T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN (DEHB) UYKU BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİSİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Berna BALTACI

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üys. Yasin GENÇ

İSTANBUL – 2020

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI : Berna BALTACI

TEZİN DİLİ : Türkçe

TEZİN ADI : Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Uyku Bozukluğu ile İlişkisi

ENSTİTÜ : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

ANABİLİM DALI : Psikoloji

TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİN TARİHİ : 24.06.2020

SAYFA SAYISI : 85

TEZ DANIŞMANI : Dr. Öğretim Üyesi Yasin Genç

DİZİN TERİMLERİ : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Uyku Bozukluğu

TÜRKÇE ÖZET :

Bu araştırma da üniversite öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun uyku bozukluğu ile ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmaya İstanbul ilinden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış 106 üniversite öğrencisi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almamış 106 üniversite öğrencisi katılmıştır. Araştırmaya katılanlara demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Sosyo Demografik Bilgi Formu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerini ölçmek için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Uyku Bozukluğu düzeylerini ölçmek içinde Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

DAĞITIM LİSTESİ : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN (DEHB) UYKU BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİSİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
BERNA BALTACI

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üys. YASİN GENÇ

İSTANBUL - 2020

BEYAN

Bu tezin/projenin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin/projenin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez/proje olarak sunulmadığını beyan ederim.

Berna BALTACI

…/…/2020

JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI ÖRNEĞİ

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Berna BALTACI'nın Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Uyku Bozukluğu ile İlişkisi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı Klinik Psikoloji bilim dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	*İmza*	Dr. Öğr. Üyesi Yasin GENÇ (Danışman)
Üye	*İmza*	Dr. Öğr. Üyesi Elif ÇARPAR
Üye	*İmza*	Dr. Öğr. Üyesi Necmettin AKSOY

ONAY
Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
… / … / 2020

İmzası
Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırma da üniversite öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun uyku bozukluğu ile ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmaya İstanbul ilinden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış 106 üniversite öğrencisi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almamış 106 üniversite öğrencisi katılmıştır. Araştırmaya katılan DEHB tanısı almış kişilerde DEHB dışında komorbid hastalık yoktur, aynı şekilde DEHB tanısı almamış kişilerde de herhangi bir psikiyatrik tanı yoktur. Araştırmaya katılanlara demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Sosyo Demografik Bilgi Formu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerini ölçmek için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Uyku Bozukluğu düzeylerini ölçmek içinde Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma hipotezleri Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS 25) kullanılarak test edilmiştir. Araştırmanın sonucunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üniversite öğrencilerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almayan üniversite öğrencilerine göre uyku bozuklukları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan üniversite öğrencilerinde uyku bozukluğu da rastlanmış uyku bozuklukları içerisinden de huzursuz bacak sendromu daha fazla görülmüştür. Araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üniversite öğrencilerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almayan üniversite öğrencileri arasında sosyo demografik özellikleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Erişkinler, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Uyku Bozukluğu

SUMMARY

The university students, the relationship between adult attention deficit and hyperactivitiy disorder and sleep disorder has been examined in university studies. Research sample consists 106 university students who diagnosed with attention deficit and hyperactivitiy disorder and 106 university students who were not diagnosed with attention deficit and hyperactivitiy disorder. People diagnosed with ADHD do not have comorbid disease other than ADHD, and people who have not been diagnosed with ADHD also have not any psychiatric diagnosis. In the study, participants were asked to complete The Socio Demographic Information Form for determining the demographich characterisitcs, Adult ADHD Self-Report Scale for measuring the levels of attention deficit and hyperactivity, and Pittsburgh Sleep Quality Scale for measuring sleep disorder levels.

The collected data was statistically analysed by Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS 25). As a result of the study, there was a statistically significant difference between the sleep disorders scores of the university students who were diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder compared to the university students who were not diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder. Sleep disorder was also observed in the university students who diagnosed with attention deficit and hyperactivitis disorder and the restless legs syndrome observed more common among sleep disorders. In the study, there was no significant difference in terms of socio-demographic characteristics of the university students who were diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder, among those who were not diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder.

Keywords: Adults, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Sleep Disorder

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZET ..... **I**

SUMMARY ..... **II**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **VI**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **VII**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **IX**

GRAFİKLER LİSTESİ ..... **X**

EKLER LİSTESİ ..... **XI**

ÖNSÖZ ..... **XII**

GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM **3**

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ **3**

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ 3

1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri 3

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 3

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI 3

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 4

1.5. SAYILTILAR 4

1.6. SINIRLILIKLAR 4

1.7. TANIMLAR 4

İKİNCİ BÖLÜM **5**

KURAMSAL ÇERÇEVE **5**

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi 5

2.2. DEHB'nin Epidemiyolojisi ve Cinsiyet Farklılıkları 7

2.3. DEHB'nin Etiyolojisi 9

2.3.1. Genetik Etkenler 9

2.3.2. Nörogelişimsel ve Nörobiyolojik Etkenler 11

2.3.3. Çevresel Etkenler 13

3.1. Uykunun Tanımı ve Tarihçesi 18
3.2. Uykunun Fizyolojisi 19
3.3. Uyku Bozuklukları 21
3.3.1. Uykusuzluk Bozukluğu (İnsomnia) 23
3.3.2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu (Hipersomnia) 24
3.3.3. Narkolepsi 24
3.3.4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları 25
3.3.5. Yirmi Dört Saatlik (Sirkadiyen) Düzenle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları 26
3.3.6. Parasomniler 26
3.4. Uykuyu Etkileyen Faktörler 28
3.4.1. Cinsiyet 28
3.4.2. Yaş 29
3.4.3. Psikolojik Etkenler 29
3.4.4. Çevresel Etkenler 29
3.4.5. Yaşam Biçimi 30
3.4.6. İlaç, Alkol, Madde ve Diğer Uyarıcılar Kullanımı 30
3.5. DEHB ve Uyku Bozuklukları ile İlgili Araştırmalar 30
YÖNTEM 32
3.1.Araştırmanın Modeli 32
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.3.1. Sosyodemografik Form 32
3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği 32
3.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) 33
3.4. Verilerin Analizi 33
3.5. Bulgular 34
BEŞİNCİ BÖLÜM 58
TARTIŞMA VE YORUM 58
ÖNERİLER 62
KAYNAKÇA 64

EKLER..... -

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB: Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

TABLOLAR LİSTESİ

SAYFA

Tablo 1: Güvenirlik Analizi **33**

Tablo 2: Normallik Analizi 33

Tablo 3: Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı 34

Tablo 4: Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı 35

Tablo 5: Kişilerin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı 36

Tablo 6: Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı 37

Tablo 7: Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı 38

Tablo 8: Kişilerin Kafeinli İçecek Kullanımına Göre Dağılımı 39

Tablo 9: Kişilerin Yaşadığı Yere Göre Dağılımı 40

Tablo 10: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp-Almadığına Göre Dağılımı 41

Tablo 11: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp İlaç Kullanıp-Kullanmadığına Göre Dağılımı 42

Tablo 12: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 43

Tablo 13: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 44

Tablo 14 Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 44

Tablo 15: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 46

Tablo 16: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 46

Tablo 17: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 48

Tablo 18: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 48

Tablo 19: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 49

Tablo 20: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 50

Tablo 21: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 51

Tablo 22: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Kafein Tüketimi Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 52

Tablo 23: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Kafein Tüketimi Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi 53

Tablo 24: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Yaşadığı Yer Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi 54

Tablo 25: DEHB ile PUKİ Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi İle Değerlendirilmesi.....55

Tablo 26: DEHB ile Huzursuz Bacak Sendromu Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi İle Değerlendirilmesi 57

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA

Şekil 1: DEHB'nin Kalıtım Derecesi Grafiği 9

Şekil 2: ICSD-3'e göre Uyku Bozuklukları Sınıflaması 20

Şekil 3: DSM-5 Uyku-Uyanıklık Bozuklukları Sınıflandırması 21

GRAFİKLER LİSTESİ

SAYFA

Grafik 1: Kişilerin cinsiyete Göre Dağılımı.....34

Grafik 2: Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı 35

Grafik 3: Kişilerin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı 36

Grafik 4: Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı 37

Grafik 5: Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.....38

Grafik 6: Kişilerin Kafeinli İçecek Kullanımına Göre Dağılımı 39

Grafik 7: Kişilerin Yaşadığı Yere Göre Dağılımı 40

Grafik 8: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp-Almadığına Göre Dağılımı.....41

Grafik 9: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp İlaç Kullanıp-Kullanmadığına Göre Dağılımı 42

EKLER LİSTESİ

EK-A: Sosyo Demografik Bilgi Formu

EK-B: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

EK-C: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

ÖNSÖZ

Bu araştırma da ‘’Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Uyku Bozukluklarıyla İlişkisi’’ incelenmiştir. Erişkinlerde görülen DEHB ile ilgili literatürde çalışmaların kısıtlı olmasından dolayı bu çalışmanın Erişkinlerde DEHB ile ilgili literatüre katkı sağlamasını ve araştırmanın hedefine ulaşmasını temenni ederim.

Bu zorlu süreçte hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen maddi manevi tez yazım sürecimde her zaman yanımda olan aileme, motivasyonel anlamda her zaman yanımda olan, tez yazım sürecimde beni destekleyen arkadaşlarıma, literatür araştırmamda özverili katkılarından dolayı meslektaşlarım, Klinik Psikolog Büşra Obuz ve Psikolog Behiye Sümeyra Bilgiç’e ve çalışmam boyunca her zaman elinden geldiğince yanımda olan değerli vaktini bana ayıran Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi. Yasin GENÇ’e teşekkürü bir borç bilirim. Araştırmamda gönüllü olarak katılım gösteren, böyle bir araştırma yaptığımdan ötürü beni tebrik eden tüm katılımcılara da en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak bugünlere gelmem de emeği olan tüm öğretmenlerime teşekkür ediyorum.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu genellikle çocuklukta ve ergenlikte görülen bir bozukluk olarak bilinmektedir fakat son zamanlarda yapılan çalışmalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun çocukluktan erişkinliğe kadar devam ettiği hatta çocukluğunda hiçbir şekilde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almamış kişilerin erişkinlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış kişilerde birçok eş tanı gözlemlenebilmektedir. Bunlardan bir tanesi ise uyku bozukluklarıdır. Uyku bozuklukları birçok ruhsal bozuklukla beraber görülen ve tek başına da kişide ortaya çıkabilen bir psikiyatrik bozukluktur. Ülkemizde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuklarda uyku bozukluklarıyla ilişkisini ölçmek amacıyla yapılmış birden fazla araştırma bulunmaktadır fakat erişkinlerde görülen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu adına yapılmış çalışmalar sayılı olduğundan ötürü uyku bozukluklarıyla ilişkisini ölçmek amacıyla yapılmış bir çalışma şu an hali hazırda bulunmamaktadır. Bu durumdan mütevellit bu konu hakkında tez çalışması hazırlamaya ve bilime katkıda bulunmaya çalışılmıştır.

Bu tez çalışmasında öncelikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanımına ve tarihçesine değinildikten sonra etiyolojisine ve epidemiyolojisine literatürde yer verilmiştir. Aynı şekilde uyku bozukluklarının tanımına, tarihçesine ICSD-3'e göre uyku bozuklukları sınıflandırmasından ve DSM V'e göre uyku bozuklukları sınıflandırmasından ve uyku bozuklukları başlığı altında ki tüm bozuklukların tanımına, Uykuyu etkileyen faktörlere de literatürde yer verilmiştir.

Literatür kısmı bittikten sonra verilerin istatiksel kısmına geçilecektir burada üniversite öğrencilerine uygulanılmış olan ölçeklerin istatistiksel anlamlılıklarına bakılacaktır. Verilerin analizi kısmında hem deney grubu hem de kontrol grubu bulunmaktadır. Deney grubu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış ve başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı almamış kişilerden oluşmaktadır. Kontrol grubu ise daha önce ve halihazırda psikiyatrik bozukluk tanısı almamış kişilerden oluşmaktadır. Deney grubu ve kontrol grubu arasında yapılan analizler sonucu istatiksel olarak anlamlılık bulunmuş, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile uyku bozuklukları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Verilerin analiz kısmı bittiğinde ise daha önceden yapılmış olan benzer çalışmalarla beraber verilerin analizinde çıkan sonuçlar karşılaştırılacak ve yorumlanacaktır. Ülkemizde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilgili çalışmaların sınırlı olması ve erişkin DEHB ile uyku bozuklukları arasında ilişkiyi ölçmek amacıyla hiç araştırma olmaması tez yazımını zorlaştırmış ve bir o kadar da değerli kılmıştır.

Hazırlanan bu yüksek lisans tezinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkında bilime ışık tutacağı ve daha sonraki araştırmalara da zemin hazırlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Uyku Bozukluklarıyla arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip kız öğrencilerin uyku ölçekleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip erkek öğrencilerin uyku ölçekleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip sigara tüketen öğrencilerin uyku ölçekleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip alkol tüketen öğrencilerin uyku ölçekleri ile arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip öğrencilerin yaş değişkenine göre uyku ölçekleri ile arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna sahip öğrencilerin sosyo ekonomik düzey değişkenine göre uyku ölçekleri ile arasında anlamlı bir fark var mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Uyku Bozukluklarıyla arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H0: Üniversite Öğrencilerinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Uyku Bozukluklarıyla arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna üniversite öğrencilerinin uyku bozuklukları ile ilişkisini bazı sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan üniversite öğrencilerinde uyku bozukluklarının bulunup bulunmadığının incelendiği bu araştırmada, bu konu ile ilgili yapılmış benzer bir çalışma olmaması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma kapsamında elde edilen veriler, analiz yöntemi ile değerlendirilecektir.

Çalışmanın alanda bu yöndeki eksikliğini gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.

1.5. SAYILTILAR

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya katılım gösteren öğrencilerin, Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nde bulunan sorulara doğru şekilde cevap verdikleri varsayılmıştır**.**

1.6. SINIRLILIKLAR

Çalışmanın yöntemi, örneklemi ve bulgularının değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturacağı düşünülen faktörler şu şekilde sıralanmıştır;

1. Çalışmada örneklemin seçilmiş olduğu yerin sınırlı olması, örneklemin evreni temsil ettiğinden ötürü kısıtlılık olabileceği düşünülmektedir.

2. Çalışmadaki bulgular çalışma için uygulanan değerlendirme ölçeklerine verilen cevaplar ile sınırlıdır.

3. Çalışmadaki bulgular geçerliliği ve güvenirliği olduğu varsayılmış olan analiz yöntemi ile sınırlıdır.

1.7. TANIMLAR

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu çoğunlukta erken çocukluk döneminde ortaya çıkan yetişkinliğe kadar süre gelebilen, kişide aşırı hareketlilik durumu, dikkatini uzun süre bir noktaya verememe ve bunu takiben aşırı dürtüsel olma durumu ile karakterize görülen bir bozukluktur.[1]

Uyku Bozukluğu: Uyku bozukluğu iyi uyuyamamayla bağlantılı olarak gelişen, gün içindeki işlevsellikte bozulma ya da aşırı uykulu olma hali olarak tanımlanabilmektedir.

[1] Burak Doğangün ve Mesut Yavuz, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu"", ***Türk Pediatri Arşivi Dergisi,*** 2011, Cilt(25):8 s. 25

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı ve Tarihçesi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu genellikle erken çocuklukta başlayan ve çoğunlukla erinliğe kadar süre gelen bir bozukluktur. Bu bozuklukta dikkati belli bir noktaya odaklamadaki sorun normalin üstündedir ve buna eşlik eden dürtü kontrolsüzlüğü ve düzensiz aktiviteler vardır. [2]

DEHB'li bireyin arkadaşlarıyla karşılaştırma yapıldığında normal olmayan davranışların olduğu ve bu davranışların önemli olabilecek problemlere neden olan kendine ait semptomları olan (dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite) bir bozukluktur. Dünyadaki tıp uzmanlarının DEHB için ortak kararı ise nörobiyolojik bir bozukluk olduğu yönündedir. DEHB belirtileri her an her yerde kişinin karşısına çıkabilir. DEHB belirtileri çocuklarda normal işleyişi bozduğundan ve çocuğun hayatını etkilediğinden ötürü ABD'de en çok araştırılan konulardan biri olmuştur. Geçmişte DEHB'nin sadece okuldan dolayı oluşan bir sorun olduğu düşünülüyordu bunun nedeni ise çocuklar okullarda sınıfların içinde hareketsiz kalması ve oradaki kurallara uymak zorunda oluyor olmasıydı.[3]

DEHB'de, dikkatin hemen dağılması, hareketlilikte artış, dürtüsellikte artış vardır ve bunlar kişinin hayatını olumsuz düzeyde etki etmeye başladığında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmaktadır. Normal olarak varsaydığımız kişilerde de zaman zaman dikkatte azalma, aşırı hareketlilik durumu ve bunu takip eden dürtüsellik gözlemlenebilir fakat dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış kişilerde bu belirtiler hayatını etkileyecek derecede fazla ve sık görülmektedir. [4]

Kayaalp yapmış olduğu çalışmasında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu şu şekilde tanımlıyor; çocukluk döneminde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dikkatte konsantrasyonda azalma, hareketlilikte artış ve dürtülerin kontrol edilememesi ile gelişen bir bozukluktur. [5]

---

[2] Dilek Tıknaz, "Ergen ve Yetişkinlerde ADHD-Dikkat eksikliği ve Hiperakitivite Bozukluğu", ***Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi,*** 2004, Sayı:1, s. 195

[3] Paul Graves Hammerness, ***ADHD,*** ABC-CLIO Yayınları, 2008 s. 2-4

[4] Özlem Sürücü, ***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Anne Baba-Öğretmen El Kitabı,*** Bilgi Yayınevi, 2016, İstanbul, s.56

[5] Levent Kayaalp, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu", ***İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,*** Sempozyum Dizisi No: 62, 2008, s. 147

Weiss dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu tanımlarken, dikkatini çok kısa süre odaklayabilen, uzun süre aynı konumda duramayan kendi kontrolünü gerçekleştirmede güçlük yaşayan, aynı zamanda bilişsel ve davranışsal olarak da dürtüsel olduklarını söyleyerek dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanımını yapmıştır. Weiis'e göre kişi dikkat konusunda ve kendi hareketleri konusunda, tek başına düzenleyememesinden dolayı sosyal açıdan, ikili ilişki kurarken sıkıntılar yaşamaktadır. Akademik hayatında ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan dolayı kendi seviyesinin altında bir performans sergilemektedir. [6]

DEHB'li kişiler, akranları gibi kolaylıkla konsantre olamazlar, beyindeki dikkat ile ilgili mekanizmalar yetersizdir. DEHB'li kişiler genellikle gördükleri şeylere kıyasla dinledikleri şeylere konsantre olmakta daha çok zorlanırlar. Akademik hayatlarında akranlarına göre daha çok zorlanırlar ve daha çok emek sarf ederler. Bunun sonucunda ise verilen görevleri akranlarına göre daha çok erteleme davranışı gözlemlenmektedir. DEHB'li bireylerden en çok karşılaşılan şikâyet ise görevlerini zamanında tamamlamamasıdır. Ebeveynler sürekli bu durumdan şikayetçidirler ve her zaman yanlarında olmak isteği vardır yanlarında olmadıklarında çocuklarının görevlerini tamamlayamayacağını düşünürler. DEHB'li bireyler genellikle ilk aklına geleni yaparlar, risk almaktan korkmazlar, doğru olan şeyi yapmamak onlar için sorun değildir. [7]

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanımını ilk kez 1902 yılında George Still yapmıştır. Still Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu için; fazla hareketli bir şeyi öğrenmede ve konsantrasyonda zorluk, ahlaka uygun olmayan davranışların da takip ettiği bir bozukluk olarak tanımlamıştır. I. Dünya savaşı sırasında ortaya çıkan birtakım rahatsızlardan biri olan viral ensefalit salgınından dolayı ortaya çıktığını, bir başka deyişle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun belirtileri bu salgından dolayı ortaya çıktığı düşünülmüştür. [8]

Strauss ve arkadaşları 1947 yılında, hareketlilikte artış olan konsantrasyonda güçlük çeken ve aşırı dürtüselliği olan çocuklara ''Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu'' adı konulmuştur.1960 yılında ise aslında nörolojik bir bozukluk olmadığı saptanmış ve bu rahatsızlığa ''Minimal Beyin Disfonksiyonu'' denilmiştir. [9]

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ilk olarak tanımlanması 1982 yılında DSM-II'de yapılmıştır. DSM-II'de ''Hiperkinetik Sendrom'' olarak adlandırılmıştır. ''Dikkat Eksikliği Bozukluğu'' terimi ise ilk olarak DSM-III'de kullanılmıştır. DSM-III'de bu bozukluk

[6] Tıknaz, a.g.e., s. 195-196
[7] Mark Selikowitz, ***ADHD,*** Oxford University Press USA – OSO, 2009, s. 5-9
[8] Doğangün ve Yavuz, a.g.e., 25
[9] Kayaalp, a.g.e., s. 147

ilk kez kendi içinde ikiye ayrılmıştır. Bunlar; hiperaktivitesi olmayan ve hiperaktivitesi olan şeklindedir. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu adı altında ilk kez ise DSM-III-R'da tanımlanmıştır. DSM-IV 'de ise tekrar ismi değişmiş ''Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları'' ismini almıştır. [10]

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu, hayata, kişinin sosyal ilişkilerine gerek akademik hayatı gerekse iş hayatına negatif yönde etki etmekte olan psikiyatri ve psikoloji hizmetlerinin önem verdiği problemlerdendir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan kişinin sadece kendisi değil ailesi ve yakın çevresi de DEHB'den etkilenmektedir. [11]

DEHB sınıflandırılırken dikkatsizlik alt boyutu ile hiperaktivite alt boyutu iki farklı alanda açıklanmıştı. DEHB tanısı koymak için sadece bir semptom olması yeterliydi. Bu semptomlar DSM-III-R'da dürtüsellik ile birlikte benzeri olmayan bir şekilde gruplandırılmıştır. DSM –IV'da ise dikkatsizlik, hiperaktivite-dürtüsellik için hepsi ayrı alanlarda değerlendirildi.[12]

2.2. DEHB'nin Epidemiyolojisi ve Cinsiyet Farklılıkları

Kişilerin hem sosyal hem akademik hayatında sorunlara yol açan ve hayatı boyunca süre gelebilen bir bozukluk olan DEHB, Amerika Psikiyatri Birliği'nin girmiş olduğu verilere göre erken çocukluk döneminde ki çocukların %3-7'sinde DEHB görülmektedir. Totalde ki verilere bakıldığında ise çocuklarda DEHB'nin görülme sıklığı %3-10 olduğu söylenmektedir. Uysal Özaslan ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada DEHB'nin cinsiyet dağılımının erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü gösterilmiştir. Yapılmış olan başka bir araştırmada oldukça fazla geniş bir örneklem kullanılmış ve DEHB'nin erkeklerde görülme sıklığı kızlara oranla 2,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.1978-2005 yıllarında DEHB cinsiyet farklılığı ile ilgili yapılan tüm çalışmaların derlendiği meta analizde ise DEHB'nin erkeklerde görülme sıklığı kızlarda görülme sıklığından 2,4 kat daha fazla olduğu görülmüştür. [13]

Kayaalp yapmış olduğu çalışmasında DEHB'nin görülme sıklığında kesin olarak bir fikir birliğinin olmadığını söylemiştir. Ülkemizde ortalama olarak erken çocuklukta %2-12'sinde görüldüğü düşünülmektedir. Cinsiyet farklılıklarına bakıldığında ise erkeklerde

[10] Doğangün ve Yavuz, a.g.e., s. 26

[11] Cengiz Tuğlu ve Özlem Öztürk Şahin, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler", ***Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,*** 2010, Cilt:2(1), s. 75-116

[12] Guilherme Polanczyk ve Luis Augusto, Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan***, Current Opinion in Psychiatry,*** 2007, 20(4), s. 386-392

[13] Taciser Uysal Özaslan ve Öznur Bilaç, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi" (Der.), ***Türkiye Klinikleri J Child Psychistry-Special Topics,*** 2015, s. 1-5

kızlara oranla daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Erkekler de DEHB'nin fazla olmasının nedeni kızlar da sadece dikkatsizlik olarak gözlemlenmesi ve dürtüsel davranışların neredeyse hiç gözükmemesinin neden olduğu düşünülmektedir.[14]

DEHB'nin belirtilerinin bir kısmı olan, depresif duygu durum, dikkatsizlik ve anksiyete bozuklukları genellikle kızlarda daha çok görülürken, erkek çocuklarda dürtüsellikle ilgili sorunlar daha sık görülmektedir. Erkeklerde aynı zamanda bu belirtilerle birlikte yıkıcı davranış bozuklukları da eşlik ettiğinden ötürü daha fazla kliniklere başvuru yaptığı düşünülmektedir. [15]

Ülkemizde DEHB'nin epidemiyolojisine bakıldığında şehirde yaşayan çocuklarda ilkokul döneminde görülen DEHB oranı %8,1 olduğu görülmüştür. Amerika'da yapılan epidemiyolojik araştırmalarda ise erişkinlerde görülen DEHB oranı %4,4, yapılan uluslararası çalışmada ise %3,4 iken Türkiye'de erişkinlerin DEHB oranlarıyla ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Türkiye'de kendi bildirim ölçeğini üniversite öğrencilerine uygulayarak bir çalışma yapılmış ve çalışmanın sonucunda DEHB oranı %2,6 olduğu bulunmuştur. [16]

DEHB cinsiyet farklılığı göz etmeksizin hem kızlarda hem erkekler de aynı şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu zamana kadar yapılmış çalışmaların çoğunda DEHB'nin kızlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğü söylenmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ise cinsiyet açısından ciddi bir farklılık olmadığı gösterilmiştir. Çocuklarda DEHB sıklığı erkek-kız oranına bakıldığında; 3-4:1, yetişkinlerde ise 1:1 olarak bulunmuştur.[17]

Türkiye'de Millî Eğitim Bakanlığı 1999-2000 yılları arasında ilköğretime giden 16 Milyon öğrenci olduğunu açıklamıştır. DEHB ise 100 çocuktan 5'inde mutlaka görüldüğü düşünülmektedir. Bu verilere göre Türkiye'de 1 Milyon öğrencinin DEHB görülme olasılığı olduğu düşünülmektedir. 1 Milyon oldukça fazla bir rakam olmasına karşın DEHB hem eğitimciler hem de ebeveynler tarafından çok fazla bilinmemekte ve bu durumda DEHB tanısının konulmasını güçleştirmektedir. [18]

DEHB Epidemiyolojisi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise, dünya genelinde DEHB %1 olarak görünse de bu oran erken çocukluk döneminde %20 olarak saptanmıştır. Bu çalışmalar arasında ki farklılıkların nedeni tam olarak saptanmasa da

[14] Kayaalp, a.g.e., s. 148
[15] Doğangün ve Yavuz, a.g.e, s.26
[16] Bekir Yapıcıoğlu vd., "Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığın ve Eşlik Eden Eksen-I, Eksen-II Tanıları", ***Anadolu Psikiyatri Dergisi,*** 2011, Cilt:12, s. 177-184
[17] Sürücü, a.g.e, s. 58
[18] Sürücü, a.g.e., s. 63

coğrafi faktörler ve demografik faktörlerin etkisinin olduğu düşünülmektedir. Araştırmacılar Avrupa'da DEHB oranlarının oldukça düşük olduğunu Kuzey Amerika'da ise daha yüksek bir oran ile karşılaşıldığını öne sürmektedir. DEHB yaygınlığının kültürel bir etkisinin olup olmadığına dair araştırmalar sürmektedir. [19]

2.3. DEHB'nin Etiyolojisi

Bugün halen DEHB'nin kesin olarak nedeni bilinmese de uzmanlar bu konu hakkında çalışmalarını devam ettirmektedir. Genellikle kalıtım, gen ve çevre olarak DEHB etiyolojisini açıklayabilmek mümkün.

Korkmaz DEHB ile ilgili yapmış olduğu araştırmasında etiyolojisi için birçok nedenin olduğunu, genetik etkenlerin, annenin çocuk anne karnındayken ki beslenmesinin, beyinde bir hasar oluşumu ve çevresel etkenlerin neden olabileceğini söylemektedir. Genetik temelli, çevresel etkenlerinde buna eşlik ettiği yani multigenik bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. DEHB'si olan bir bireyin kardeşinin DEHB olması ihtimali daha yüksektir. DEHB'li bir ebeveynin ise çocuğun da DEHB olması olasılığı %50 oranında olduğu söylenmektedir. [20]

2.3.1. Genetik Etkenler

Genetik çalışmaları yaparken ikiz, evlat edinme ve ailelerle ilgili araştırmalar göz önünde bulundurulmaktadır fakat kesin sonuçlar henüz elde edilememiştir. DEHB tanısı koyulmuş kişilerin akrabalarında da DEHB'nin sık olduğu araştırmalarca bulunmuştur. Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan karşılaştırmada ise tek yumurta ikizlerinin ikisinin de DEHB olma olasılığı çift yumurta ikizlerinde göre daha yüksek olduğu ya da genel hayata göre tek yumurta ikizinin birinde DEHB varsa diğerinde görülme olasılığı iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur. DEHB'si olan çocukların ise ebeveynlerinde DEHB'nin görülme olasılığı 2-8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. DEHB'si olan kişilerin hem ebeveynlerin de hem de kardeşlerinde DEHB riskinin yüksek olduğu da yapılan araştırmalar sonucunda saptanmıştır. DEHB için yapılmış olan ikiz çalışmalarında, DEHB'nin genetik olma ihtimali oranı .80 olarak bulunmuş olup bu da DEHB'nin genetik bir bozukluk olduğu konusunda önemli bir veridir. Bu oranın 1.0'dan düşük olması aynı zamanda çevresel etkenlerinde DEHB üzerinde etkisinin olduğuna dair açık bir kapı bırakmaktadır. [21]

---

[19] Guilherme Polanczyk vd., The Worldwide Prevalence of ADHD: A systematic Review and Metaregression Analysis, ***Am J Psychiatry,*** 2007,164(6), s. 942-948

[20] Barış Korkmaz," Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavisi", ***Türk Aile Hek. Dergisi,*** 2000, 4(1-4), s. 5-10

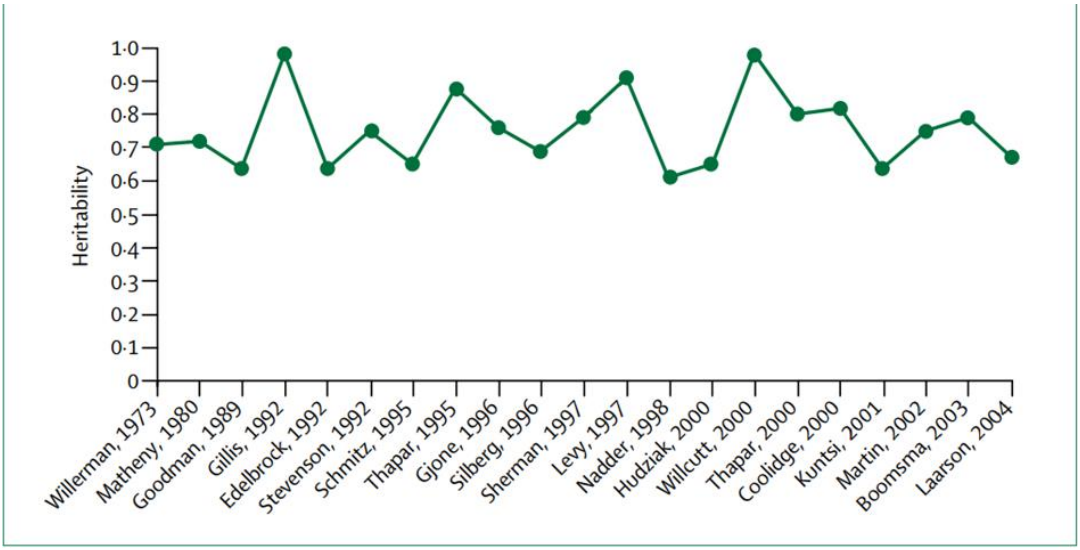
[21] Bedriye Öncü ve Selahattin Şenol, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi", ***Klinik Psikiyatri,*** 2002, Cilt:5, s. 111-119

Doğangün ve Arkadaşları, DEHB ile ilgili yapmış olduğu çalışmasında DEHB'nin ikiz ve evlat edinme ile yapılan araştırmaların sonucunda %75 oranında genetik olduğunu söylemiştir. Konkordans oranına bakıldığında ise tek yumurta ikizlerinde %50-84 aralığındayken çift yumurta ikizlerinde bu oran %30-40 aralığında olduğu saptanmıştır. [22]

DEHB birden fazla genin ve bu genlerin çevre ile etkisinden ortaya çıkan genetik bir bozukluk olduğu saptanmıştır. Genlerin yapıları ve işlevleri incelediğinde ise ''D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT)'' ile ilgili aday genlerin olduğu saptanmıştır. Bu incelemenin sonucunda önem arz eden ve olumlu olduğu düşünülen genler ise; ''DRD4(D4) ve DAT1 genleridir.'' [23]

DEHB için yapılan moleküler genetik çalışmalarındaki genler; ''Tiroid reseptor β geni'' bu gen 1993 yılında Hauser ve arkadaşları tarafından DEHB ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu genin mutasyonu sonucunda DEHB'nin ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu genin mutasyona uğraşması sonucunda tiroid hormonu etkilenmektedir, beden tiroid hormonuna karşı bir direnç oluşturmaktadır. Bunun sonucunda yapılan araştırmalarda tiroid hormonuna bedeni oldukça direnç gösteren yetişkin hastaların %45 oranında DEHB tanılı bireyler olduğu da saptanmıştır. Tiroid hormonu ve DEHB ilişkisi açısından araştırmalar devam etmiş ve bulunan başka bir sonuçta ise tiroid hormonunun dürtüsellik-hiperaktivite ile ilgili bir ilişkisi bulunmuş fakat dikkat eksikliği ve tiroid hormonu arasında bir ilişki bulunamamıştır. DEHB için etkili olduğu saptanan diğer genler ise; Dopamin D2 reseptör geni (DRD2), Dopamin reseptör D4 geni (DRD4), Dopamin reseptör D5 geni (DRD5) ve dopamin taşıyıcı geni (DAT) olduğu saptanmıştır. [24]

[22] Doğangün vd., a.g.e.,s. 26
[23] Kayaalp, a.g.e., s. 148
[24] Öncül ve Şenol, a.g.e., 113



Şekil 1: DEHB'nin Kalıtım Derecesi Grafiği [25]

Şekil 1'de yapılan ikiz çalışmalarının DEHB kalıtım verileri hakkında bilgi vermektedir. Kalıtım dereceleri 1976'dan 2004'e göre kadar değişmemiştir.

2.3.2. Nörogelişimsel ve Nörobiyolojik Etkenler

DEHB'nin nörogelişimsel etkenleri saptamak adına yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında ''frontal subkortikal devrelerdeki düzensizlik'' sonucunda DEHB ortaya çıktığı bulunmuştur. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında devamında DEHB'si olan bireylerde normalin dışında gözlemlenen değişiklikler şöyledir; beyinde ki serebral hacimler %3,2 oranında bir küçülme olduğu tespit edilmiştir. Bu küçülmeden dolayı frontal lob, temporal lob, parietal lob ve oksipital lob etkilendiği sonucunda varılmıştır. 2002 yılında Mostofsky ve arkadaşları frontal lob hacminin de %48 oranında azaldığını saptamışlardır. Hacimdeki küçülmenin diğer loblarda olmadığı da bu araştırma ile desteklenmiştir. [26]

DEHB'nin nörogelişimsel etkenleri anlayabilmek adına yapılan diğer çalışmalarda ise sağ ve sol prefrontal kortekslerde ki beyaz ve gri cevherde bir azalma olduğu, başka bir çalışmada ise beyaz ve gri cevherdeki azalmaların sağ ve sol prefrontal kotekse göre değiştiğini; sol prefrontal kortekstte beyaz, sağ prefrontal kortekstte de gri cevherin azaldığını savunmaktadır. [27]

[25] Joseph Biederman ve Stephen Vincent Faraone, "Attention-deficit Hyperactivity Disorder", ***Lancet,*** 2005, 366(9481), s. 237

[26] Nurcihan Kiriş ve Seçil Binokay, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyolojik Temelleri", ***Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,*** 2010, 19(1), s. 1-11

[27] Kiriş ve Binokay, a.g.e., s.2

Bu zamana kadar yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında en güvenilir olan bilgi DEHB'li kişilerin DEHB'li olmayan kişilere göre beyin hacimlerinde ki farktır. DEHB'li bireylerde özellikle beynin; frontal korteks, globus pallidus, caudat nükleus, carpus kallosum ve serebellum bölgelerinde DEHB'ai olmayanlara göre %4,7 oranında daha küçük olduğu saptanmıştır. Beyin görüntüleme çalışmaları aynı zamanda DEHB'si olan bireylerin ailelerine de yapılmış ve beyinde bulunan basal ganglion bölgesinin DEHB'si olan çocukta ve DEHB'si olmayan ebeveyninde normal bireylere göre daha küçük olduğu görülmüştür. Bu bulgu ile araştırmacılar genetik etkenlerle ilgili olduğu yorumunu yapmıştır. Buna benzer olan başka bir araştırmada ise yine DEHB'li bir çocuk ve DEHB'li olmayan ebeveynin beyin görüntülemeleri sırasında DEHB'li olan çocuğun beyninde serebellumun hacmi küçükken, DEHB'li olan çocuğun ebeveyninde ki serebellum hacmi normal olduğu saptanmıştır. Buradan yola çıkarak DEHB'li kişilerde DEHB tanısını koyabilmek adına serebellum önemli bir yer tutmaktadır. [28]

DEHB'nin nörobiyolojisin de tam olarak netlik hâkim olmamasına karşın dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerde görülen farklılıklardan dolayı olduğu düşünülmektedir. Bu sistemler insan vücudunda önemli yere sahip olup, konsantrasyonda, dikkatte etkili olduğu bilinmektedir. Uzun yıllardan beri yapılmış DEHB nörobiyolojisi hakkında yapılan çalışmalarda DEHB'ye dopamin ve noradrenalindeki bozuklukğun neden olduğu saptanmıştır. Dopaminde ki işlev bozulmalarının kişide; dikkatsizlik, dürtüsellik de sorunlar, kendi yaralama ve tik bozuklukları gibi durumlara yol açtığı bilinmektedir.[29]

DEHB belirtilerinin, dopaminerjik sistemdeki bozukluktan dolayı oluştuğu hipotezini dört farklı çalışma alan tarafından desteklenmiştir. Bunlar; DEHB moleküler genetik, DEHB etkili olan ilaçların farmakolojisi, DEHB için yapılan beyin görüntüleme çalışmaları ve DEHB'nin hayvanlar üzerinde yapılmış çalışmalardır. [30]

Beyinde ki kan akımının bölgelerde nasıl olduğunu saptayabilmek adına yapılan bir çeşit görüntüleme tekniği SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography) ile yetişkin DEHB'li kişilerde beyindeki stratium bölgesinde ki dopamin taşıyıcıları DEHB'li olmayan bir bireyle kıyaslandığında %70 daha fazla olduğu saptanmıştır. [31]

[28] Sürücü, a.g.e., s. 67
[29] Kiriş ve Binokay, a.g.e., s. 4
[30] Kiriş ve Binokay, a.g.e., s. 5
[31] Sürücü, a.g.e., s. 68

2.3.3. Çevresel Etkenler

DEHB'nin oluşumunda bazı çevresel etkenlerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Doğumdan önceki ve doğum sürecinde ki sorunlar, bazı besinlerdeki katkı maddeleri, çok fazla şeker düzeyi gibi ve buna eşlik eden DEHB tanısı konulmuş çocuklarda besin ihtiyacının ve vitaminin artmış miktarda olduğu bilimsel olarak saptanmıştır. DEHB'de daha çok şeker tüketiminin fazlalığı üzerinde durulmuştur. Ancak şeker tüketiminin fazlalığı ile DEHB'nin belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptansa da araştırmaların devamı gelmediğinden ötürü kesin bir sonuç elde edilememiştir. DEHB belirtilerine zemin hazırladığı düşünülen bazı toksinlerde bulunmuştur. Bunlardan en belirgin olanı kurşunlardır, kurşun zehirlenmeleridir. Bu zehirlenme sonucunda DEHB belirtileri ile aynı belirtiler ortaya çıktığı saptanmıştır. Fakat kurşunla hiç temas etmeyen çocuklara DEHB tanısı konması ve kurşunla çok fazla temas eden çocuklarda da DEHB belirtilerinin olmaması bu araştırmanın gerçeklik payını düşürmektedir.[32]

DEHB de gebelik sırasında ki etkenlerin etkili olup olmadığına da bakılmaktadır. 2001 yılında Zapitelli ve arkadaşları DEHB tanısı almış çocukların hem gebelikte hem de dünyaya geldikleri andan itibaren normal gelişim gösteren çocuklara göre daha fazla strese maruz kalmış olduklarını saptamışlardır. DEHB'ye gebelik sırasında yol açabilecek bazı etkenler olduğu düşünülmektedir bunlar ise; ''Perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, annenin sağlığının bozuk olması, anne yaşı, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamalar.'' DEHB'nin ortaya çıkmasın da etkili olduğu düşünülen gebelik sırasında ki bazı yan etkiler ve fetüsün beden dokularında ki oksijenin azalması da etkili olduğu düşünülmektedir. Başka çalışmalar da DEHB de etkili olan diğer nedenler ise şu şekildedir; erken doğum, gebelik sırasında toksik etkenler ve gebelikte sinir sisteminin geliştiği dönem aralığındaki fiziksel bir hasarın oluşması olarak saptanmıştır. Gebelik sürecinde ve doğum sırasında annenin yaşadığı bazı komplikasyonlar da DEHB'ye zemin hazırladığı düşünülmektedir. [33]

Sürücü, DEHB de ki çevresel etkenlerin altta yatan bir genetik faktörü tetikleyerek oluşma ihtimalinin arttığını söylemektedir. Gebelik anında annenin yoğun stres yaşaması, alkol veya sigara kullanmış olması, erken doğum gibi etkenleri çevresel etkenler olduğunu söylemektedir. [34]

[32] Öncü ve Şenol, a.g.e., s.115
[33] Öncü ve Şenol, a.g.e., s.116
[34] Sürücü, a.g.e., s. 65

DEHB de ki psikosoyal etkenlerde göz ardı edilmemelidir. Psikosoyal etkenlerde zeminde olan DEHB'yi ortaya çıkmasında etkili olduğu söylenmektedir. DEHB tanısı almış bireylerin aile yapıları incelenmiş ve bunun sonucunda, dağınık bir aile yapısı, ebeveynler arasında ki sorunlar, ebeveynlerin herhangi birinde psikiyatrik bir bozukluk olması, uzun süre ebeveyn tarafından ilgisiz bırakılmak gibi sorunların olduğu saptanmıştır. Daha sonra bu çocuklardan evlatlık edinilenler de DEHB belirtilerinde düzelme olduğu söylenmektedir. [35]

Anne-Baba turumlarının da DEHB'nin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. İlgisiz anne-baba tutumu, aşırı disiplinli anne-baba tutumunun da DEHB'de etkili olduğu düşünülmektedir. [36]

2.4. DEHB Klinik Görünüm

DEHB'nin klinik görünümünde, dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik ve konstantre olamama belirtileri vardır.

DSM IV tanı ölçütleri kitabına baktığımızda tabloda gösterilen tanı ölçütlerinden 6'sının kişide bulunuyor olması DEHB tanısı koyabilmemiz için yeterlidir. Bu belirtilere bakarken ne kadar sürdüğünü ve hangi zaman aralığında bu belirtilerin ortaya çıktığına dikkat etmemiz gerekir. Bu belirtiler çoğunlukla çocuklukta, okul öncesi dönemde ortaya çıkmaktadır. DEHB tanısı koyabilmek için sadece belirtilerin hepsinin sağlanıyor olması yeterli değildir, aynı zamanda bu belirtilerin iki farklı ortamda da gerçekleşiyor olması gerekir. [37]

DEHB belirtileri en az iki ortamda da net ve kesin olmalıdır tanı koyabilmek için bu şart önemlidir. Bu ortamlar genellikle, ev, okul, sosyal ortam olarak sıralanabilir. Yetişkinlerde ise bu ortamlar farklılaşır ek olarak araba kullanırken, sosyal ilişki kurarken DEHB belirtilerine rastlamak mümkündür.[38]

DEHB'li kişilerin en belirgin klinik görünümü dikkatini belli bir noktaya toplayamama, belli bir düzeni sürdürememe olarak söylenebilir. Bunun yanında DEHB'li kişiler onlara verilen eşyaları ya da kendi eşyalarını sık olarak kaybetme eğilimindedirler, onlara verilen görevleri unuturlar ya da yapmazlar, istedikleri şeylerin hemen olmasını isterler bekleme gibi bir durumdan rahatsız olurlar, karşılarındaki insanların cümlelerini tamamlamalarını bekleyemezler hemen sözlerini kesebilirler, hareketlilik konusunda

[35] Doğangün vd., a.g.e., s. 26
[36] Sürücü, a.g.e., s. 66
[37] Kayaalp, a.g.e., s. 149
[38] James McGough, ***ADHD,*** Oxford University Press, Incorporated, 2014, s. 27-34

akranlarına göre oldukça fazla bir hareketlilik vardır, aşırı olan hareketlilik akademik hayatındaki işlevselliğini oldukça etkiler, gerçekten DEHB'li olan bir bireyi diğerlerinden ayıran en önemli özelliği bu belirtilerin her yerde görülüyor olmasıdır. [39]

DEHB tanısı alan bireyler DEHB tanısı aldıktan sonra üç alt boyuttan hangisine dahil olup olmadığına bakılmaktadır bu alt boyutlar;

1. *Birleşik Tip:* DEHB belirtilerinin (dürtüsellik, hiperaktivite, dikkat eksikliği) hepsinin aynı anda görüldüğü alt tiptir. Bu alt tip diğerlerine göre daha çok rastlanılır.
2. *Dikkatsizliğin Önde Olduğu Tip:* Bu alt tipte isminden de anlaşılacağı gibi DEHB belirtilerinden olan dikkatsizlik belirtisinin diğer belirtilere göre daha ön planda olduğu tiptir.
3. *Aşırı Hareketliliğin Önde Olduğu Tip:* Bu alt tipte dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtileri dikkatsizlik belirtisine göre daha ön plandadır.

Erişkinlerde DEHB literatürde çocuklardaki DEHB'ye göre daha az araştırılan bir konudur. Kişilerde çocuklukta bir DEHB tanısı konulmadıysa erişkinliğinde DEHB'yi fark etmesi ve uzmana görünmesi çok nadir görülmektedir.

Erişkinler genellikle kendi çocuklarında DEHB varsa ve kendileri de benzer belirtileri taşıyorsa bir uzmana başvurabilmektedir, erişkin DEHB'de genellikle dürtüleri kontrol etmede güçlük ve dikkatte yaşanan sorunlar belirti kaynaklarındandır. Dikkatsizlik kısmında daha çok görülen belirtiler ise; verilen görevleri aksatma, bir olayın sonunu getirememe, peş peşe yerine getirmesi gereken olayları tamamlayamamadır. Erişkin DEHB'de hiperaktivite çok baskın değildir, fakat sabırsız olma, yerinde duramama gibi belirtilerin olduğu erişkinler de bulunmaktadır. [40]

DEHB'si olan bireyleri çocukluktan yetişkinliğe kadar takip eden boylamsal çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Çoğu araştırmanın hem fikir olduğu görüş ise çocuklukta tanısı konulan DEHB'nin erişkinliğe kadar azaldığı konusundadır. Araştırmacılar DEHB'si olan 172 yetişkini ve DEHB'si olmayan 30 yetişkini karşılaştırmışlardır. DEHB'si olanlar DEHB'si olmayanlara göre, olaylara karşı aşırı bir muhalefet, çeşitli davranış bozuklukları, psikolojik uyumsuzluklar olduğu saptanmıştır. DEHB'li bireylerin aynı zamanda ehliyeti askıya alındığı da söylenmiştir ve

[39] Doğangün vd., a.g.e., 27
[40] Tınaz, a.g.e., s. 200

DEHB'li bireylerde birden fazla evlilik daha yaygındı.[41]

Bazı araştırmalara göre DEHB'de çocuklukta yaşanılan sorunların erişkinlikte de devam ettiği söylenmektedir. DEHB'nin sıklıkla ergenliğe kadar ve yirmili yaşların sonuna kadar da devam ettiği söylenmektedir. Araştırmaların devamında yetişkinlerde DEHB'nin nasıl ortaya çıktığı konusundaki fikir birliği ise çocuklukta DEHB'si olmayanlarda erişkinlikte DEHB'nin olmayacağı konusundaydı. Erişkin DEHB'sinde bireyler çocuklarda oluşan dikkat ve konsantrasyondaki sorunları yaşamaktadırlar. Kendileri ile ilgili olan durumlara konsantre olabilirken kendisi ile ilgili olmayan durumlara aynı seviyede konsantre olamaz. Çocuklukta ki dikkatsizlik genellikle akademik hayatta gerçekleşiyorken erişkinlikte ki dikkatsizlik daha çok sosyal olarak görülmektedir. Randevuları unutma, söylenilenlere kulak asmama gibi. Hiperaktivite ise çocuklukta varsa erişkinlikte de devam etmektedir. Erişkinlikte ki hiperaktivite daha çok, bir yerde uzun süre oturmakta zorlanma, el-kol-bacaklarda sürekkli bir hareketlilik, kıpırdanma şeklinde görülmektedir. DEHB'de ki dürtüsellik çocuklukta çok fazla olumsuz sonuçlar doğurmasa da erişkinlikte dürtüsellik daha fazla olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.[42]

Geçmişte yapılan başka çalışmalarda DEHB'nin ergenlikten sonra devam etmediği söylenmekteydi fakat yapılan boylamsal çalışmalarda bunun böyle olmadığını önemli bir oranda erişkinlikte de DEHB'nin devam ettiğini saptamışlardır. Wilens yapmış olduğu çalışmasında erişkinlikteki DEHB de hiperakitivite ve dürtüselliğin %90'a kadar belirgin bir şekilde devam ettiğini söylemiş ve yürütücü işlevlerde eksiklik olduğunu, bilişsel eksikliklerinin olduğunu zaman yönetimi konusunda da eksiklikler olduğunu söylemiştir. Erişkin DEHB'sine sahip olan erişkinlerin çocukken ki akademik başarısızlıkların üniversitede devam ettiği ve bunu takip eden düşük sosyoekonomik durum olduğunu söylemiştir. [43]

Millstein ve arkadaşları DEHB'si olan yetişkinlerin %63'ünde majör depresyonun %23'ünde distimi, %17'sinde bipolar bozukluk, %11'inde panik bozukluk, %12'sinde basit fobi %21'inde yaygın anksiyete bozukluğu ve %7'sinde obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiğini açıklamışlardır. Millstein ve arkadaşları bipolar bozukluk olan 56 yetişkinin 8'inde DEHB öyküsü olduğunu saptamıştır. DEHB tanısı almış kadınlarında yaklaşık %70'inde depresyon öyküsünün olduğu saptanmıştır. [44]

---

[41] Sam Goldstein ve Anne Teeter Ellison, ***Clinicians' Guide to Adult ADHD,*** Elsevier Science & Technology, 2002, s.25-42

[42] Paul H. Wender, ***Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents, and Adults,*** Oxford University Press, Incorporated, 2001, s. 195-204

[43] Timothy E. Wilens vd., "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults", ***JAMA,*** 2004, 292(5), s. 619-623

[44] Goldstein ve Ellison, a.g.e., s. 30

Montreal erişkinlerdeki DEHB sıklığını saptamak amacıyla yapmış olduğu çalışmasında çocukken DEHB'si olan bireyleri incelemiş ve 3/2'sinde temel belirtilerden en az birinin halen devam etmekte olduğunu ve bu grubun %34'ünde ise DEHB belirtilerinin yoğun olduğunu saptamıştır. New York'ta ve İsveç'te de çocukken DEHB tanısı almış kişilerin erişkinlikte de DEHB belirtilerinin halen devam edip etmediği konusunda da araştırmalar yapılmış ve deneklerin yarısına yakınında DEHB'nin devam ettiği saptanmıştır. ABD'nin 2001 yılında yapmış olduğu araştırmasında üniversite öğrencilerinde DEHB sıklığını kızlarda %3,9 erkeklerde ise %2,9 olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde ise psikiyatri kliniğine başvurmuş olan 850 hastada DEHB görülme sıklığı %1,6 olduğu bildirilmiştir. [45]

Erişkinlerde görülen DEHB'de yaşanılan belirtiler şu şekildedir; [46]

- Yaptıkları işte detayları gözden kaçırma ve bunun sonucunda sık sık hatalar yapma
- Yaptıkları iş uzun süren bir dikkat gerektiriyorsa başarılı olamama
- İkili konuşmalarda karşı tarafın konuşmasına yeterli derecede dikkatini verememe, dalgın bir görünüme sahip olma
- Verilen sorumlulukları yerine getirememe
- Yapması gereken günlük hayatta ki görevlerini yapmada zorlanma – plansız olma – plan yapamama
- Zor olan görevlerden kaçınma sadece sevdiği ve hoşuna gittiği görevleri yapmak isteme
- Kendine ait eşyalarını ya da başkasının verdiği eşyaları kaybetme, eşyayı koyduğu yeri hatırlamama
- Dış çevreden gelen en ufak bir seste kolayca dikkatin dağılması
- Sosyal ilişkilerindeki verdiği sözleri unutma, ödemesi gereken faturalar varsa unutma eğilimi
- Bir ortamda uzun süre aynı şekilde oturamama
- Sürekli olarak kendini ajite hissetme
- Yoğun bir enerjiye sahip olma sürekli hareket halinde olma
- Yoğun konuşma, insanları rahatsız edece düzeyde konuşma isteği
- Karşısındaki insanın sözünü bitirmeden konuşmaya dahil olma
- Beklemesi ya da sıraya girmesi gereken durumlarda başaramama

[45] Cengiz Tuğlu ve Özlem Öztürk Şahin, "Erişkin Dikkat Eksikliğ Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler", ***Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,*** 2010, Cilt:2(1), s. 75-116

[46] Sürücü, a.g.e., s. 161-167

3.1. Uykunun Tanımı ve Tarihçesi

Bireyin hayatta kalabilmesi için bazı gereksinimlere ihtiyacı vardır, uyku da bu ihtiyaçlardan ve en temel olanlardan biridir. Uyku kişide sağlığın en önemli parçalarından birisidir, uyku kalitesi kişinin yaşamını ve iyilik halini etkileyen etmenlerden birisidir. Uyku kalitesinin kötü olması birçok hastalığın kapısını açabilir ve risk etmeni olarak değerlendirilmektedir.[47]

Uykunun tanımını Claparede şu şekilde yapmaktadır; ‘’Uyku vücudun otomatik bir fonksiyonu olup irade çabası ile bir süre tehir edilebilir(erteleyebilir). Fakat yorgunluk muayyen(belirli) bir seviyeye çıkınca insan yorgun ve mağlup uykuya dalar.’’ De Sanctic, A. Forel, O Wogt ve P. Janet uyku için biyolojik bir durum olduğunu ve bireyin kendini koruma iç güdüsünde dolayı uykuya ihtiyaç duyduğunu dile getirmiştir. 1957’de Lancet uykuyu tanımlarken; uyanık olmak, uyku halinin geçici olarak kesilmesidir şeklinde tanımlamıştır. Uyanık olmak doğumdan sonra kazanılan bir durum olduğunu uykunun daha önce geldiğini ve esas olanın uyku olduğunu da dile getirmiştir. [48]

Uyku sırasında vücut dinlenir, beyindeki işlevler güçlenir, kişi ertesi güne hazırlanmış olur. Uykunun düzensiz olması durumunda bu işleyişte aksaklıklar olur ve yaşamımız olumsuz etkilenir. Bu düzensizliğin uzun süre devam etmesi durumunda kişide ruhsal ve bedensel olarak rahatsızlıklara yol açmış olur. Uyku anında kişinin bilişsel yetilerinde azalma, fizyolojik olarak ise aktif bir haldedir. Uyku sırasında bilinç açık değildir kişi etrafta olan bitenden haberdar olamaz.[49]

Uyku seneler boyunca araştırmaların konusu olmuş ve ne olduğunu anlayabilme, tanımlayabilmek için uğraşlar vermişlerdir. Bu tanımlama eski çağlara kadar uzanan bir tanımlamadır, eski çağlarda uykuyu ölümle bağdaştırmışlar ve beynin devre dışı olduğunu düşünmüşlerdir. Eski çağlarda uykuya olan ilginin bir nedeni de rüyalar ve rüya yorumlamalarıdır. 17. YY’ da beyin anatomisi hakkında araştırmaların artması sonucunda uyku hakkındaki araştırmalar daha kabul görmeye başlamıştır.[50]

Kişi uyurken beyin aktif bir şekilde halen daha çalışıyor durumdadır ve insan vücudunun normal işlemesi için bu durum gereklidir. İnsan ömründe bir yılda ortalama 2920 saat uyumaktadır yani bir yılda yaşamının 3/1’i uykuda geçmektedir. Uyku konusu

---

[47] Esra Aysan vd., “Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler”, ***Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,*** 2014, 7(3), s. 193-198

[48] Gülseren Günce, Uyku, ***Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,*** 1968, 1(1), s. 195-199

[49] Gönül Özgür ve Leyla Baysan, “Yaşlılarda Uyku Sorunları”, ***Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,*** 2005, 21 (2), 97-105

[50] Banu Gökçay ve Berna Arda, “Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları”, ***Lokman Hekim Dergisi,*** 2013, 3(1), s. 70-78

geçmişten beri en merak edilen konulardan biridir, uykunun mekanizmaları hakkında ki araştırmalar 20 YY 'da daha da artmıştır. Uykunun evrelerini elektroensefalogramın (EEG) keşfi ile birlikte tanımlanmaya başlamıştır. Aserinsky ve Kleitman uykunun derinliği ve uyku sırasında ki göz hareketlerinin neden oluştuğu hakkında araştırmalar yapmışlardır ve elektro-okülografiyi (EOG) geliştirmişlerdir.[51]

1929 yılında Berger tarafından yapılan EEG uygulamaları uyku hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. 1937 yılında ise Loomis ve arkadaşları uyku anında EEG ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Tüm bu araştırmalar sonucunda uykunun beş adet dönemi olduğu saptanmıştır fakat hızlı göz hareketlerinin olduğu REM (Rapid Eye Movement) dönemini tanımlayamamış ve 1957 yılında REM dönemini tanımlayan kişiler Dement ve Kleitman olmuştur.[52]

3.2. Uykunun Fizyolojisi

Uykunun evreleri REM ve NREM (veya REM dışı) olarak ayrılmaktadır. Bu evreler gece boyunca birbirini izler. Birey uyanık durumdan uykuya geçtiği anda derin bir uykuya geçer ve bu evre 4. Evre olarak bilinir, yaklaşık bir saat sonra kişi 3. Evreye geçer bu evrenin akabinde ilk REM dönemine girmiş olur, ortalama 8 saatlik bir uykuda birey dört veya beş kere REM dönemi yaşamaktadır. NREM döneminde göz hareketleri yok denecek kadar az, solunum ve kalp atışı normale göre daha az, vücut kasları gevşemiş bir haldedir. REM döneminde ise yaklaşık 10-20 saniye süren hızlı göz hareketleri vardır, kalp atışı hızlı ve beynin metabolik hızı da uyanıklık hali ile hemen hemen aynı düzeydedir. NREM döneminde vücut oldukça rahatlamış ve gevşemiş iken REM döneminde vücut adeta felçli gibidir. REM döneminde uyandırılmış olan bir kişi rüyasını detaylandırarak anlatabilirken NREM dönemindeki uyandırılan bir kişi ise rüya görüp görmediği konusunda kararsızdır. [53]

Uyku ile uyanıklık arasında olduğumuz zaman yani ilk evrelerde bireyler tetiktedir. Bu esnada beyin küçük ve hızlı beta dalgaları üretmektedir. Alfa dalgaları ise daha yavaş ve beyin kendini dinlendirmeye başladığında üretilmeye başlar. EEG'ye baktığımızda 1. Evre ''beynin alfa dalgalarından geçişi anlamına gelir'', 1. Evrede kişi, kasları gevşemiş ve göz hareketleri çok azdır. Teta dalgalarını bu evrede görmeye başlarız. 2. Evrede teta dalgası ve göz hareketleri hiç yoktur. 3. Evrede ise çok yavaş olan beyin dalgaları vardır

[51] Neda Keskin ve Lut Tamam, "Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi", ***Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,*** 2018, 27(2), s. 241-260

[52] Leyla Şahin ve Meral Aşçıoğlu (der.), "Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi", ***Sağlık Bilimleri Dergisi,*** 2003, 22(1), s. 93-98

[53] Edwar E. Simith vd., ***Atkinson & Hilgard Psikolojiye Giriş,*** Çev. Editörü: Öznur Öncül ve Deniz Ferhatoğlu, Arkadaş yayınevi, Ankara, 2012, s. 199-200

bunlar da delta dalgalarıdır. 4. Evrede delta dalgaları devam eder ve çok derindir. 3. ve 4. Evre çok derin uykuların olduğu evrelerdir. Derin uyku sırasında kaslar iyice gevşemiş haldedir ve göz hareketleri hiç yoktur. Rem uykusunda ise beyin uykulu durumdan çok uyanıklık durumundaki gibidir. [54]

Uyku sırasında vücut sisteminde oluşan başka değişikliklerde vardır, bu fizyolojik değişiklikler:

Kardiyavasküler: Kalp atış hızı, kan basıncında ki değişiklikler uyku anında meydana gelmektedir. Bunlar kardiyavasküler değişikliklerdendir.

Sempatik Sinir Aktivitesi: NREM uykusunun en derin olduğu zamanlarda sempatik sinir sistemi aktivitesi azalır ve kan basıncında, kalp atış hızında kısa bir artış gözlemlenir. REM uykusundaki sempatik sinir sistemi aktivitesi uyanıklık ile karşılaştırıldığında neredeyse aynıdır.

Solunum: Solunum REM uykusu sırasında daha hızlı ve daha düzensiz bir durumdadır. REM uykusunda ventilasyon verileri daha belirsizken NREM uykusunda ise hipoventilasyonun olduğu gibi gerçekleştiği söylenmektedir. Uyanıkken çevresel etkenlerden dolayı verdiğimiz öksürük refleksi REM ve NREM uykusu sırasında baskılanmaktadır.

Serbral Kan Akışı: NREM de kan akışı hızı yavaşlamıştır fakat REM uykusundaki kan akışı hızı neredeyse kişinin uyanık olduğu durumla aynıdır. Bunun yanında REM uykusunda bazı beyin bölgelerindeki metabolizma ve kan akışı da artmaktadır.[55]

Uykuyu başlatmak ve sürdürmek için beyindeki kortikal ve subkortikal yapılar önem taşır. Borbely Uyku-uyanıklık döngüsünü ikili süreç modeli ile şu şekilde açıklamıştır; homeostatik etkenler ve döngüsel etkenlerin etkisi ile uyku-uyanıklık döngüsü oluşmaktadır, döngüsel etkenler gün içerisinde belli saatler aralığında uykuya meyilin daha fazla olması- daha az olması durumudur. Bu 24 saatlik döngüde gece-gündüz değişimi hipotalamustaki suprakiasmatik çekirdekler ile kontrol edilmektedir. Homeostatik döngü ise kişinin uyanık olarak geçirdiği sürenin artması ile ilgilidir, uyanık olarak geçirilen süre arttıkça homeostatik uyku dürtüsü de artmaya başlar.[56]

---

[54] Jim Barnes, ***Temel Biyolojik Psikoloji***, Çev. Editörü: Ahmet Altındağ, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara, 2014

[55] Bruce M. Altevogt ve Harvey R. Colten (Edt.), ***Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem,*** National Academies Press Yayınevi, 2006, s. 33-54

[56] Aygün Ertuğrul ve Murat Rezaki, "Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkisi", ***Türk Psikiyatri Dergisi,*** 2004, 15(4), s. 300-308

3.3. Uyku Bozuklukları

Erişkinlerin yaklaşık %90'nı ortalama 6-9 saat uyumaktadır, bazı insanlar 6-7 saat aralığında uyusa da geceki uykunun eksikliğini gün içinde hissederler. Uyku bozukluğu iyi uyuyamamayla bağlantılı olarak gelişen, gün içindeki işlevsellikte bozulma ya da aşırı uykulu olma hali olarak tanımlanabilmektedir. [57]

Uyku bozuklukları başka rahatsızlıklarla birlikte de görülebileceği gibi tek başına bir hastalık olarak da ortaya çıkmaktadır. 1979 yılında sınıflandırılmış ve dört ana grupta toplanmıştır. 1991 yılında daha detaylı araştırılmış ve ''International Classification of Sleep Disorders(Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması, ICSD) adıyla yayımlanmıştır.'' Daha sonrada 2010 yılında ICSD-3'te uyku bozuklukları 7 kategoriye çıkartılmıştır. 2013 yılında DSM-5'te Uyku-Uyanıklık bozukluğu başlığının altında uyku bozuklukları sınıflandırılmıştır.[58]

1. İnsomniler

2. Uykuyla İlişkili Solunum Bozuklukları

a) Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

b) Santral Uyku Apne Sendromu

c) Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon Sendromları

d) Uyku il İlişkili Hipoksemi Sendromları

e) İzole Semptom ve Varyantlar

ei) Horlama

eii) Katatreni

3. Hipersomni ile Seyreden Santral Hastalıklar

4. Sirkadyen Ritim Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

5. Parasomniler

6. Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları

7. Diğer Uyku Bozuklukları

Şekil 2: ICSD-3'e göre Uyku Bozuklukları Sınıflaması:[59]

[57] Edward E. Smith vd., a.g.e., s.202
[58] Keskin ve Tamam, a.g.e., s. 243
[59] Ecem Akgül, Yurtta Kalan ve Ailesiyle Birlikte Yaşayan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Uyku Bozuklukları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018, s. 10 **(Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

1. Uykusuzluk Bozukluğu

2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu

3. Narkolepsi

a) Katapleksi olmadan, ancak hipokretin eksikliği ile birlikte narkolepsi

b) Katapleksi ile giden, ancak Hipokretin eksikliği olmadan narkolepsi

c) Otozomal baskın serebellar ataksi, sağırlık ve narkolepsi

d) Otozomal baskın narkolepsi, şişmanlık ve tip 2 diyabet

e) Başka bir sağlık durumuna ikincil narkolepsi

4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları

a) Tıkayıcı Uyku Apnesi Hipopnesi

b) Merkezi Uyku Apnesi

bi) İdiyopatik merkezi uyku apnesi

bii) Cheyne-Stokes solunumu

biii) Opiyat kullanımı ile eşzamanlı merkezi uyku apnesi

c) Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon

5. Yirmi Dört Saatlik (Sirkadyen) Düzenle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

6. Paramsomniler – Hızlı Göz Devinimleri Uykusu Dışında Uykudan Uyanma Bozuklukları

7. Karabasan Bozukluğu

8. Hızlı Göz Devinimleri (REM) Uykusunda Davranış Bozukluğu

9. Huzursuz Bacak Sendromu

10. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu

Şekil 3: DSM-5 Uyku-Uyanıklık Bozuklukları Sınıflandırması;

3.3.1. Uykusuzluk Bozukluğu (İnsomnia)

Uykusuzluk ciddi bir sorundur, sağlığın yanı sıra yaşamdaki verimliliği, yaşamdan alınan doyumu düşürmektedir ve bu sorun oldukça yaygındır. Düşük yaşam kalitesinin kaynağı uykusuzluktur. Uykusuzluktan şikâyet eden kişilerin aynı zamanda; yorgunluk, konsantrasyon eksikliği, hafıza problemleri ve düşük ruh halleri gibi şikayetleri de mevcuttur. Bazen bireylerin kontrolleri dışında uykusuzlukta oluşabilir; stres, vardiyalı çalışma, psikiyatrik bir hastalığın döneminde olma gibi faktörlerde uykusuzluğu etkiler. Bunlar geçici faktörler olarak değerlendirilir çünkü bu faktörlerin ortadan kalkması durumunda kişi normal uyku düzenine geri döner. [60]

Uykusuzluk bozukluğu olan insomnianın belirtileri Amerikan Psikiyatri Birliğine göre; uykuya dalarken yaşanan güçlük, uykuyu sürdürürken yaşanan güçlükler, uyuduktan sonra sık sık uyanma, bu uyanmadan sonra tekrar uykuya dalamama gibi. Sabahları erkenden uyanma, uyandıktan sonra tekrar uyumak istese bile bunu başaramama insomnianın belirtilerindendir. Bu bozukluk kişinin hayatının işleyişini bozan bir bozukluktur. Kişinin akademik hayatını, iş hayatını vb. İşlevselliğini düşürmektedir. Uykusuzluk bozukluğu kişide haftada en az üç dört kere gerçekleşir ve bu bozukluğun tanısının konulması için kişide üç aydır devam ediyor olması gerekir. Bu bozukluğunun ortaya çıkmasında ki etkenlerden biri kişinin uyuması için uygun bir ortamın bulunmuyor oluşundan kaynaklanmaktadır. DSM 5'e göre bu belirtilerin en az bir ay sürüyorsa ve üç aylık bir süreye ulaşmadıysa bu bozukluğun dönemsel olduğu, belirtiler üç aydır ve daha uzun süredir varsa sürekli olduğu ve bir yılda iki dönem ya da daha çok dönemde yaşandıysa kişide yineleyici bir uykusuzluk bozukluğu olduğu düşünülmektedir. [61]

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda uykusuzluk bozukluğunun çok yaygın olarak karşılaşılan bir bozukluk olduğu saptanmıştır. ABD'de erişkinlerle yapılan bir çalışmada %62'lik bir kısım bir yıldır uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede sorunlar yaşadığını dile getirmiştir. Cinsiyet farklılığına bakıldığında ise kadınlarda erkeklere göre daha fazla uykusuzluk bozukluğu yaşandığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte yaşın ilerlemesi de uykusuzluk bozukluğundaki şikayetlerin de arttığını göstermiştir. [62]

[60] Sue Wilson ve David Nutt, ***Sleeep Disorders,*** Oxford University Press, 2008, s. 27-28

[61] Amerikan Psikiyatri Birliği, ***DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı,*** Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, s. 185-186

[62] Başaran Demir (der.), "Uyku Bozuklukları", ***Türkiye Tıp Dergisi,*** 2002, 9(3), s. 117-127

3.3.2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu (Hipersomnia)

Gün içerisinde aşırı uykulu olma haline hipersomnia denmektedir. Bu kişiler çevrelerindeki insanlar tarafından aşırı tembel, uyuşuk, olarak algılanmaktadır. Kişide kendini aşırı yorgun ve uyuşuk hissetmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre hipersomnia olan bir kişinin, ana uyku evresinin en az yedi saat sürmesi gerekmekte, aynı gün içinde tekrarlayan uykuların olması ve kişi uyandığında tamamen uyanık olmakta güçlük çekmesi gerekmektedir. Bu durum kişide en az üç aydır olmalı, haftada ise en az üç kez ortaya çıkması gerekmektedir. Bu durum bir aydan daha kısa sürede tekrarlıyorsa akut, bir – üç ay arasında tekrarlıyorsa subakut ve üç aydan daha uzun süredir varsa kişide sürekli hipersomnia vardır denilebilir. [63]

Hipersomnia genel popülasyonda yaygın bir uyku bozukluğudur. Erişkinlerin yaklaşık %37'si gün boyu uykulu olduklarını bu durumun günlük aktivitelerine etki ettiğini söylemektedir. Bu rakamın ergenlerde ve genç yetişkinlerde daha da arttığı düşünülmektedir. Aşırı Uykululuk Bozukluğunda altta yatan bir neden olmaksızın kişinin uyku eksikliği çekmesi en önemli belirtilerdendir. [64]

3.3.3. Narkolepsi

Narkolepsiye sahip kişide tekrarlayan ve karşı konulamayan uyku atakları vardır ve bunlara karşı koyamaz her an her yerde uyuya kalabilmektedir. Narkolepsi uyku ve uyanmayı kontrol eden beyin mekanizmalarının bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır, özellikle REM uykusu gün içinde ortaya çıkması ile karakterize olan bir bozukluktur. Kişi genelde gündüz aşırı uykulu olan halinden şikayet ederek kliniğe başvurmaktadır buna ek olarak karşı koyamadığı uyku arzusunun olduğundan bahseder. Narkolepsi de uyku atakları genellikle birkaç dakika sürer fakat bir saatte sürdüğü olabilir bu durum gün içinde en az beş kere tekrarlanmaktadır. Narkolepside görülen katapleksi (kas parezisi) kişi de aniden kas gücü kaybına neden olur ve hasta olduğu yere yığılıp kalır ve bu durum birdenbire düzelebilmektedir. Ataklar sırasında kişide hipnagojik/hipnopompik halüsinasyonlar görülebilir, bunlar uykunun başında ya da sonunda oluşan rüyaya benzer görüntülerdir. Hastalar bu duurmun birkaç dakika sürdüğünü dile getirir fakat neyin gerçek neyin rüya olduğunu karar vermekte zorlanırlar. [65]

[63] Köroğlu, a.g.e., s. 187
[64] Sue Wilson ve David Nutt, a.g.e., s. 39
[65] Sue Wilson ve David Nutt, a.g.e., s. 42-43

Amerikan Psikiyatri Birliğine göre narkolepsi tanısını koyabilmek için, tekrar eden ve durdurulamayan uyku ataklarının son üç aydır oluyor olması ve haftada en az üç defa bu durumunun yaşanıyor olması gerekmektedir. Kişide eğer çok sık olmayan katapleksi, gün içinde sadece bir ya da iki kere kestirme ihtiyacı ve çok da bozulmamış bir gece uykusu varsa ağır olmayan narkolepsi, kişide her gün ya da bir kaç günde bir ortaya çıkan katapleksi, günde bir ya da iki kez kestirme ihtiyacı ve bozulmuş olan bir gece uykusu varsa orta derecede narkolepsi, kişide hem günde birkaç kez uykuya dalma ve ilaca rağmen ortaya çıkan katapleksi, sürekli uykulu olma ve bozulmuş olan bir gece uykusuna sahipse ağır bir narkolepsiye sahip olduğu söylenmektedir. [66]

Narkolepsi diğer uyku bozukluklarına göre daha seyrek görülen bir uyku bozukluğudur. ABD'de yapılan araştırmalarda narkolepsinin görülme sıklığı %0.05 olarak bulunmuş ve erkeklerde kadınlara oranla daha çok görüldüğü saptanmıştır. Narkolepsinin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, 1980'lerde yapılan araştırmalar bu hastalığın genetik olduğu yönündedir. [67]

3.3.4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları

DSM 5 solunumla ilişkili uyku bozuklukları başlığı altında; tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi, merkezi uyku apnesi ve uyku ile ilişkili hipoventilasyon adı altında üç başlığa ayırmıştır.

Uyku apnesi, kişi uyurken en az 10 saniye boyunca nefes alamaması durumudur, hipopne de kişinin en az 10 saniye '' solunum hacminde % 50 azalma ile birlikte, oksijen saturasyonunda en az % 4 oranında düşme ve uyarılmışlık'' hali oluşmaktadır. [68]

Tıkayıcı uyku apnesi hipopneside hava akımı ağızdan ve burundan engellenir, havanın akciğerlere akışı durdurulur ve boğaz kapanır. Bu durum genellikle obez ya da aşırı kilolu olma ile karakterizedir. Obstrüktif Uyku Apnesi olarak da bilinen bu bozuklukta horlamalar, rahatça nefes alamama ve uyku anında solunumun durması gibi belirtiler söz konusudur. [69]

[66] Köroğlu, a.g.e., s. 188-189
[67] Demir, a.g.e, s. 121
[68] Keskin ve Tamam, a.g.e., s. 246
[69] Barnes, a.g.e., s. 230

Tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi genellikle orta yaşlardaki kilosu fazla olan erkeklerde görülmektedir, obezite ve tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi arasında önemli bir anlamlılık vardır. Tıkayıcı uyku apnesi hipopnesine sahip hastaların %80'inde obezite olduğu görülmüştür. [70]

Merkezi uyku apnesi tıkayıcı uyku apnesi ve hipopnesiye göre daha nadir görülmektedir. Merkezi uyku apnesi; ''felç, beyin tümörü, viral beyin enfeksiyonu, kronik solunum yolu hastalığı veya beyin hücresi hastalığı'' gibi rahatsızlıkların sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. [71]

3.3.5. Yirmi Dört Saatlik (Sirkadiyen) Düzenle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları

Organizmanın bir gün boyunca hem fizyolojik hem biyolojik değişimlerine sirkadiyen ritim denmektedir, kişide de en önemli ve en temel olan sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık döngüsüdür. Uyku-uyanıklık bozukluklarında, sirkadiyen ritim sürekli ya da tekrarlayıcı şekillerde bozulmuştur. Bu bozuklukta aşırı uykululuk ya da uykusuzluk görülebilir. [72]

Amerikan Psikiyatri Birliğine göre Uyku Uyanıklık bozukluğu tanısı konulabilmesi için; bu bozukluğa sahip olan bir kişinin uyku uyanıklık ritmi ile normal işleyişin gerektirdiği uyku uyanıklık ritminin birbiriyle örtüşmemesine bağlı olarak sürekli olarak ya da tekrarlayıcı olarak uyku bozukluğunun ortaya çıkıyor olması, aşırı uykululuk durumu ya da uykusuzluk durumunun oluyor olması ve bu bozukluk kişinin toplumsal işleyişini sıkıntıya sokuyor olması tanının koyulabilmesi için yeterlidir.[73]

3.3.6. Parasomniler

Parasomniler de uyku evrelerinde ya da uyanıklık evrelerinde herhangi bir bozukluk oluşturmayan fakat uyku sırasında ortaya çıkan istenilmeyen daravnışların gözlemlendiği bir bozukluk türüdür. Paramsomni kelimesinin kökeni Yunanca ve Latinceye dayanmaktadır, ''uykuya eşlik eden olaylar'' anlamına gelmektedir. [74]

---

[70] Demir, a.g.e., s. 122

[71] Barnes, a.g.e., s. 230-231

[72] Erhan Akıncı ve Fatma Özlem Orhan, "Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları", ***Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,*** 2016, 8(2), s. 178-189

[73] Köroğlu, a.g.e., s. 192-193

[74] Deniz Tuncel ve Fatma Özlem Orhan, "Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri", ***Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,*** 2009, s. 280-296

DSM-5'de parasomniler Hızlı Göz Devinimleri Uykusu Dışında (NREM) Uykudan Uyanma Bozuklukları ve buna eşlik eden uyurgezerlik, uykudan korku duyma, Karabasan Bozukluğu, Hızlı Göz Devinimleri (REM) Uykusunda Davranış Bozukluğu, Huzursuz Bacak Sendromu başlıkları altında toplanmaktadır.

NREM uykusunda oluşan bozukluk, genellikle uykunun 2. Evresinde ortaya çıkar ve bu bozukluğun ergenlikten sonra ortadan kalkmaktadır.

Uyurgezerlik: kişi uyku anında dolaşmaya çıkar, bu sırada uyku halen devam ediyordur, uykunun 3. 4. Evrelinde daha sık görülmektedir.[75]

DSM 5'e göre uyurgezerlik; uyku anında yataktan kalkma, gezinme ve bunu yaparken kişide boş ve dik dik bakan bir yüz ifadesi vardır, başkaları onunla iletişim kurmaya çalışsa yanıt alamaz ve uykulu halinden çok güçlükle ancak uyandırılabilir.[76]

Uyurgezerliğin en fazla görüldüğü yaş aralığı 11-12'dir. Çocuklarda görülme sıklığı %1-17 arasında iken erişkinlerde bu oran %4'tür. Çocuklarda ki uyurgezerlik sakin ve korkusuzken erişkinlerde özellikle erkeklerde bu durum şiddete kadar gidebilmektedir. Erişkinlerde nadiren de olsa uyurgezerlik sırasında; araba kullanma, cinayet, sahte intihar gibi davranışların olduğu bildirilmiştir. [77]

Uyurgezerlikte genetik faktör ön plandadır, ebeveynlerin herhangi birinde uyurgezerlik varsa çocuklarda görülme olasılığı %45, eğer ebeveynlerin her ikisinde de varsa çocuklarda görülme olasılığı %60'a kadar çıkmaktadır. [78]

Uykuda korku duyma; diğer bir adı uyku terörü olan, genellikle gecenin ilerleyen saatlerinde çığlık ile beraber aniden uyanma atakları vardır, yoğun korku ve otonomik uyarılma vardır, kişi rahatlatmaya yönelik tepkilere cevap vermez ve daha sonrasında o olayı hatırlamaz. Kişi yatağında oturur ve bazen o odadan kaçmak, pencereden atlamak, sokağa kaçmak gibi davranışlar gösterebilir.[79]

DSM 5'e göre uykudan korku duyma; kişi panik halinde çığlıklarla ve büyük bir korkuyla aniden uyanır ve taşikardi, hızlı soluk alıp verme, terleme gibi otonom belirtiler vardır. Bu sırada kişi rahatlatma çabalarına karşı oldukça tepkisizdir. [80]

[75] Barnes, a.g.e., s. 232
[76] Köroğlu, a.g.e., s. 194
[77] Tuncel ve Orhan, a.g.e., s. 286
[78] Demir, a.g.e., s. 124
[79] Wilson ve Nutt, a.g.e., 51-52
[80] Köroğlu, a.g.e., s. 194

Uyku terörü çocuklarda daha sık görülür özellikle 5-7 yaşlarında bu oran çok fazladır. Ergenlik döneminden önce düzelmektedir. Erişkinlerde görülme oranı ise %1'den azdır. [81]

Parasomniler grubunun bir diğer bozukluğu da REM uykusu davranış bozukluğudur. Bu bozukluk daha çok 50 yaş üstü erkeklerde ortaya çıkmaktadır. Bu bozuklukta belirtileri genellikle, uyku anında konuşma buna eşlik eden motor davranışlardır. Bu kişi yanında yatan kişiye ciddi olarak zarar verebilmektedir. Bu rahatsızlığın belirtileri kendiliğinden kaybolmamaktadır.[82]

Huzursuz Bacak Sendromu da paramsomnilerin içindedir, bacaklarda rahatsızlık hissi ortaya çıkarır ve bu rahatsızlık hissini hafifletmek için istemsiz olarak bacakları hareket ettirme ile kategorizedir. Bacaklarda karıncalanma, uyuşma ve yanma hissi vardır. Bu hisler bazen kişiyi uyandırabilecek kadar fazla düzeyde olabilir. [83]

3.4. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini etkileyen bazı faktörler vardır bunlar psikolojik, fizyolojik ve çevresel faktörlerle ilgili olabilmektedir. Bu faktörlerden uykuyu etkilediği düşünülenler ise; Cinsiyet, yaş, yaşam biçimi, psikolojik etkenler, yaşam biçimi, ilaç kullanımı, sigara/alkol/madde kullanımı ve dış etkenler olarak sayılabilir.[84]

3.4.1. Cinsiyet

Uyku bozukluklarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılmış araştırmalarda, kadınların erkeklerden daha sık uyku bozukluklarına yakalandığı (3.7 kat daha fazla) saptanmıştır.[85]

Üniversite öğrencileriyle yapılmış olan bir başka çalışmada ise kadınların erkeklere oranla daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını dile getirdikleri saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda ise cinsiyetin uykuyu etkilemediği ya da erkeklerin uykusunun kalitesinin kadınlara göre daha kötü olduğu söylenmektedir. [86]

---

[81] Tuncel ve Orhan, a.g.e., s. 286
[82] Demir, a.g.e., s. 125
[83] Barnes, a.g.e., s. 232
[84] Akgül, a.g.e., s. 15
[85] Mehmet Çölbay vd., "Hemodiyaliz Hastalarının Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İle Değerlendirilmesi", ***Tüberküloz ve Toraks Dergisi***, 2007, 55(2), s. 167-173
[86] Esra Aysan vd., "Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler", ***Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,*** 2014, 7(3), s. 193-198

3.4.2. Yaş

Kişinin uykuya olan ihtiyacı yaşı ile beraber farklılık gösterebilmektedir. Uykuya dalmak için harcanan vakit artar ve bununla birlikte uykuya olan ihtiyaç azalmaktadır, uykuya ihtiyaç azdır fakat yatakta geçirilen süre artmıştır. Yaşlılıkta uyku sırasında sık idrara çıkma, solunumla ilgili bozukluklarda uykunun kalitesini bozmaktadır. [87]

Yetişkinlerde uykuya olan ihtiyaç ortalama 7-9 saat iken ergenlerde 8,5-9,5 saat, çocuklarda ise 9-11 saat olarak olduğu söylenmektedir. [88]

Üniversite öğrencileri ile yapılmış olan diğer çalışmalarda ise uyku bozukluklarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüş bunun nedeni ise ortalama aynı yaş grubundaki kişilerden oluşan bir araştırma yapıldığından ötürü olduğu düşünülmektedir.

3.4.3. Psikolojik Etkenler

Psikolojik etkenler uykuyu etkileyen faktörlerden belki de en önemlilerindendir. Kişide oluşan stres, anksiyete uykuya geçişi güçlendirir, kişi uyusa bile sık sık uyanmalara maruz kalabilir. Yaşanılan kaygı kişide nöropinefrin salınımına neden olur, nöropinefrin salınımından dolayı NREM ve REM dönemlerinde azalmalar olur, kişinin sık sık uyanmasının nedeni budur. [89]

3.4.4. Çevresel Etkenler

Bireyler genellikle kendi bildikleri çevrenin dışında uyumakta zorluk yaşarlar, farklı ortamlarda uyuyor olmak uykuya dalmayı zorlaştırır. Öte yandan en verimli uykuyu uyumak için ışık ve ses gibi çevresel etkenlerde büyük önem taşır. Çevrenin karanlık olması uykuya dalmamız için en önemli etkenlerden biridir buna eşlik eden etkenlerden biride uyunulacak olan yerin sıcaklığıdır. Sıcaklık 24 dereceden fazla olduğunda kişi sık sık uyanır REM süreci azalır, 12 dereceden düşük sıcaklıkta ise kişide kâbus görmeye etki ettiği ve yine aynı şekilde uykunun sık sık bölündüğü saptanmıştır. [90]

---

[87] Kağan Ağan, Menopoz Hastalarında Uyku Kalitesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2015, s. 23 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)**

[88] Vesile Şenol vd., "Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler", ***Kocatepe Tıp Dergisi,*** 2012, s. 93-102

[89] Ağan, a.g.e., s. 23

[90] Ağan, a.g.e., s. 24

3.4.5. Yaşam Biçimi

Kişinin yaşam biçimi de uykusu üzerinde önemli etkilere sahiptir, günlük işeyişten meslekte yaşanılan sıkıntılara kadar hepsi uykuyu etkileyebilecek düzeydedir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin yoğun çalışma temposuna sahip olması uyku düzenini etkileyen bir durumdur. Gün içerisinde çeşitli aktiviteler ile uğraşan kişilerde rahat bir uyku olduğu gözlemlenmiştir bunun nedeni ise aktivite esnasında salınan serotonin hormonu kişinin 3. Ve 4. Evre uykularını düzene sokuyor oluşundandır. [91]

3.4.6. İlaç, Alkol, Madde ve Diğer Uyarıcılar Kullanımı

Birtakım ilaçlar kişinin REM uykusunu olumsuz olarak etkilemektedir. Bunlar genellikle amfetamin ve barbitürat içerikli ilaçlardır. Bazı antidepresanlar, astım ilaçları, streodiler, dekonjestanlar, antihipertansifler fe uyku bozukluklarını etkileyen ilaçlardandır. Hipnotik içerikli ilaçlar ise kişide uykuya geçişte olumlu etki yaratsa da daha sonradan gün içerisinde halsizlik, sürekli uyuma hissine de neden olabilmektedir. Bazı ilaçlar ise rüyada kâbus görmeye neden olduğundan ötürü uykuyu sık sık böler ve kişi verimli bir uyku uyuyamaz, beta-adrenaljik blokerler buna örnektir. Kullanılan benzodiazepinler de REM uykusunu arttırır. [92]

Yapılan araştırmalarda alkol tüketen kişilerin uyku kalitesi tüketmeyen kişilere göre çok daha iyi olduğu da saptanmıştır. Alkol tüketimi sonrasında, uyku süresi gecikir, uyku süresi azalır ve bunlarda kişinin uyku kalitesini etkiler. [93] Sigara tüketenlerde uyku bozuklukları ya da uyku kaliteleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, sigara tüketiminin solunum bozukluklarına yol açtığından ötürü uyku bozukluklarına yol açtığı saptanmıştır. Sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla uykuya geçişte sorunlar yaşadığı gözlemlenmiştir. [94]

Kafeinli içeceklerde uykuyu etkileyen diğer faktörlerdendir. Çay, kahve gibi içecekleri tüketen kişilerin tüketmeyenlere göre uykuya dalmada daha çok zorlandığı tespit edilmiştir. Günün belirli bir saatinden sonra alınan kafein miktarının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. [95]

3.5. DEHB ve Uyku Bozuklukları ile İlgili Araştırmalar

DEHB ve uyku bozukluklarının ilişkisi DEHB için verilen ilaçların yan etkilerine bağlanmaktaydı ama yapılan araştırmalardan sonra DEHB olan kişilerin ilaçlardan

[91] Akgül, a.g.e., s. 16
[92] Ağan, a.ge., s. 24
[93] Aysan ve ark. a.g.e., s. 196
[94] Aysan ve ark. a.g.e., s. 196
[95] Aysan ve ark. a.g.e., s. 197

bağımsız olarak, önemli ölçüde uyku bozuklukları şikâyeti ile kliniklere başvuru yaptıkları saptanmıştır. Yakın zaman da bununla ilgili meta analiz çalışması yapılmış ve DEHB olan çocukların uyku bozuklukları sunduğu bulunmuş ve ebeveynlerinden alınan bilgilerle de araştırmanın sonuçları bir kez daha doğrulanmıştır.

Yapılan araştırmalarda DEHB'li kişilerde görülen uyku sorunları; yatmadan önce direnç gösterme, uykuya başlamada güçlük, uyku sırasında uyanma, sabah uyanmada zorluk, uykuda yaşanan solunum bozuklukları ve gündüz uyku halidir. Uykuya başlamada yaşanan güçlük DEHB de anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB de yaşanan uyku sorunlarının altta yatan birçok faktörle ilişkili olduğu düşünülmektedir. [96]

DEHB'ye sahip kişilerde uykuya dalmada sorun yaşıyor olmasının nedeni sürekli olarak zihinde dolaşan düşünceler ve bu düşüncülerin durdurulamayışından kaynaklı olduğu, gece geç saatlerde yatıyor olmasının ise gün içerisinde verilen görevleri tamamlamamasından kaynaklı olduğu, gündüz yaşanan uykulu hali ise beynin uyanıklık sisteminin sağlık çalışamıyor olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. [97]

Picchietti ve Walters 2005 yılında yapmış oldukları araştırmasında DEHB ile huzursuz bacak sendromu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve DEHB olanların %44'ünde huzursuz bacak sendromu olduğu ya da huzursuz bacak sendromu semptomlarının olduğunu saptamıştır. Aynı şekilde huzursuz bacak sendromu olan kişilerinde %26'sında DEHB olduğu da bulunmuştur.[98]

Uyku bozukluklarından olan uyku apnesi de DEHB belirtileri ile benzerlik taşımaktadır. Uyku apnesi tedavi edildiğinde DEHB'nin de ortadan kalktığı yönünde yapılmış araştırmalar vardır. [99] Yetişkinlerde DEHB 'si olanlarla yapılmış olan çalışmalarda da erişkinlerin %70'inde fazlası uyku sorunu olduğunu bildirmiştir. Kooij ve arkadaşları DEHB'si olan erişkinlerde yapmış olduğu araştırmasında uyku anında artmış olan motor aktivitesi ve düşük uyku kalitesi tespit etmiştir. Surman ve arkadaşları ise uyku şikâyeti olan DEHB hastalarında uyku çalışması sonrası uyku apnesi teşhisi koyulduğunu söylemektedir. Genel olarak bakıldığında ise DEHB ve uyku bozukluklarının arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.[100]

[96] Eric Konofal vd., "Sleep and ADHD", ***Sleep Medicine,*** 2010, 11(7), s. 652-658
[97] Sürücü, a.g.e., s. 108-109
[98] Konafal ve ark., a.g.e., s. 654
[99] Sürücü, a.g.e., s. 113
[100] Micheal Schredl vd., "Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)", ***Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,*** 2007, s. 164-168

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun uyku bozuklukları arasında anlamalı bir ilişki olup olmadığına bakılmak için ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu model iki ya da daha fazla değişken arasında olan değişikliğin ne boyutta değişim gösterdiğini belirlemek amacıyla kullanılan bir modeldir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemi 2020 yılında Türkiye'nin İstanbul İlinde yaşayan erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip üniversite öğrencileri ve erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip olmayan üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan deney grubunda DEHB tanısı dışında komorbid tanı yoktur, aynı şekilde kontrol grubu da herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerden oluşmaktadır.

3.3. Araştırmadaki Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri toplanırken Sosyodemografik Form, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) kullanılmıştır. Ölçekler öğrencilere yüz yüzeyken doldurtulmuştur.

3.3.1. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve içerisindeki sorular katılımcıların cinsiyeti, yaşı, gelir düzeyi, alkol-sigara kullanımı, kafein kullanımı, psikiyatrik tanı alıp almadığı, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı ile ilgili sorulardır.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Bu ölçek Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulmuş olup, ruhsal bozuklukların tespit edilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu ölçeğin iki alt ölçeği vardır bunlar; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Dürtüsellik başlıklarından oluşmaktadır. 1. 2. 3. 4. 7. 8. 9. 10. 11. Soruları Dikkat Eksiliği Alt ölçeği, 5. 6. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. Sorular ise Hiperaktivite/Dürtüsellik alt ölçeğine aittir. Yanıtlarken kişi son 6 ayda ki davranışlarını baz alarak cevaplamaktadır, ölçek beş likertlidir; asla, nadiren, bazen, sık, çok sık şeklindedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış testin kendi içinde

güvenirliği Cronbach α=0.82 olarak bulunmuştur. [101]

3.3.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği çok kapsamlı bir ölçek olup, ölçtüğü başlıklar sırası ile; Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı, Gündüz İşlev Bozukluğudur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir, toplam 24 sorusu vardır bunların 19'u kişinin kendisinin cevapladığı geri kalanı da yatak partneri/oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenirliğini Mehmet Yücel Ağargün, Hayrettin Kara ve Ömer Anlar tarafından yapılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Tablo 1: Güvenirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	**n**
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	,939	212
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	,836	212

Yapılan iç tutarlılık analizi sonuçlarına göre ölçeklerin iç tutarlıkları yüksektir. (α>70)

Tablo 2: Normallik Analizi

	Skewness		**Kurtosis**	
	İstatistik	**std. Hata**	**İstatistik**	**Std. Hata**
Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	-,072	,167	-1,248	,333
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	,288	,167	-,797	,333

Normallik analizi sonuçlarının çarpıklık ve basıklık değerleri her iki ölçekte de

[101] Sultan Doğan vd., "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği", ***Anadolu Psikiyatri Dergisi,*** 2009 Cilt:10 s. 77-87

görüldüğü gibi -1.5 ve +1.5 arasındadır, bu sonuçlar ölçeklerin normal dağıldığını ifade etmektedir. Bu araştırmanın verileri IBM SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bu bölümün devamında parametrik testler (T Testi ve ANOVA Testi) ve değişkenlerin arasındaki ilişki için Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

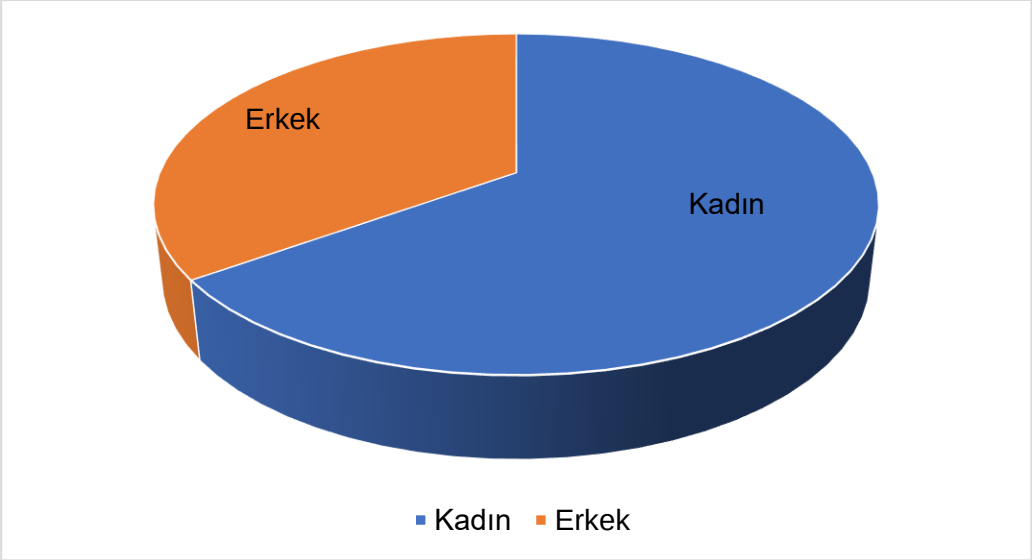
3.5. Bulgular

Bu bölümde verilerin sonuçları betimsel olarak değerlendirilecektir. Deney grubu, DEHB tanısı alan kişilerden, Kontrol Grubu DEHB tanısı almayan kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 3: Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

		Deney Grubu		**Kontrol Grubu**	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Cinsiyet	Kadın	54	50,9	84	79,2
	Erkek	52	49,1	22	20,8
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 3'de görüldüğü gibi katılımcıların cinsiyete göre dağılımı, deney grubunda %50,9 (n=54) kadın, %49,1 (n=52) erkek, kontrol grubu %79,2 (n=84) kadın, %20,8 (n=22) erkektir.

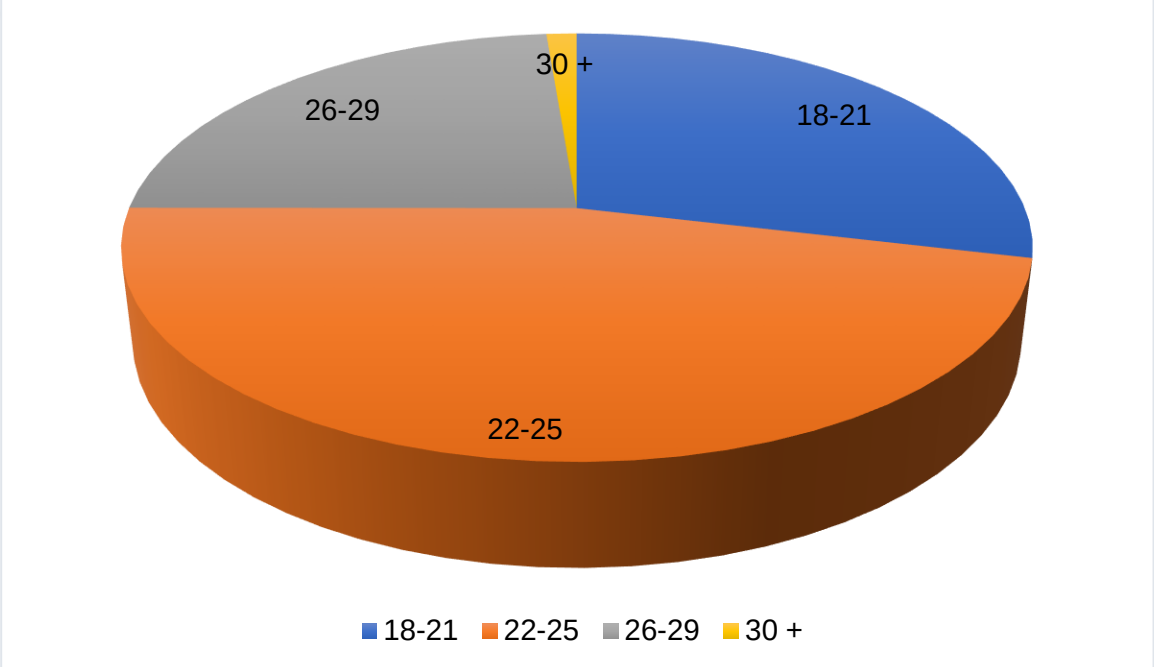


Grafik 1: Kişilerin cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4: Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Yaş	18-21	21	19,8	36	34,0
	22-25	45	42,5	47	44,3
	26-29	30	28,3	17	16,0
	30 +	10	9,4	6	5,7
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 4'te görüldüğü gibi verilerin yaşa göre dağılımı, deney grubunda %19,8 (n=21) 18-21 yaş aralığında, %42,5(n=45) 22-25 yaş aralığında, %28,3 (n=30) 26-29 yaş aralığında ve %9,4 (n=10) 30 yaş ve üstündedir, kontrol grubunda %34,0 (n=36) 18-21 yaş aralığında, %44,3 (n=47) 22-25 yaş aralığında, %16,0 (n=17) 26-29 yaş aralığında ve %5,7 (n=6) 30 yaş ve üstündedir.

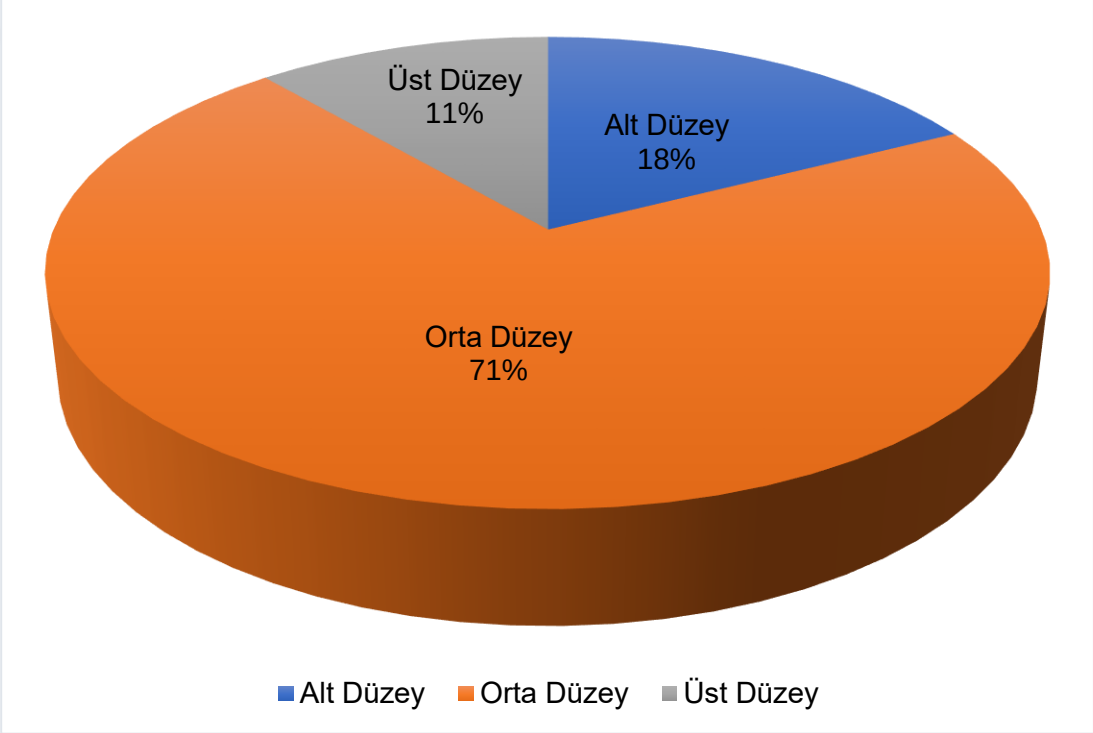


Grafik 2: Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 5: Kişilerin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Sosyoekonomik Düzey	Alt	21	19,8	16	15,1
	Orta	71	67,0	80	75,5
	Üst	14	13,2	10	9,4
	Toplam	106	100,0	106	100,0

T**ablo** 5'te görüldüğü gibi verilerin, deney grubunda sosyoekonomik düzeye göre dağılımı, %19,8 (n=21) alt düzey sosyoekonomiye sahip, %67,0 (n=71) orta düzey sosyoekoniye sahip ve %13,2 (n=14) üst düzey sosyoekonomiye sahiptir, verilerin, kontrol grubunda sosyoekonomik düzeye göre dağılımı, %115,1 (n=16) alt düzey sosyoekonomiye sahip, %75,5 (n=80) orta düzey sosyoekoniye sahip ve %9,4 (n=10) üst düzey sosyoekonomiye sahiptir

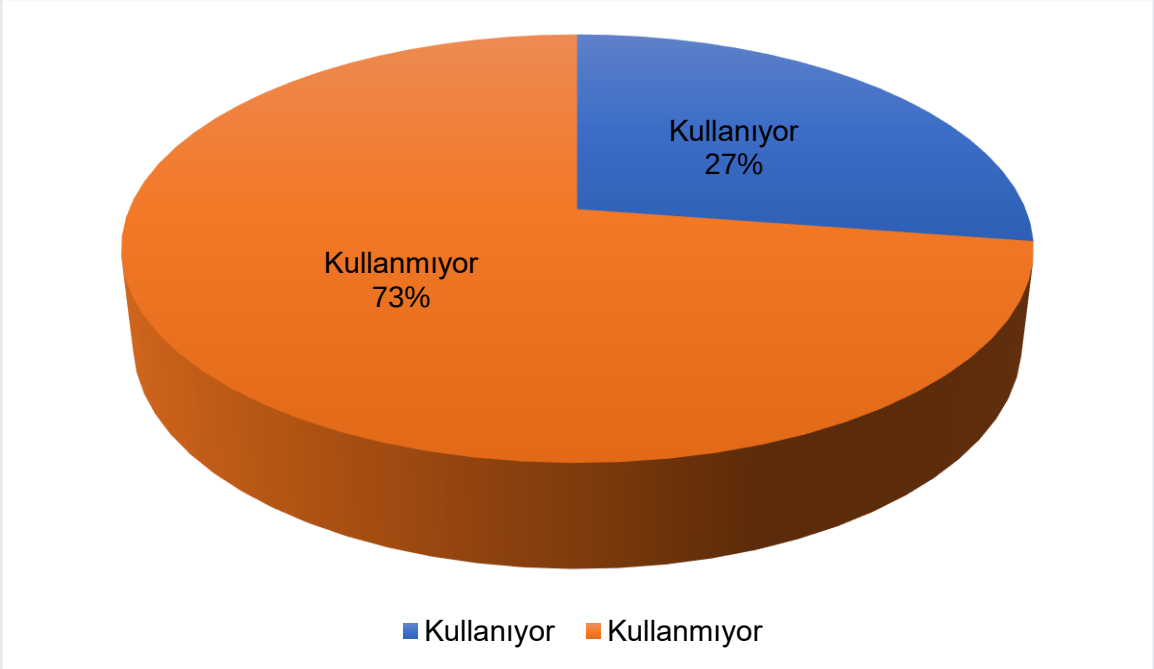


Grafik 3: Kişilerin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı

Tablo 6: Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Alkol Kullanımı	Evet	30	28,3	28	26,4
	Hayır	76	71,7	78	73,6
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 6'da görüldüğü gibi verilerin alkol kullanımına göre dağılımı, deney grubun %71,7 (n=76) alkol kullanmıyor, %28,3 (n=30) alkol kullanıyor olarak, kontrol grubunda %73,6 (n=78) alkol kullanmıyor, %26,4 (n=28) alkol kullanıyor olarak gözükmektedir.

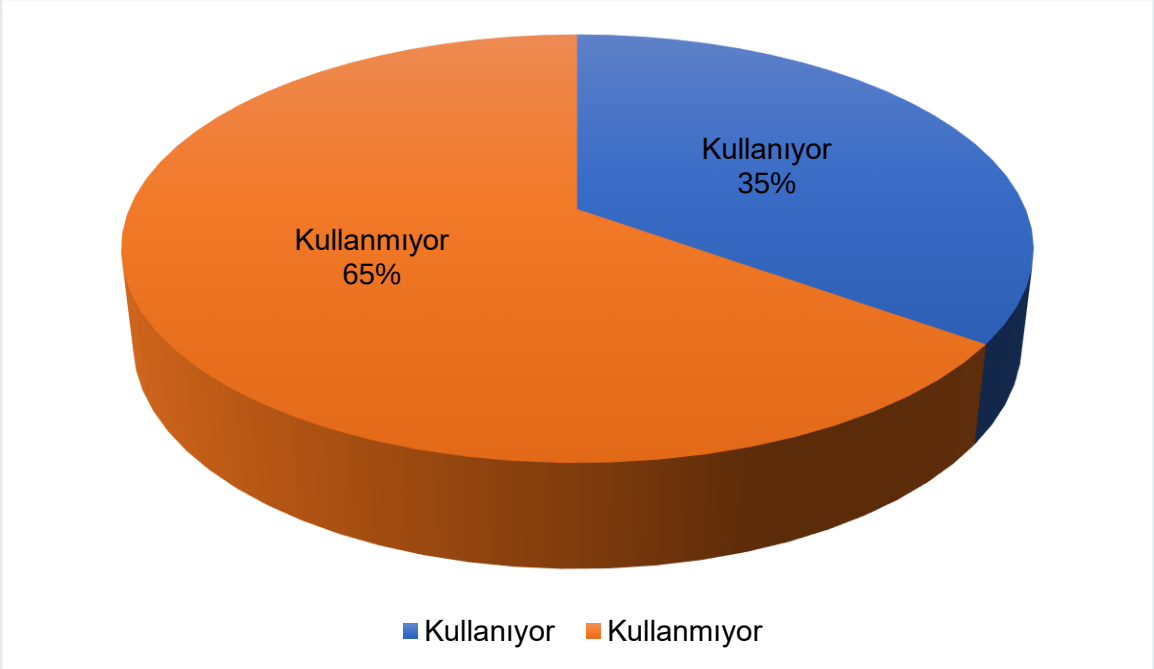


Grafik 4: Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı

Tablo 7: Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Sigara Kullanımı	Evet	41	38,7	33	31,1
	Hayır	65	61,3	73	68,9
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 7'de görüldüğü gibi sigara kullanımının verilere göre dağılımı, deney grubu %38,7 (n=41) sigara kullanıyor, %61,3 (n=65) sigara kullanmıyor olarak, kontrol grubu %31,1 (n=33) sigara kullanıyor, %68,9 (n=77) sigara kullanmıyor olarak görülmektedir.

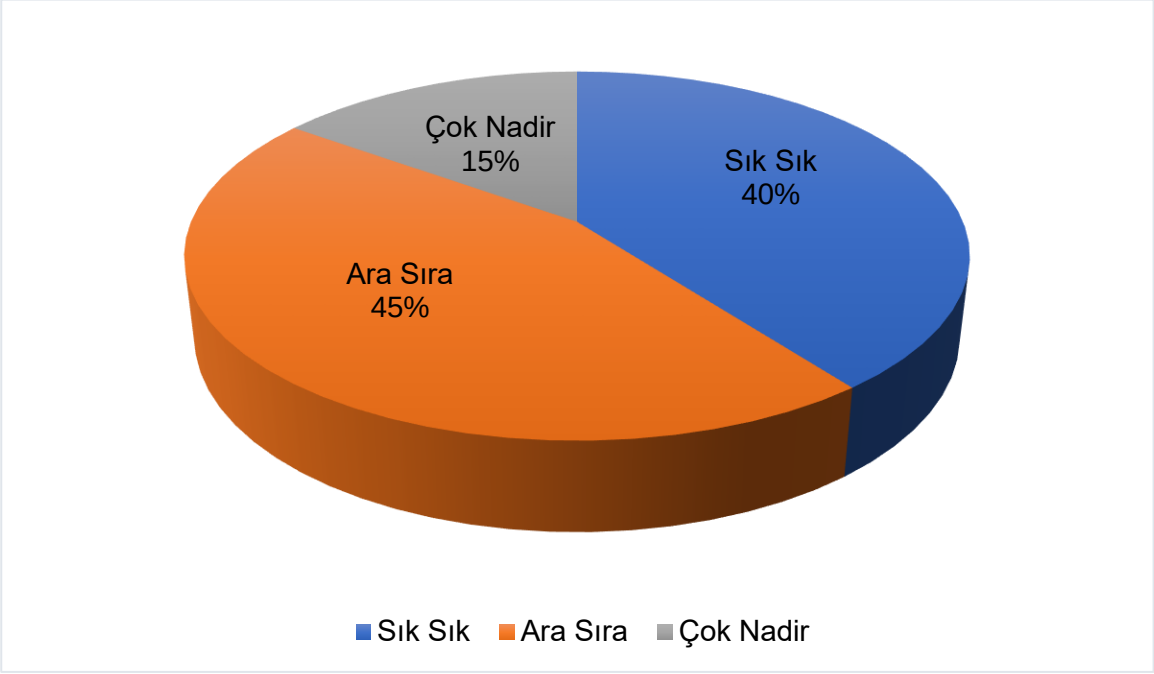


Grafik 5: Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı

Tablo 8: Kişilerin Kafeinli İçecek Kullanımına Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Kafeinli İçecek Kullanımı	Sık sık	38	35,8	46	43,4
	Ara sıra	52	49,1	44	41,5
	Çok nadir	16	15,1	16	15,1
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 8'de görüldüğü gibi kafeinli içecek kullanımının verilere göre dağılımı, deney grubunda %35,8 (n=38) sık sık kafeinli içecek tükettiği, %49,1 (n=52) Ara sıra kafeinli içecek tükettiği ve %15,1 (n=16) çok nadir kafeinli içecek tükettiği, kontrol grubunda %43,4 (n=46) sık sık kafeinli içecek tükettiği, %41,5 (n=44) Ara sıra kafeinli içecek tükettiği ve %15,1 (n=16) çok nadir kafeinli içecek tükettiği görülmektedir.

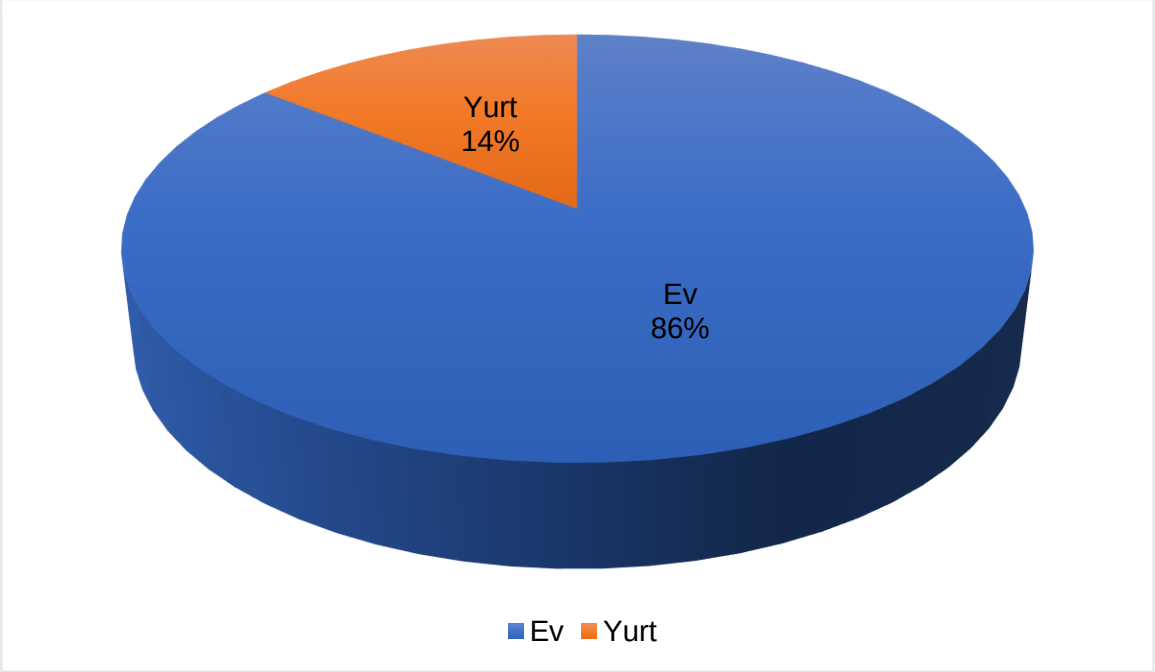


Grafik 6: Kişilerin Kafeinli İçecek Kullanımına Göre Dağılımı

Tablo 9: Kişilerin Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	**Yüzde%**	**Sayı**	**Yüzde%**
Yaşadığı Yer	Ev	99	93,4	83	78,3
	Yurt	7	6,6	23	21,7
	Toplam	106	100,0	106	100,0

Tablo 9'da görüldüğü gibi verilerin yaşadığı yere göre dağılımı, deney grubu %93,4 (n=99) evde yaşamakta, %6,6 (n=7) yurtta, kontrol grubu %78,3 (n=83) evde yaşamakta, %21,7 (n=23) yurtta yaşamaktadır.

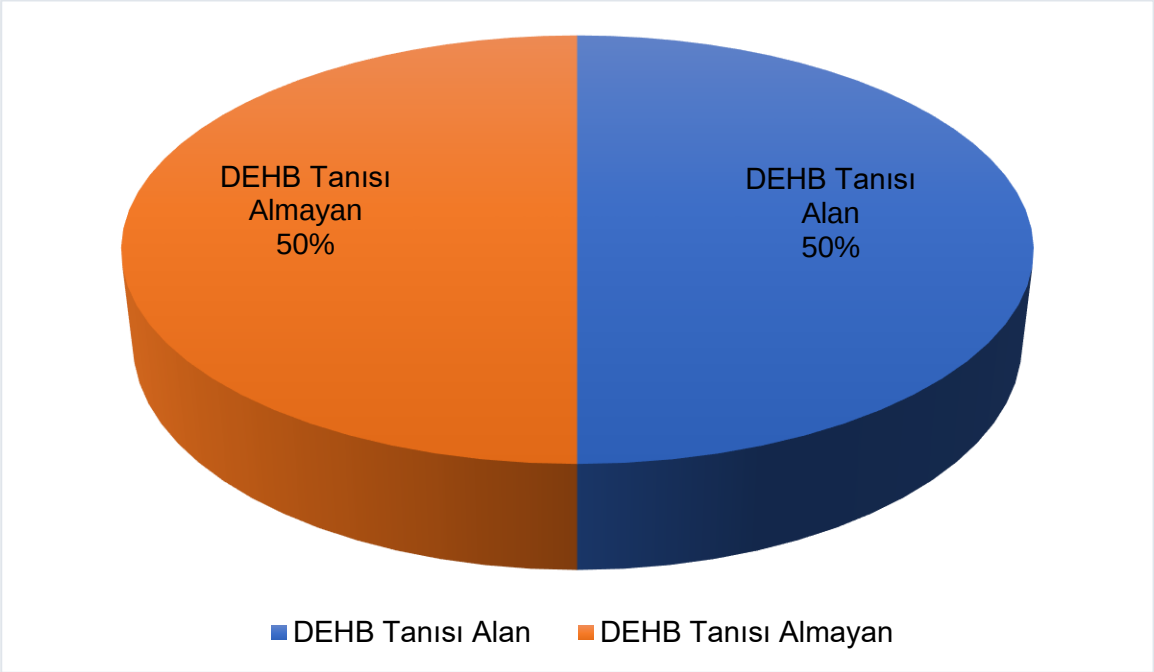


Grafik 7: Kişilerin Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

Tablo 10: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp-Almadığına Göre Dağılımı

DEHB Tanısı Alıp-Almama	**Sayı**	**Yüzde%**
Evet	106	50,0
Hayır	106	50,0
Toplam	212	100,0

Tablo 10'da görüldüğü gibi kişilerin %50 (n=106) DEHB Tanısı almış, %50 (n=112) DEHB Tanısı almamıştır.

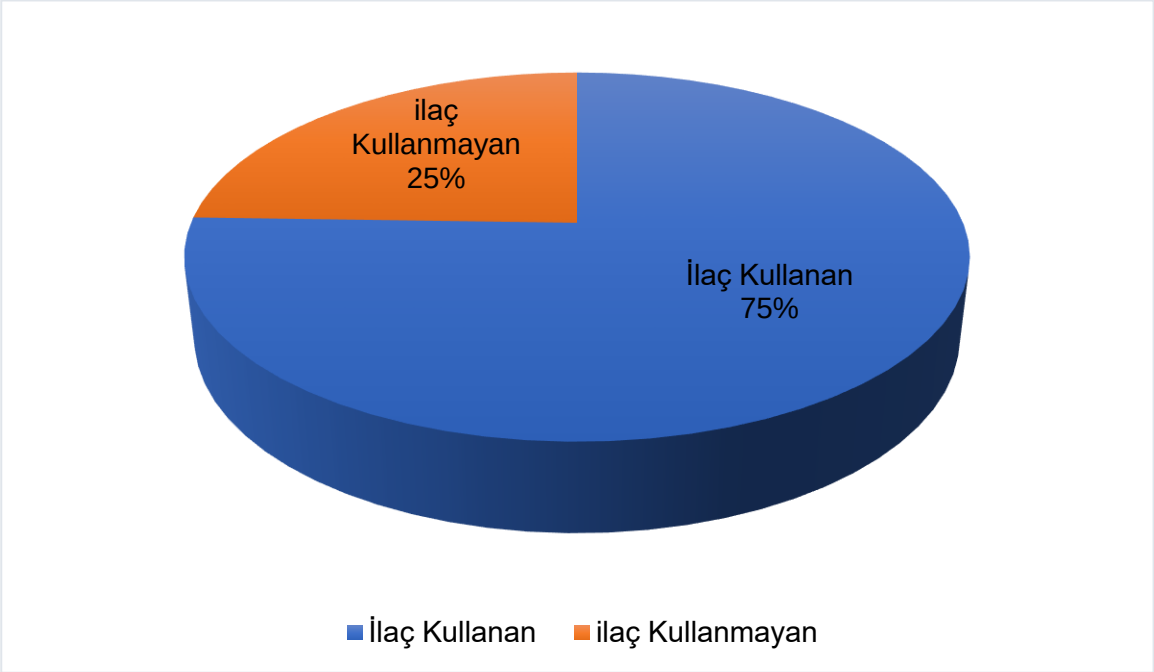


Grafik 8: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp-Almadığına Göre Dağılımı

Tablo 11: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp İlaç Kullanıp-Kullanmadığına Göre Dağılımı

DEHB Tanısı Alıp İlaç Kullanıp-Kullanmadığı	**Sayı**	**Yüzde%**
Evet	79	74,5
Hayır	27	25,5
Toplam	106	100,0

Tablo 11'de görüldüğü gibi DEHB Tanısı alıp ilaç kullanan %74,5 (n=79), DEHB Tanısı alıp ilaç kullanmayan ise %25,5 (n=27) olarak görülmektedir.



Grafik 9: Kişilerin DEHB Tanısı Alıp İlaç Kullanıp-Kullanmadığına Göre Dağılımı

Tablo 12: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Cinsiyet**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Kadın	54	34,53	6,28			
	Erkek	52	35,80	5,16	104	-1,135	,288
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Kadın	54	35,81	7,87			
	Erkek	52	36,81	5,88	104	,-704	,124
Kontrol Grubu	**Cinsiyet**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Kadın	84	24,48	5,82			
	Erkek	22	25,13	5,84	104	-,463	,895
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Kadın	84	25,98	6,68			
	Erkek	22	25,81	7,22	104	,104	,642

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-1,135 p=0,288> 0,05).

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=,704 p=0,124> 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,463p=0,895> 0,05).

Kontrol grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,104 p=0,642> 0,05)

Tablo 13: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Cinsiyet**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Kadın	54	24,92	7,07			
	Erkek	52	25,38	6,52	104	-,347	,227
Kontrol Grubu	**Cinsiyet**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Kadın	84	21,38	5,72			
	Erkek	22	19,81	5,23	104	1,159	,366

Deney grubunda PUKİ ile cinsiyet değişkeni arasın da istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,347 p=0,277> 0,05).

Kontrol grubunda PUKİ cinsiyet değişkeni arasın da istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır. (t=1,159 p=0,366> 0,05).

Tablo 14: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Yaş**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	18-21	21	33,33	6,78			
	22-25	45	35,91	4,50			
	26-29	30	34,83	6,93			
	30+	10	33,60	4,29	102	1,203	,313
	Yaş	**n**	**x̄**	**ss**	**Sd**	**F**	**p**
Hiperaktivite-Dürtüsellik	18-21	21	35,52	7,76			
	22-25	45	35,53	7,22			
	26-29	30	36,83	6,73			
	30+	10	39,60	3,43	102	1,080	,361

Kontrol Grubu	**Yaş**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	18-21	36	23,05	5,32			
	22-25	47	25,57	6,47			
	26-29	17	23,35	4,16			
	30+	6	30,16	2,31	102	3,613	0,116
	Yaş	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Hiperaktivite Dürtüsellik	18-21	36	25,36	5,45			
	22-25	47	25,61	7,48			
	26-29	17	24,58	5,25			
	30+	6	36,00	4,24	102	5,371	0,125

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,203; p=0,313 > 0,05)

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,080; p=0,361 > 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 3,613; p=0,116 > 0,05)

Kontrol grubunun Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 5,371; p=0,125 > 0,05)

Tablo 15: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Yaş**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	18-21	21	22,90	5,29			
	22-25	45	24,95	6,49			
	26-29	30	26,00	7,20			
	30+	10	28,20	8,74	102	1,640	,185
Kontrol Grubu	**Yaş**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	18-21	36	20,69	4,65			
	22-25	47	20,93	6,32			
	26-29	17	21,17	6,10			
	30+	6	23,83	4,26	102	,537	,658

Deney grubunda PUKİ ile yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,640; p=0,185 > 0,05)

Kontrol grubunda PUKİ ile yaş değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 0,537; p=0,658 > 0,05)

Tablo 16: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Sosyo ekonomik Düzey Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Sosyoek.**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	Alt	21	37,04	4,66			
	Orta	71	34,56	5,66			
	Üst	14	35,35	7,40	103	1,527	,222
	Sosyoek.	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
	Alt	21	35,85	5,85			

Hiperaktivite Dürt	Orta	71	35,90	7,23			
	Üst	14	38,85	6,94	103	1,107	,335
Kontrol Grubu	**Sosyoek.**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	Alt	16	26,75	6,24			
	Orta	80	24,50	5,87			
	Üst	10	22,20	3,73	103	1,983	,143
	Sosyoek.	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Hiperaktivite Dürt	Alt	16	29,50	7,37			
	Orta	80	25,55	6,22			
	Üst	10	23,50	8,50	103	3,121	,148

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,527; p=0,222 > 0,05)

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,107; p=0,335 > 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,983; p=0,143 > 0,05)

Kontrol grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 3,121; p=0,148 > 0,05)

Tablo 17: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Sosyo ekonomik Düzey Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Sosyoek.**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	Alt	21	26,90	5,54	103	5,035	0,088
	Orta	71	23,81	6,95			
	Üst	14	29,28	5,52			
Kontrol Grubu	**Sosyoek.**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	Alt	16	22,50	6,58	103	2,499	,087
	Orta	80	21,20	5,38			
	Üst	10	17,60	5,18			

Deney grubunda PUKİ ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 5,035; p=0,088 > 0,05)

Kontrol grubunda PUKİ ile sosyo ekonomik düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 2,499; p=0,087 > 0,05)

Tablo 18: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Alkol Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Evet	30	34,40	6,21	104	-,851	,774
	Hayır	76	35,46	5,59			
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Evet	30	34,66	6,75	104	-1,512	,844
	Hayır	76	36,92	6,97			

Kontrol Grubu	Alkol Kullanımı	n	x̄	ss	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Evet	28	24,64	6,22			
	Hayır	78	24,61	5,71	104	-,021	,459
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Evet	28	25,25	6,32			
	Hayır	78	26,20	6,93	104	-,639	,705

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,851 p=0,774> 0,05).

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-1,512 p=0,844> 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,021 p=0,459> 0,05).

Kontrol grubunun Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,639p=0,705> 0,05)

Tablo 19: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Alkol Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	Alkol Kullanımı	n	x̄	ss	sd	t	p
PUKİ	Evet	30	24,16	6,19			
	Hayır	76	25,53	7,00	104	-,938	,338
Kontrol Grubu	**Alkol Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Evet	28	20,46	5,40			
	Hayır	78	21,26	5,73	104	-,646	,968

Deney grubunda PUKİ ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,938 p=0,338> 0,05).

Kontrol grubunda PUKİ ile alkol kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,646 p=0,968> 0,05).

Tablo 20: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Sigara Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Evet	41	35,12	5,07			
	Hayır	65	35,18	6,20	104	-,054	,465
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Evet	41	34,14	6,37			
	Hayır	65	36,36	7,34	104	-,160	,403
Kontrol Grubu	**Sigara Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Evet	33	25,87	6,71			
	Hayır	73	24,05	5,33	104	1,500	,051
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Evet	33	26,90	7,83			
	Hayır	73	25,52	6,22	104	,979	,059

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,054 p=0,465> 0,05).

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,160 p=0,403> 0,05)

Kontrol grubunun Dikkat Eksikliği alt boyutu ile sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=1,500 p=0,051> 0,05).

Kontrol grubunun Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=,979 p=0,059> 0,05)

Tablo 21: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Sigara Kullanma Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Sigara Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Evet	41	25,43	5,08			
	Hayır	65	24,96	7,69	104	,346	,001
Kontrol Grubu	**Sigara Kullanımı**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Evet	33	20,90	6,20			
	Hayır	73	21,12	5,40	104	-,180	,155

Deney grubunda PUKİ sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunmuştur. (t=,346 p=0,001< 0,05). Buna göre deney grubunda sigara kullananların kullanmayanlara göre uyku bozukluğu puanları daha fazladır.

Kontrol grubunda PUKİ ile sigara kullanma değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,180p=0,155> 0,05).

Tablo 22: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Kafein Tüketimi Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Kafein Tüketimi**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	Sık sık	38	35,52	6,36			
	Ara sıra	52	34,92	5,21			
	Çok nadir	16	35,06	6,34	103	,121	,886
	Kafein Tüketimi	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Hiperaktivite Dürt	Sık sık	38	36,28	7,25			
	Ara sıra	52	36,78	6,92			
	Çok nadir	16	34,62	6,50	103	,587	,558
Kontrol Grubu	**Kafein Tüketimi**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Dikkat Eksikliği	Sık sık	46	24,17	6,24			
	Ara sıra	44	24,06	5,87			
	Çok nadir	16	27,43	3,73	103	2,253	,110
	Kafein Tüketimi	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
Hiperaktivite Dürt	Sık sık	46	25,73	7,77			
	Ara sıra	44	25,90	5,95			
	Çok nadir	16	26,68	6,05	103	,116	,890

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile kafein tüketimi değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= ,121; p=,886 > 0,05)

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile kafein tüketimi değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= ,587; p=0,558 > 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile kafein tüketimi değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 2,253; p=0,110 > 0,05)

Kontrol grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile kafein tüketimi değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= ,116; p=0,890 > 0,05)

Tablo 23: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Kafein Tüketimi Değişkenine Göre ANOVA Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Kafein Tüketimi**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	Sık sık	38	25,50	5,81	103	2,108	0,127
	Ara sıra	52	25,86	7,07			
	Çok nadir	16	22,00	7,46			
Kontrol Grubu	**Kafein Tüketimi**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**F**	**p**
PUKİ	Sık sık	46	20,13	5,50	103	1,359	,262
	Ara sıra	44	21,45	5,50			
	Çok nadir	16	22,62	6,24			

Deney grubunda PUKİ ile kafein tüketimi düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 2,108; p=0,127 > 0,05)

Kontrol grubunun PUKİ ile kafein tüketimi düzey değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (F= 1,359; p=0,262 > 0,05)

Tablo 24: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun DEHB Puanlarının Yaşadığı Yer Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Yaşadığı Yer**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Ev	99	35,12	5,93			
	Yurt	7	35,71	2,75	104	-,262	,075
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Ev	99	36,18	6,99			
	Yurt	7	37,71	6,79	104	-,561	,982
Kontrol Grubu	**Yaşadığı Yer**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
Dikkat Eksikliği	Ev	82	24,81	5,97			
	Yurt	23	23,91	5,32	104	,658	,329
Hiperaktivite-Dürtüsellik	Ev	82	25,65	6,93			
	Yurt	23	27,04	6,12	104	-,873	,345

Deney grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,262 p=0,075> 0,05).

Deney grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,561 p=0,982> 0,05)

Kontrol grubunda Dikkat Eksikliği alt boyutu ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t= ,658 p=0,329> 0,05).

Kontrol grubunda Hiperaktivite-Dürtüsellik alt boyutu ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,873 p=0,345> 0,05)

Tablo 25: Deney Grubu ve Kontrol Grubunun PUKİ Puanlarının Yaşadığı Yer Değişkenine Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi ile Değerlendirilmesi

Deney Grubu	**Yaşadığı Yer**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Ev	99	25,09	6,64			
	Yurt	7	26,00	9,09	104	-,341	,270
Kontrol Grubu	**Yaşadığı Yer**	**n**	**x̄**	**ss**	**sd**	**t**	**p**
PUKİ	Ev	83	21,07	5,79			
	Yurt	23	21,00	5,13	104	,054	,365

Deney grubunda PUKİ ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=-,341 p=0,270> 0,05).

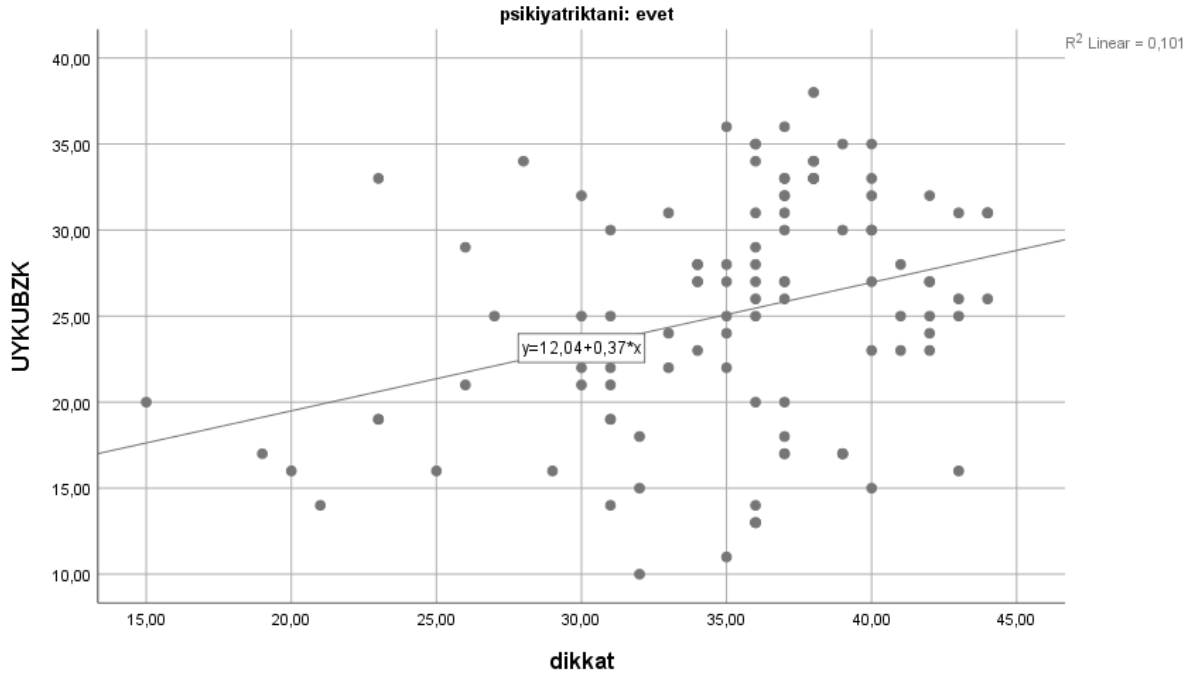
Kontrol grubunda PUKİ ile yaşadığı yer değişkeni arasında istatistiki olarak anlamlılık olup olmadığını görebilmek hedefiyle yapılmış olan ilişkisiz örneklem t testi neticesine göre anlamlılık bulunamamıştır. (t=,054 p=0,365> 0,05).

Tablo 25: DEHB ile PUKİ Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi İle Değerlendirilmesi

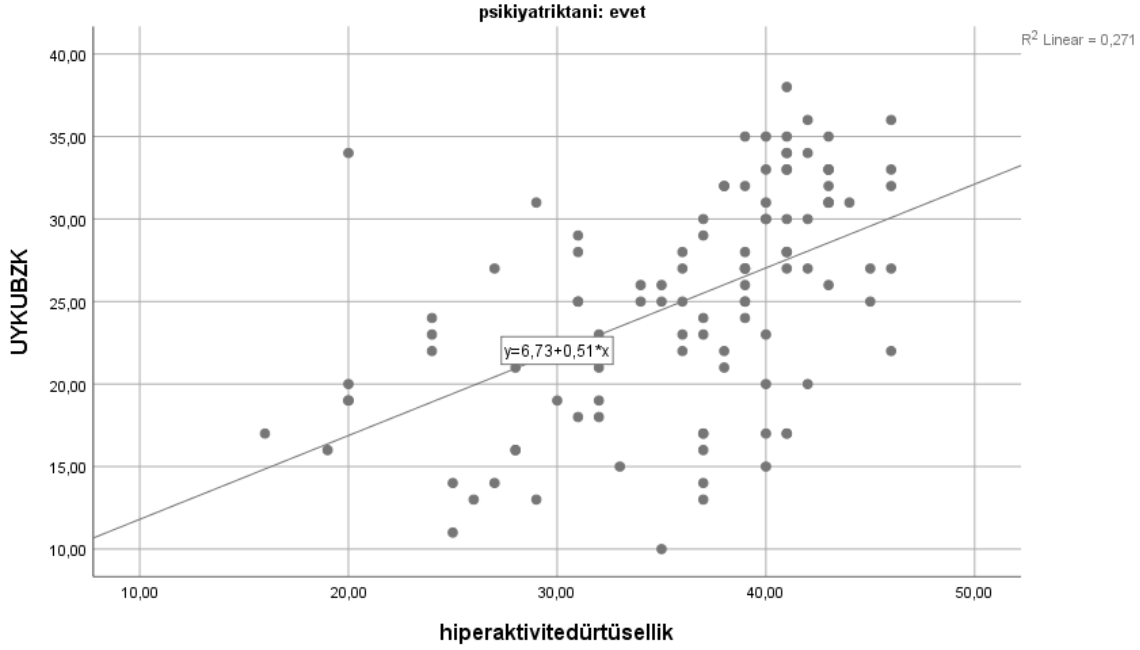
	PUKİ	Hiperaktivite-Dürtüsellik	Dikkat Eksikliği
PUKİ	1	**,521 ****	**,317 ****
Hiperaktivite-Dürtüsellik	521 **	1	,624 **
Dikkat Eksikliği	,317 **	624 **	1

Tablo 25'de görüldüğü üzere korelasyon analizi neticesine göre PUKİ ile Hiperaktivite-Dürtüsellik arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki görülmektedir. (r=,521; p 0,000<.000) Buna göre hiperaktivite-dürtsellik arttıkça PUKİ'de artmaktadır.

PUKİ ile Dikkat Eksikliği arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki görülmektedir. (r=,317; p 0,001<.000) Buna göre dikkat eksikliği arttıkça PUKİ'de artmaktadır.



Grafik 9: Dikkat Eksikliği ve PUKİ Nokta Analizi



Grafik 10: Hiperaktivite-Dürtüsellik ve PUKİ Nokta Analizi

Tablo 26: DEHB ile Huzursuz Bacak Sendromu Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi İle Değerlendirilmesi

	Huzursuz Bacak Sendromu	Hiperaktivite-Dürtüsellik	Dikkat Eksikliği
Huzursuz Bacak Sendromu	1	**,355 ****	**,270 ****
Hiperaktivite-Dürtüsellik	355 **	1	,624 **
Dikkat Eksikliği	,270 **	624 **	1

Tablo 26'da görüldüğü üzere korelasyon analizi neticesine göre Huzursuz Bacak Sendromu ile Hiperaktivite-Dürtüsellik arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki görülmektedir. (r=,355; p 0,000<.000) Buna göre hiperaktivite-dürtsellik arttıkça Huzursuz Bacak Sendromu da artmaktadır.

Huzursuz Bacak Sendromu ile Dikkat Eksikliği arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki görülmektedir. (r=,270; p 0,005<.000) Buna göre dikkat eksikliği arttıkça Huzursuz Bacak Sendromu da artmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile uyku bozukluklarının yanında sosyo-demografik özellikler ile de DEHB ve uyku bozuklukları arasında bir ilişki olup olmadığı da araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada deney grubu DEHB tansısı alanlardan, kontrol grubu ise DEHB tanısı almayanlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan DEHB tanısı almış kişilerde DEHB tanısı dışında komorbid tanı yoktur, aynı şekilde DEHB tanısı almamış kişilerde de herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerden seçilmiştir. Bu bölümde çalışmada yapılan analizler daha önceden yapılmış çalışmalarla beraber tartışılmaktadır.

Erişkinlerde DEHB çocuklara kıyaslandığında daha az sıklıkta rastlanılan bir durumdur, erişkinlerde görülen DEHB çoğunlukla çocukluktan gelen DEHB'nin devam etmesi şeklinde görülmektedir bir kısmı ise çocukluğunda DEHB tanısı almamış fakat erişkinliğinde DEHB tanısı almıştır. DEHB'nin uyku bozukluklarıyla bir ilişkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın konusuna dair alanyazın da çok fazla araştırma yapılmamıştır.

Çalışmada deney grubu ve kontrol grubu cinsiyete değişkenine göre incelenmiş ve anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Literatürde ise, Oosterloo ve arkadaşları yapmış olduğu araştırmasında DEHB ve uyku bozukluklarının cinsiyet değişkenine göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediğini tespit etmiştir[102] Gau ve arkadaşlarının da yapmış olduğu araştırmada DEHB tanısı almış kişilerde uyku bozukluklarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bunun yanında yaş değişkenine göre de anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.[103]

Çalışmada deney grubu ve kontrol grubu sigara tüketim değişkenine göre incelenmiş ve anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Literatürde ise Maaike ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nikotin kullanımının uykusuzluğa katkıda bulunabileceği söylenmiştir fakat nikotinin melatonin hormonunun salgılanmasında bir

[102] Mayke Oosterloo vd., "Confusion Between Primary Hypersomnia and Adult Attention-Deficit/Hyperactivitiy Disorder", ***Psychiatry Research,*** 2006, 143(2-3), s. 293-297

[103] Susan Shur-Fen Gau ve Huey-Ling Chiang, "Sleep Problems and Disorders Among Adolescents with Persistent and Subthreshold Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders", ***Sleep,*** 2009, 32(5), s. 671-679

etkisinin olup olmadığı halen belirsizdir ve bu konuda araştırmalar halen devam etmektedir.[104]

Çalışmada DEHB tanısı alanların uyku bozuklukları puanları DEHB tanısı almayanlara göre daha fazla çıkmıştır yani erişkinlerde DEHB ile uyku bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir, DEHB puanları arttıkça uyku bozuklukları puanı da artmaktadır. Aynı şekilde DEHB tanısı almış kişiler de Huzursuz Bacak Sendromu puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir, DEHB puanları arttıkça Huzursuz Bacak Sendromu puanları da artmaktadır; özellikle DEHB alt boyutlarından Hiperaktivite/Dürtüsellik alt boyutunun Dikkat Eksikliği alt boyutuna göre huzursuz bacak sendromu arasında pozitif yönde daha kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde ise daha detaylı çalışmalar yapılmış olup, çeşitli uyku bozuklukları ile DEHB tanısı alanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır.

Surman ve arkadaşları çalışmasında DEHB tanısı alan erişkinlerin, uyku kaliteleri bozuk ve gündüz yorgunluğu olduğu bulunmuştur. Bu belirtilerin ilacın etkisi ile olmadığını da belirtmişlerdir. Çalışmanın devamın da DEHB tanısı alan erişkinlerde uyku apnesi saptandığını, çocukluktan yetişkinliğe uzanan DEHB tanısı almış yetişkinlerde de yetişkinlik döneminde uyku solunum bozukluklarının ortaya çıktığı tespit edilmiştir.[105]

Naseem ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmasında erişkin DEHB'li kişilerde uyku apnesinin daha çok görüldüğü özellikle yüksek sesle horlama, gündüz aşırı uyku hali ile başvurdukları tespit edilmiştir. DEHB'de görülen uyku bozuklukları tedavi edilmediği taktirde, hipertansiyon, kardiyak aritmiler ve serebrovasküler olayların görülme sıklığının artması gibi zarar verici olabileceği söylenmiştir. [106]

Konofal ve arkadaşları yapmış olduğu meta analiz çalışmasında DEHB olan kişilerin gündüz uykusuzluğu daha yüksek olarak bulunmuştur. Narkolepsi ve DEHB arasındaki ilişkiyi saptayabilmek adına çalışmalar hala devam etmektedir bunun yanı sıra paramsomnilerle DEHB arasındaki ilişki de bu araştırma alanı içerisindedir. [107]

Scheredl ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmasın da DEHB tanısı almış 64 Kadın ve 56 Erkek vardır bunlardan 31'i dikkat eksikliği önde olan tip, 87'si bileşik tip ve 2'si

[104] Maaike M. Van Veen vd., "Delayed Circadian Rhythm in Adults with Attention-Deficif/Hyperactivity Disoerder and Chronic Sleep-Onset İnsomnia", ***Biological Psychiatry,*** 2009, 67(11(, s. 1091-1096

[105] Craig Surman vd., "Adults With ADHD and Sleep Complaints", ***Journal of Attention Disoerders,*** 2006, 9(3), s. 550-555

[106] Sohail Naseem, Bashir Chaudhary ve Nancy Collop, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Obstructive Sleep Apnea", ***Chest,*** 119(1), s. 294-296

[107] Eric Konofal vd., "Sleep and ADHD"***, Sleep Medicine,*** 11(7), s. 652-658

hiperaktivite-dürtüsellik önde olan tip şeklindedir. Wagner ve arkadaşları DEHB ile uyku bozuklukları arasında bir ilişkinin olduğunu açıklamış ve özellikle huzursuz bacak sendromu semptomlarının görüldüğünü saptamıştır. Yapılan korelasyon ve regresyon analizleri sonucunda DEHB belirtileri ile uykusuzluk, parasomniler, hareket bozuklukları ve gün boyunca yorgun olma ile ilişkili olduğu görülmüştür. [108]

Alexandra ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmasında, DEHB tanısı almış iki kişi hariç diğerlerinde tek veya çoklu uyku bozuklukları teşhis edilmiş; DEHB hastalarının 28'i Obstrüktif Uyku Apnesi teşhisi, 7 kişiye narkolepsi teşhisi konuldu. Bu çalışmada huzursuz bacak sendromu ve DEHB ilişkisi incelendiğinde ise DEHB puanlarının yüksek olduğu kişilerde huzursuz bacak sendromu puanlarının da arttığı görülmüştür. Araştırmacının vurguladığı bir başka konu ise; erişkin DEHB hastalarının şikayet ettikleri konu genellikle değişen uyku kalitesi olduğunu dile getirmişlerdir. [109]

Maaike ve arkadaşları DEHB tanısı almış erişkinlerle yapmış olduğu araştırmasında %78'inde öznel uyku başlangıçlı uykusuzluk görüldüğünü saptamıştır. Çalışmada DEHB tanısı almış kişilerle almamış kişiler karşılaştırıldığında DEHB tanısı alanların genel olarak uykuya dalmaları daha uzun sürmüş ve daha az verimli uyudukları görülmüştür. Sağlıklı kontrol deneklerine göre DEHB hastalarında uyku verimliliği %6.7 daha düşüktü ve 11 dakika daha uzun uykuda gecikme görülmüştür. Hiperakitivte/Dürtüsellik alt boyutunda olan DEHB'liler de uyku süresinde azalma, düşük uyku verimliliği ve daha düşük uyku olduğu da görülmüştür.[110]

Yoon ve arkadaşları çalışmasında daha önceden de araştırılmış bir konu olan; DEHB'de ilaç kullanımının uyku bozukluklarını tetiklediği konusunda yapmış olduğu araştırmasında, ilaç kullanmayan DEHB'li erişkinler de uyku bozukluklarına rastlandığını ortaya koymuştur. Yoon ve arkadaşları aynı zamanda DEHB'de görülen uyku bozukluklarının depresyon, anksiyete gibi duygudurum bozukluklarıyla da ilişkili olabileceğini ve Duygudurum bozukluklarıyla ilişkili uyku bozukluklarının DEHB'ye özgü olduğunu savunmuştur. Yoon ve arkadaşları DEHB ile ilişkilendirilebilen en önemli uyku bozukluğu Sirkadyen Ritim Bozukluğu olduğunu, DEHB olan kişilerin uyku evrelerindeki gecikmeleri öne sürmüşlerdir. Aynı zamanda çalışmada huzursuz bacak sendromu ve

[108] Michael Schredl vd., "Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disoerder", ***European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,*** 2006, 257(3), s. 164-168

[109] Alexandra Philipsen vd., "Sleep and Sleep Disorders in Adults With Attention Deficit/Hyperactivity Disoerder", ***Sleep Medicine Reviews,*** 2006, 10(06), s. 399-405

[110] Van Veen, a.g.e., s. 677-679

DEHB'nin arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, uykuda solunum bozukluklarıyla da anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. [111]

Ghanizadeh yapmış olduğu çalışmasında, DEHB olan kişilerin %44'ü kesin olarak huzursuz bacak sendromu belirtilerini gösterdiği ve huzursuz bacak sendromuna sahip hastalarının beşte birinde de DEHB belirtilerini gösterdiğini saptamıştır. DEHB ve DEHB'si olmayanlar arasında yapılmış çalışmalarda, DEHB olan hastalarda yüksek gündüz uyku hali, uykuya dalmada güçlük çektikleri saptanmıştır. [112]

Walters ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmasında, DEHB hastalarının dikkatsizlik puanları ile gündüz aşırı uykulu olma haliyle korelasyon gösterdiğini saptamıştır. Çalışmasında DEHB grubunun neredeyse yarısı obstrüktif uyku apnesi semptomlar taşıyorken, kontrol grubunun %22'sinde de obstrüktif uyku apnesi semptomlarının bulunduğunu söylemiştir. Walters ve arkadaşları narkolepsi de dikkatsizlik belirtilerinin yaygın olduğunu fakat hiperaktivite belirtilerinin ve DEHB'de narkolepsi yaygınlığının belirlenmesi için daha fazla araştırılması gerektiğini söylemişlerdir. DEHB belirtileri ile huzursuz bacak sendromu, hiperaktivitenin bir eseri olduğunu ve çoğu araştırmacının huzursuz bacak sendromunun dikkatsizlik ve hiperktivite belirtileri ile ilişkili olduğunu belirttiğini söylemiştir.[113]

[111] Sun Young Rosalia Yoon vd., "Sleep in Attention-Deficit/Hyperactivity Disoerder in Children and Adults: Past, Present anf Future", ***Sleep Medicine Reviews,*** 2012, 16(4), 371-388

[112] Ahmad Ghanizadeh, ***Attention Deficit Hyperactivity Disoerder(ADHD),*** Edt. Stuart Gordon ve Aileen Mitchell, Nova Science Publishers Inc; UK, 2010, s. 207-215

[113] Arthur S. Walters vd., "Review of the Possible Relationship and Hypothetical Links Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the Simple Sleep Related Movement Disorders, Parasomnias, Hypersomnias, and Circadian Rhythm Disorders" ***Journal of Clinical Sleep Medicine*** , 2008, 4(8), s. 591-600

ÖNERİLER

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun uyku bozuklukları ile ilişkisi incelenmiştir. Bununla birlikte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve uyku bozukluklarının çeşitli sosyo demografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluklarıyla, uyku bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bölümde ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve uyku bozuklukları adına oluşan problemlerle ilgili öneriler sunulacaktır.

Bu çalışmada sınırlılıklar olduğundan dolayı yapılacak olan diğer çalışmalarda, örneklem sayısı daha fazla tutulup çalışmalar yapılabilir. Bu çalışmanın evreni ise sadece İstanbul ilindeki üniversite öğrencileri ile yapılmıştır, bundan sonraki yapılacak olan çalışmalarda araştırma evreni ve araştırmanın örneklemi daha geniş tutularak çok daha fazla kapsamlı bilgiye ulaşılabilir.

Erişkinlerde görülen DEHB ile ilgili yapılmış olan çalışmalar çok yeni ve çok azdır, genellikle DEHB ile ilgili yürütülen çalışmalar çocuklarla ilgilidir ve DEHB tanısının sadece çocuklara konulabileceği düşünülebilmektedir, bu araştırma özellikle bu yargıyı değiştirebilmek adına ve erişkinlerdeki DEHB ile ilgili araştırmaların devam edebilmesi amacıyla yapılmış, daha nicelerine de yol göstermesi hedeflenmiştir.

DEHB tanısı almış erişkinlerde görülen uyku bozukluklarının birçok nedeni olabilir, literatürde de yer verdiğimiz gibi DEHB ile birlikte görülen duygudurum bozuklukları da uyku bozukluklarına sebep olabilir, bu çalışmada DEHB'den başka bir psikiyatrik tanısı olmayan kişilerde de uyku bozukluklarının DEHB ile birlikte seyr ettiğini görülmüştür. Erişkin DEHB'sine sahip kişilerde görülen uyku bozukluklarında hem klinisyenlerin hem de psikiyatrların dikkat etmesi ve tedavi planlarına eklemesi gerekmektedir. DEHB ile birlikte seyr eden uyku bozuklukları çoğu kez gözden kaçan bir konu olabilmektedir ve DEHB tanısı almış erişkindeki tedavi edilmeyen uyku sorunları giderek artmakta ve bununla birlikte başka tıbbi hastalıklara neden olmaktadır. Bununla birlikte DEHB hastalarına verilen ilaçların yan etkilerinden dolayı oluştuğu söylenen uyku bozuklukları yapılan araştırmalar sonucunda ilaçsız DEHB hastalarında da uyku sorunlarının görülmesiyle reddedilmiştir. DEHB çocukluktan erişkinliğe kadar uzanan, erişkinlikte belirtilerinin azalabildiğinin söylendiği bir bozukluk olarak literatürlerde açıklanmaktadır fakat çoğu araştırmalarda görülmüştür ki çocukluktan başlayan erişkinliğe kadar artarak devam edebilen ya da çocuklukta DEHB tanısı almamış kişilerin erişkinlikte DEHB tanısı almış olduğu da tespit edilmiştir.

Bu çalışma süresince yapmış olduğum araştırmaları göz önüne alarak erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite konusunda yeterli araştırma ve neredeyse yok denecek kadar az olan yerli kaynak olmadığını görmüş olup, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu alanında daha fazla araştırmalar yapılması erişkin DEHB için önemli olduğu gibi, bu çalışmada bundan sonra çalışmalarda yol gösterici olması ve kaynak olarak kullanılması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ALTEYOGT Bruce M. Sleep Disorders and Sleep Deprivation, Edt. Harvey R. Colten, National Academies Press Yayınevi, ABD, 2006.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Çev. Edt. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

BARNES Jim, Temel Biyolojik Psikoloji, Çev. Edt. Ahmet Altındağ, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara, 2014.

GHANİZADEH Ahmed, Attention Deficit Hyperactivity Disoerder(ADHD), Edt. Stuart Gordon ve Aileen Mitchell, Nova Science Publishers, UK, 2010.

GOLDSTEİN Sam ve ELLİSON Anne Teeter, Clinicians Guide to Adult ADHD, Elseviever Science, ABD, 2002.

MCGOUGH James, ADHD, Oxford University Press, Oxford, 2014.

SİMİTH Edwar E., HOEKSEMA Nolen Susan, FREDRİCKSON Barbara L., BEM Daryl J. Ve MAREN Stephen, Atkinson & Hilgard Psikolojiye Giriş, Çev. Öznur Öncül ve Deniz Ferhatoğlu, Arkadaş Yayınevi, Ankara, 2012.

WENDER Paul H., Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents, and Adults, Oxford University Press, Oxford, 2001.

WİLSON Sue ve NUTT David, Sleep Disorders, Oxford University Press, Oxford, 2008.

MAKALELER

AKINCI Erhan ve ÖZLEM ORHAN Fatma, Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, İzmir, 2016.

AYSAN Esra, KARAKÖSE Sevil, ZAYBAK Ayten ve İSMAİLOĞLU GÜNAY Elif, Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, İzmir, 2014.

BİEDERMAN Joseph ve FARAONE Vincent Stephen, Attention-deficit Hyperactivity Disorder, Lancet, 2005.

CÖLBAY Mehmet, YÜKSEL Şeref, FİDAN Fatma, ACARTÜRK Gürsel, KARAMAN Özcan ve ÜNLÜ Mehmet, Hemodiyaliz Hastalarının Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İle Değerlendirilmesi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, Afyon, 2007.

DEMİR Başaran, (Der.) Uyku Bozuklukları, Türkiye Tıp Dergisi, Ankara 2002

DOĞAN Sultan, ÖNCÜ Bedriye, VAROL SARAÇOĞLU Gamze ve KÜÇÜKGÖNCÜ Suat, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Tekirdağ, 2009.

DOĞANGÜN Burak ve YAVUZ Mesut, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Türk Pediatri Arşivi Dergisi, İstanbul, 2011.

ERTUĞRUL Aygün ve REZAKİ Murat, Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, Ankara, 2004.

GAU Susan ve CHİANG Huey, Sleep Problems and Disorders Among Adolescents with Persistent and Subthreshold Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders, Sleep, 2009.

GÜNCE Gülseren, Uyku, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Ankara, 1968.

GÖKÇAY Banu ve ARDA Berna, Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları, Lokman Hekim Dergisi, Mersin, 2013.

KAYAALP Levent, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008.

KESKİN Neda ve TAMAM Lut, Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Van, 2018.

KİRİŞ Nurcihan ve BİNOKAY Seçil, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyolojik Temelleri, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Adana, 2010.

KORKMAZ Barış, Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavisi, Türk Aile Hek. Dergisi, İstanbul, 2000.

KONOFAL Eric, LECENDREUX Michel ve CORTESE Samuele, Sleep and ADHD, Sleep Medicine, 2010.

NASEEM Sohail, CHAUDHARY Bashir ve COLLOP Nancy, Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Obstructive Sleep Apnea, Chest, 2001.

OOSTERLOO Mayke, LAMMERS Gert Jan, OVEREEM Sebastiaan, NOORD De İneke ve KOOİJ Sandra, Possible Confusion Between Primary Hypersomnia and Adult Attention-Deficit/Hyperactivitiy Disorder, Psychiatry Research, 2006.

ÖNCÜ Bedriye ve ŞENOL Selahattin, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi, Klinik Psikiyatri, Ankara, 2002.

ÖZGÜR Gönül ve BAYSAN Leyla, Yaşlılarda Uyku Sorunları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, İzmir, 2005.

PHİLİPSEN Alexandra, HORNYAK Magdolna ve RİEMANN Dieter, Sleep and Sleep Disorders in Adults With Attention Deficit/Hyperactivity Disoerder, Sleep Medicine Reviews, 2006.

SCHREDL Michael, ALM Barbara ve SOBANSKİ Esther, Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disoerder, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2006 .

ŞAHİN Leyla ve AŞÇIOĞLU Meral, (der.) Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, Kayseri, 2003.

ŞENOL Vesile, SOYUER Ferhan, PEKŞEN AKÇA Raziye ve ARGÜN Murat, Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Kocatepe Tıp Dergisi, Kayseri, 2012.

TIKNAZ Dilek, Ergen ve Yetişkinlerde ADHD-Dikkat eksikliği ve Hiperakitivite Bozukluğu, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, İstanbul, 2004.

TUĞLU Cengiz ve ÖZTÜRK ŞAHİN Özlem, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Edirne, 2010.

TUNCEL Deniz ve ORHAN Fatma Özlem, Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Kahramanmaraş, 2009.

UYSAL ÖZASLAN Taciser ve BİLAÇ Öznur, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi (Der.), Türkiye Klinikleri J Child Psychistry-Special Topics, Isparta, 2015.

POLANCZYK Guilherme ve AUGUSTO Luis, Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan, Current Opinion in Psychiatry, 2007.

POLANCZYK Guilherme, SİLVA DE LİMA Mauricio, LESSA HORTA Bernardo, BİEDERMAN Joseph ve AUGUSTO Luis, The Worldwide Prevalence of ADHD: A systematic Review and Metaregression Analysis, Am J Psychiatry, 2007.

SURMAN Craig, THOMAS Robert J., ALEARDİ Megan, PAGANO Christine ve BİEDERMAn Joseph, Adults With ADHD and Sleep Complaints, Journal of Attention Disoerders, 2006.

VEEN Maaike M., KOOİJ Sandra, BOONSTARA Marjie A., GORDJİN Marijike, SOMERAN Van, Delayed Circadian Rhythm in Adults with Attention-Deficif/Hyperactivity Disoerder and Chronic Sleep-Onset İnsomnia, Biological Psychiatry, 2009.

YAPICIOĞLU Bekir, KAYAKÇI Önder, SELCEN GÜLER Ayşegül, SEMİZ Murat ve DOĞAN Orhan, Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığın ve Eşlik Eden Eksen-I, Eksen-II Tanıları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sivas, 2011.

YOON Rosalia Young Sun, JAİN Umesh ve SHAPİRO Volin, Sleep in Attention-Deficit/Hyperactivity Disoerder in Children and Adults: Past, Present anf Future, Sleep MEdicine Reviews, 2012.

WALTERS Arthur S., SİLVESTRİ Rosalia, ZUCCONİ Marco, CHANDRASHEKARİAH Ranju ve KONOFAL Eric, Review of the Possible Relationship and Hypothetical Links Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the Simple Sleep Related Movement Disorders, Parasomnias, Hypersomnias, and Circadian Rhythm Disorders, Journal of Clinical Sleep Medicine , 2008.

WİLENS Timothy E., FARAONE Stephen V. Ve BİDERMAN Joseph, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, JAMA, 2004.

TEZLER

AĞAN Kaan, Menopoz Hastalarında Uyku Kalitesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2015 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

AKGÜL Ecem, Yurtta Kalan ve Ailesiyle Birlikte Yaşayan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Uyku Bozuklukları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018 **(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi).**

EKLER

EK-A

SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

Sayın Katılımcı, bu araştırma yüksek lisans bitirme çalışması kapsamında yapılmaktadır. Araştırmaya katılmanız durumunda, vereceğiniz bilgiler bireysel değerlendirme amacıyla kullanılmayacağı için kimlik bilgileriniz istenilmeyecektir. Vereceğiniz bilgiler ve yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak, yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirilecektir ve araştırma haricinde başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya katkılarınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

Yaşınız: 18-21 ( ) 22-25( ) 26-29 ( ) 30( )

Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( )

Bir işte çalışıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )

Çevrenizle karşılaştırdığınızda sosyoekonomik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
Alt ( ) Orta ( ) Üst ( )

Fiziksel aktivitelerde(Egzersiz) bulunuyor musunuz?
Evet( ) Hayır( )

Alkol Kullanıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )

Sigara Kullanıyor musunuz?
Evet( ) Hayır ( )

Kafeinli içecek tüketiyor musunuz?
Sık sık ( ) Ara Sıra ( ) Çok Nadir ( )

Fiziksel bir şikayetiniz var mı?
Evet ( ) Hayır ( )

Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı aldınız mı?
Evet ( ) Hayır ( )

Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dışında psikiyatrik tanı / tedavi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Hala kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Nerede yaşamaktasınız?

Ev ( ) Yurt ( )

Yurtta ise kaç kişilik odada kalıyorsunuz?

Tek ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ve + ( )

Evde yaşıyorsanız kendinize ait bir odanız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

EK-B

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

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

EK-C

PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları son 1 ay içerisindeki uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak yanıtlayınız.

1. Genellikle saat kaçta uyku için yatağa gittiniz? ……
2. Yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır?.....
3. Genellikle sabah saat kaçta uyanırsınız?.....
4. Geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır (yatakta geçirilen süre değil uyku süresi)?.....

5. Geçen ay içinde kötü uyudum çünkü	Hiç yok (0)	Haftada 1'den az (1)	Haftada 1-2 kez (2)	Haftada 3 veya 3'den fazla (3)
a) 30 dk içinde uykuya dalamadım				
b) Uykunun ortasında ya da sabah çok erken uyandım				
c) Banyoyu kullanmak zorunda kaldım				
d) Rahat nefes alamadım				
e) Şiddetli horladım veya öksürdüm				
f) Soğuk hissettim				
g) Sıcak hissettim				
h) Kötü rüya gördüm				
i) Ağrım oldu				
j) Diğer nedenler				

6. **Geçen ay içinde uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?**

   a) Çok iyi b)Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü
7. **Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?**
   a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3'ten çok
8. **Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?**
   a) Hiç b) Haftada 1'den az c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3'ten çok
9. **Geçen ay bu durum, işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?**

a) Hiç problem oluşturmadı c) Bir dereceye kadar problem oluşturdu
b) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu d) Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz ya da oda arkadaşınız var mı?

a) Bir yatak partnerim ya da oda arkadaşım yok
b) Diğer odada bir partnerim veya arkadaşım (aileden birileri) var
c) Partneri (arkadaşı) odada ama aynı yatakta değil
d) Partneri aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun	Hiç yok (0)	Haftada 1'den az (1)	Haftada 1-2 Kere (2)	Haftada 3 veya daha fazla (3)
a) Gürültülü horlama				
b) Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e) Diğer huzursuzluklarınız				