisi

1) Primer enürezis: 5 yaşından büyük çocuklarda uykuda haftada en az iki kez istemsiz olarak altını ıslattığı ve doğumdan beri idrar kontrolünün hiç sağlanamadığı olur mu? 1) E 2) H

2) Sekonder enürezis: 5 yaşından büyük çocuklarda idrar kontrolünü sağladıktan ve en az 6 ay kuru kaldıktan sonra uykuda haftada en az iki kez istemsiz olarak altını ıslattığı olur mu? 1) E 2) H

35.Uyku ile ilgili varsanılar

1) Uykuya dalarken veya uykudan uyanırken ses duyma, hayal görme gibi varsanıları olur mu? 1) E 2) H

2) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

36.Patlayan kafa sendromu (Kafada ses sendromu)

1) Uykuya dalış sırasında veya gece uyandığında başında bir ses veya bir patlama hissinden şikâyet eder 1) E 2) H

2) Beraberinde baş ağrısı yoktur 1) E 2) H 3) Bu olaydan sonra korku içinde bekler, uyuyamaz. 1) E 2) H

37.Uykuda inleme

1)Çocuğunuzun uykuda inlediği olur mu? 1) E 2) H

38.Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu

1) Tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkan uyku sırasında istem dışı yemek yeme veya içme dönemleri olur mu? 1) E 2) H

2) Bununla birlikte aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H

—Gıdaların bir arada veya özel şekillerde tüketimi veya normalde yenmeyecek veyahut zehirli olabilecek maddelerin tüketilmesi ()

—Bu yeme epizotlarından dolayı uykusuzluk, dinlendirici olmayan uyku, gündüz yorgunluğu()

—Uykuda yaralanma ()

—Sabah iştahsızlığı ()

—Yiyeceğe giderken veya pişirirken olan tehlikeli davranışlar ()

—Yüksek kalorili gıdaların tüketimine bağlı sağlık sorunları ()

3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

39. Hareketli bacak sendromu (12 yaştan büyük çocuklar)

1) Çocuğunuz bacaklarında rahatsız edici ve hoş olmayan histen dolayı veya böyle bir hisle birlikte bacaklarını hareket ettirme isteği duyar mı? 1) E 2) H

2) Hareket ettirme isteği ve hoş olmayan hisler istirahatatta veya hareketsiz durumda(yatarken, otururken) başlar veya şiddetlenir mi? 1) E 2) H

3) Hareket ettirme isteği ve hoş olmayan hisler hareketle kısmen veya tamamen azalıyor mu? 1) E 2) H

4) Bu belirtiler sadece geceleri veya akşamları ortaya çıkıyor veya şiddetleniyor mu? 1) E 2) H

5) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

40.Huzursuz bacak sendromu (2–12 Yaş grubu çocuklarda)

1) Yukarıdaki kıssaların hepsinin olması 1) E 2) H

2) Yukarıdaki dört özellik de olacak ancak çocuk bacağıyla ilgili şikâyetini söyleyemeyecek 1) E 2) H

3) Çocukta başka bir uyku bozukluğu veya huzursuz bacak sendromu için aile öyküsü olacak 1) E 2) H

4) Polisomnografik inceleme

41.Uyku ile ilişkili ritmik hareket hastalığı

1) Çocuğunuzda büyük kas gruplarında(gövde, baş) hareketler görülür mü? 1) E 2) H

2) Bu hareketler tekrarlayıcı birbirine benzer özellikte mi? 1) E 2) H

3) Hareketler uykuyla ilişkili mi, gündüz uykusuna veya yatmaya yakın zamanda, uykuya dalmak üzere iken görülür mü? 1) E 2) H

4) Hareketler aşağıdakilerden en az birine yol açan şikâyetlere sebep olur mu? 1) E 2) H

—Çocuğunuzun normal uykusunu etkiler ()

—Gün içindeki işlerini önemli derecede bozar ()

—Tedaviyi gerektiren vücut yaralanmasına yol açar(Eğer koruyucu tedbirler alınmazsa)

5) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

42.Uyku ile ilişkili bacak krampları

- 1) Kuvvetli kas kasılmasının olduğunu gösteren ani kas sertliği veya gerilmesi ile birlikte ayakta veya bacaklarda ağrı olur mu? 1) E 2) H
- 2) Bu belirtiler uyku sırasında mı ortaya çıkıyor? 1) E 2) H
- 3) Ağrı etkilenen kasların gerilmesi ile ortadan kalkıyor mu? 1) E 2) H
- 4) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

43.Uykuda diş gıcırdatma

- 1) Çocuğunuz uykuda diş gıcırdatır veya dişini sıkar mı? 1) E 2) H
- 2) Diş gıcırdatmaya ek olarak aşağıdakilerden en az biri var mı? 1) E 2) H
—Diş yapısında bozulma ()
—Çene kaslarında rahatsızlık, yorgunluk veya ağrı ile birlikte uyanırken çenede kilitlenme() —İstekli olarak dişlerini kilitlediğinde masseter kaslarında büyüme ()
- 3) Bu çene kaslarıyla ilgili durum başka bir uyku bozukluğu, tıbbi veya nörolojik hastalık, ilaç kullanımı ile açıklanamamalı 1) E 2) H

44.Uykuda horlama

- 1) Çocuğunuz uykuda horlar mı? 1) E 2) H
- 2) Horlama veya hava akımının engellenmesinden dolayı bir uykusuzluk, aşırı gündüz uykusu isteği veya uyku bozukluğu gibi şikâyetlerin olmaması 1) E 2) H

45.Uykuda konuşma

- 1)Çocuğunuzun uykuda konuştuğuna tanık oldunuz mu? 1) E 2) H

46.Selim uyku myoklonusu

- 1) Çocuğunuzun tüm vücut, gövde ve uzuvlarda tekrarlayıcı atımları olur mu? 1) E 2) H
- 2) Bu hareketler küçük bebeklik döneminde mi başladı? 1) E 2) H
- 3) Hareketler sadece uykuda mı olur? 1) E 2) H
- 4) Hareketler çocuk uyandığında aniden biter mi? 1) E 2) H
- 5) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

47.Çok uyuyan

- 1) Çocuğunuzda yaşına uygun uyku süresinden 2 saat daha fazla uyuduğu ve eğer uykusunu alamazsa aşırı gündüz uykululuk isteği olur mu? 1) E 2) H
- 2) Bu uyku özelliği küçük yaştan beri var mı? 1) E 2) H
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

48.Az uyuyan

- 1) Çocuğunuz yaşı için uygun uyku süresinden en az 3 saat az uyur mu? 1) E 2) H
- 2) Çocuğunuzda yetersiz uykuya bağlı gündüz uykusu veya uykusuzluğa bağlı herhangi bir Şikâyet görülmez 1) E 2) H
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

49.İrkilmeli uyku

- 1) Çocuğunuzda uykunun başında kol ve bacaklarda ani kısa süreli atımlar olur mu?
1) E 2) H
- 2) Atımlarla birlikte aşağıdakilerden en az birisi var mı? 1) E 2) H
—Düşme hissi () —Parıltı hissi () —Uykuya dalarken rüya görme ()
- 3) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

50.Çevreyle ilişkili uyku hastalığı

- 1) Uykuyu bozan çevre Şartları ve fiziki uyarılara (sıcak, soğuk, gürültü, ışık, horlama) bağlı uykusuzluk, halsizlik veya parasomnia yakınması olur mu? 1) E 2) H
- 2) Bu uyku bozukluğu başka bir uyku hastalığı, tıbbi veya nörolojik hastalık, akıl hastalığı, ilaç veya madde kullanımına bağlı olmamalı 1) E 2) H

51.Çocuğunuz uykuda terler mi? 1) E 2) H