

**GEBELERİN UYKU ÖZELLİKLERİ VE DEPRESİF
SEMPTOMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Gülçin NACAR

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

Yüksek Lisans Tezi – 2016

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERİN UYKU ÖZELLİKLERİ VE DEPRESİF SEMPTOMLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gülçin NACAR

Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

MALATYA

2016

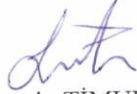
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Gülçin NACAR**'ın "**Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 11/01/2016



Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi
Jüri Başkanı



Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye



Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLOLAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Uyku.....	3
2.1.1. Uykunun İşlevi.....	5
2.1.2. Uyku Kalitesini ve Uyku Süresini Etkileyen Faktörler.....	6
2.1.3. Uyku Bozuklukları.....	8
2.2. Gebelikte Uyku.....	8
2.3. Depresyon.....	10
2.4. Gebelikte Depresif Semptomlar.....	11
2.5. Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar.....	13
2.6. Gebelikteki Uyku Semptomları ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	15
2.7. Gebelikte Depresif Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	18
3. MATERYAL VE METOT.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	19
3.4. Verilerin Toplanması.....	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu.....	20
3.5.2. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği.....	20
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	21
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
4. BULGULAR.....	23

5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR.....	39
EKLER.....	45
EK-1. Özgeçmiş.....	45
EK-2. Katılımcı Tanıtım Formu.....	47
EK-3. Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği.....	49
EK-4. Beck Depresyon Ölçeği.....	50
EK-5. Malatya Devlet Hastanesinden Alınan İzin Formu.....	53
EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası.....	54

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinin her aşamasında bilimsel deneyim ve desteğini benden esirgemeyen, eősiz önerileri ile bana daima yol gsteren danışmanım Sayın Doç. Dr. Sermin Timur TAŞHAN' a gsterdiği emeklerinden dolayı,

Engin bilgi birikimi ve tecrübelerini esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ' ye,

Araştırma sürecinde karşılaştığım tüm sıkıntılarımı paylaşan, motivasyonu ile her zaman beni cesaretlendiren biricik hayat arkadaşım Gürkan NACAR' a,

Sevgi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Gülçin NACAR

ÖZET

Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma hastane temelli, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerine 1 Aralık 2014-30 Mart 2015 tarihleri arasında başvuran gebelik haftası 28 ve üzerinde olan gebeler oluşturmuştur. Örneklemi ise; araştırmaya alım ölçütlerine uyan, yapılan güç analizine göre 0,05 etki büyüklüğünde ve %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında %98 oranla evreni temsil gücüne sahip 436 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Katılımcı Tanıtım Formu, Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler haftanın Pazartesi, Çarşamba, Cuma günleri MDHBK gebe polikliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistik, ANOVA, bağımsız gruplarda t testi, Post hoc Tukey testi, ki-kare testi ve Cronbach Alfa güvenilirlik analiz testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada gebelerin %36' sında uykusuzluk, %61.9' unda depresif semptomların bulunduğu saptanmıştır. Uykusuzluk problemi olan gebelerde depresif semptomların daha fazla olduğu (%44.4) bulunmuştur ($p<0.001$). Araştırmada gebelerin günlük ortalama uyku süreleri azaldıkça depresif semptom görülme oranının arttığı, ayrıca gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olan ve sabah uykudan dinlenmemiş uyanan gebelerde daha fazla depresif semptom görüldüğü saptanmıştır ($p<0.001$). Ancak gebelerin horlama alışkanlığı, gün içerisinde uyuma durumu ve uykusuzluk için önlem alma durumu ile depresif semptom görülme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Araştırmada gebelerin üçte birinden fazlasında uykusuzluk, yarısından fazlasında depresif semptom bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca uykusuzluk problemi olanlarda depresif semptomların daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Depresif semptomlar, gebelik, uyku özellikleri, Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği

ABSTRACT

Research on the Relationship between the Sleep Features of Pregnant Women and Depressive Symptoms

Aim: The aim of this research is to determine the relationship between the sleep features of pregnant women and depressive symptoms.

Material and Method: The research was planned as a hospital-based descriptive and correlational study. The universe of the research consisted of pregnant women who applied to the Malatya State Hospital Campus Beydağı obstetric polyclinic between 1 December 2014 and 30 March 2015 and whose gestational week was more than 28 weeks. The sampling, on the other hand, consisted of 436 pregnant women complying with the inclusion criteria and having the power to represent the universe by 98% out of 95% confidence interval, determined according to the power analysis, with 0.05 influence quantity and 5% level of significance. The Participant Description Form developed by the researcher by utilizing the literature, Women's Health Initiative Insomnia Scale, and Beck Depression Scale, were used in the data collection. The data were collected by means of face-to-face interviews on Mondays, Wednesdays and Fridays. The data were evaluated using the descriptive statistics, ANOVA, t test in independent groups, Post hoc Tukey test, chi-square test and Cronbach's Alpha reliability analysis test.

Findings: It was determined that 36% of the pregnant women in the research had insomnia symptoms, and 61.9% of them had depressive symptoms. Depressive symptoms were observed more (44.4%) in the pregnant women having insomnia problems ($p < 0.001$). It was observed that the depressive symptom rate increased as the daily average sleep duration of the pregnant women decreased ($p < 0.001$). Furthermore, it was found that the pregnant women whose post-pregnancy sleep was different from their pre-pregnancy sleep, and who woke up as not relaxed had more depressive symptoms ($p < 0.001$). However, no significant relationship was detected between the snoring habits of the pregnant women, their sleeping in the day, and their taking measures for insomnia, and observation of depressive symptoms ($p > 0.05$).

Result: It was determined that more than one-third of the pregnant women had insomnia, and more than half of them had depressive symptoms. Moreover, it was observed that those having an insomnia problem had more depressive symptoms.

Keywords: Depressive symptoms, pregnancy, sleep features, Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale, Beck Depression Inventory

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
BH	:Büyüme Hormonu
KSIÜÖ	:Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği
MDHBK	:Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü
NREM	:Non-Rapid Eye Movement
REM	:Rapid Eye Movement
SSS	:Santral Sinir Sistemi
TSH	:Trodi Stimüle Eden Hormon

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1: Normal Uyku Evreleri.....	3
Şekil 2.2: Yaşa Göre Uyku ve Uyanıklık	6
Şekil 2.3: Gebelik Depresyonunun Anne ve Bebeğe Etkileri	13

TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 4.1:	Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4.2:	Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4.3:	Gebelerin Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.4:	Gebelerin KSİUÖ' ne Göre Uykusuzluk Problemi Yaşama Durumunun Dağılımı.....	25
Tablo 4.5:	Uykusuzluk Problemi Olan Gebelerin Uykusuzluk Nedenlerine Göre Dağılım.....	25
Tablo 4.6:	Gebelerin Uykusuzluk Problemi İçin Önlem Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.7:	Gebelerin Uykusuzluk İçin Aldıkları Önlemlerin Dağılımı.....	26
Tablo 4.8:	Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı.....	27
Tablo 4.9:	Gebelerin Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.10:	Gebelerin Günlük Uyku Süreleri ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.11:	Gebelerin Gebelikten Önceki Uyku ile Şimdiki Uyku Arasında Farklılık Olma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.12:	Gebelerin Horlama Alışkanlığı ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.13:	Gebelerin Gün İçerisinde Uyuma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.14:	Gebelerin Sabah Uykudan Dinlenmiş Uyanma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.15:	Gebelerin Uykusuzluk İçin Önlem Alma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	30

1. GİRİŞ

İnsan yaşamının üçte birini oluşturan uyku, sağlıklı bir yaşam için beslenme ve egzersiz kadar önemlidir. Bu nedenle uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır. Uyku değişik uyarılarla geri döndürülebilen bilinçsizlik hali olup, doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için vücudu restore etmektedir (1, 2). Uykuyu etkileyen faktörlerin başında yaşamsal dönemler gelmektedir (3). Kadınlar için gebelik en önemli yaşamsal dönemlerden biridir. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir (4). Gebeler için uyku yalnızca fiziksel ve mental zindeliğin değil, fetal-plasental büyümenin ve sağlığın da temelidir (5). Fakat uyku bozuklukları gebelikte karşılaşılan genel bir sağlık problemdir (6). Amerika Ulusal Uyku Derneğinin (National Sleep Foundation) verilerine göre gebelerin %79' u uyku problemi yaşamaktadır. Uyku problemi birinci trimestirde %13-80 iken üçüncü trimestirde %66-97'a çıkmaktadır (7). Ülkemizde yapılan çalışmalar ise gebelerin %39-86' sının uyku problemi yaşadığını göstermiştir (8-10).

Literatürde gebelikte meydana gelen bulantı-kusma, bel ağrısı, bacak krampları, fetal hareketler ve sık idrara çıkma gibi fiziksel değişiklikler ile depresyon, sosyal destek yetersizliği, aşırı stres, fetal iyilik ve doğum ağrılarına ilişkin anksiyete gibi psikolojik değişikliklerin uyku bozukluklarının temel nedenlerinden olduğu belirtilmektedir (6, 11-13).

Gebeliğin mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık terkedilmiştir. Anne adayı yaşadığı yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stres etkenleri ile etkili bir şekilde baş edemezse gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir (4). Gebelik depresyonu, hem annenin hem de çocuğun sağlığını etkileyen ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur (14). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon sıklığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Avustralya'da %16, Tayvan'da %23.6, Norveç'de %14.6 olarak bulunmuştur (13, 15, 16). Ülkemizde gebelerde depresif semptom görülme sıklığı %25-55 arasında değişmektedir (17-19).

Farklı kùltùrlerde yapılan çalışmalarda uyku bozuklukları ile depresif semptomlar arasında ilişki olduğu gùsterilmiřtir (13, 20-22). Ayrıca literatürde kötü uyku kalitesinin postpartum depresyon riskini artırdığı da gùsterilmektedir (23-25). Ancak ùlkemizde gebelik dùnemindeki uyku problemleri ve depresyona ilişkin ayrı ayrı çalışmalar bulunmasına rağmen gebelerde uyku bozukluklarının depresif semptomlar ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmanın amacı, gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

1.1. Araştırmanın Amacı

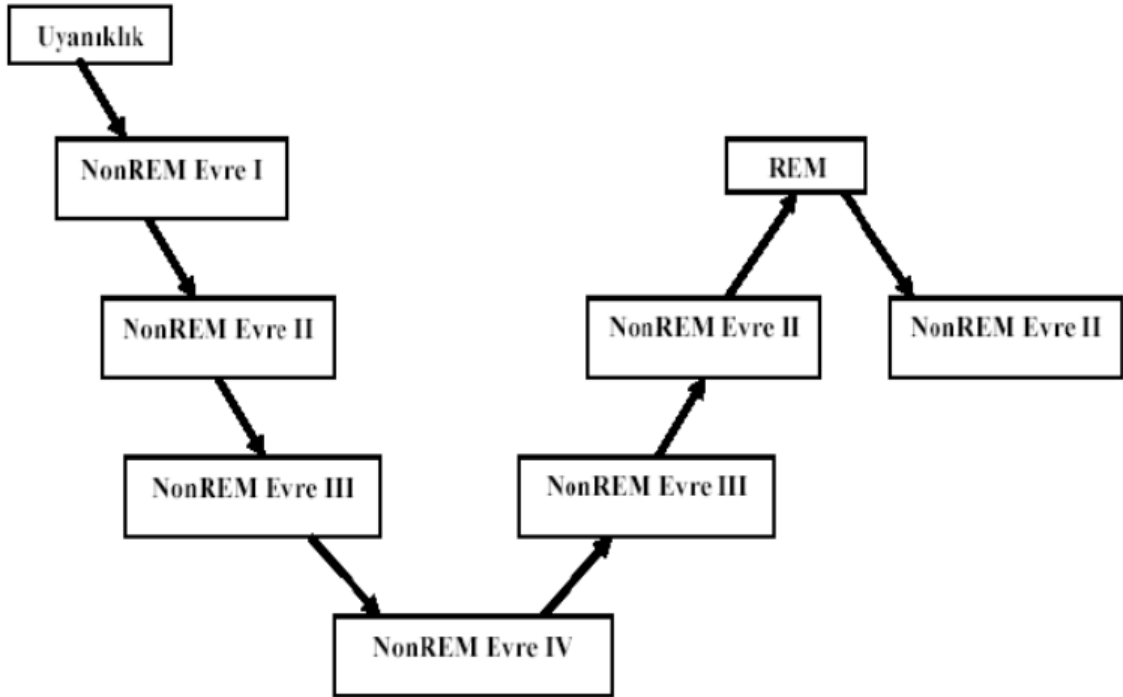
Araştırmanın amacı, gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku

Uyku; sinir sisteminin dinlendiği, bağışıklık sisteminin aktif olduğu, insanın düşünce karmaşasından arındığı ve dinlenmeye geçtiği zaman dilimidir. Tüm canlılar işlevselliklerini sürdürebilmek için uykuya ihtiyaç duyarlar. Hayati bir fonksiyon olan uyku insan yaşamının üçte birini oluşturmaktadır (1).

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar uyku pasif bir dönem olarak tanımlanmıştır. Uyanıklık, santral sinir sisteminin (SSS) aktif olarak uyarılmışlığı ile ilişkilendirilirken, uyku ise uyanıklığın ortadan kalkmasıyla oluşan pasif bir dönem olarak kabul edilmiştir. Uygunun uyanıklıktan bağımsız, SSS' de ortaya çıkan bir dizi değişme ile oluşan, kendi içinde sınırları kesin olarak tanımlanabilen beş dönemden oluştuğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu dönemler biri REM (Rapid Eye Movement), diğer dört dönem de NREM (Non-Rapid Eye Movement) uyku içinde bulunan 1, 2, 3 ve 4. dönemlerdir (1, 26, 27).



Şekil 2.1: Normal Uyku Evreleri (Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of Nursing, The Art & Science of Nursing Care*, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 1017).

REM uykusunda; vücut gevşer, hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir. Kişinin REM uykusu sırasında uyandırılması kolaydır (28).

NREM 1.evrede; beden ısısı düşmeye başlar, kaslar gevşer ve gözler bir yandan diğer yana yavaşça hareket eder. 1. Evrededekiler etrafında olanlara ilişkin farkındalıklarını kaybeder, fakat kolaylıkla tekrar uyanıklık haline dönebilir (27, 28).

NREM 2. evre; esas uykunun birinci evresidir. İlk meydana geldiğinde uykunun diğer evrelerine geçmeden önce on ile yirmi beş dakika sürer. Gözler genellikle hareketsizdir, kalp ve solunum hızı yavaşlar, beynin elektriksel aktivitesi düzensizleşir (27, 28).

3. ve 4. Evreler birlikte derin uyku ya da yavaş-dalga uykusu olarak bilinir. Derin uyku sırasında insanın uyandırılabilmesi için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemin bir temel özelliği de hipofiz bezinin doku büyümesi ve kas tamirini başlatan büyüme hormonu (BH) salgılanmasındaki artıştır. BH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma meydana gelmektedir. Bu nedenle, bu döneme anabolik dönem adı verilmektedir. Tüm bu değişimler, bedensel dinlenme ve yenilenmeye aracılık etmektedir (27, 29).

Normal sağlıklı bir bireyin gecelik uykusu boyunca bu fazlar 4-6 kez ardı sıra tekrar eder. Kişi uykuya ilk daldığında NREM uykusunun ilk üç fazı geçilerek REM uykusuna başlanır. İlk NREM uykusu 70-100 dakika sürer ve bunun büyük bölümü evre 3'te geçer. Gece boyunca REM uykusunun süresi giderek uzar ve evre 3 denilen yavaş dalga uykusu (derin uyku) kısalır. Sabaha karşı uyku, ağırlıklı olarak REM ve evre 2 NREM' den oluşur (28).

24 saatlik olan gece gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturur. Biyolojik saat insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına başka bir dönemde ise uyanmasına neden olur. Uyku, sirkadiyen ritimle ilgili ve uyumludur. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur (2).

Uyku uzmanları yetişkin birçok bireyin en iyi seviyede işlev gösterebilmesi için ortalama 7-8 saat uykuya ihtiyacı olduğunu belirtmektedir (1, 30). Ancak uyku gereksinimi bireysel farklılıklar göstermektedir. Günde 3-4 saat uyku ile yetinen ve sağlıklı yaşayan kişiler olduğu gibi 8-9 saatlik uykunun yetmediği kişiler de vardır. Uyku gereksinimi yaş ile değişiklik göstermektedir (1, 31). Fiziksel çalışma, egzersiz, hastalık, gebelik, stres ve mental aktivitenin artmasıyla ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma olmaktadır (2, 31).

Genel olarak yataktan kolayca kalkabiliyor, gündüz uykulu hissetmiyor, konsantrasyon problemi yaşamıyor ve iyi bir ruh hali içinde oluyorsa kişinin uyku süresi yeterlidir denebilir (27).

2.1.1. Uykunun İşlevi

Uykuda fizyolojik düzenleme, homeostazis bağlanımda ele alınmaktadır. Total uyku yoksunluğu, fizyolojik ve bilişsel düzenlemenin bozulmasına neden olabilmektedir. Delta uykusu yeterince uyunmadığında insanlar dinlenemediklerinden, sabah yorgun kalktıklarından, yeni bir güne hazır olamadıklarından yakınmaktadır. REM uykusundan yoksunluk da bellek ve duygu alanlarında bozulmalara yol açmaktadır (26, 32).

Uykuda vejetatif işlevler yavaşlamakta, bedensel dinlenme ve regülasyon sağlanmaktadır. Kalp ritmi yavaşlamakta, solunum sayısı azalmakta, beden ısısı düşmekte ve enerji kullanımı minimize edilmektedir (26, 32).

Delta uykusunda salgılanan büyüme hormonuna paralel olarak ptein sentezi artmaktadır. Bu nedenden dolayı anabolik dönem olarak adlandırılan bu dönem, bedensel dinlenmeye ve yenilenmeye aracılık etmektedir. Yaşamın her döneminde önemli olmakla birlikte büyüme ve gelişmenin son derece önemli olduğu bebeklik ve çocukluk dönemlerinde uyku düzenine daha fazla özen gösterilmelidir (26, 32).

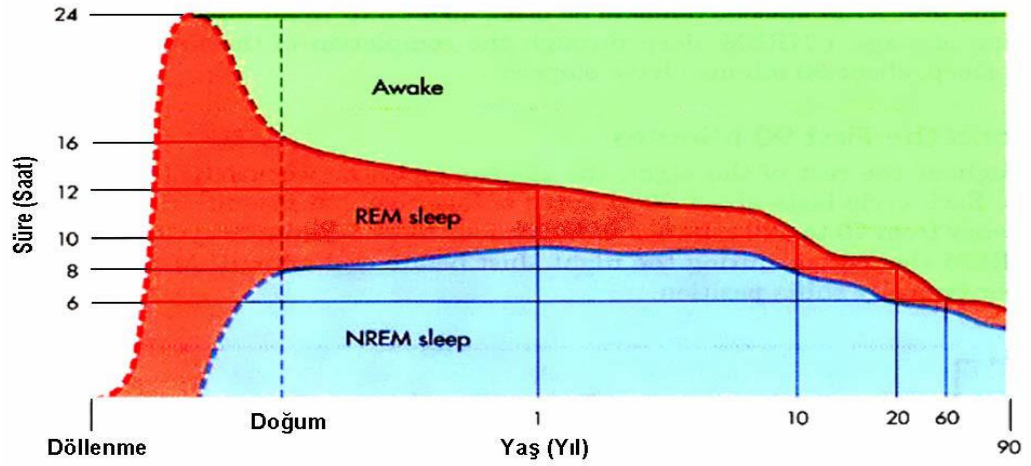
Uykuda kan şekeri düzenli olarak düşmekte, belirli bir noktaya kadar düştükten sonra düzenleme işlemi başlamaktadır. Bu açıdan insülin salgılanması da kan şekeri düzeyine göre düzenlenmektedir. Uyku, immün sisteme de etki etmektedir. 48 saatlik uyku yoksunluğunda NK hücrelerinde azalma meydana gelmektedir (26, 32).

REM yoğunluğu (birim zamanda hızlı göz hareketlerinin sayısı) incelendiğinde, bilişsel işlevlerdeki artışın yüksek yoğunluklu REM döneminde olduğu ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalar, uykunun özellikle sabaha doğru olan ikinci dönemi (REM uykusunun yoğun olduğu uyku bölümü) engellenirse bellek işlevlerinde bozulma olduğunu göstermiştir (26, 32).

2.1.2. Uyku Kalitesini ve Uyku Süresini Etkileyen Faktörler

Birçok fiziksel, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini bozar. Genellikle tek bir faktör değil, birçok faktörün bileşimi uyku sorunlarına neden olur (31).

- Yaş: Genel olarak yaş ilerledikçe REM uykusu oranı ve toplam uyku saati azalmaktadır. Uyku gereksinimi küçük çocuklarda günde 10-12 saat, 10 yaşında 9-10 saat, adölesanda 7.5 saat, sağlıklı bir erişkinde 6-9 saat, yaşlı bireylerde 6.5 saat kadardır (26). Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte meydana gelen fiziksel ve mental sorunlar ile bunların tedavisinde kullanılan ilaçlar uyku kalitesini düşürmektedir (31).



Şekil 2.2: Yaşa Göre Uyku Ve Uyanıklık (Aydın H. *Uyku ve Bozuklukları*, 2.Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2008: 22.)

- Cinsiyet: Uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriterdir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden 4 kat daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığı saptanmıştır (2, 31).

- Irk: Araştırmalar siyah ırkın beyaz ırktan daha fazla uykusuzluk sorunu yaşadığını göstermiştir.
- Medeni Durum: Yapılan araştırmalar boşanmış/dul bireylerin evli veya bekar olanlara göre daha fazla uykusuzluk problemi yaşadığını göstermiştir.
- Gelir: Düşük gelirliler işsizlik, geçim sıkıntısı gibi stres oluşturan sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durum onların daha fazla uykusuzluk problemi yaşamalarına neden olabilmektedir (31).
- Fiziksel Etkinlik: Bireyin yorulmasına ve daha kolay uykuya dalmasına neden olur. Aşırı yorgunluk durumlarında REM uykusunun ilk evresi kısılırken dinlendike REM evreleri uzamaya başlar. Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken, kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirir (2, 31).
- Yaşam Dönemleri: Menstrüasyon, gebelik, menopoz meydana gelen hormonal değişimler nedeniyle uyku problemlerinin yaşandığı dönemlerdir (27, 31).
- Beslenme: Belli besin ve içeceklerin alınmasının uykuyu etkilediği bilinmektedir. Kahve, ay, kola gibi kafein içeren içeceklerin alınması uyumayı zorlaştırır. Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Karbonhidratlar da seratonin düzeyini etkileyerek rahatlık ve sakinlik hissi sağlar (2).
- Yaşam Biçimi: Iř yaşantısı ve aile yaşantısına bağlı nedenler kişinin uykusunu etkileyebilir. Bireylerin alışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur (2, 31).
- Alkol ve Madde Bağımlılığı: Yapılan alışmalar alkoliklerin % 16' sının uykusuzluk problemi olduğunu göstermiştir. Ayrıca sigara içmek uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır (31).
- İlaç Kullanımı: Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler. Sedatif kullanan bireylerde, iş gücü kaybı ve uyuşukluk hissi görülür. Hipnotikler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa yol açabilir. Diüretikler, diğoksin ve beta blokerler bireyin sık sık uyanmasına neden olabilir.
- Emosyonel durum: znt, stres, anksiyete, depresyon gibi emosyonel sorunlar uyku düzenini bozmaktadır (2, 31).
- evre: Isı, ışık, gürültü, yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak uyku kalitesini etkileyen etkenlerdir (2).

2.1.3. Uyku Bozuklukları

Uyku bozukluklarının sonuçları hem kısa vadede (kaza riskinin artması) hem de uzun vadede (hastalık riskinin artması) ciddi ve hatta potansiyel olarak yaşamı tehdit edici boyuttadır. Bu nedenle yeterli ve kaliteli uyku sağlığı korumak için elzemdir. Uyku düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve diş hijyeni gibi yaşamın temel unsurlarındandır (27).

Yapılan çalışmalar insanların %50' sinin yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çektiğini göstermiştir. Ülkemizde insanların %22' si uyku bozuklukları yaşamaktadır. Bu uyku bozukluklarının %50' sini uykuya dalma güçlüğü, %44' ünü uykuyu sürdürme güçlüğü, %6' sını ise hiç uyuyamama şikayeti oluşturmaktadır (1).

Uyku yoksunluğu yaşayanlarda asabiyet, uykulu olma hali artmakta, özellikle karmaşık işlerde iş performansı etkilenmektedir. Ayrıca baş ağrısı, mide problemleri ve eklem ağrıları ortaya çıkabilmektedir. Uyku yoksunluğunun uzun vadede devam etmesi sağlık problemleri ortaya çıkarmakta ve ömür süresini kısaltmaktadır. Yapılan bir araştırma geceleri ortalama beş saat uyuyan kadınların sekiz saat uyuyan kadınlara göre kalp hastalığına yakalanma olasılığının %39 daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Başka bir çalışmada birkaç gece boyunca uykuyu dört saatle sınırlandırmanın, metabolizmada normal yaşlanma sürecinde ortaya çıkan değişikliklere benzer değişikliklere neden olduğu bulunmuştur. Ayrıca uykusuzluk diyabet, obezite riskini de artırmaktadır. Yeterli uyku uyuma ile bellek ve yaratıcılığın gelişmesi arasında bağlantı bulunmaktadır. İyi uyumayanların kariyerleri boyunca daha az terfi ettiği ve az maaş aldığı, daha fazla iş kazası geçirdiği saptanmıştır (27).

2.2. Gebelikte Uyku

Gebelik dönemi bir dizi hormonal, fiziksel ve psikolojik değişikliklerle karakterize gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Gebelikte meydana gelen psikolojik ve fiziksel faktörler uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (5). Gebelerin %79' undan fazlası uyku bozukluklarının bir ya da birkaç formunu deneyimlemektedir (22). Uyku örüntüsündeki değişiklikler gebelik ilerledikçe artmaktadır. Bu değişiklikler birinci trimesterde %13 ile %80 arasında iken, üçüncü trimesterde bu oran %66-97' e yükselmekte (33) ve uyku kalitesi düşmektedir (10, 34).

Gebeliğin ilk trimesterinde bulantı, kusma, sırt ağrısı, artmış idrara çıkma gereksinimi ve göğüslerde gerginlik nedeniyle uyku bölünmesi görülmektedir. Gestasyonun 10. haftasından itibaren progesteronun uyku verici ve sedatize edici etkileri nedeniyle uyku değişmeye başlar. Ayrıca progesteronun termojenik etkisi ile vücut ısısı artar ve üriner düz kaslar üzerine inhibitör etkileri nedeniyle idrar sıklığı artar (35).

İkinci trimesterde ise gece uykularının düzeldiği belirtilmektedir. Hem subjektif hem de objektif uyku parametreleri bu trimesterde daha iyidir ancak %30 olguda hamilelik öncesinde olmayan bir horlama başlar (35). Büyüyen ve genişleyen uterusun baskısı sebebiyle diyafragma seviyesi 4 cm yükselir ve akciğer volümlerinde ve fonksiyonel rezidüel kapasitede azalmaya yol açar (5). Orofarenks boyutu ilerleyen gebelik haftalarında daralmakta, artmış kan akımına bağlı olarak nazal konjesyon ve hiperventilasyon karşımıza çıkmaktadır. Nazal konjesyon üst hava yolu direncinin artmasına, horlamaya ve uyku sırasında obstrüksiyona neden olmaktadır. Östrojen ve progesteronun artması ile beraber horlama sıklığı üçüncü trimestere doğru artmaktadır. Ayrıca kilo alma ve abdominal kitlede de üst solunum yolu obstrüksiyonuna neden olmaktadır (35).

İlk iki trimestere göre üçüncü trimesterde uyku kalitesi daha kötüdür. Üçüncü trimesterde, sık idrara çıkma, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacak krampları nedeniyle uyku bölünmektedir. Birçok gebe son trimesterde uyku latensinde uzama, total uyku süresinde azalma, uykudan daha sık uyanma ve gündüz uykululukta artıştan şikayet etmektedir (35, 36).

Ayağın uzun süre ekstansiyonda kalması, yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik, büyüyen uterusun bacakları inerve eden pelvik sinirler üzerine ya da pelvik damarlar üzerine baskısının artması nedeniyle dolaşımın bozulması ve yorgunluk gebelikte bacak kramplarının oluşmasına neden olmaktadır. Genellikle gece yaşanan bu rahatsızlık uykunun bölünmesine neden olmaktadır (5).

Gebelikte; büyüyen uterusun midenin yer değiştirmesine neden olması, artan progesteron düzeyinin gastrointestinal sistemde peristaltik hareketleri yavaşlatması, kardiyak sfinkterin relaksasyonu ve psikolojik faktörler sebebiyle mide yanması şikayeti ortaya çıkmaktadır (5). Uzanmak mide yanmasını daha da artırır ve gece boyu uyanmaya neden olur (27).

Gebelerin fetüs ve kendileriyle ilgili korku ve endişeleri de uyku düzeninde bozukluğa ve yorgunluğa neden olabilmektedir (37).

Gebelikte, REM uykusu değişmeyebilir ya da birinci trimesterden üçüncü trimestere doğru ilerledikçe hafif azalır. Çoğu çalışma, hamilelik boyunca yavaş dalga uykusunun azaldığını göstermektedir (35).

Uyku bozuklukları kısa ya da uzun vadede anne ve bebek sağlığı için risk oluşturabilir. Yapılan çalışmalar uyku bozukluklarının gündüz işlev bozukluğu, yorgunluk, yaşam kalitesinin düşmesi, kazalar, intrauterin gelişme geriliği, preterm eylem, uzamış doğum eylemi, düşük doğum ağırlıklı bebek, sezaryen doğum oranında artış, gebelik döneminde ve sonrasında depresyon, gestasyonel diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, preeklamsi ve eklamsi, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma ile ilişkili olduğunu göstermiştir (22, 30, 33, 38-40).

2.3. Depresyon

Depresyon, tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olup, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesinin düşmesine ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır (14, 41-43). Depresyon; derin üzüntü veren bir duygu durumu içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirti gösteren bir sendromdur. Depresif duygu durumunun hakim olduğu süreç içerisinde yaşamın fonksiyonelliği de kaybedilebilmektedir. Depresif bozukluklar duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, zevk alamama, isteksizlik, yaşam enerjisinin azalması, davranışlarda yavaşlama, dikkatte bozulma, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşüncesi, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ve yorgunluk hissi ile kendini gösterir (41-44).

Depresyon dünyada ve ülkemizde ciddi sağlık problemlerine neden olan, yaygın görülen bir hastalıktır. Her beş kişiden biri, yaşamlarının bir döneminde depresyon geçirmektedir. Toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülmektedir. Kadınlar depresyona erkeklerden iki kat daha fazla yakalanmakta ya da depresyon için yardım istemektedir (43, 44).

Depresyon, birincil bir duygu durum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir. Depresyon kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (14, 41).

2.4. Gebelikte Depresif Semptomlar

Gebelik, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuların ön plana çıktığı gelişimsel bir dönemdir (45).

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci bulunmaktadır. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Fetüse psikolojik bağlanma, uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Annelerin çoğu, doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetüsle emosyonel konuşma, erken anne-bebek bağlanmasını sağladığı gibi, annenin sigara içmeme ve kafeini bırakma gibi gebenin sağlığını geliştirici davranışları edinmesini de sağlar. İkinci trimesterde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (5, 36, 45).

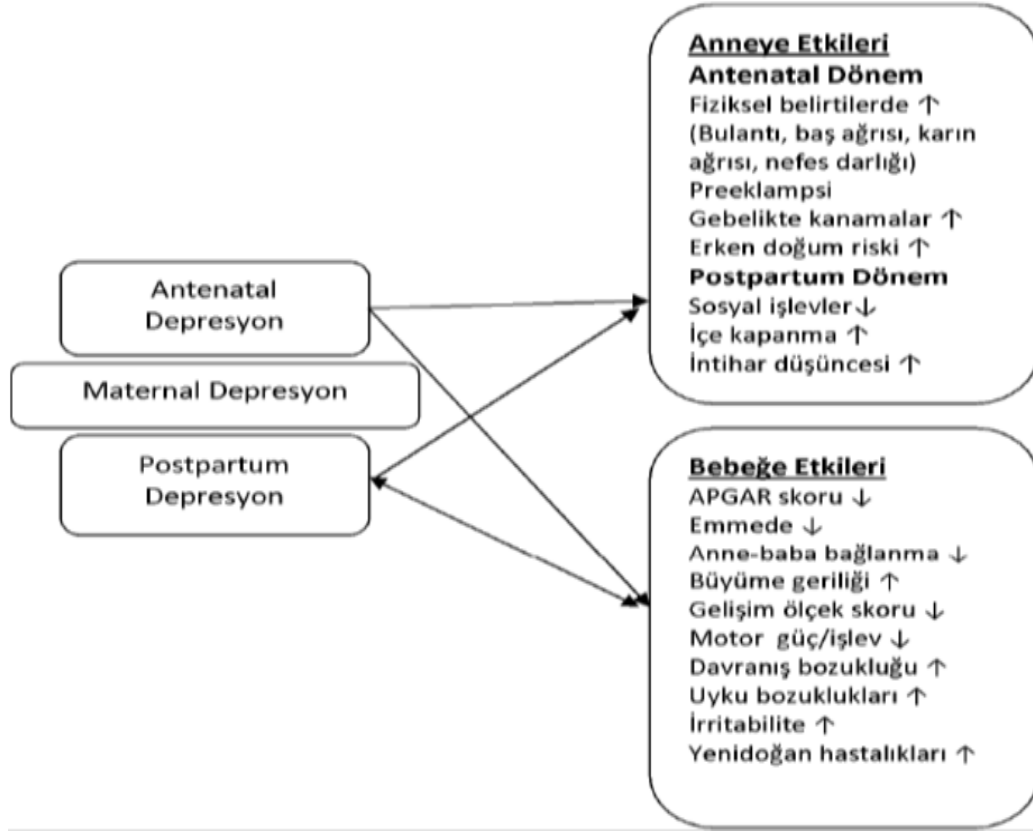
Anne adayları, hamileliğin ilk dönemlerinde, mide bulantısı, memelerde gerginlik gibi gebeliğin ilk belirtileri tarafından tetiklenebilen duygusal değişkenlikler yaşayabilmektedir. Zaman içerisinde bedendeki fizyolojik değişiklikler, cinsel ilgideki değişiklikler ve doğumla ilgili anksiyete, duygu durum değişikliğine neden olabilmektedir. Hamileliğin son dönemlerinde doğum ve bebek bakımı hazırlıkları içerisindeki anne adayında sosyal içe çekilme, yüksek anksiyete gözlenebilmektedir. Anne adayı yaşadığı yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stres etkenleri ile etkili bir şekilde baş edemezse gebelik, doğum ve ebeveyn olma dönemleri anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz olabilmektedir (4, 17).

Yapılan çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (14). Araştırmalar ülkemizde antenatal depresyonun sıklığının %25-54 arasında değiştiğini göstermiştir (17, 19, 46).

Kadınlarda kürtaj olma, düşük yapma, ölü doğum öyküsü, yetersiz sosyal destek, istenmeyen gebelik halleri, uyumsuz evlilik, ailede depresyon öyküsü, doğacak çocuk hakkındaki endişe, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı (alkol ve sigara dahil), hamilelik öncesinde iki ya da daha fazla kronik hastalık öyküsünün bulunması gibi durumlarda depresyon görülme sıklığı artmaktadır (4, 47).

Gebelikte beslenmenin de depresyon üzerinde etkisi bulunmaktadır. Gebelikte B6 ve B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementlerin yeterince alınması halinde serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaratarak depresyonun önlenmesine yardımcı olur. Gebelik depresyonunu etkileyebileceği düşünülen bir diğer element ise omega-3'tür. Kanıta dayalı çalışmalar, vücutta omega-3 yağ asiti düzeyinin düşüklüğünün gebelik boyunca ve doğumdan sonraki süreçte ortaya çıkan depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir (14).

Gebelikte yaşanan depresyon, annenin öz bakımını azaltarak fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemekte, gebelik komplikasyonlarını arttırmakta, hem de fetüsün sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, madde kullanma (sigara, alkol, ilaç), düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma gebelik depresyonuyla ilişkili en çok görülen komplikasyonlardır (4, 14, 19, 33, 47-49) Ayrıca depresyonu olan gebelerin %15' i intihar girişiminde bulunma riskine sahipken, postpartum depresif atak geçirme riskleri de 6.5 kat artmaktadır (14, 47).



Şekil 2.3: Gebelik Depresyonunun Anne ve Bebeğe Etkileri (Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 142-162.)

Majör depresyonda karşılaşılan uyku ve iştah bozukluğu, kilo artışı, sinirlilik, enerji ve istek kaybı gibi pek çok klinik belirti ve bulguya gebelik döneminde de rastlanmaktadır. Bu benzer semptomlar nedeni ile depresyon tanısı gebelikte atlanabilmektedir (4).

2.5. Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar

Uykusuzluk karşımıza bir hastalık olarak birincil çıkabildiği gibi bir hastalığın semptomu olarak ikincil de çıkabilmektedir. Hastalıklarla birlikte oluşunda, doğrudan hastalığın bir belirtisi, eşlik eden bir dizi değişimin uzantısı, tedavinin sonucunda gelişebilen bir sorun olabileceği bilinmektedir. Temel sorun uykusuzluk olduğunda ise, biyopsiko bozukluklar için tetikleyici olabilmektedir (50).

Psikiyatrik bozukluklarda uyku sürekliliğinde bozulma yaygın bir sorundur. Uyku sırasında hareketlerin ve uyanmaların artmasında, psikolojik sorunların katkısı

vardır (50). Depresyon, mani gibi duygulanım bozuklukları hastalarında, şizofreni ya da diğer psikotik durumlarda, anksiyete bozuklukları grubunda bulunan yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu hastalarında veya alkol ve madde bağımlılarında uykusuzluk yakınmaları sıklıkla klinik tablonun önemli bir bileşeni; bazen de hastayı doğrudan hekime getiren en önemli yakınmadır. Bu nedenle uykusuzluk ile başvuran hastalarda diğer psikiyatrik belirtilerin de bulunup bulunmadığının araştırılması, değerlendirme sürecinin önemli bir bileşenidir. (51).

Uykusuzlukla psikiyatrik bozukluk ilişkisinin en yoğun olduğu tablo depresyondur. Uzun süreli bir sorun olan birincil uykusuzluk, gündelik yaşama yansıyan psikolojik sorunlardan tedavi gerektirecek boyutta psikiyatrik bozukluklara kadar değişen tablolara yol açabilmektedir. Uykunun, bu alanları düzenleyici işlevinden yola çıkarak, gelişen psikolojik değişimler ve psikiyatrik bozukluklar açıklanabilmektedir. REM uykusunun yeterli olmayışıyla ilişkili olarak, psikolojik işlevlerin yenilenmemesi sonucunda oluşabilecek duygu ve düşünce süreçlerindeki belirgin değişimler bir psikiyatrik bozukluk gibi de kendini gösterebilmektedir. Uykusuzluk ve depresyon toplum içindeki yaygınlığı açısından büyük ölçüde benzemektedir. Bu nedenle, birlikte görülmeleri olağan bir durum olarak kabul edilebilir. Uykusuzluk, bir yanıyla, depresyon belirtilerine yol açarken depresyonda da yaygın şekilde uykusuzluk görülmektedir. Yine de temel bir psikiyatrik bozukluk olarak depresyon, kendi içinde bütünlük taşısa da hastaların yakınmaları ve hastalığın belirtileri, birincil uykusuzluk sorunu olanların yakınmalarıyla büyük ölçüde benzemektedir. Depresyonla uykusuzluk birlikteliğinin üzerinde durulmasının bir yönü de, iki tablonun da alevlenme ve yatışma dönemleri göstermesidir. Özellikle ikisinin de alevlenme dönemleri örtüştüğünde, ağır tablolar ortaya çıkmaktadır (50).

Uykusuzluk ve depresyonun çoğunlukla birlikte bulunmasının bir diğer nedeni de her iki durumun etyolojisinde benzer faktörlerin rol oynaması olabilir. Örneğin gebelikte beslenme durumu hem uyku problemleri hem de depresif semptomlar açısından risk faktörüdür. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (14).

Gebelikte hormonal değişiklikler de uyku problemleri ve depresif semptomlarla ilişkili olabilmektedir. Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, trodi stimüle eden

hormon (TSH) düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (14). Büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, kortizol, tiroid-stimulan hormon ve plasental hormonlar (progesteron, estriol) gibi hormonlar gebeliğin seyrini ve uyku yapısını etkilemektedir. Östrojen REM uykusunu azaltır, progesteron, sedatizan etkiye sahiptir ve NREM uykuyu arttırır (35).

2.6. Gebelikteki Uyku Semptomları ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler, bireylere bütüncül bir yaklaşım sergileyerek, onları etkileyen her türlü problemi önceden tanımalı ve bunlara uygun müdahalelerde bulunmalıdır (2). Beslenme ve boşaltım gibi temel insan gereksinimlerinden olan uyku, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin sürdürülebilmesi için gereklidir. Hemşire kuramcılar, uyku gereksinimine temel bakım problemleri arasında yer vermekte ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Uyku gereksinimi, Henderson' a göre 14 temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir. NANDA' nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında uyku, dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanmıştır (52).

Gebelik döneminde uyku problemlerinin giderilmesi için hemşireler;

- ✚ Işık beyindeki biyolojik saate uyanma vaktinin geldiği sinyalinin verir. Dolayısıyla yatak odası ne kadar karanlık olursa uykuya geçiş o kadar kolay olacaktır. Camdan ışık girmemesi için kalın perdeler, perde astarları ya da ışığı önleyici paneller kullanılması önerilebilir. Elektronik aletlerin üzeri örtülebilir, diğer önlemler işe yaramadığında göz maskesi kullanılabilir (27, 53, 54).
- ✚ Gebelikte sık idrara çıkma nedeniyle uykunun bölünmesini önlemek amacıyla sıvı kısıtlamasına gidilemez. Ancak akşam alınan sıvı miktarı azaltılarak gece idrara çıkma sayısı azaltılabilir (5, 27).

- ✚ Gebeye yatmadan önce süt içmesi önerilebilir. Sütün içinde bulunan L-Triptofan doğal bir yatıştırıcıdır ve uyku üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Ayrıca mide yanmaları için de yararlıdır (1, 5).
- ✚ Gebeler sert bir yatak seçmelidir. Hipotansif sendroma neden olacağından sırt üstü yatmaktan kaçınılmalıdır. Gebeler için en uygun uyuma pozisyonu; sol yana yatılmalı, hafif bükülmüş sağ bacak ve sırt yastıkla desteklenmelidir.
- ✚ Gebenin uyanmasına neden olan kas kramplarını önlemek amacıyla; yatmadan önce bacaklar kasıklardan ayaklara kadar titreşim halinde sallanmalı, gün içerisinde alt ekstremiteler sık sık yükseltilmeli, ayak parmakları hareket ettirilerek esnetilmeli, ayaklar fleksiyona getirilmeli, bacakların tam olarak gerilmesinden kaçınılmalı, masaj ve sıcak yağ uygulama yapılmalıdır.
- ✚ Solunum sıkıntısını önlemek amacıyla, omuzların ve başın altına birkaç yastık konulmalıdır (5).
- ✚ Müzik dinlemek, kitap okumak, duş almak, abdominal solunum, hayal kurmak gibi rahatlatıcı aktiviteler önerilmelidir (1, 2, 27, 53, 54).
- ✚ Sağlıklı beslenme alışkanlığı hem gebeliğin devamı hem de uyku düzeni için son derece önemlidir. Lif oranı yüksek, yağ oranı düşük ve sebze, meyve ve tahıl yönünden zengin bir beslenme şekli yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelikte de benimsenmelidir. Böyle bir beslenme şekli kolesterolü, kan basıncını ve kiloyu düşük tutmaya yardım eder, kardiyovasküler problem, diyabet ve kötü uykuya ilişkili diğer ciddi sağlık sorunları riskini azaltır (27).
- ✚ Hemşireler uyku hijyeninin ana ilkeleri hakkında bilgi vermek ve bunları gebelerin uygulamasına yardımcı olmak amacıyla aşağıdaki girişimleri ele almalıdır:
 - Uyku gelmeden önce yatağa yatılmamalıdır.
 - Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, yatakta kitap okumak veya televizyon seyretmek gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır.
 - Yattıktan sonra 20-30 dakika içinde uykuya dalınmazsa yataktan kalkılmalıdır. Bu, uyuyamamanın yaratacağı gerginliği ve uykunun tamamen kaçmasını engellemeye yöneliktir. Tekrar yatmak için yine

uykunun gelmesi beklenmeli, yatıldığında kısa sürede uyumak yine mümkün olmazsa bu işlem başarı elde edilinceye kadar tekrarlanmalıdır.

- Gece ne kadar az uyumuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkılmalı, yorgunluk bahane edilerek yatakta kalma süresi uzatılmamalıdır.

- Çok yorgunluk hissedilse bile gündüz kestirmelerinden kesinlikle kaçınılmalıdır. Böylece uykunun geceye yoğunlaştırılması sağlanmaya çalışılır (1, 2, 27, 28, 53, 54).

- Gün içinde, yine akşam saatlerine yakın olmamak kaydıyla mümkün olduğunca egzersiz veya yürüyüş yapılmalıdır. Boyun kaslarını gevşetici, omuz egzersizleri, kol egzersizleri gibi egzersizler uyku güçlüğü azaltabilir. Yatmadan sırta masaj yapmak da uykuya geçişi kolaylaştırabilir (5, 27).

- Gebeliğin son trimesterinde sıkça meydana gelen mide yanması şikayeti nedeniyle akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir. Gebe açken uyumakta güçlük yaşıyorsa, kalori miktarı düşük, hafif, az miktarda atıştırılabilir. Yatak başının yükseltilmesi de mide yanmasını azaltabilir. Alınan önlemlere rağmen problem devam ederse doktor önerisi ile uygun antiasit ilaçlar kullanılabilir (5, 53, 54).

- Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve, sigara gibi uyarıcı maddelerden uzak durulmalıdır.

-Ayrıca yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalıdır (1, 27, 28, 53, 54).

2.7. Gebelikte Depresif Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelik depresyonunun erken dönemde tanınmasında başta hemşire, ebe ve hekim olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir (14). Gebelikte depresyonu önlemede ilk adım riskli grubun belirlenmesidir. Prekonsepsiyonel ve antenatal dönemde tarama programları uygulanabilir (14, 47). Gebelikte depresyon tespiti uygun tarama yöntemleri kullanılarak yapılmalıdır. Bu tanısal tarama için en yaygın kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği ve Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeğidir (14).

Hemşirelere depresif semptomları önlemede önemli görevler düşmektedir. Bu görevler sırasıyla;

- ✚ Gebe ile iletişim içinde olunmalı, anlamaya çalışılmalı, dinlenmeli, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır.
- ✚ Gebeye olumlu düşünme ve sorun çözme yöntemleri öğretilmelidir.
- ✚ Gebenin sosyal destek sistemleri aktifleştirilmelidir (55).
- ✚ Gebenin güneşli havalarda yürüyüş yapması sağlanmalıdır (14, 27).
- ✚ Gebenin sağlıklı ve düzenli beslenmesi sağlanmalıdır.
- ✚ Beslenme, nörotransmitter geçişi için temel elementi sağlayarak hipotalamus-pitüiter-adrenal (HPA) eksenindeki işlevlerin düzenli çalışmasını sağlar. Gebelikte B6 ve B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi vitamin ve elementler yeterince alınması halinde serotonin hormonu üzerinde olumlu etki yaratarak depresyonun önlenmesine yardımcı olur (14).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü (MDHBK) gebe polikliniklerinde 1 Aralık 2014-30 Mart 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe poliklinikleri hafta içi 5 gün, 8-16 saatleri arasında hizmet vermektedir. Bu polikliniklerde günde ortalama 150-200 gebe muayene olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde MDHBK gebe polikliniklerine başvuran gebelik haftası 28 ve üzerinde olan gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizine göre 0,05 etki büyüklüğünde ve %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında %98 oranla evreni temsil gücüne sahip 436 gebe oluşturmuştur.

Araştırmada gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini uyan gebeler, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örnekleme sayısına ulaşıncaya kadar araştırmaya alınmaya devam edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18-35 yaş arasında olma,
- Tekil gebelik olma,
- 28 hafta ve üzerinde gebe olma,
- Gebeliğinde herhangi bir risk faktörü (preeklamsi, gestasyonel diyabet intrauterin gelişme geriliği vb.) taşımama,
- Herhangi bir sistemik (Diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar vb.), şimdi ya da geçmişte psikiyatrik hastalığının (Depresyon vb.) bulunmamasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2) (3, 7, 10, 11, 33, 34), Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ) (Ek-3) (56) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-4) (3, 49) kullanılmıştır. Veriler haftanın Pazartesi, Çarşamba, Cuma günleri MDHBK gebe polikliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Katılımcı Tanıtım Formu”, “Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Formların anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere 10 gebe üzerinde ön uygulama yapılmıştır.

3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen bu form gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek) belirleyen 4, obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, gebelik haftası) belirleyen 2, uyku alışkanlıklarını belirleyen (ortalama uyku süresi, gebelikten önceki uyku ile şimdiki uyku arasındaki fark, uykusuzluk problemine neden olan rahatsızlıklar, horlama alışkanlığı, uykusuzluk için önlem alma durumu ve alınan önlemler) 9 soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği (KSİUÖ)

Levine ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Timur ve şahin (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5 sorudan oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçekteki ilk 4 soru uykusuzluğun başlayışı, uykuyu sürdürememe ve sabahları erken uyanma durumunu belirlemektedir. Son soru ise uyku kalitesiyle ilişkilidir. Her bir soruya verilen yanıt son 4 haftada ve her haftadaki sıklık düşünülerek bireyin deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. KSİUÖ’ de her bir madde 0’den 4’e kadar puanlanmış olup verilen yanıtta göre değerlendirme yapılmaktadır. KSİUÖ’ de ilk 4 soruda 0 puan uykusuzlukla ilişkili hiç sorun yaşanmadığını göstermektedir 4 puan ise uykusuzlukla ilişkili haftada 5 kez ya da daha fazla sorun yaşandığını göstermektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan uykusuzluk belirtilerinin

en büyük derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir. Timur ve Şahin'in (2009) yaptığı çalışmada KSİUÖ Cronbach Alpha değeri 0.85 bulunmuştur (56). Araştırmamızda da ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.64 bulunmuştur.

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. BDÖ hastalıkların etyolojisini değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ilişkin bulguları derecelendirerek depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. BDÖ formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresif semptomların düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere, BDÖ'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tegin ve Hisli tarafından yapılmıştır. Tegin 40 üniversite öğrencisi ve 30 depresif hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinin Türk diline uygunluğunu ve her iki grup için ölçeğin güvenilirliğini belirlemiştir. Güvenirlik katsayısı test tekrar test yöntemiyle öğrenciler için .65 bulunmuştur. İki-yarım yöntemiyle güvenilirlik katsayısı, öğrenciler için .78, depresif hastalar için ise .61 olduğunu saptamıştır. BDÖ'nin Türkçe versiyonu geliştirilirken kesme puanları incelenmiş, 17 ve üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (3, 49). Araştırmamızda da ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.78 bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: KSİUÖ ve BDÖ ölçeğinden elde edilen puanlar.

Bağımsız Değişken: Sosyodemografik, doğurganlık ve uyku özellikleri.

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, ANOVA, bağımsız gruplarda t testi, Post hoc Tukey testi, ki-

kare testi ve Cronbach Alfa güvenirlik analiz testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Malatya Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklemin sadece Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerine gelen gebelerden oluşması ve gebelerin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik verilerinin dağılımı tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş*		
18-26	195	44.7
27-35	241	55.3
Meslek		
Ev hanımı/Çalışmıyor	347	88.8
Çalışıyor	49	11.2
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	19	4.4
Okur-yazar/ ilkokul	161	36.9
Ortaokul	103	23.6
Lise	104	23.9
Üniversite	49	11.2
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	258	59.2
Gelir giderini karşılıyor/fazla	178	40.8
Toplam	436	100.0

* Yaş Ortalaması: 27.7±5.0 (Min:18, Max:35)

Araştırmada gebelerin yaş ortalamasının 27.7±5.0, %55.3’ unun 27-35 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Gebelerin %88.8’ inin ev hanımı/çalışmıyor olduğu, %36.9’ unun eğitim düzeyinin okur-yazar ya da ilkokul olduğu görülmüştür. Araştırmada gebelerin %59.2’ sinin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik Sayısı			
1	134	30.7	
2-3	229	52.6	2.3±1.3
≥4	73	16.7	
Gebelik Haftası			
28-32	38	8.7	
33-37	235	53.9	36.4±2.6
≥38	163	37.4	
Toplam	436	100.0	

Gebelerin doğurganlık özelliklerinin dağılımı tablo 4.2’ de gösterilmektedir. Gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 2.3 ± 1.3 olup, %30.7’ sinin ilk gebeliği, %52.6’ inin iki ya da üçüncü gebeliği olduğu saptanmıştır. Gebelerin ortalama gebelik haftası 36.4 ± 2.6 ’ dur. Araştırmada gebelerin gebelik haftasının % 53.9 ile en fazla 33-37. haftalar arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Gebelerin Uyku Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Uyku Alışkanlığı	Sayı	%
*Uyku süresi/günde		
<7	250	57.3
7-8	108	24.8
>8	78	17.9
Geçmişteki uyku ile şimdiki uyku arasındaki fark		
Olan	378	86.7
Olmayan	58	13.3
Uyku Alışkanlığındaki Değişiklik (s:380)		
Geçmişte fazla-şimdi az	351	80.5
Geçmişte az-şimdi fazla	29	6.7
Horlama		
Var	77	17.7
Yok	359	82.3
Gün içerisinde uyuma		
Uyuyan	112	25.7
Uyumayan	324	74.3
Sabah uykudan dinlenmiş uyanma		
Evet	168	38.5
Hayır	268	61.5
Toplam	436	100.0

*Ortalama uyku süresi: 6.4 ± 2.4

Gebelerin uyku alışkanlıklarına ilişkin dağılımları tablo 4.3’ de yer almaktadır. Araştırmada gebelerin günlük ortalama uyku süresi 6.4 ± 2.4 olarak saptanırken, %57.3’ ünün günde 7 saatten daha az uyuduğu saptanmıştır. Gebelerin %86.7 gibi büyük bir kısmı gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olduğunu belirtmiştir. Uykusunda farklılık olduğunu belirten gebelerin %80.5’ i gebelikten önce daha fazla uyurken şimdi daha az uyuduğunu ifade etmiştir.

Ayrıca araştırmada gebelerin %17.7’ sinin horladığı, %25.7’ sinin gün içerisinde uyuduğu, %61.5’ inin sabah uykudan uyandıığında kendini dinlenmemiş hissettiği görülmüştür.

Tablo 4.4. Gebelerin KSIÜÖ' ne Göre Uykusuzluk Problemi Yaşama Durumunun Dağılımı (S=436)

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
Uykusuzluk Var (≥ 10)	157	36.0	11.6 \pm 4.8
Uykusuzluk Yok (< 10)	279	64.0	

Tablo 4.4' de gebelerin KSIÜÖ' ne göre uykusuzluk problemi yaşama durumunun dağılımı gösterilmektedir. Araştırmada gebelerin KSIÜÖ puan ortalaması 11.6 \pm 4.8' dir. Araştırmada KSIÜÖ kesme puanı 10 ve üzeri olarak kabul edilmiştir. Bu doğrultuda gebelerin %36' sının uykusuzluk problemi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Uykusuzluk Problemi Olan Gebelerin Uykusuzluk Nedenlerine Göre Dağılımı (s:308)

Uykusuzluğa Yol Açan Nedenler	Sayı*	%
Ağrı (Bel, bacak, kasık, sancı)	260	59.6
Gece sık tuvalete çıkma	239	54.8
Uyurken rahat pozisyon alamama	153	35.1
Uyurken bacaklarda seğirme/sıçrama	48	11.0
Psikolojik problemler	31	7.1
Rahat nefes alamama	9	2.1
Mide yanması	9	2.1
Kullanılan ilaçlar	2	0.5
Diğer çocukların bakımı	2	0.5

*Birden fazla yanıt verildiğinden katlanmıştır.

Uykusuzluk problemi olan gebelerin uykusuzluk nedenlerine göre dağılımı tablo 4.5' te yer almaktadır. Gebeler sırasıyla %59.6 ile en fazla ağrı hissettiği için, %54.8' i gece sık sık tuvalete çıktığı için, % 35.1' i uyurken rahat pozisyon alamadığı için ve %11' i uyurken bacaklarında seğirme ve sıçrama olduğu için uykusuzluk problemi yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.6. Gebelerin Uykusuzluk Problemi İçin Önlem Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Uykusuzluk İçin Önlem Alma	Sayı	%
Alan	127	41.5
Almayan	179	58.5
Toplam	306	100.0

Gebelerin uykusuzluk problemi için önlem alma durumlarına göre dağılımı tablo 4.6' da gösterilmektedir. Araştırmada gebelerin %41.5' i uykusuzluk problemi için önlem aldığını belirtmiştir.

Tablo 4.7. Gebelerin Uykusuzluk İçin Aldıkları Önlemlerin Dağılımı

Uykusuzluk için alınan önlemler	Sayı*	%
Süt ve Süt Ürünleri Tüketme	82	56.2
Banyo Yapma	48	32.9
İlaç Kullanma	6	4.1
Yürüyüş Yapma	3	2.1
Masaj Yapma	2	1.4
Sıvı Kısıtlaması Yapma	1	0.7
Bacaklara Soğuk Uygulama Yapma	1	0.7
Egzersiz Yapma	1	0.7
Yastık Yardımı İle Rahat Pozisyon Alma	1	0.7
Sessiz Ortam Sağlama	1	0.7

*Birden fazla yanıt verildiğinden katlanmıştır.

Tablo 4.7' de gebelerin uykusuzluk için aldıkları önlemlerin dağılımı gösterilmektedir. Gebelerin uykusuzluk problemini gidermek için en çok aldıkları önlemler sırasıyla %56.2 ile süt ve süt ürünlerini tüketmek, %32.9 ile banyo yapmak olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$
Depresif Semptom Var (≥ 17)	270	61.9	15.3 \pm 6.5
Depresif semptom Yok (< 17)	166	38.1	
Toplam	436	100.0	

Araştırmada gebelerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamasının dağılımı tablo 4.8’ de yer almaktadır. Gebelerin BDÖ puan ortalaması 15.3 \pm 6.5 olarak saptanmıştır. Araştırmada gebelerin %61.9’ unda depresif semptomların bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Gebelerin Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği		İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	Depresif Semptom Var (≥ 17) Sayı (%)	Depresif Semptom Yok (< 17) Sayı (%)	
Uykusuzluk Var (≥ 10)	124 (44.4)	115 (73.2)	$X^2 = 13.3$
Uykusuzluk Yok (< 10)	124 (26.8)	155 (55.6)	p= 0.001

$X^2 =$ Ki-kare testi

Gebelerin Kadın Sağlığı İnisiyatifi Uykusuzluk Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.9’ da yer almaktadır. Uykusuzluk problemi olan gebelerin %44.4’ ünde depresif semptomlar bulunurken, uykusuzluk problemi olmayan gebelerin %26.8’ inde depresif semptomlar bulunmaktadır. Aradaki farklılık istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 4.10. Gebelerin Günlük Uyku Süreleri İle Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Uyku Süresi/günde	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
< 7	16.4 \pm 6.7	F= 9.1
7-8	14.5 \pm 5.8	p= 0.001
> 8	13.0 \pm 5.8	

F: Oneway anova test

Gebelerin günlük uyku süreleri ile BDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.10’ da gösterilmektedir. Günlük uyku süresi 7 saatten daha az olan gebelerin

BDÖ puan ortalaması 16.4 ± 6.7 ile en yüksekken, günlük 7-8 saat uyuyanların puan ortalaması 14.5 ± 5.8 , 8 saatten fazla uyuyanların puan ortalaması 13.0 ± 5.8 olarak bulunmuştur. Yapılan Tukey analizinde farklılığın günlük 7 saatten az uyku uyuyan gebelerden kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 4.11. Gebelerin Gebelikten Önceki Uyku ile Şimdiki Uyku Arasında Farklılık Olma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Gebelikten Önceki Uyku İle Şimdiki Uykusu Arasında Fark	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Olan	15.8 ± 6.3	$t = 4.9$
Olmayan	11.5 ± 6.5	$p = 0.001$

t= Student t test

Gebelerin gebelikten önceki uyku ile şimdiki uyku arasında farklılık olma durumu ile BDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.11’ de gösterilmektedir. Gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olan gebelerin BDÖ puan ortalaması 15.8 ± 6.3 iken, olmayanların 11.5 ± 6.5 ’ dür. Yapılan analizde gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark bulunan ve bulunmayan gebelerin BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 4.12. Gebelerin Horlama Alışkanlığı ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Horlama	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Var	16.0 ± 5.8	$t = 1.1$
Yok	15.1 ± 6.6	$p = 0.3$

t= Student t test

Gebelerin horlama ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.12’ de yer almaktadır. Horlaması olan gebelerin BDÖ puan ortalaması 16.0 ± 5.8 iken, horlaması olmayanların BDÖ puan ortalaması 15.1 ± 6.6 ’ dır. Yapılan analizde horlama alışkanlığı olan ve olmayan gebelerin BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. Gebelerin Gün İçerisinde Uyuma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Gün İçerisinde Uyuma Durumu	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Uyuyan	14.8±6.2	t= -0.8
Uyumayan	15.4±6.5	p= 0.4

t= Student t test

Gebelerin gün içerisinde uyuma durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.13’ de gösterilmektedir. Gün içerisinde uyuyan gebelerin BDÖ puan ortalaması 14.8±6.2, uyumayanların BDÖ puan ortalaması 15.4±6.5’ dir. Gün içerisinde uyuyan ve uyumayan gebelerin BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.14. Gebelerin Sabah Uykudan Dinlenmiş Uyanma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Sabah Uykudan Dinlenmiş Uyanma	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Evet	13.4±6.3	t= -4.9
Hayır	16.4±6.3	p= 0.001

t= Student t test

Gebelerin sabah uykudan dinlenmiş uyanma durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılması tablo 4.14’ de gösterilmektedir. Araştırmada sabah uykudan dinlenmiş olarak uyanan gebelerin BDÖ puan ortalaması (13.4±6.3), dinlenmemiş olarak uyananların puan ortalamasından (16.4±6.3) daha düşüktür. Yapılan analizde sabah uykudan dinlenmiş uyanma durumu ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001).

Tablo 4.15. Gebelerin Uykusuzluk İçin Önlem Alma Durumu ile Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Uykusuzluk İçin Önlem Alma Durumu	Beck Depresyon Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Alan	15.6±5.6	t= -1.2
Almayan	16.4±6.8	p= 0.2

t= Student t test

Gebelerin uykusuzluk için önlem alma durumu ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.15' de gösterilmektedir. Yapılan analizde gebelerin uykusuzluk için önlem alma durumu ile BDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Uyku bozuklukları, günlük yaşamda ve genel sağlık alanında fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. (26, 27). Menstrüal döngü, gebelik, postpartum dönem ve menopoz kadınların hem uyku problemlerini hem de duygu durum bozukluklarını en çok deneyimlediği dönemlerdir (27, 57). Bu nedenle uyku bozuklukları yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Uyku problemleri ruh halimiz, zihinsel uyanıklığımız, çalışma performansımız ve enerji seviyemiz gibi günlük yaşamın hemen her alanını etkilemektedir. Palagini ve arkadaşlarının yaptığı metaanaliz çalışması gebelik döneminde meydana gelen uyku bozukluklarının depresif semptomların ortaya çıkışına yol açan bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir (22). Hem uyku bozuklukları hem de depresif bozukluklar anne ve fetus sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (4, 30). Gebelerin uyku özellikleri ile depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmamızın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmamızda gebelerin günlük ortalama uyku süresi 6.4 ± 2.4 saat olarak saptanırken, yarıdan fazlası 7 saatten daha az uyuduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Tsai ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda araştırmamıza benzer olarak gebelerin ortalama uyku süreleri sırasıyla 6.44 ± 1.7 ve 6.55 ± 0.94 saat olarak bulunmuştur (16, 58). Bulgumuz Tsai ve arkadaşlarının çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Gebeliğin son aylarına doğru ilerledikçe ortaya çıkan semptomlar ve fiziksel yakınmalar nedeniyle gebeler geceleri daha fazla uyanık geçirmektedirler. Yatakta geçen süre çoğu zaman gebelik öncesi ile eşit olmasına rağmen uyku süresi önemli ölçüde azalmaktadır (35). Araştırmamızda gebelerin beşte dördünden fazlası gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olduğunu, bunların büyük çoğunluğu da şimdi daha az uyuduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Chang ve arkadaşları gestasyonel yaş ilerledikçe uyku süresinin kısaldığını ve üçüncü trimesterin kısalmış uyku süresi ile karakterize olduğunu belirtmiştir (30). Kızılırmak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci trimesterde gebelerin ortalama uyku süresini 8.3 ± 2.0 , ikinci trimesterde 8.1 ± 2.1 ve üçüncü trimesterde 7.3 ± 2.3 saat olarak saptamıştır (3). Ko ve arkadaşları birinci trimesterde ortalama uyku süresi 7.8 ± 1.8 saat olan gebelerin, üçüncü trimesterdeki ortalama uyku sürelerini 7.3 ± 1.6 saat olarak bulmuştur (59). Facco ve arkadaşları ise gebelerin birinci trimesterde 7.4 ± 1.2 olan ortalama uyku süresinin üçüncü trimesterde

7.0±1.3 saate düştüğünü saptamıştır (60). Bulgumuz çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Gebelik süresince hormonal ve mekanik faktörler nedeniyle solunum fizyolojisindeki değişiklikler kadınlarda uyku-solunum bozukluklarına zemin oluşturur. Maternal hipoksiye neden olacak herhangi bir durum uykuyu negatif olarak etkiler. Uykuda solunum bozukluklarının en önemli bulgusu horlamadır (35). Horlama sıklığı, gebe olmayan kadınlarda %4-14 oranındayken, gebeliğin 3. trimesterinde %14-28 olarak bildirilmiştir (61). Araştırmamızda yaklaşık beş gebeden biri horlama alışkanlığı olduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Araştırmamıza paralel olarak Facco ve arkadaşları gebelerin %16.4' ünün horlama alışkanlığı olduğunu saptamıştır (60). Ancak Mellor ve arkadaşları ile Taşkiran' ın çalışma bulgusu bulgumuzdan farklı olarak gebelerin sırayla %31.9, %39.3' ünün horlama alışkanlığı olduğu saptanmıştır (9, 15). Mellor ve arkadaşları ile Taşkiran gebelerin horlama alışkanlıklarını belirlerken gebenin yatağını veya odasını paylaşan kişiye yöneltilen soruları da içeren ölçüm araçları kullanarak elde etmişlerdir. Aradaki farkın bundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Gün içerisinde uyumak ve sabah uykudan dinlenmemiş uyanmak uykusuzluk belirtilerindedir (27). Araştırmamızdaki gebelerin dörtte biri gün içerisinde uyduğunu, yaklaşık üçte biri de sabah uykudan uyandığında kendini dinlenmemiş hissettiğini belirtmiştir (Tablo 3). Araştırmamızdaki gebelerin üçte birinin uykusuzluk probleminin bulunması bulgumuzu desteklemektedir. Tsai ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada gün içerisinde uyuyan gebelerin gece uykusunun daha kısa olduğunu saptamıştır (58). Bulgumuz Tsai ve arkadaşlarının bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada gebelerin %36' sının uykusuzluk problemi olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Facco ve arkadaşları gebelerin %54.3' ünün, Ko ve arkadaşları ise gebelerin %55.6' sının uykusuzluk problemi yaşadığını saptamıştır (59, 60). Araştırmamızdaki kadınlarda görülen uykusuzluk oranı Facco ve arkadaşları ve Ko ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre düşüktür. Facco ve arkadaşları ve Ko ve arkadaşları çalışmalarında KSIÜÖ kesme puanını 9 kabul etmiştir. Araştırmamızda ise KSIÜÖ kesme puanı 10 kabul edilmiştir. Farklılığın kesme puanının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dorheim ve arkadaşlarının Norveçli gebeler üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %61.9 'unun uykusuzluk problemi olduğu bulunmuştur (13). Dorheim ve arkadaşlarının bulgusu araştırma bulgumuzdan daha yüksektir.

Bilindiği gibi uyku uyanıklığın düzenlenmesinde, aydınlık ve karanlığa göre ayarlanan endojen bir düzenleme olan sirkadiyen ritmin önemli rolü vardır. Gece gündüz süresinin değişkenliğinin sirkadiyen ritmi bozduğu (2, 26, 27), bunun sonucunda uykusuzluğun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu nedenle farklılığın çalışmanın yapıldığı ülkedeki gece gündüz saatleri arasındaki büyük farktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebeliğin her trimestiri kendine özgü fiziksel ve psikolojik değişiklikler ile gebenin uyku ritmini ve süresini etkilemektedir (62). Kızılırmak ve arkadaşları gebelerdeki uykusuzluğun nedenlerinin gece sık tuvalete çıkma, uyurken rahat pozisyon alamama ve bacaklarda seğirme ya da sıçrama olduğunu belirtmiştir (3). Dorheim ve arkadaşları ise gebelerin ağrı (pelvik ağrı, bel ağrısı ve kronik ağrı) yakınması sebebi ile uykusuzluk problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (13). Araştırmamızda da gebeler sırasıyla en fazla ağrı hissettiği için, gece sık sık tuvalete çıktığı için, uyurken rahat pozisyon alamadığı için ve uyurken bacaklarında seğirme ve sıçrama olduğu için uykusuzluk problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5). Bulgumuz Kızılırmak ve arkadaşları ve Dorheim ve arkadaşlarının çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin yarıya yakını uykusuzluk problemi için önlem aldığını belirtmiştir (Tablo 6). Gebelerin uykusuzluk problemini gidermek için en çok aldıkları önlemler sırasıyla süt ve süt ürünlerini tüketmek ve banyo yapmaktır (Tablo 7). Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Beslenme rejiminde L-Triptofan bulunması uykuyu artırdığı için, gebenin rejiminde süt, yoğurt, peynir gibi yüksek proteinli içecek ve yiyecekler bulunmalıdır (1). Ayrıca sıcak suyun kas gevşetici etkisi uymayı kolaylaştırabilir (1, 27). Bu nedenle gebelerin kullandıkları baş etme yöntemlerinin uygun olduğu düşünülmektedir.

En sık görülen ruhsal hastalıklar arasında olan depresyon gebelik ve doğum sonrası dönemde en yüksek düzeyde görülmektedir. Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir (14). Doğum korkuları, yenidoğanın sağlığı ve bakım yüküne ilişkin kaygılar sebebiyle üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (5, 14). Araştırmamızda gebelerin yarıdan fazlasında depresif semptomların bulunduğu saptanmıştır (Tablo 8). Ülkemizde Erbil ve arkadaşlarının 2009' da, Yılmaz ve Beji' nin 2010' da ile Çelik ve arkadaşlarının 2013' de yaptıkları çalışmalarda gebelerde depresif semptom bulunma oranı sırayla %30.9, %53.5 ve %54.82' dir (17, 18, 46). Görüldüğü

gibi yıllar ilerledikçe depresif semptom oranı artmaktadır. Geçmişten günümüze arttan kentleşme ve endüstrileşme toplumsal, ekonomik ve kültürel değişimleri de beraberinde getirmiştir. Nüfus artışı, iç ve dış göç, kentleşme sorunları, fiziksel çevredeki değişimler, aile yapısında değişimler, toplumsal iletişim ağında çözülme, bireyselleşme, toplumsal dayanışmanın bozulması, artan stres etkenleri ve örselenme yaşantıları, ekonomik politikalar kişileri başta depresyon olmakla beraber ruh sağlığı hastalıklarına karşı duyarlı hale getirmektedir (63). Ayrıca farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda gebelerdeki depresif semptom oranının % 14.6-23.6 olduğu saptanmıştır (13, 15, 16). Farklılığın kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kültür psikiyatrinin tüm alanlarında önemli işleve sahiptir. Sosyal ve kültürel etkenlerin depresyonun oluş nedenleri yanında, belirti örüntüsünün ve çare arama davranışının biçimlenmesinde rol oynadığı kabul edilmektedir. Ayrıca yoksulluk, işsizlik, geçim sıkıntısı yaşayan bireyler psikiyatrik bozukluklar açısından risk gruplarını oluşturmaktadır (63). Araştırmamızdaki gebelerin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olmasının (yarıdan fazlasının gelirinin giderinden az olması) da depresif semptom oranının yüksek olmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Uykunun biyolojik ve psikolojik restorasyona aracılık etmesi bilgisinden yola çıkarsak homeostazisin bozulmasıyla hastalıkların tetiklendiği düşünülebilir. Uyku bozukluklarının depresyon oluşumu için risk faktörü olduğu ve uykusuzluk döneminden sonra depresyon başlayabildiği bilinmektedir. Uykusuzluk gün içinde duygu durum ve güdülenmede bozulma; dikkat, enerji, yoğunlaşmada azalma, yorgunlukta artmaya yol açar (26). Araştırmamızda da uykusuzluk problemi olan gebelerde olmayanlara göre 2 kat daha fazla depresif semptom bulunduğu saptanmıştır (Tablo 9). Rezaei ve arkadaşlarının gebeleri izleyerek yaptığı çalışmada uyku problemi olan gebelerin gebelik haftası arttıkça depresif semptom görülme şiddetinin arttığı tespit edilmiştir (33). Mellor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kötü uyku kalitesi ile depresyon görülmesi arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (15). Dorheim ve arkadaşlarının 2816 gebe ile yaptığı çalışmada insomnia ile depresif semptomlar arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (13). Ayrıca literatürde uyku problemleri ile depresif semptomlar arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalarda bulunmaktadır (64, 65, 66). Bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Literatürde fiziksel ve mental aktivelerin yerine getirilebilmesi için günlük 7-8 saat uyku tavsiye edilmektedir (2, 30). Araştırmamızda gebelerin günlük ortalama uyku

süreleri azaldıkça depresif semptom görülme oranının arttığı bulunmuştur (Tablo 10). Bulgumuza paralel olarak Dorheim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku süresinin azalması ya da olması gerekenden uzun olması ile depresif semptomlar arasında ilişki bulunmuştur (13). Bulgumuz Dorheim ve arkadaşlarının bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olan gebelerde daha fazla depresif semptom görüldüğü saptanmıştır (Tablo 11). Gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark bulunun gebelerin büyük kısmı gebelikten önceye göre daha az uyuduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3). Literatürde uyku süresi ile depresif semptomlar arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (13, 67). Bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin horlama alışkanlığı ile depresif semptom bulunma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 12). O'Brien ve arkadaşlarının habitüel horlama tanısı alan gebelerle yaptığı retrospektif çalışmada horlama alışkanlığı olan gebelerde olmayanlara göre daha fazla depresif semptom bulunduğu saptamıştır (20). Horlama basit ve habitüel olmak üzere ikiye ayrılır. Uykuda az sayıda hava yolu obstrüksiyonunun meydana geldiği horlama durumları basit horlama olarak tanımlanmaktadır. Hemen her gece olan horlamaya ise habitüel horlama denmektedir. (68). Araştırmamızda böyle bir ayırım gözetilmemiştir. Farklılığın O'Brien ve arkadaşlarının habitüel horlaması olan gebelerle çalışmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Stresle uygun şekilde baş edilemediğinde depresyona yol açabilir (69). Pınar ve arkadaşlarının gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada gündüz uyuma durumu ile algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (8). Tsai ve arkadaşlarının çalışma sonucuna göre de gündüz uyuma alışkanlığı ile depresif semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (58). Araştırmamız da Tsai ve arkadaşları ile Pınar ve arkadaşlarının bulguları ile paralel olup, gün içerisinde uyuma durumu ile depresif semptom arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13).

Uykusuzluk, uykuya dalma ve/veya sürdürme güçlüğü yakınmalarına ek olarak, ertesi sabah dinlenmiş olarak uyanamamayı içerir (51). Dolayısıyla sabah uykudan dinlenmemiş uyanma uykusuzluğun göstergesi ve depresif semptomlar için risk

faktörüdür (26). Araştırmamızda da sabah uykudan dinlenmemiş uyanan gebelerde daha fazla depresif semptom bulunduğu saptanmıştır (Tablo 14). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada uykusuzluk için önlem alma ile depresif semptom bulunma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 15). Gebelerin aldığı önlemler uykusuzluk problemini gidermeye yönelik literatür ile paralel önlemlerdir. Ancak uykusuzluk ile depresif semptom arasındaki ilişki de çift yönlüdür. Uykusuzluk depresyona yol açan primer bir etken olabileceği gibi, depresif semptomlar sonucu sekonder oluşmuş bir komplikasyon da olabilir (54). Bu nedenle uykusuzluk için önlem alma ile depresif semptom bulunma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin yaklaşık üçte birinin uykusuzluk problemi olduğu,
- Gebelerin yarısından fazlasında depresif semptomların bulunduğu,
- Uykusuzluk problemi olan gebelerde olmayanlara göre daha fazla depresif semptom olduğu,
- Ortalama uyku süresi azaldıkça depresif semptom görülme sıklığının arttığı,
- Gebelikten önceki uykusu ile şimdiki uykusu arasında fark olan ve sabah uykudan dinlenmemiş uyanan gebelerde daha fazla depresif semptom olduğu,
- Gebelerin horlama alışkanlığı, gün içerisinde uyuma durumu ve uykusuzluk için önlem alma durumu ile depresif semptom görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, şu önerilerde bulunulabilir;

- Hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarında gebelik döneminde yaşanan uyku sorunları ve depresif semptomlarla ilgili farkındalık oluşturulması,
- Hemşirelerin gebeleri rutin izlemlerinde uyku sorunları ve depresif semptomlar yönünden dikkatle taraması,
- Hemşirelerin gebelerde tespit etmiş oldukları uyku sorunları ve depresif semptomların nedenlerini araştırması,
- Gebelerin uyku sorunlarını çözmelerine yardımcı olabilecek egzersiz yapması, gevşeme tekniklerini kullanması ve uyku hijyenine yönelik davranışları kazanmasının sağlanması,
- Gebelerin gebelikte ortaya çıkan ve uykuyu olumsuz etkileyen komplikasyonlara yönelik müdahalelerde (mide yanması için antiasit,

noktüri için gece sıvı alımında kısıtlama ve sırt ağrısı için hamile yastığı gibi) bulunması için bilgilendirilmesi,

- Ciddi uyku sorunları ve depresif semptomları bulunan gebelerin uygun tıbbi yardım almalarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Engin E, Ergün G. Uyku ve Uyku Bozuklukları. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2014: 517-45.
2. Demir Y. Uyku ve Uyku ile İlgili Uygulamalar. İçinde: Ay FA (Editör). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 682-94.
3. Kızılırmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in Pregnancy and Factors Related to Insomnia. *The Scientific World Journal* 2012, 1-8.
4. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 45: 71-7.
5. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012: 169-96.
6. Hung HM, Ko SH, Chen CH. The Association Between Prenatal Sleep Quality and Obstetric Outcome. *The Journal of Nursing Research* 2014, 22: 147-53.
7. Rezaei E, Moghadam ZB, Saraylu K. Quality of Life in Pregnant Women with Sleep Disorder. *Journal of Family and Reproductive Health* 2013, 7: 87-93.
8. Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7: 171-7.
9. Taşkiran N. Gebelik ve Uyku Kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2011, 8: 181-7.
10. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Tıp Dergisi* 2010, 49: 87-94.
11. Rautrakul S, Cauter EV. Interactions Between Sleep, Circadian Function, and Glucose Metabolism: Implications for Risk and Severity of Diabetes. *Annals of The New York Academy of Sciences* 2014, 151-73.
12. Pires GN, Andersen ML, Giovenardi M, Tufik S. Sleep Impairment During Pregnancy: Possible Implications on Mother–Infant Relationship. *Elsevier, Medical Hypotheses* 2010, 75: 578–82.
13. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Insomnia and Depressive Symptoms in Late Pregnancy: A Population-Based Study. *Routledge, Behavioral Sleep Medicine* 2012, 10: 152-66.

14. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 142-62.
15. Mellor R, Chua SC, Boyce P. Antenatal Depression: An Artefact of Sleep Disturbance? *Arch Womens Ment Health* 2014, 17: 291–302.
16. Tsai SY, Lin JW, Kuo LT, Thomas KA. Daily Sleep and Fatigue Characteristics in Nulliparous Women During The Third Trimester of Pregnancy. *Sleep* 2012, 35: 257-62.
17. Çelik F, Köken GN, Yılmaz M. Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anatol J Clin Investig* 2013, 7: 110-7.
18. Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009, 19: 67-74.
19. Yılmaz EA. Ankara’ da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
20. O’Brien LM, Owusu JT, Swanson LM. Habitual Snoring and Depressive Symptoms During Pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13: 2-7.
21. Okun ML, Kiewra K, Luther JF, Wisniewski SR, Winser KL. Sleep Disturbances In Depressed And Nondepressed Pregnant Women. *Depression And Anxiety* 2011, 28: 676–85.
22. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic Sleep Loss During Pregnancy As A Determinant of Stress: Impact on Pregnancy Outcome. *Elsevier, Sleep Medicine* 2014, 15: 853-9.
23. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor Sleep Maintenance and Subjective Sleep Quality are Associated with Postpartum Maternal Depression Symptom Severity. *Arch Womens Ment Health* 2013, 16: 539–47.
24. Piteo AM, Robert RM, Nettelbeck T, Burns N, Lushington K, Martin AJ, Kennedy JD. Postnatal Depression Mediates The Relationship Between Infant and Maternal Sleep Disruption and Family Dysfunction. *Early Human Development* 2013, 89: 69–74.

25. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can Insomnia in Pregnancy Predict Postpartum Depression? A Longitudinal, Population-Based Study. *Plos One* 2014, 9: 1-10.
26. Aydın H. *Uyku ve Bozuklukları*, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2008: 15-84.
27. Epstein LJ, Mardon S. A Good Night' s Sleep. Çeviri: Akal ÖT. *İyi Bir Gece Uykusu*, 1. Baskı. İstanbul, Optimist Yayıncılık, 2007: 17-141.
28. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* 2010, 4: 12-22.
29. Özgen F. Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001, 5: 41-48.
30. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep Deprivation During Pregnancy and Maternal and Fetal Outcomes: Is There A Relationship? *Sleep Medicine Reviews* 2010, 14: 107-14.
31. Lopes CS. Epidemiology of Insomnia: Prevalence and Risk Factors. In: Sahoo S (eds). *Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac*. Rijeka, InTech, 2012: 3-22.
32. Öztürk L. Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 70: 114-21.
33. Rezaei E, Moghadam ZB, Hagani H. The Effect of Sleep Health Behavioral Education on The Depression of Pregnant Women with Sleep Disorders: A Randomized Control Trial. *Iran Red Crescent Med J.* 2015, 17: 1-8.
34. Ruiz-Robledillo N, Canario C, Dias CC, Albiol-Maya L, Figueiredo B. Sleep During The Third Trimester of Pregnancy: The Role of Depression and Anxiety. *Health & Medicine* 2015, <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1017508>
35. Ulaşlı SS, Ünlü M. Gebelikte uyku sorunları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2014, 2: 237-44.
36. Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 490-1.
37. Oskay ÜY. Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004, 12: 11-6.
38. Okun ML, Kline CE, Roberts JM, Wettlaufer B, Glover K, Hall M. Prevalence of Sleep Deficiency in Early Gestation and Its Associations With Stress and Depressive Symptoms. *Journal of Women's Health* 2013, 22: 1028-37.

39. Rahman A, Bunn J, Loyal H, Creed F. Association Between Antenatal Depression and Low Birthweight in A Developing Country. *Acta Psychiatr Scand* 2007, 115: 481-6.
40. Ferraro ZM, Chaput JP, Gruslin A, Adamo KB. The Potential Value of Sleep Hygiene for A Healthy Pregnancy: A Brief Review. *ISRN Family Medicine* 2014, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/928293>
41. Aslan AA, Sarı BA, Kuruoğlu A. Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri* 2012, 15: 56-64.
42. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011, 45: 65-74.
43. Mete HB. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008, 11: 3-18.
44. Engin E, Ergün G. Depresyon. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2014: 333-67.
45. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23: 61-4.
46. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010, 20: 99-108.
47. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28: 525-32.
48. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Ascencio A, Schanbergs S, Kuhn C. Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome. *Infant Behav Dev.* 2010, 33: 23-37.
49. Güler F. İlk Trimester Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Erken Doğum Eylemindeki Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Maltepe Üniversitesi, 2008.
50. Yetkin S, Aydın H. Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi* 2014, 1: 1-8.
51. Demir B. Uyku Bozuklukları. *Türkiye Tıp Dergisi* 2002, 9: 117-27.
52. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 10. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2011: 59-92.
53. Skalski M. The Diagnosis and Treatment of Insomnia. In: Sahoo S (eds). *Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac*. Rijeka, InTech, 2012: 65-80.

54. Skaer TL. Treatment of Insomnia with Comorbid Mental Illness. In: Sahoo S (eds). *Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac*. Rijeka, InTech, 2012: 84-98.
55. Kelleci M. Fiziksel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastaların Hemşirelik Bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2007, 15: 54-60.
56. Timur S, Şahin NH. Effects of Sleep Disturbance on the Quality of Life of Turkish Menopausal Women: A Population-based Study. *Maturitas* 2009, 64: 177-81.
57. Kesebir S, Aksoy AE. Üreme Hormonları ve Duygudurum Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010, 2: 281-307.
58. Tsai SY, Kuo LT, Lee CN, Lee CN, Lee YL, Landis CA. Reduced Sleep Duration and Daytime Naps in Pregnant Women in Taiwan. *Nursing Research* 2013, 62: 99-105.
59. Ko HS, Shin J, Kim MY, Kim YH, Lee J, Kil KC, Moon HB, Lee G, Sa-Jin K, Kim BI. Sleep Disturbances in Korean Pregnant and Postpartum Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012, 33: 85-90.
60. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep Disturbances in Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2010, 115: 77-83.
61. Şahin KF, Köken G, Coşar E, Saylan F, Yılmaer M, Ünlü M. Gebelikte Uyku Apne Sendromu ve Eşlik Eden Hastalıklar. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008, 5: 22-7.
62. Hung HM, Tsai PS, Ko SH, Chen CH. Patterns and Predictors of Sleep Quality in Taiwanese Pregnant Women. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2013, 38: 95-101.
63. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007, 10: 11-20.
64. Skouteris H, Germano C, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Sleep Quality and Depression During Pregnancy: A Prospective Study. *European Sleep Research Society* 2008, 17: 217-20.
65. Skouteris H, Wertheim EH, Germano C, Paxton SJ, Milgrom J. Assessing Sleep During Pregnancy A Study Across Two Time Points Examining The Pittsburgh Sleep Quality Index and Associations with Depressive Symptoms. *Elsevier Women's Health Issues* 2009, 19, 45-51.

66. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. A Prospective Investigation of The Relationships Among Sleep Quality, Physical Symptoms, and Depressive Symptoms During Pregnancy. *Journal of Affective Disorders* 2010, 123: 317–20.
67. Watson NF, Harden KP, Buchwald D, Vitiello MV, Pack AI, Strachan E, Goldberg J. Sleep Duration and Depressive Symptoms: A Gene-environment Interaction. *Sleep* 2014, 37: 351-8.
68. Songu M. Horlama ve Obstrüktif Uyku Apnesinde Tarihçe ve Tanımlar. İçinde: Cingi C. (editör). *T.K.B.B.V. Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi: 6*. İstanbul, Deomed Medikal Yayıncılık, 2010: 1-19.
69. Gökler R, Işıtan İ. Modern Çağın Hastalığı; Stres ve Etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi* 2012, 1: 154-68.

EKLER

EK 1. Özgeçmiş

1. **Adı Soyadı:** Gülçin NACAR
2. **Doğum Tarihi:** 17.09.1988
3. **Unvanı:** Araştırma Görevlisi
4. **Öğrenim Durumu:** Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2008-2012
Y. Lisans	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İnönü Üniversitesi	2013-....

5. Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Ameliyathane Bölümü- Malatya	2013 Ocak
Arş. Grv.	Ankara Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu-Ankara	2013 (Mart-Ekim)
Arş. Grv.	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu- Malatya	2013-....

6. Yayınlar

- Çalışkan, Z., Taşhan, ST., Orhan, İ., **Nacar, G.** (2015). Partneri Olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Eş Seçimi Tercihlerinin Karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1); 6-10.

6.a. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- Yiğit, T., Dönmez, T., Değirmenci, G., **Nacar, G.** Kadın Sağlığı Alanında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Hasta Refakatçılarında Bakış Açılı ve Mesleki Profesyonellik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. Kayseri, 22-26 Nisan 2015. (Poster Bildiri)
- **Nacar, G.**, Nacar, G. Hemşirece Malpraktif. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu. Bursa, 5-6 Kasım 2015. (Poster Bildiri)
- Erdemoğlu, Ç., **Nacar, G.** Gebelerin Doğal Doğuma İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Saptanması. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi. 5-7 Kasım 2015. (Poster Bildiri)

7. Katıldığı Kongreler

- 7.a.** Üçüncü Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi. 11-13 Nisan 2012. Malatya.
- 7.b.** 14. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. 22-26 Nisan 2015. Kayseri.

8. Katıldığı Diğer Bilimsel Faaliyetler

- 8.a.** TÜBİTAK 2237-Proje Eğitimi Etkinliklerini Destekleme Programı İnönü Üniversitesi Proje Yazma Eğitimi. 27-29 Ocak 2014. Malatya.
- 8.b.** 5. Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu. 24-25 Kasım 2011. Malatya.
- 8.c.** “Türkiyede Bitkisel Ürünlerin Kullanımı”. 3 Mayıs 2011. Malatya.
- 8.d.** Neotanal Resüsitasyon Kursu: 7-9 Mayıs 2014, Malatya Sağlık Yüksekokulu, Malatya.
- 8.e.** Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu: 18 Ekim 2014, Malatya
- 8.f.** NLP ile Liderlik ve Zaman Yönetimi: 19 Aralık 2014, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 8.g.** Kişisel Gelişim, Beden Dili, İletişim Dilleri Eğitimi: 19 Aralık 2014, İnönü Üniversitesi, Malatya.

9. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- 9.a.** Türk Hemşireler Derneği Malatya Şubesi Asil Üye

10.Yabancı Dil Bilgisi: 2013 Sonbahar YDS 80.00 puan

EK 2. Kişisel Tanıtım Formu

Bu araştırma gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu

Araştırma Görevlisi

Gülçin NACAR

Anket No:...

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okur yazar değil Okur yazar İlkokul
 Ortaokul Lise veya eşdeğer Yüksekokul/Fakülte

3) Mesleğiniz nedir?

- Ev hanımı İşçi Memur İşsiz Diğer.....

4) Aylık geliriniz ne kadardır?.....YTL

Gelirim giderimden az ()

Gelirim giderimi karşılıyor ()

Gelirim giderimden fazla ()

5) Gebelik sayınız kaçtır? (şimdiki gebelik dahil).....

6) Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....

7) Son 1 haftayı düşündüğünüzde ortalama uyku süreniz ne kadardır?
.....saat/gün.

8) Gebelikten önceki uykunuz ile şimdiki uykunuz arasında fark var mı?

- Evet Hayır

9) Cevabınız evet ise aşağıdakilerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Geçmişte daha fazla uyurdum şimdi daha az uyuyorum.

Geçmişte daha az uyurdum şimdi daha fazla uyuyorum.

Diğer.....

10) Sizce uykusuzluk probleminizin nedeni nedir? (Sadece uykusuz problemi olan gebeler cevaplandıracaktır. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Gece sık sık tuvalete gitme

Gece rahat pozisyon alamama

Uyurken bacaklarda seğirme/sıçrama olması

Kullandığım ilaçlar

Evde yalnız olmam

Psikolojik problemler

Diğer.....

11) Uykusuzluk problemini gidermek için önlem alıyor musunuz?

Evet

Hayır

12) Cevabınız evet ise ne tür önlemler alıyorsunuz?

Süt içiyorum

İlaç Alıyorum

Banyo yapıyorum

Diğer.....

13) Horlama alışkanlığınız var mı?

Evet

Hayır

14) Gün içerisinde uyuyor musunuz?

Evet

Ne kadar ?.....saat/gün.

Hayır

15) Sabah uykudan uyandıığınızda kendinizi dinlenmiş hissediyor musunuz?

Evet

Hayır

EK-3. Kadın Sağlığı İnişiyatifi Uykusuzluk Ölçeği

	Hayır Son 4 hafta için değil	Evet En az haftada 1 kez	Evet Haftada 1 ya da 2 kez	Evet Haftada 3 ya da 4 kez	Evet Haftada 5 ya da daha fazla
1. Derin bir uykuya dalma sıkıntısı yaşadınız mı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Geceleri sıkça uykudan uyanırmısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Planladığınızdan daha erken uyanıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Erken uyandığimizda tekrar uykuya dalmada güçlük yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Toplam olarak son 4 hafta içinde tipik gece uykunuz;

Çok deliksiz ya da dinlendirici	Deliksiz ya da dinlendirici	Orta kalitede	Rahatsız	Çok Rahatsız
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK-4. Beck Depresyon Ölçeği

Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi seçiniz.

1. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
8. 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiriyorum.
 2. Hatalarımdan dolayı kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her kötü olayda kendimi hatalı bulurum.

9. 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. 0. Simdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Simdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
12. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
16. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.

19. 0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
1. Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim.
2. Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim.
3. Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim.
20. 0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
1. Son zamanlarda ağrı, sızı mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
2. Bu sıkıntılarım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
21. 0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
2. Su sırada cinsellikle pek ilgili değilim.
3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 5. Malatya Devlet Hastanesinden Alınan İzin Formu

MALATYA DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

MALATYA

İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulunda Doğum-Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. 'Gebelikte Uyku Özellikleri Ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' adlı tezimin verilerini Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerinde toplamak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

17.10.2014



Gülçin NACAR

EKLER:

1. Katılımcı Tanıtım Formu
2. Kadın Sağlığı İnisyatifi Uykusuzluk Ölçeği
3. Beck Depresyon Ölçeği



Op. Dr. İbrahim ÖZBİR
Malatya Devlet Hastanesi

MALATYA DEVLET HASTANESİ
GELEN EVRAK

EVRAK NO:

12983

TARİH:

17.10.2014

Kadın Doğum Servisi + polk

MALATYA DEVLET HASTANESİ
Müşeyin İNANC
V.H.K.
Birim Sorumlusu

EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/157

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/157

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/157	Tarih: 22.10.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/157

Doç. Dr. Ergül ALÇİN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.