



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKUSUZLUK
VE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Gülay ŞAHİNER ÖNAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA-2017

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKUSUZLUK
VE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Gülay ŞAHİNER ÖNAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA-2017

2.

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı : Gülşay Şahiner Önal

Uzmanlık Dalı : Halk Sağlığı

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

Tezin Adı : Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde
Uykusuzluk ve Depresyon Semptom-
larının Sıklığı ve İlişkili Faktörler

SONUÇ: **TEZ BAŞARILI (X)** **TEZ BAŞARISIZ ()**

Jüri
Lilja Silke Denk

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen, eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım anabilim dalı başkanımız Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA'ya,

Tezimin her aşamasında emeği olan, benden yardımlarını esirgemeyen, rehberlik eden, halk sağlığı alanındaki geniş vizyonu ile eğitimime katkılar sağlayan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR 'a

Halk Sağlığı Anabilim Dalında beraber çalıştığımız asistan arkadaşlarıma, bize her zaman destek olan Burcu Tuğba ALDORA' ya

Her zaman yanımda olan sevgili eşime, varlıklarından güç aldığım canım çocuklarım Ş. Şimal ÖNAL ve M. Ayaz ÖNAL'a,

Yetişmemde ve bugünlere gelmemde kıymetli katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen babam Kahraman ŞAHİNER ve annem Fatma ŞAHİNER'e ve canım kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz, 2017

Dr.Gülay ŞAHİNER ÖNAL

İÇİNDEKİLER

UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI	3
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1.GİRİŞ	1
1.1. Depresyon.....	3
1.1.1. Depresyonun Tanımı.....	4
1.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	5
1.1.3. Depresyonun Tanı Ölçütleri.....	8
1.1.4. Depresyonda Klinik Görünüm.....	9
1.1.5. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon	10
1.2. Uykusuzluk.....	13
1.2.1. Uykunun Tanımı	14
1.2.2. Uyku–Uyanıklık Bozuklukları.....	14
1.2.3. Uyku–Uyanıklık Bozuklukları Epidemiyolojisi	15
1.2.4. Uyku Bozuklukları Tanı Ölçütleri	18
1.2.5. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu	19
1.3. Depresyon ve Uyku Bozukluğu	21
1.4. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri.....	22
2.GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. Araştırmanın Evreni	23
2.2. Araştırmanın Şekli ve Zamanı	23
2.3. Örnek Büyüklüğü ve Örneklem Seçimi	23
2.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
2.4.1. Bağımsız Değişkenler	24
2.4.2. Bağımlı Değişkenler	25
2.5. Veri Toplama Araçları.....	25
2.5.1. Anket Formu	25
2.5.2. Beck Depresyon Ölçeği	25
2.5.3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	26
2.6. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler	27
2.7. İstatistiksel Analiz	27

3. BULGULAR.....	29
3.1. Öğrencilerin BDÖ' ye Göre Belirlenen Depresyon Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	29
3.2. Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları ..	35
3.3. Öğrencilerin UŞİ' ye Göre Belirlenen Uykusuzluk Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	36
3.4. Uykusuzluk ile İlişkili Bulunan Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları	40
3.5. Depresif Belirtiler Gösteren Öğrencilere Ulaşılma Durumu ve Öğrencilerin Son Durumu	41
4.TARTIŞMA.....	43
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	52
ÖZET.....	60
SUMMARY	62
EKLER.....	64
EK. A. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı.....	64
EK. B. Selçuk Üniversitesi Rektörlüğü İzin Yazısı	65
EK. C. Anket Formu.....	66
EK. D. Beck Depresyon Envanteri.....	67
EK.E.Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)	71
ÖZGEÇMİŞ	72

KISALTMALAR

BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
CDC	Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
DALY	Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years)
DASS-42	Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
GSA-12	Genel Sağlık Anketi
ICD	Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması (International Classification of Diseases)
MD	Major Depresyon
NCHS	Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (National Health And Nutrition Examination Survey)
NCSDR	Amerikan Ulusal Uyku Bozuklukları Araştırmaları Komisyonu
PMSÖ	Premenstruel Sendrom Ölçeği
PNDÖ	Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
PSE	Şimdiki Durum Değerlendirmesi (Present State Examination)
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
UŞİ	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
YLD	Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar (Years Lived With Disability)

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1.1. Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Alan Araştırmaları.....	8
Tablo 1.2. Major Depresyon Tanı Ölçütleri	10
Tablo 1.3. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Bozukluklar Üzerine Epidemiyolojik Araştırmalar.....	12
Tablo 1.4. Uykusuzluk (İnsomnia) Tanı Ölçütleri.....	19
Tablo 3. 1. Öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Durumu.....	29
Tablo 3. 2. Sosyo-demografik Verilere Göre Depresyon Sıklığı.....	31
Tablo 3.3. Öğrencilerin Alışkanlıklarına Göre Depresyon Sıklığı	32
Tablo 3.4. Depresyon Sıklığının Vücut Kitle İndeksine Göre Dağılımı	33
Tablo 3. 5. Öğrencilerin Çeşitli Duygu Durumlarına Göre Depresyon Sıklığı.....	34
Tablo 3. 6. Depresyon İle İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analiz Sonuçları	35
Tablo 3.7. Demografik Verilere Göre Uykusuzluk Sıklığı.....	37
Tablo 3.8. Öğrencilerin alışkanlıklara göre uykusuzluk sıklığı	38
Tablo 3.9. Öğrencilerin Çeşitli Duygu Durumlarına Göre Uykusuzluk Sıklığı.....	39
Tablo 3.10. Öğrencilerin Depresyon Durumuna Göre Uykusuzluk Sıklığı	40
Tablo 3.11. Uykusuzluk İle İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analiz Sonuçları	41

1.GİRİŞ

Günümüzde ruhsal sorunlar hızla artmış, toplumsal ve bireysel açıdan büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal sorunlar arasında ise en sık görüleni depresyondur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılındaki Dünya Sağlık Raporunun (World Health Report) önemli bir kısmını ruh sağlığı bozukluklarına ayırmıştır. DALY (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı) yüküne göre 1999'da 5. basamakta yer alan Majör Depresyonun (MD), 2020'de 2.basamağa geçeceği tahmin edilmektedir.

Depresyon birçok alt gruptan oluşan hastalıklar grubudur. Psikiyatrik hastalıklar çeşitli sınıflandırma sistemleriyle sınıflandırılırlar ancak depresyon denildiğinde genellikle ilk düşünülen majör depresyondur. Diğer türler daha az akla gelir.

Tıptaki ilerlemelerle hastalıkların birçoğu ya yok edilmiş ya da etkili tedavilerle etkisiz hale getirilmişken, depresyon gelişmiş ülkelerde önemli ölçüde olmak üzere, dünyada hızla artmakta ve büyük bir halk sağlığı problemi olarak baş göstermektedir.

Depresyon büyüme, gelişme, okul performansı, akran veya aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir ve intihara neden olabilmektedir. Depresyon nedeniyle oluşan işgücü kaybı ekonomik kayıplara neden olabilmektedir.

Depresyon bütün yaşlarda görülmekle birlikte çocuklar ve yaşlılara göre orta yaş ve genç bireylerdeki fark daha barizdir (Ören ve Gençdoğan, 2007). Herhangi bir zamanda çocuk ve ergenlerin yüzde 15'inde depresyonun bazı semptomları vardır (Bhatia ve Bhatia, 2007).

Sosyoekonomik ve kültürel alandaki hızlı değişimler üniversitede okuyan öğrencilerde psikolojik anlamda olumsuz yönde etkiye sahiptir. Üniversite öğrencileri belirlenemeyen büyük yaşam kararlarıyla yüzleşmesi gereken ergenlik döneminden yetişkinliğe kritik bir geçiş döneminde oldukları için depresyon açısından daha büyük risk altındadır (Bayram ve Bilgel, 2008). Üniversite hayatı süresince bu döneme has toplumsal ya da duygusal özellikler nedeniyle psikiyatrik bozukluklar ve ya uyum bozuklukları oldukça yaygındır. Birçok üniversite öğrencisi ekonomik kaygılar, aileden henüz ayrılmış olmak, kaldığı yere (ev ya da yurt) alışmamak ve yeni

arkadaşlık kuramamak gibi durumlardan olumsuz etkilenirler. Üniversitede okuyan öğrencilerin birçoğu yeteri kadar koruyucu hizmetlerden yararlanamadığından ruhsal bozukluklar için büyük bir risk grubunu oluşturmaktadır (Özkürkçügil, 1999). Oysa depresyon tedavi edilebilir bir hastalıktır ve hastalık süresince yaşanan sıkıntıların tedavi edilmesi yaşam kalitesinde belirgin bir iyilik hali sağlayacaktır.

Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda öğrenciler için en önemli potansiyel psikolojik rahatsızlığın depresyon olduğu belirtilmektedir (Sherer, 1985).

Ülkemizde daha önceki yıllarda yapılmış çalışmalarda toplumda klinik düzeyde depresyon prevalansının ortalama %10 civarında olduğu tespit edilmiştir. Depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansı genellikle %13-20 arasında değişmektedir (Öztürk, 1997).

Depresyon Kanada'da zihinsel hastalıklar arasında en yaygın olanıdır. Birçok faktör depresyona katkıda bulunurken stres en çok bildirilenlerin arasındadır (Steenbeek ve ark., 2016).

İsveç'te tıp öğrencileri arasında yapılan çalışmada depresif belirtilerin prevalansı %12,9 ile genel popülasyondan anlamlı derecede yüksek olarak tespit edilmiştir. Kız öğrencilerde %16,1, erkek öğrencilerde ise %8,1 olarak tespit edilmiş ve kız öğrencilerde erkek öğrencilerden anlamlı derecede yüksek idi (Dahlin ve ark., 2005).

Amerikalı lisans öğrencileri arasında depresyonun bildirilen prevalansı %12-33 dir (Michael ve ark., 2006), (Eisenberg ve ark., 2007), (Sarokhani ve ark., 2013).

Amerika'da yapılan bir araştırmada ankete katılan 1080 kişiden % 36,3'ünde orta ila ağır depresyon tespit edilmiştir (Dahlin ve ark., 2005).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada üniversite öğrencileri arasında depresyon prevalansı; aşırı şiddetli (%2,4), şiddetli (%13,0) ve orta düzeyde (%37,7) olarak tespit edilmiştir ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Deb ve ark., 2016).

Depresyon başlangıç yaşının azalması ve modern yaşam tarzı tarafından üretilen stres gibi faktörler genetik açıdan risk altındaki kişilerde hastalığı tetikleyebilir (Lewinsohn ve ark., 1993), (Caspi ve ark., 2003).

Birçok çalışma, uyku zamanlamasının yanı sıra kalite ve niceliğinin öğrencilerin öğrenme yetenekleri ve akademik başarılarıyla bağlantılı olduğunu ve öğrencilerin genellikle kronik olarak uykudan yoksun olduğunu ortaya koymaktadır (Curcio ve ark., 2006).

Uyku kalitesi de bilişsel performans üzerinde belirgin etkilere sahiptir. Son yıllarda elde edilen birçok bulgu uykunun bellek konsolidasyonu için önemine işaret etmektedir, uyku bellek içeriğini zenginleştirmektedir (Diekelmann ve Born, 2010). Bu nedenle kaliteli uyku çoğu zaman birçok insanın hayatında en zorlayıcı öğrenme dönemi olarak düşünülen yükseköğrenim için daha önemli hale gelmektedir.

Uyku değişiklikleri depresif belirtilerin bir bileşeni olmasına rağmen uyku bozukluklarının kendiliğinden depresyon gelişimine neden olabileceğini gösteren kanıtlar vardır (Riemann ve ark., 2001).

Uyku bozukluklarının kendiliğinden depresyona neden olabileceğinden üniversite öğrencileri arasında uyku bozuklukları ve depresif belirtiler gösterenlerin tespit edilmesi, tespit edilenlere ulaşılması koruyucu sağlık açısından da önemlidir.

1.1. Depresyon

Bu yüzyılın başları 19. yüzyılın sonlarına doğru insanlık bulaşık hastalıklar dan müzdaripti. Bu bulaşıcı hastalıklar çevre şartlarının iyileştirilmesi, halkın eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, uygun müdahaleler yoluyla önemli ölçüde yok edilebildi. Zamanla sık görülen toplum sağlığı sorunları değişmiştir. Artık ruhsal hastalıklar daha yaygın görülmektedir. Ruhsal hastalıkların kronikleşme eğilimleri daha yüksektir ve tedavileri daha güçtür. Sık görülmesi, tedavi ve rehabilitasyon güçlükleri yanı zamanda kronikleşme eğilimlerinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu iken bu sorun daha da derinleşmektedir (Güler ve Akın, 2012). Halen psikiyatrik hastalıklar arasında en sık tespit edileni ve hastalık yükünün önde gelen ilk nedenlerinden biri depresyondur (WHO 2001).

Depresyon tanısının geç koyulması veya tedavisinin düzenlenememesi nedeniyle sağlıkta bozulmalar hatta ölümler meydana gelirken, erken tanınip doğru olarak tedavi başlandığında kişinin yaşam kalitesi bariz olarak artmaktadır. Depresyonun tanısı zor konulan birkaç alt tipi ile beraber farklı tabloları mevcuttur.

Psikiyatrik hastalıkların prognozunu ve seyrini etkilemesi açısından erken tanınması ve tedavi edilebilmeleri psikiyatristler haricindeki diğer hekimleri de ilgilendirmektedir.

Hastalığın klinik semptomları, anksiyete, yorgunluk, uyku değişiklikleri, sinirlilik, bilişsel değişiklikler ve günlük olaylar için ilgi kaybıdır. Umutsuzluk duyguları, hastalığa yakalanan kişilerin intihar düşüncelerine ve hastalıktan ciddi şekilde etkilenenlerde intiharlarına yol açabilir. Depresyon süresi, şiddeti ve depresif belirtilerin sayısının yanı sıra coşku dönemlerine göre çeşitli alt tiplere sınıflandırılır (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

Günümüzde depresyonun sık görülmesi ile beraber başlama yaşı da düşmüştür. Başlama yaşının düşmesiyle alkol ve madde kullanımı gibi depresyonunun komplikasyonları da gençler arasında yaygınlaşmaktadır. Bir diğer önemli komplikasyonu da intiharlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genç ölümünde ölüm sebepleri arasında intihar üçüncü sıradadır (Lewinsohn ve ark., 1993).

Depresyonun insidansı da yüksektir. Blazer 'ın yaptığı çalışmada 1. basamağa başvuran kişilerde insidans yaklaşık %10 olarak 2. basamakta ise %15 olarak tespit etmiştir (Blazer, 1995).

Üniversite öğrencileri, Avrupa ve Kuzey Amerika'da belirli zihinsel rahatsızlıkların yaygınlığının yüksek olduğu geniş bir alt grubudur. Düzensiz uyku durumları, akademik baskılar ve ilk defa evden uzakta yaşamak zihinsel hastalık riskini artırır. Birkaç çalışmada maddi zorluk, öğrenciler arasında zihinsel bozukluk için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Mali zorluk yaşayan ABD öğrencilerinde mali durumu rahat öğrencilere göre depresyon ve anksiyete riski üç kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Eisenberg ve ark., 2007).

1.1.1. Depresyonun Tanımı

Depresyonun Latince kökü, kendine olan güvenini azaltmak, alt yönlü baskı uygulamak, donuklaştırmak, asılmak, halsiz, kederli, düşünceli, durgunlaştırmak manalarında 'depressus' dur. Türkçede ise ruhsal çöküntü anlamındadır (Köknel, 2005).

Depresyon; yalnızca kişisel sorunlara yol açan psikiyatrik bir hastalık değildir aynı zamanda mesleki ve ekonomik kayıplara yol açabileceği gibi toplumsal ve önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Tezcan, 2011).

Depresyon bireyin kısa süreli üzüntü ya da çökkün duygu durum hissetmesinden ziyade bireyin uzun süreli üzüntü ve çökkün duygu durum içerisinde olmasıdır (Köroğlu, 2006) .

Diğer bir tanıma göre depresyon, bireyde çevresel, kalıtsal, ve hormonal aksaklıklar sonucunda oluşan bir çeşit çökkünlük halidir (Adasal, 1976).

Depresyon; sosyal alanda; intihar girişimleri, sosyal - mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, toplumdan uzaklaşma, kognitif alanda; konuşmada ve düşüncede retardasyon, benlik saygısında azalma, değersizlik, çaresizlik, karamsarlık, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, halüsinasyonlar, hezeyanlar, obsesif düşünceler, ölüm ve intihar düşünceleri, emosyonel alanda; anksiyete, disfori, anhedoni, üzüntü, irritabilite, vejetatif alanda; somatik yakınmalar, enerji azlığı, yorgunluk, güçsüzlük, bitkinlik, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ile beraber nadiren kilo alımı ancak çoğunlukla kilo kaybı, cinsel ilgide azalma, ajitasyon, kabızlık, hareketlerde yavaşlama, kadınlarda adet düzensizlikleri gibi belirtileri içeren semptomları vardır (Tezcan, 2011).

Beck (1963) depresyonun 2000 seneden fazla bir süreden beri klinik bir sendrom olarak kabul edildiğini, fakat karmaşık ve paradoksal özelliklerinden dolayı depresyona dair tatmin edici bir açıklama yapılamadığını savunmuştur. Beck (1963)'e göre depresif bireylerin, objektif gerçeklikle uyumlayan kendilik algıları depresyonu paradoksal bir durum haline getirmektedir (Beck, 1963).

1.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir ve önemli bir küresel halk sağlığı problemidir. Depresyon, kadınlar arasında erkeklerden daha sıktır ve kadın / erkek risk oranları kabaca 2: 1' dir. Aile öyküsü, kadın olma, çeşitli kişilik özellikleri, sosyal izolasyon ve stresli yaşam tecrübelerine maruz kalma gibi bir dizi sürekli risk faktörü bulunmuştur. Bu oldukça tekrarlayan bir rahatsızlıktır. Tedavi edilmeyen

depresyon, erken ölüm ve genel sağlıkta kötüleşmeye neden olabilir. Depresyon, intihar için önemli bir risk faktörüdür (Bozdemir ve ark., 2017).

Dünya genelinde hastalık yükünün önde gelen üçüncü nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü majör depresyonun 2020 yılına kadar küresel hastalık yükü açısından ikinci en büyük katkıda bulunan hastalık olacağını öngörmektedir (Lopez ve Murray, 1998).

Depresyon, düşük gelirli ülkelerde hastalık yükünde sekizinci sırada iken, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ilk sırayı almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), depresyonun tüm dünya genelinde, 2030 yılında DALY yükünde birinci sırada olmasını beklemektedir. Ülkemizde en fazla görülen temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yüküne (Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar, YLD) neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar almaktadır (DSÖ, 2008).

Depresyon ile ilgili çalışmalar insidans çalışmasından daha ziyade prevalans çalışmaları türündedir. Farklı gruplarda da depresyon prevalansı da farklılık gösterir. Ülkemizdeki depresyon yaygınlığı ise %8-20 bulunmuştur (Doğan ve ark., 1995). Majör depresyon için ömür boyu oranlar ülkeler arasında büyük farklılıklar gösterir, Tayvan'daki örneklemdeki 100 erişkin başına 1,5 vaka arasında iken Beyrut'ta 100 yetişkin başına 19,0 vakadır (Weissman ve ark., 1997).

Tüm hayat boyunca depresyon sıklığı kadınlarda %10-25 oranlarında, erkeklerde ise %5-12 arasında değişmektedir (Blazer, 1999).

Yapılan çalışmalarda kadınlarda her 5 kişiden biri, erkeklerde her 10 kişiden birinde yaşamları boyunca kısa bir süre de olsa depresif dönemleri olmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007).

Depresyon her yaşta görülebilmekte ve başlayabilmektedir. Ancak benzer olarak birçok çalışmada başlangıç yaşı ortalaması 20'li yaşların sonları olarak saptanmıştır (McIntosh ve ark., 2010).

Kadınlar her yaştaki erkeklerden daha yüksek depresyon oranlarına sahiptir. Depresyon oranı 60 yaşına kadar yaşla artış göstermektedir; 12-17 yaş aralığında oran %5,7 iken; 40-59 yaş grubundaki yetişkinlerde %9,8'e kadar çıkmakta ancak 60 yaş üstü yetişkinlerin depresyon oranı (%5,4), 18-39 yaş grubundan ve 40-59 yaş

grubundan anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. En yüksek depresyon oranı % 12,3 ile 40-59 yaşlarındaki kadınlarda görülmüştür. En düşük depresyon oranları, 12-17 yaşlarındaki (%4,0) ve 60 ve üzeri (%3,4) yaşlarındaki erkeklerden oluşmaktadır.

Şiddetli depresif belirtileri olan kişilerin yaklaşık %90'ı iş, ev ya da sosyal aktivitelerde zorluk yaşadığını bildirmiştir. Depresif belirtilerin şiddeti arttıkça iş, ev veya sosyal faaliyetlerle ilgili zorluk derecesi de depresyonla orantılı olarak artmaktadır. Hafif depresif belirtileri olan kişilerde %45,7'den şiddetli depresif belirtileri olanlarda %88,0'a kadar çıkmaktadır (CDC/NCHS, 2009–2012).

Net bir veri olmamakla birlikte depresyon ile sosyoekonomik seviye arasında ilişki olduğunu düşündüren çalışmalar mevcuttur. Sosyoekonomik sınıflamada üst seviyelerde çalışan kadınlarda daha alt seviyede çalışan kadınlara göre daha az oranlarda depresyon görülmektedir (Ören ve Gençdoğan, 2007).

Depresyonun genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşim nedeniyle meydana geldiğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Depresyon, genel popülasyona göre 1. derece yakınlarında depresyon olan kişilerde daha fazla meydana gelmektedir (Moo-Estrella ve ark., 2005).

Küey ve Güleç (1993) ülkemizde daha önceden yapılmış epidemiyolojik çalışmalardan elde ettiği bulgulara göre;

- a) Toplumda, klinik düzeyde depresyon vakasının %10 civarında olduğu,
- b) Depresyon belirtilerinden psikolojik olanların %10, fiziksel belirtilerin ise %20 civarında olduğu,
- c) Kronik depresyonun %4-8,8 civarında olduğu,
- d) Depresif belirtiler gösteren bireylerin yaklaşık üçte birinde kronikleştiğini belirtilmiştir (Bellack, 1981).

Türkiye’de ruh sağlığı açısından epidemiyolojik ilk alan çalışması 1960’lardan sonra Türkiye Akıl Hıfzısıhha Cemiyeti tarafından İstanbul ‘da 10 413 kişinin tarandığı, ancak istatistiksel analizin yapılmadığı bir çalışmadır. Bunu izleyen alan araştırmalarının genel özellikleri Tablo 1.1.’de özetlenmiştir.

Tablo 1.1. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi alan araştırmaları

Araştırma yeri, yılı,	Alan	Yaş grubu	Veri toplama yöntemi, örnek seçimi	Tanı sistemi	Saptanan ruhsal bozukluk
1 İçel, 1977	Yeni yerleşim	0-..	Anahtar kişilerden bilgi alma, 1262	Görüşme-DSM-2	Tüm ruhsal bozukluklar
2 Ankara, 1978	Kırsal	0-..	Anahtar kişilerden bilgi alma, 2322	Görüşme-DSM-2	Tüm ruhsal bozukluklar
3 Ankara, 1980	Yarı-kırsal	20-49	Rastgele örnekleme, 300	PSE-ICD-9	Tüm ruhsal bozukluklar
4 Ankara, 1981	Yarı-kırsal	20-60	Rastgele örnekleme, 260	Weisman ölçeği	Depresif bozukluk
5 Ankara, 1982	Üniversite	18-20	Rastgele örnekleme, 275	BDÖ	Depresif belirtiler

1. (Aktan, 1977) 2. (Ünal, 1979) 3. (Demiriz, 1980) 4. (Üstün TB ve ark., 1981)
5. (Güney, 1982)

Ülkemizde 1982 yılında yapılan rastgele örnekleme ile seçilen 275 üniversite öğrencisinde BDÖ ile depresyonun nokta prevalans hızı %69 olarak tespit edilmiştir (Güney, 1982).

Depresyonun bir yıllık prevalansının son yıllarda ülkemizde yapılan çalışmalarda %6,4 ve yaşam boyu prevalansının %15 civarında olduğu bildirilmiştir (Ertan, 2008).

1.1.3. Depresyonun Tanı Ölçütleri

Depresyon başlığı altında sadece bir hastalıktan değil, birden fazla alt gruptan oluşmuş hastalıklardan bahsetmekteyiz. Psikiyatrik bozukluklarda en fazla kullanılan sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin sınıflandırma sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’ tür.

DSM 5’e göre depresyon;

1. Majör depresif bozukluk.

2. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk)
3. Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk.
5. Maddenin veya ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
6. Başka bir sağlık durumunun neden olduğu depresyon bozukluğu
7. Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
8. Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk.

1.1.4. Depresyonda Klinik Görünüm

Depresyonda gözlenen klinik belirtiler şunlardır:

Çökkün duygu durumu ve ilgi azlığı depresyonun temel özelliklerindendir. Depresif bozukluk tanısının konulabilmesi için en az 2 haftalık bir süreçte depresif duygu durum ve ilgi kaybı/zevk alamamama belirtilerinden en az birinin mevcut olması gereklidir. Hastaların çoğunluğu kendilerini özellikle sabahları çok karamsar ve çökkün hissederek. Çökkün duygu durum; mutsuzluk, kendini kederli ve elemli hissetme, hüznün, moral bozukluğu, umutsuzluk, karamsarlık, kendini boşlukta hissetme, sıkıntı hissi ile karakterize olabilir ve devamlılık gösterir. Depresyon devam ettikçe bireyler kendilerini bütün gün kötü hissetmeye başlarlar (Işık ve ark., 2013). Bireyler önceden zevk alıp yaptığı etkinliklerden zevk alamaz duruma gelirler, işine ve çevresine ilgisi giderek azalır. İlk başlarda dikkatte odaklanamama, bunaltı, affektif anestezi, bilişsel bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Düşünce akışındaki yavaşlama nedeniyle sorulan sorulara yanıt verememe veya yanıt vermede zorluklara neden olabilir. Düşünce içeriğinde suçluluk-değersizlik fikirleri, olumsuz düşünceler, umutsuzluk, kararsızlık, hipokondriak uğraşlar, ağrı, konsantrasyon güçlüğü, obsesif ruminasyonlar ve fobiler, intihar düşünceleri ve girişimleri, bellek bozukluğu, algı bozukluğu, dikkat bozukluğu vardır. Bireyler yaşadıkları bu duygu durumları olumsuz algılayıp bilişsel çarpıtma yaparak içinde bulundukları düşüncelerini desteklerler.

Depresif hastalarda çoğunlukla kilo kaybı nadiren kilo alımı, iştah azalması, cinsel istek kaybı, enerji azlığı, sirkadien ritm bozuklukları ve uyku düzensizlikleri

gibi belirtiler sık görülür. DSM-5'e göre Major Depresyon tanı ölçütleri Tablo 1.2' de özetlenmiştir.

Tablo 1. 2. Major depresyon tanı ölçütleri

DSM-5'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri.
A) İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da ilgi kaybı ya da (2) artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir 1- Hemen her gün başkasının gözlemlediği ya da kendisinin bildirdiği, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum 2- Hemen her gün başkasının gözlemlediği ya da kendisinin bildirdiği, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması, 3- Kilo alımı ya da kilo kaybı, hemen her gün iştahının artmış ya da azalmış olması 4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması 5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması 6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması 7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması 8- Hemen her gün, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık 9- Yineleyen ölüm düşünceleri ve özkıyım düşünceleri ve özkıyıma yönelik tasarılarının olması B- Bu belirtiler mixt epizot tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. C- Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. D- Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. E- Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz.

1.1.5. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon

Üniversite öğrenimi sırasında öğrenciler aileden henüz ayrılmış olmak, ekonomik kaygılar, yurt yaşamına adaptasyon sorunları, yeni arkadaş edinememek gibi toplumsal veya duygusal sebepler nedeniyle uyum bozuklukları veya psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadır. Bu risk altındaki grubun yeterli düzeyde koruyucu hizmet alamaması nedeniyle bu risk daha da belirginleşmektedir.

15 ve 44 yaşları arasındaki insanların engelliliğin başlıca on nedeninden ilk üç neden arasında zihinsel bozukluklar vardır ve diğer nedenler de genellikle zihinsel bozukluklarla ilişkilidir. Bu yaş grubunda özellikle üniversite öğrencileri, ergenlik döneminden yetişkinliğe geçişte kişinin hayatında en stresli zamanlardan biri olan bu

süreci yaşadıklarından özel bir gruptur. Dünya çapında birçok çalışma, üniversite öğrencileri arasında yüksek stres ve depresyon oranlarını ortaya koymaktadır.

Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda bildirilen yaygınlık oranları % 10-85 arasında değişmekte olup, ağırlıklı ortalama prevalans %30,6'dır (İbrahim ve ark., 2013).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ailelerin öğrencilerin masraflarını karşılamada güçlük çekmesi, üst sınıflarda okumak, arkadaş ilişkilerinde sorun yaşaması, öğrencinin ders başarısızlığı depresyon ile ilişkili bulunan değişkenler olarak tespit edilmiştir (Özdel ve ark., 2002).

İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada depresif belirtiler BDÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde depresif belirti gösterme yaygınlığı Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde %31, Tıp Fakültesi öğrencilerinde %21,9 olarak tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2007). Depresif bozukluklar ile ilgili 2000 yılından sonra yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar Tablo 1.3'de yer almaktadır.

Tablo 1.3. Üniversite öğrencilerinde depresif bozukluklar üzerine epidemiyolojik araştırmalar

Bölge-şehir, kaynak	Örneklem, yaş, yaygınlık	Örneklem büyüklüğü	Tarama aracı	Sonuç
Denizli, (Bostancı ve ark., 2005)	Üniversite öğrencileri	504	BDÖ	%26,2
Malatya, (Aylaz ve ark., 2007)	Sağlık MYO öğrencileri	236	BDÖ	%25,4
Malatya, (Kaya ve ark., 2007)	Tıp ve MYO öğrencileri	754	BDÖ	Tıp %21,9; MYO%31,8
Bursa, (Bayram ve Bilgel, 2008)	Üniversite öğrencileri	1617	DASS-42	%27,1
İzmir (Yücel ve ark., 2009)	Üniversite öğrencileri	479	PMSÖ, GSA-12	%48
Manisa, (Taşkın ve ark., 2009)	Üniversite birinci sınıf öğrencileri	1026	BDÖ	%20,6
Trabzon, (Ayvaz ve ark., 2006)	Sıklık	192	GSA, BDÖ, BAÖ,E-PNDÖ	% 28,1

Çin'de üniversite öğrencilerinde depresyon prevalansı % 11,7-24,8 arasında değişmektedir (Chen ve ark., 2013).

Yüksek insidansı ve ciddi zararı nedeniyle depresyonun altta yatan faktörleri çok dikkat çekmektedir. Cinsiyet, depresyonun kritik bir faktörüdür ve hem genel nüfus hem de üniversite öğrencileri arasında depresyona karşı hassasiyete ilişkin cinsiyet farklılığı gösterilmiştir (İbrahim ve ark., 2013).

Kognitif bozukluk, benlik saygısı, aile ortamı, kişilerarası ilişki gibi depresyonun ortaya çıkışı ve gelişimi ile ilişkili ispatlanmış pek çok faktör vardır (Nasir ve ark., 2010), (Doron ve ark., 2013), (Rodriguez ve ark., 2014).

Özellikle depresyon riskinde artış stres ile ilişkili olduğuna inanılır ve stresin ana kaynaklarından biri de olumsuz yaşam olaylarıdır (Bifulco ve ark., 2000).

Mısır'da Fayoum Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada öğrenciler arasında depresyon prevalansı %60,8 olarak bulunmuştur. Depresyon skoru yaş ve düşük sosyoekonomik düzey anlamlı olarak ilişkili olarak tespit edilmiştir (Wahed ve Hassan, 2016).

Meksika'da 18 ile 65 yaşları arasında yapılan araştırmada genel popülasyonda depresyon prevelansı %5 ila %12 aralığında değişmekte ve ortalama başlangıç yaşı 25-40 yıl arasındaydı. Üniversite öğrencilerinde %11,8 oranında bir prevalans olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada son altı ay içinde daha yüksek stres verici olay yaşayanlarda depresif belirtiler daha sık olarak tespit edilmiştir (Kabakçı 2001).

Sabahları geç uyanıp günün ilerleyen saatlerinde daha aktif olan öğrencilerin; daha erken uyanıp sabahları daha aktif olan öğrencilere göre depresif belirti sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu öğrencilerin düzensiz uyku periyodları yaşamaları nedeniyle akademik performanslarında da düşüklük olduğu bildirilmiştir (Medeiros ve ark., 2001), (Oginska ve Pokorski, 2006).

1.2. Uykusuzluk

Uyku yaşamamızın iyi bir şekilde devam edebilmesi için çok önemli bir role sahiptir. Uykunun kaliteli olması güvenliğimiz için gereklidir. Ayrıca fiziksel sağlığımızı, ruhsal sağlığımızı korumamıza yardım eder (Şenol ve ark., 2012).

Uykusuzluk şu anda dünyadaki milyonlarca insanın yaşam kalitesini etkileyen halk sağlığını ilgilendiren bir endişe olarak algılanıyor; değişmiş ruh hali, konsantrasyon ve hafıza ile uzun süreli fiziksel ve zihinsel tükenmeye neden olabilir. Ardından, zihinsel yeteneklerin ve bilişsel davranışların azalmasıyla birlikte genel durumun bozulması nedeniyle yaşamın sosyal ve profesyonel yönleri etkilenebilmektedir (Banks ve Dinges, 2007).

Uyku bozukluğu tek başına ayrı bir hastalık olarak bazen de diğer bir ruhsal ya da bedensel rahatsızlığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozukluğu hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sonuçları da dahil olmak üzere olumsuz sonuçlar doğurur ve bunlar büyük bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Morin ve Jarrin, 2013).

1.2.1. Uykunun Tanımı

İnsanlar hayatının ortalama 1/3' ünü uyuyarak geçirmektedir. Uyku sadece uyanıklığın ortadan kalkması değil, farklı bir bilinçlilik durumu olarak tanımlanabilir. Bu farklı bilinçlilik düzeylerinin farklı fizyolojik, elektrofizyolojik ve bilişsel bileşenleri vardır. Öğrenme, bellek oluşumu ve emosyonel düzenlemelerle uyku arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir.

Amerikan Ulusal Uyku Bozuklukları Araştırmaları Komisyonu (NCSDR) uykunun dinlendirici olmaması veya uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte güçlük gibi şikayetleri uykusuzluk olarak tanımlar.

Uykuda bireyin çevreyle iletişimi kısmi, geçici ve periyodik olarak kaybolup değişik şiddetle uyaranla geri döndürülebilir (Köktürk 1999).

Kontrollü bir bilinç yitimi sağlıklı bir hayatın vazgeçilmez unsuru, yeni güne hazırlanma dönemidir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Uykusuzluk, bireylerin yeterli sürede uyuyamadığı bu nedenle dinlenemediği böylece başlayan güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanabilir. Uykusuzluk, uyumak için yeterli fırsat ve zaman varken uykuyu başlatmakta sürdürmekte tekrarlayıcı zorluklar yaşanması böylece gündüz işlevlerinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmıştır.

Hipokrat tarafından öne sürülen teoriye göre uyku; kanın vücudun iç organlarını sıcak tutma amacı ile birikerek beyinden uzaklaşması nedeniyle oluşan damarsal değişim sonucu oluşmaktadır.

Aristo'ya göre uyku; gıdaların ısıya dönüşmesiyle ortaya çıkmaktadır.

20. yüzyılın başlarında ise hipnotoksin teorisi ortaya atılmıştır. Buna göre kana salgılanan bir madde uykuya neden olmaktadır. Bunu ispatlamak amacı ile uyuyan köpeklerden alınan kan, uyanık köpeklere verilmiş ve köpeklerde uykuyu indüklediği gösterilerek uykuyu başlatan endojen bir faktörün varlığı teorisi desteklenmiştir.

1.2.2. Uyku–Uyanıklık Bozuklukları

Uyku bozukluğunun temel özelliği kişinin uyku miktarından veya kalitesinden duyduğu memnuniyetsizliktir. Klinik açıdan önemli uyku şikayetleri sosyal, mesleki,

ekonomik ve diğer önemli işleyiş alanlarında sıkıntı veya bozulmalara neden olur. Uyku bozukluğu zihinsel veya tıbbi durum bozukluğu ile beraber olabilir veya bağımsız olarak ortaya çıkabilir. Uykusuzluğun değişik belirtileri, uyku döneminin farklı zamanlarında ortaya çıkabilir. İlk uykusuzlukta yatmadan önce uykuyu başlatmada güçlük içerir. Orta uykusuzluk gece boyunca sık sık veya uzun süre uyanışlar içerir. Geç uykusuzluk sabah erken uyanışı içerir ve uykuya geri dönüşte zorluk vardır. Uyku güçlüklerinin en yaygın görülen tek semptomu uykusuzluk bunu takiben semptom uykuya dalmakta güçluktur. Ancak bu belirtilerin kombinasyonu genel olarak en yaygın olanıdır. Uyku şikayetinin spesifik türü genellikle zamanla değişir. Bir kere uykuya dalmakta zorluk yaşayan şahıslar daha sonra uykuyu sürdürme zorluğundan şikayet edebilir ve tersi de olabilir. Uykuyu başlatmakta veya uykuyu sürdürmede zorluk bireyin retrospektif kişisel raporu, uyku günlükleri veya polisomnografi gibi diğer yöntemlerle ölçülebilirken; uykusuzluk bozukluğunun teşhisi, kişinin öznel uyku algılaması ya da bakım veren (eş/ebeveyn) kişinin raporuna dayanır (American Psychiatric Association. DSM 5 ; 2013).

Gece uykusuzluğu yorgunluk daha nadiren gündüz uykululuğu gibi gündüz şikayetlere neden olur. Dikkat, konsantrasyon ve bellek ile ilgili zorluklar hatta basit manuel becerilerde azalma gibi bilişsel performansta bozulmalara neden olur. Uyku bozuklukları, sıklıkla depresyon ve diğer yaygın zihinsel rahatsızlıklarla birlikte bulunan tıbbi ve nörolojik rahatsızlıkların klinik olarak bir göstergesidir. Uyku bozukluğu olan bireyler depresyon ve anksiyete belirtileri ölçen psikolojik kişilik envanterlerinde yüksek puan alırlar. Bireylerin genellikle bilişsel performansı korumak için daha fazla çaba sarf etmeleri gerekir. Ayrıca sürekli uyku bozuklukları (insomnia ve aşırı uyku) mental hastalıkların ve madde kullanım bozukluklarının gelişimi için risk faktörleridir. Birlikte var olan tıbbi ve nörolojik koşullar göz önüne alınarak uyku-uyanma şikayetlerinin ayırıcı tanısı çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

1.2.3. Uyku–Uyanıklık Bozuklukları Epidemiyolojisi

Uykusuzluk her yaşta görülür. Nüfusa dayalı tahminler yetişkinlerin yaklaşık üçte birinin uykusuzluk belirtileri yaşadığını, %6-10 uyku bozukluğunu karşılayan semptomlara sahip olduğunu rapor etmektedir. Birinci basamakta, bireylerin yaklaşık

%10-20'si uykusuzluk semptomlarından yakınmaktadır. Uykusuzluk kadın/erkek oranı 1,44' tür ve kadınlarda erkeklerden biraz daha fazladır. Uykusuzluk şikayetleri orta yaş ve ileri yaştaki erişkinlerde daha yaygındır. Uykusuzluk belirtisinin türü de yaşa göre değişir. Uykuya dalmakta zorluk genç yetişkinler arasında daha yaygın olmakla beraber uykuyu sürdürmekle ilgili sorunlar orta yaş ve üzeri bireylerde daha sık karşılaşılr. Uykusuzluk bağımsız bir bozukluk ya da semptom olsa da sıklıkla başka bir tıbbi durum veya zihinsel rahatsızlıklara eşlik eden bir durum olarak görülür. Örneğin uyku bozukluğuna sahip bireylerin %40-50'sinde aynı zamanda ek bir ruhsal bozukluk bulunmaktadır (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

Uykusuzluk semptomlarının başlangıcı yaşam boyunca herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir, ancak ilk epizod genç yetişkinlikte daha sık görülür. Uykusuzluk, çocukluk ya da ergenlik döneminde başlar. Kadınlarda yeni başlayan uyku bozukluğu menopoza sırasında ortaya çıkabilir ve menapoza bağlı diğer semptomlar (örn., sıcak basması) giderildikten sonra bile uyku bozukluğu devam eder. Ayrıca diğer sağlıkla ilgili koşulların başlangıcı ile ilişkili olarak geç zamanlarda da uyku bozukluğu başlayabilir (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

Uykusuzluk duruma bağlı, sürekli veya tekrarlayan olabilir. Duruma bağlı veya akut uykusuzluk genellikle birkaç gün veya birkaç hafta sürer ve sıklıkla yaşam olaylarıyla veya hızlı değişimlerle ilişkilendirilir. Maruziyet ortadan kalktıktan sonra genellikle çözülür. Uyku güçlüğü çeken kişiler örneğin, ağrılı bir yaralanma ile yatalak olan bir kişi uyku için olumsuz ilişkiler geliştirebilirler. Koşullu uyanıklık kalıcı uykusuzluğa neden olabilir. Benzer bir durum da akut psikolojik stres veya zihinsel bir bozukluk bağlamında gelişebilir. Örneğin, uykusuzluk majör depresif bozukluk epizodu sırasında ortaya çıkabilir ve dikkatin odağı haline gelebilir. Buna bağlı olarak negatif şartlandırma ile sonuçlanır ve depresif dönemin çözümünden sonra da devam eder. Bazı durumlarda uyku bozuklukları belirlenebilir bir uyarıcı faktör olmadan da sinsi bir başlangıç yapabilir. Uykusuzluğun seyri stresli olayların ortaya çıkışı ile ilişkili tekrarlayan uyku bozuklukları ataklarıyla birlikte epizodik olabilir. 1-7 yıllık izlemlerde kronikleşme oranları %45 ila %75 arasında değişir. Uykusuzluğun seyri kronikleştiğinde bile uyku düzeninde gece-gündüz değişkenliği vardır ve ara sıra dinlendirici gece uykusu arasına birkaç gece zayıf uyku serpiştirilir. Uykusuzluğun özellikleri de zamanla değişebilir. Uykusuzluk olan birçok kişide daha kalıcı uyku

sorunlarının başlangıcından önce hafif ya da kolayca rahatsız edilen bir uyku öyküsü vardır (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

Kaygı veya endişeye eğilimli kişilik veya bilişsel stiller, uyarılmış yatkınlık artışı ve duyguları baskılama eğilimi gibi kişilik özellikleri gösterenlerde, gürültü, ışık, rahatsız edici derecede yüksek veya düşük sıcaklık, yüksek rakım gibi çevresel faktörler ayrıca kadın cinsiyet ve ilerleyen yaş, uykusuzluğa karşı artan hassasiyetle ilişkilidir. Uyku bozukluğu ve uykusuzluk ailesel özellik gösterir. Uykusuzluk prevalansı dizigotik ikizlere göre monozigot ikizlerde daha yüksektir. Birinci derece aile bireylerinde genel nüfusa kıyasla daha yüksektir (American Psychiatric Association, DSM 5 ; 2013).

Uykusuzluğun değerlendirilmesinde yapılandırılmış bir klinik görüşme formu ve uyku günlüğü tercih edilmektedir. Ancak günlük pratikte zaman ve uzman yetersizliğinden kendi kendine değerlendirme yapılan anketler daha sık kullanılmaktadır (Morin ve ark., 2011).

Nüfusa dayalı çalışmalardan genel bir fikir birliği ortaya çıkmıştır. Bu fikir birliğine göre, farklı ülkelerden gelen çeşitli yetişkin örneklerin yaklaşık % 30'unda uykuyu başlatma veya uyuma güçlüğü, erken uyanma ve bazı durumlarda yenilenemeyen veya kalitesiz uyku semptomlarından en az birine sahip olduğu belirtilmektedir (Roth, 2007).

Uykusuzluk yaygınlığının tarandığı toplum çalışmalarında uykusuzluk toplumun yaklaşık üçte birinde tespit edilmiştir. Herhangi bir sağlık sorunu yaşayan bireylerde bu oran daha fazladır (Boysan ve ark., 2010).

1.2.4. Uyku Bozuklukları Tanı Ölçütleri

DSM-5 göre uyku–uyanıklık bozuklukları;

1. İnsomnia (uykusuzluk) bozukluğu
2. Hipersomnolans (aşırı uyuma) bozukluğu
3. Narkolepsi
4. Solunumla ilişkili uyku bozuklukları
5. Sirkadyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları,
6. Hızlı göz hareketi olmayan (NREM) uyku uyarılma bozuklukları
7. Gece kabusu (Kabus bozukluğu)
8. Hızlı göz hareketi (REM) uyku davranışı bozukluğu
9. Huzursuz bacak sendromu
10. Madde/İlaç ile ilişkili uyku bozukluğu

En sık görülen uyku bozuklukları: İnsomnia, uykuda solunumla ilişkili bozukluklar, huzursuz bacak sendromudur. DSM-5’e göre uykusuzluk tanı ölçütleri Tablo 1. 4’de özetlenmiştir.

Tablo 1. 4. Uykusuzluk (İnsomnia) tanı ölçütleri

DSM-5'e göre Uykusuzluk (İnsomnia) Tanı Ölçütleri.
A. Başlıca yakınma, aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha fazlasının) eşlik ettiği, uykunun niceliği ya da niteliği ile ilgili memnuniyetsizlik yakınmasıdır: 1. Uykuyu başlatma güçlüğü 2. Uykuyu sürdürmede zorluk (Sık uyanışlarla karakterize edilen veya uyanıştan sonra uykuya dönmeye zorluk) 3. Çok erken uyanma ya da kronik nitelikte dinlendirici olmayan düşük kalitede uyku yakınması. B. Uyku bozukluğu, sosyal, mesleki, eğitimsel, akademik, davranışsal veya diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli derecede sıkıntı veya bozulmaya neden olur. C. Uyku güçlüğü haftada en az 3 gece gerçekleşir. D. Uyku güçlüğü en az 3 aydır vardır. E. Uyku bozukluğu uyumak için elverişli bir ortam olmasına karşın ortaya çıkmaktadır. F. Uyku bozukluğu, başka bir uyku-uyanıklık bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca başka bir uyku uyanıklık bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. G. Uykusuzluk bir maddenin (kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz. Eşzamanlı bulunan ruhsal hastalıklar ve sağlık durumları önde gelen uykusuzluk yakınmasını yeterince açıklamaz.

1.2.5. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu

Her yaş grubunda görülen uyku bozuklukları dünya genelinde artış göstermekte ve ciddi bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Altıntaş ve ark., 2006). Yüksek prevalans oranlarına ek olarak uyku sorunları sağlık sorunları ile ilişkilidir. Yakın zamanda yapılan birçok araştırma, mevcut uyku sorunlarına sahip bireylerin uyku problemi bulunmayan insanlara göre daha düşük yaşam kalitesi, daha az enerji ve daha az bilişsel işlevsellik bildirdiklerini ortaya koymuştur (Kryger ve ark., 1996).

Amerika'da 70 milyon insanın kronik uyku problemi yaşadığı, bunların çoğunluğunu adolesan ve üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bildirilmektedir (Cates ve ark., 2015).

Üniversite öğrencilerinin % 40 ila % 77'sinin sık uyanış, uykuyu başlatmada güçlükler, dinlendirmeyen uyku ve düşük toplam uyku süresi gibi geniş bir ölçüsü olan

kötü uyku kalitesinden muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (Vail-Smith ve ark., 2009).

Ayrıca uyku sorunlarının sıklığı ve uykudan memnun olma gibi çeşitli uyku problemleri son birkaç on yıl boyunca üniversite öğrencilerinde daha da kötüye gitmiştir ve önemli ölçüde değişmiştir (Jensen, 2003).

1970 yılından 2000'e kadar öğrencilerin ortalama uyku sürelerinin 7,7 saatten 6,6 saate düştüğü, uyku problemlerinin 1978 ve 2000 yılları arasında %24'den %71'e kadar yükselmiştir (Vail-Smith ve ark., 2009).

ABD'de 1845 üniversite öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerin en az % 27'sinde uyku bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Gaultney, 2010).

Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin uyku alışkanlıklarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmış çalışmada öğrencilerin PUKİ puanlarına göre %56,7'sinin kötü puan aldığı görülmüştür (Karatay ve ark., 2016).

Mayda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 4-5-6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde PUKİ'den 5'in üzerinde puan alan öğrencilerin oranı ise %46,4 olarak tespit edilmiştir (Mayda ve ark., 2012).

Güney Tayland'da 1055 lisans öğrencisi arasındaki yapılan çalışmada PUKİ puanlarına göre kötü uyku kalitesi prevalansı % 42,4 olarak tespit edilmiştir (Pentuksan ve ark., 2016).

Etiyopya'daki üniversite öğrencileri arasındaki PUKİ puanlarına göre kötü uyku kalitesi prevalansı %55,8 olarak tespit edilmiştir (Lemma ve ark., 2012).

Kötü uyku kalitesi, üniversite öğrencilerinde kavga, riskli cinsel aktivite, intihar düşüncesi ve motorlu araç kazaları gibi çeşitli sorunlu ve riskli davranışlarla pozitif yönde ilişkilendirilmiştir (Nadorff ve ark., 2011), (Taylor ve ark., 2010).

Uykusuzluk olan bireylerde, subklinik olarak depresyon ve anksiyete belirtileri görülür. Kognitif fonksiyonları olumsuz yönde etkiler. Ancak uykusuzluk problemi olan hastaları tedavi etmek ve / veya bunları nasıl yöneteceğinin belirsizliği veya hastaların ve / veya hekimlerin uyku sorunlarını tartışamamaları nedeniyle uyku

bozuklukları yaygın olarak saptanmaz veya tedavi edilmez (Kuppermann ve ark., 1995).

1.3. Depresyon ve Uyku Bozukluğu

Uykusuzluk ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların hepsinde en sık depresyon görülür. Uyku, merkezi sinir sisteminin aktif katılımı ile gerçekleşmekte, bu sırada psikolojik ve biyolojik aktivite değişmektedir. Tüm bu değişimlerin sonraki gün ile yaşanan gün arasında düzenlemeleri sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle, yıllardır insanda biyolojik ve psikolojik yaşantılarla uyku arasında ilişki kurulmaktadır (Aydın ve Özgen, 1998).

Anksiyete ve depresyonun bozulmuş uyku üzerinde karşılıklı ve nedensel etkileri olduğu gösterilmiştir (Gillespie ve ark., 2012).

Uyku bozuklukları olarak tanımlanan uykuyu başlatmakta ve sürdürmekte zorluk ve dinlendirici olmayan uyku majör depresyon hastalarının %90'ında ortaya çıkmaktadır (Tsuno ve ark., 2005).

Depresyonun en sık rastlanan kalıntı (rezidüel) belirtisi uyku sorunları olduğu gibi hastalığın tekrar başlamasında da uyku sorunlarının tekrar başlamasının öngörücü olduğu bilinmektedir. Depresyonun tanı kriterlerinde bozulmuş uyku semptomları en bariz olanlar arasındadır. Örneğin, 12 haftalık remisyon sürelerinin ardından bozulmuş uyku semptomlarını yaşamaya devam etme eğilimindedirler (Dombrovski ve ark., 2007).

Uyku bozuklukları üniversite öğrencilerinde akademik aşırı yüklenme, başarılı olmak için sürekli baskı ve geleceğe yönelik endişeler gibi uykularının kalitesini değiştirecek çok sayıda strese maruz kaldıkları için artmaktadır. Yaş, cinsiyet, uyku hijyeni, fiziksel hastalıklar ve zihinsel bozukluklar gibi sosyo-demografik faktörler uykusuzluğun başlıca korelasyonları olarak tanımlanmıştır (Ohayon, 2002).

Aile öyküsü olan, depresyon ya da kaygısı olan ve çocukluktan başlayarak hayat boyu sürececek depresyon ve kaygıyı ortaya koyan kişiler, orta yaşta uykusuzluk açısından yüksek risk altındadır (Goldman-Mellor ve ark., 2014).

Liu ve arkadaşlarının çalışmasında uykunun kaliteli olması ile ruhsal sağlık arasında ilişkinin olduğu, kötü uyku kalitesine sahip bireylerde daha fazla ruhsal sağlık problemi olduğu bildirilmiştir (Liu ve ark., 2008).

1.4. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmada, Selçuk Üniversitesinin belirlenmiş bulunan fakültelerindeki öğrenim gören öğrencilerin uykusuzluk ve depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, bu öğrencilerin ölçek puanlarının belirlenen puanlardan daha fazla olanlarının teşhis ve tedavisi sonrasında depresyon ve uykusuzluk yönünden yeniden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hipotez: Bazı sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, anne, baba öğrenim düzeyi, meslek düzeyi, gelir düzeyi, kronik hastalıklar, sigara, alkol barınılan yer, aile kalınıp kalınmaması, spor yapma v.b.) depresyon ve uykusuzluğu etkilemektedir.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Selçuk Üniversitesinde 2014-2015 eğitim öğretim yılında Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi İdari Bilimler Fakültesinde normal öğreniminde öğrenim gören 5582 öğrenci oluşturmuştur.

Bu araştırmada, Selçuk Üniversitesinin belirlenmiş bulunan fakültelerindeki öğrenim gören öğrencilerin uykusuzluk ve depresyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, bu öğrencilerin ölçek puanlarının belirlenen puanlardan daha fazla olanlarının teşhis ve tedavisi sonrasında depresyon ve uykusuzluk yönünden yeniden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Şekli ve Zamanı

Bu araştırma Selçuk Üniversitesinde 2014-2015 eğitim öğretim yılında Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde normal öğreniminde öğrenim gören öğrencilerde depresyon ve uykusuzluk belirtilerinin sıklığını tespit etmek, ilişkili faktörleri belirlemek, depresyon puanı BDÖ ile kesme noktasından yüksek çıkanların ileri tetkiklerinin yapılması, tedavi gereksinimi olanların tedavisinin başlanması ve daha sonrasında yeniden değerlendirilmesi amacıyla yapılan kesitsel-müdahale tipinde bir çalışma olup, veriler 1 Mayıs 2015-1 Kasım 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

6 ay sonra ilk doldurdıkları ankette depresyon puanı kesme noktasından yüksek çıkan öğrencilere Beck Depresyon anketi ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) mail adreslerine e-mail yoluyla iletilip formu tekrar doldurmaları istenmiştir. Öğrenciler öncelikle telefonla aranmış, bilgi verilmiş daha sonra mail adreslerine anket formları gönderilmiştir.

2.3. Örnek Büyüklüğü ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İİBF ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Sağlık ve sosyal konularda eğitim alan söz konusu fakülteler karşılaştırılacağından ve araştırmacı sayısının sınırlılığından

dolayı bu üç fakülte tercih edilmiştir. İkinci öğretim öğrencilerine yine aynı nedenden dolayı uygulama güçlüğü nedeniyle sadece örgün öğretim öğrencileri alınmıştır.

Araştırmaya alınacak öğrenci sayısı daha önce üniversite öğrencileri arasında yapılmış çalışmalarda depresyon prevalansı %10±2, %95 güven aralığında, alfa= 0,05 varsayımları kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Kan, 2006).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} = 748$$

Formülde;

N: Evrendeki birey sayısı=5582

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş olasılığı=10

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)=90

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer. $\alpha=0.05$ seçilirse t değeri aynı serbestlik derecesinde 1,96'dur.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma= %2

Araştırmanın örneklemini en az 748 kişi olması gerektiği hesaplandı. Ancak anketlerin doldurulması esnasında oluşabilecek eksiklikler göz önüne alınarak 900 anket yapıldı. 3 anket doğru şekilde doldurulmaması nedeniyle değerlendirme dışı bırakıldı. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı ve form doldurmayı kabul eden İİBF'den 476, Sağlık Bilimleri Fakültesinden 328 ve Tıp Fakültesinden 93 öğrenci çalışmaya alınmıştır.

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma değişkenleri anket formundan, Beck Depresyon Anketi ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksinden elde edilmiştir.

2.4.1. Bağımsız Değişkenler

2.4.1.1. Öğrenciler İle İlgili Değişkenler

- Yaş

- Cinsiyet
- Devam ettiği fakülte
- Sınıf

2.4.1.2. Anne ve Baba İle İlgili Değişkenler

- Baba ve anne öğrenim durumu
- Baba ve anne mesleği

2.4.2. Bağımlı Değişkenler

- Beck Depresyon Anketi Puanı
- Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, üç kısımdan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu sorgulanan öğrencilerin Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplanmıştır. İkinci bölüm Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 'nden ve üçüncü bölümde Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) 'nden oluşmaktadır.

2.5.1. Anket Formu

Öğrencilerin sosyoekonomik durum, spor yapma, madde kullanımını belirlemek için 27 sorudan oluşan bir formdur. Öğrencilere ait yaş, cinsiyet, boy, kilo, devam ettiği fakülte, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, anne mesleği, baba mesleği, kardeş sayısı, çalışma durumu, aylık geliri, kaldığı yer, kronik hastalığının olup olmadığı, sürekli kullandığı ilaç, düzenli spor yapıp yapmadığı, uyku problemi yaşama, günlük uyku saati, sigara alkol kullanımı, gelecekte umutlu olup olmadığı, kendini nasıl hissettiği ile ilgili bilgiler bu form aracılığı ile elde edilmiştir. Öğrencilerden isim, soy isim, mail adresi ve cep telefonu da istenmiştir.

2.5.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alt birimlerden meydana gelen, depresif belirtilerin şiddet ve düzeyini tespit etmek,

depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Başarısızlık, kötümserlik, suçluluk, doyumsuzluk, kendini suçlama, cezalandırma, kendinden nefret etme, sinirlilik, ağlama nöbetleri, kararsızlık, sosyal içe dönüklük, uyku bozukluğu, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, yorgunluk, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kabı, iştah azalması, kendini cezalandırma, kilo kaybı gibi 21 belirti kategorisini içerir.

Ölçek Aaron T.Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında oluşturulmuş, 1978 yılında revize edilmiş (BDÖ-1a) ve 1996'da BDÖ-2 yayınlanmıştır. Orjinal hali, kişinin son 1 haftada nasıl hissettiği ile alakalı 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin kullanımı için özel eğitim gerekmez. Ölçek uygulanan kişiden uygulama günü de dahil olmak üzere geçirilen son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçmesi istenir.

Ölçek 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralanarak dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan toplam 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. “0” numaralı cümle o maddede belirtilen depresif duygu ya da durumun olmadığını ifade edecek şekilde, numara arttıkça daha yoğun yaşandığını gösterecek şekildedir. Test puanlandığında, her cevaba 0 ile 3 arasında puan verilmektedir, sonrasında toplam puan, depresyonun ciddiyetini tespit açısından bir cevap anahtarıyla karşılaştırılmaktadır (Beck ve ark., 1961), (Beck ve ark., 1978).

Depresyon ölçeğinin Türkçe formunun Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Hisli’nin (1989) yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Beck Depresyon Ölçeğinin kesme noktasının 17 olduğu, 17 ve üstünde alınan puanların tedavi gerektirebilecek düzeydeki depresyonu %90 üzerinde doğrulukla ayırt edebileceği ön görülmüştür.

2.5.3.Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

Uykusuzluk belirtilerinin derecesini saptayabilmek amacıyla geliştirilen bu ölçek normal toplum taramalarında ve uykusuzluğun klinik değerlendirilmesinde kullanılabilmektedir (Bastien ve ark., 2001). Yedi maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Her madde 0 ve 4 arasında puanlanmakta ve toplam puan 0-28 arasında değişmektedir. Ölçeğin maddelerinin ölçüm yaptığı özellikler sırasıyla, uykuya geçişte zorluklar, uykuyu sürdürme güçlükleri, çok erken uyanma, uyku paterninden alınan

doyum, günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir (Boysan ve ark., 2010).

0-7 puan önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 arası klinik olarak alt eşikte uykusuzluk, 15-21 arası orta şiddette uykusuzluk, 22-28 arası şiddetli düzeyde uykusuzluğu işaret etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından 2010' da yapılmıştır. Ölçek hem öz bildirim aracıdır hem de bakım veren (eş/ebeveyn) veya klinisyen tarafından değerlendirmede kullanabilecek bir araçtır.

2.6. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler

Tez çalışmamız Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 31.03.2015 tarih ve 2015/125 sayılı onayı ve Selçuk Üniversitesi Rektörlüğü'nün 27/03/2015 tarih ve 29854 sayılı izin yazısına istinaden 1 Mayıs 2015-1 Kasım 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya katılacak öğrencilere, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onamları alınmıştır.

2.7. İstatistiksel Analiz

Tüm veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 programı kullanarak analiz edilmiştir. Anket formundan elde edilen sosyo-demografik veriler, Beck Depresyon Anketi ve Uykusuzluk Şiddeti Indexinden elde edilen veriler bu çalışmanın değişkenlerini oluşturmaktadır. Tüm değişkenler tanımlayıcı istatistiklerle özetlenmiştir.

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Bağımsız iki gruba ait ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında parametrik test şartlarının sağlandığı durumlarda Student-t testi, parametrik test şartlarının sağlanamadığı durumlarda Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Bağımlı iki gruba ait ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında parametrik test şartlarının sağlanamadığı durumlarda Wilcoxon İşaretli sıra testi kullanılmıştır.

Birbirinden bağımsız ikiden fazla grubun bağımlı bir değişkene ilişkin ölçümlerinin karşılaştırılmasında parametrik test şartlarının sağlanamadığı durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla gruba ilişkin ölçümlerin karşılaştırılması sonucu gruplar arasında anlamlı bir fark bulunması durumunda farklılığın kaynağını tespit etmek için gruplar, ikili olarak Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Kategorik değişkenlerin bağımsız gruplarda karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ile birlikte Yates düzeltmesi ve Fisher Exact testleri kullanılmıştır.

Çok yönlü analiz olarak Çoklu Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

İki nümerik değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için parametrik test şartlarının sağlanamadığı durumlarda Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır.

Tüm hipotez testlerinde istatistiksel anlamlılık düzeyi (p değeri) 0,05 olarak belirlenmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Öğrencilerin BDÖ' ye Göre Belirlenen Depresyon Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Çalışmaya toplamda 897 kişi alındı. Çalışmaya alınan öğrencilerin %26,3' ü (n=232) erkek, %73,7' si kadın (n=651) idi. Çalışmaya katılan 14 kişi de (%1,6) ankette cinsiyetini belirtmemişti.

Öğrencilerin % 15,1'inde (n=135) depresyon puanı 17'nin üzerinde idi (Tablo 3.1). Tüm öğrencilerde ortalama depresyon puanı $10,0 \pm 8,4$, depresif belirtiler gösteren grubun puan ortalaması $25,5 \pm 8,6$ idi.

Tablo 3. 1. Öğrencilerin Beck Depresyon ölçeğine göre depresyon durumu

Depresyon Puanı	Depresyon Durumu	Sayı	%
16 ve altı	Yok	762	84,9
17 ve üstü	Var	135	15,1
Toplam	-	897	100

Kız öğrencilerin % 16,1'inde depresif belirtiler var iken, erkek öğrencilerin % 12,1' inde depresif belirtiler tespit edilmiştir ve cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,08$). Ancak cinsiyete göre depresyon puanları arasında istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p=0,009$). Ortalama depresyon puanı erkeklerde $8,9 \pm 7,8$, kadınlarda $10,5 \pm 8,5$ idi. Kadınların depresyon puan ortalaması erkeklerden daha yüksek idi.

Öğrencilerin okudukları okul ile depresyon sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek depresyon oranı İİBF'de % 17, ile en düşük depresyon oranı da Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde % 4,3 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesinde bu oran % 14,3 olarak tespit edilmiştir İİBF öğrencilerinde ortalama depresyon puanı $11,1 \pm 9,0$, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde $9,5 \pm 7,8$

ve Tıp Fakóltesi öğrencilerinde $6,5 \pm 5,1$ olarak tespit edildi. 3 fakóltenin öğrencilerinin depresyon puanı istatistiki açıdan anlamlı olarak farklı idi ($p < 0,001$). Tıp Fakóltesi öğrencilerinin depresyon puanı daha düşük olarak tespit edilmiştir ($p = 0,001$).

Öğrencilerin kaldığı yere göre depresif belirti sıklığı farklı idi. Evde arkadaşı ile ya da evde yalnız kalan öğrencilerde daha az depresyon tespit edilmiştir. Baba ve anne öğrenim düzeyi, baba ve anne meslekleri, okul sonrası herhangi bir işte çalışma ve aylık gelir ile depresyon sıklığı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Kronik hastalığı olanlarda depresyon sıklığı daha fazla idi. Kronik hastalığı olanların % 24,4'ünde depresyon var iken herhangi bir hastalığı olmayanların %12,8'inde depresyon saptanmıştır. Öğrencilerin sosyo-demografik verilerine göre depresyon sıklığı Tablo 3.2' de özetlenmiştir.

Tablo 3. 2. Sosyo-demografik verilere göre depresyon sıklığı

		Beck Depresyon Ölçeği Puanı		p
		16 ve altı n (%)	17 ve üzeri n (%)	
Cinsiyet				0,082
	Kadın	546 (%83,9)	105 (% 16,1)	
	Erkek	204 (%87,9)	28 (% 12,1)	
Anne öğrenim				0,853
	Okuryazar değil	67 (%84,8)	12 (%15,2)	
	İlkokul	436 (%84,7)	79 (%15,3)	
	Ortaokul	116 (%85,9)	19 (%14,1)	
	Lise	95 (%87,2)	14 (%12,8)	
	Üniversite+ Y. lisans	46 (%80,7)	11 (%19,3)	
Baba öğrenim				0,912
	Okuryazar değil + İlkokul	291 (%85,6)	49 (%14,4)	
	Ortaokul	130 (%83,3)	26 (%16,7)	
	Lise	173 (%84,4)	32 (%15,6)	
	Üniversite+ Y. lisans	160 (%85,6)	27 (%14,4)	
Anne meslek				0,347
	Ev hanımı	680 (%85,3)	117 (%14,7)	
	Memur	35 (%85,4)	6 (%14,6)	
	İşçi+ Serbest meslek	34 (%77,3)	10 (%22,7)	
Baba meslek				0,744
	İşsiz	20 (%3)	5 (%4,2)	
	Memur	145 (%22,1)	26 (%21,7)	
	İşçi	203 (%30,9)	41 (%34,2)	
	Serbest meslek	260 (%39,6)	41 (%34,2)	
	Vefat	29 (%4,4)	7 (%5,8)	
İşte çalışma				0,054
	Çalışıyorum	52 (%92,9)	4 (%7,1)	
	Çalışmıyorum	704 (%84,3)	131 (%15,7)	
Aylık gelir				0,122
	1000 Tl altı	690 (%84,7)	125 (%15,3)	
	1000 Tl üzeri	59 (%90,8)	6 (%9,2)	
Kaldığı yer				0,009
	Aile ile beraber	163 (%81,5)	37 (%18,5)	
	Evde arkadaş ya da yalnız	182 (%91,5)	17 (%8,5)	
	Yurtta	398 (%83,1)	81 (%16,9)	
Kronik hastalık				0,001
	Yok	615 (% 87,2)	90 (% 12,8)	
	Var	133 (%75,6)	43 (% 24,4)	

Öğrencilerin alışkanlıklarına göre depresyon sıklığı Tablo 3.3’de özetlenmiştir. Düzenli spor yapma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Uyku problemi yaşayanlarda depresyon görülme sıklığı %27,4 iken uyku problemi yaşamayanlarda bu oran %7,2 olarak tespit edildi. Uyku problemi yaşama ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı. Uyku problemi yaşayanlarda depresyon daha sık görülmekte idi. Sigara kullanmayanlarda depresyon görülme sıklığı %12,7 iken sigarayı bırakmış veya halen kullananlarda bu oran %28,5 olarak saptandı ve sigara ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki vardı. Alkol kullanmayanlarda depresyon görülme sıklığı %14,0 iken alkolü bırakmış veya halen kullananlarda bu oran %36,6 olarak saptandı ve alkol ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki vardı.

Tablo 3. 3. Öğrencilerin alışkanlıklarına göre depresyon sıklığı

		Beck Depresyon Ölçeği Puanı		p
		16 ve altı n (%)	17 ve üzeri n (%)	
Düzenli spor yapma	Hayır	640 (%85,6)	108 (%14,4)	0,147
	Evet	106 (%81,5)	24 (%18,5)	
Uyku problemi yaşama	Hayır	465 (%92,8)	36 (%7,2)	<0,001
	Evet	260 (%72,6)	98 (%27,4)	
Sigara kullanma	Hayır	665 (%87,3)	97 (%12,7)	<0,001
	Evet/	93 (%71,5)	37 (%28,5)	
	Bıraktım			
Alkol kullanma	Hayır	734 (%86,0)	119 (%14)	<0,001
	Evet/	26 (%63,4)	15 (%36,6)	
	Bıraktım			

VKİ ‘ne göre zayıf olanların %21,1’ inde, normal olan öğrencilerin %15,1’ inde, kilolu, obez ve ciddi obezlerin %9,6’ sında depresif belirtiler vardı. Ciddi obez olan 3 kişi tespit edilmiştir ancak depresif belirtiler göstermemiştir. Ancak VKİ ile depresif belirti olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,15), (Tablo 3. 4).

Tablo 3. 4. Depresyon sıklığının vücut kitle indeksine göre dağılımı

	Beck Depresyon Ölçeği Puanı		p
	16 ve altı n (%)	17 ve üzeri n (%)	
18.5 kg / m ² 'nin altında olanlar (Zayıf)	71 (%78,9)	19 (%21,1)	0,07
18.5-24.9 kg / m ² arasında olanlar (Normal kilolu)	508 (%84,9)	90 (%15,1)	
25-39.9 kg / m ² arasında olanlar (Fazla kilolu ve obez) 40 kg / m ² 'nin üzerinde (İleri derecede obez)	104 (%90,4)	11 (%9,6)	

İstediği bölümde okuyanlarda depresyon istatistiki açıdan anlamlı olarak daha az sıklıkta tespit edilmiştir. Okuduğu bölümden mutlu olmak yine depresyonu etkileyen ilişkili faktörlerden biri olarak tespit edildi. Okuduğu bölümde mutlu olanlarda daha az sıklıkta depresyon meydana gelmiştir. Yaşadığınız hayatı nasıl tanımlarsınız sorusuna çok kötü/kötü diyenlerin %71,4'ünde depresyon tespit edilmiştir. Genel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz sorusuna çok mutsuz/mutsuz diyenlerin %76,1'inde ve yine geleceğe yönelik umutlu musunuz sorusuna kesinlikle hayır/hayır diyenlerin %46,3'ünde depresyon tespit edilmiştir. Hayattan memnuniyet algısı, kendini iyi hissetmek ve gelecekte umutlu olmak depresyon sıklığını etkileyen faktörler olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.5).

Tablo 3. 5. Öğrencilerin çeşitli duygu durumlarına göre depresyon sıklığı

		Beck Depresyon Ölçeği Puanı		p
		16 ve altı n (%)	17 ve üzeri n (%)	
İstedığınız bölümde misiniz?				<0,001
	Evet	489(%89,9)	55(%10,1)	
	Hayır	232(%77,9)	66(%22,1)	
	Kararsız	29(%70,7)	12(%29,3)	
Bölümünden mutlu musunuz?				<0,001
	Evet	546(%90,5)	57(%9,5)	
	Hayır	124(%68,5)	57(%31,5)	
	Kararsız	50(%74,6)	17(%25,4)	
Hayatınız nasıl?				<0,001
	Çok iyi	109(%96,5)	4(%3,5)	
	İyi	430(%93,1)	32(%6,9)	
	Orta	215(%73,1)	79(%26,9)	
	Kötü/ Çok kötü	8(%28,6)	20(%71,4)	
Kendinizi nasıl hissedersiniz?				<0,001
	Çok mutlu/ Mutlu	444(%96,1)	18(%3,9)	
	Orta	301(%79,4)	78(%20,6)	
	Mutsuz/ Çok mutsuz	11 (%23,9)	35(%76,1)	
Geleceğe yönelik umutlu musunuz?				<0,001
	Kesinlikle evet/Evet	533 (%93,8)	35 (%6,2)	
	Orta	183 (%74,7)	62 (%25,3)	
	Kesinlikle hayır /Hayır	44 (%53,7)	38 (%46,3)	

3.2. Depresyon ile İlişkili Bulunan Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan öğrencilerdeki depresyonla ilişkili faktörler tek değişkenli analizlerle incelendikten sonra, anlamlı bulunan ve sayısal olarak da yeterli olan faktörler lojistik regresyon analizine alınmıştır. Bunlar; fakülte, kalınan yer, sistemik kronik hastalığının olması, uyku problemi yaşaması, sigara kullanması, alkol kullanması, istediği bölümde okuması, okuduğu bölümde mutlu olması, kendini mutlu hissetmesi ve gelecekte umutlu olması değişkenleridir. Analiz sonucunda; kronik hastalık, kendini mutlu hissetmesi, gelecekte umutlu olması ve uyku problemi depresyon durumu üzerine etkili bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde etkili bulunan faktörlerle ilgili sonuçlar Tablo 3. 6.'da sunulmaktadır. Buna göre kronik hastalığı olan grupta risk 2,13 kat daha fazladır (% 95 GA: 1,33-4,01). Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon riski 1,87 (% 95 GA:1,01-3,48), uyku problemi yaşayanlarda 2,56 (% 95:1,52-4,33) kat daha fazladır. Uyku problemi arttıkça depresyon artmış olup ($p=0,001$) lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür.

Tablo 3. 6. Depresyon ile ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analiz sonuçları

Risk Faktörleri	Beta	Standart Hata	p	Odds Oranı (OR)	OR için Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Kronik hastalık olması	0,757	0,323	0,019	2,133	1,133	4,016
Kendini mutsuz hissetmesi	1,238	0,258	0,001	0,290	0,175	0,408
Gelecekte umutsuz olması	0,472	0,165	0,004	0,624	0,452	0,862
Uyku problemi yaşama	0,944	0,266	0,001	2,569	1,524	4,331

3.3. Öğrencilerin UŞİ' ye Göre Belirlenen Uykusuzluk Sıklığı, İlişkili Etmenler ve Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Öğrencilerin %46,2'sinde (414) uykusuzluk tespit edildi. Bunlardan %33,9' unda (n=304) uykusuzluk (insomnia) alt eşiğinde, %10,4' ünde (n=93) orta düzeyde klinik uykusuzluk (insomnia), %1,9'unda (n=17) şiddetli düzeyde klinik uykusuzluk (insomnia) tespit edildi.

Kız öğrencilerin %46,4' ünde uykusuzluk var iken, erkek öğrencilerin %47' sinde uykusuzluk tespit edilmiştir ve cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,468).

Tüm öğrencilerde uykusuzluk şiddeti indeksi puan ortalaması $8,0 \pm 5,3$, erkeklerde $7,9 \pm 5,1$, kadınlarda $8,1 \pm 5,4$ olarak tespit edildi. Cinsiyete göre uykusuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,725).

Öğrencilerin okudukları okul ile uykusuzluk sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek uykusuzluk oranı İİBF' de %50,8 ile en düşük uykusuzluk oranı da Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde %25,8 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesinde bu oran %45,1 olarak tespit edilmiştir. İİBF öğrencilerinde ortalama uykusuzluk puanı $8,7 \pm 5,6$, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde $7,7 \pm 5,0$ ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde $5,4 \pm 3,7$ olarak tespit edildi. 3 fakültenin öğrencilerinin uykusuzluk puanı istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı idi (p<0,001). Tıp Fakültesi öğrencilerinde uykusuzluk şiddeti indeksi puanı diğer 2 fakülteye göre daha düşük olarak tespit edildi (p<0,001).

Öğrencilerin sosyo-demografik verilerine göre uykusuzluk sıklığı Tablo 3.7'de verilmiştir. Baba ve anne öğrenim düzeyi, baba ve anne meslekleri, okul sonrası herhangi bir işte çalışma, aylık gelir, kaldığı yer ile uykusuzluk sıklığı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Kronik hastalığı olanlarda uykusuzluk sıklığı daha fazla idi. Kronik hastalığı olanların %60,2'sinde uykusuzluk var iken herhangi bir hastalığı olmayanların %43'ünde uykusuzluk saptanmıştır.

Tablo 3.7. Demografik verilere göre uykusuzluk sıklığı

		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı		p
		7 ve altı n (%)	8 ve üzeri n (%)	
Cinsiyet				0,468
	Kadın	349 (%53,6)	302 (%46,4)	
	Erkek	123 (%53,0)	109 (%47,0)	
Anne öğrenim				0,100
	Okuryazar değil	35 (%44,3)	44 (%55,7)	
	İlkokul	373 (%53,0)	242 (%47,0)	
	Ortaokul	73 (%54,1)	62 (%45,9)	
	Lise	70 (%64,2)	39 (%35,8)	
	Üniversite+ Y.lisans	30 (%52,6)	27 (%47,4)	
Baba öğrenim				0,222
	Okuryazar değil	5 (%35,7)	9 (%64,3)	
	İlkokul	169 (%51,8)	157 (%48,2)	
	Ortaokul	78 (%50,0)	78 (%50,0)	
	Lise	113 (%55,1)	92 (%44,9)	
	Üniversite+ Y.lisans	111 (%59,4)	76 (%40,6)	
Anne meslek				0,821
	Ev hanımı	426 (%53,5)	371 (%46,5)	
	Memur	24 (%58,5)	17 (%41,5)	
	İşçi	13 (%48,1)	14 (%51,9)	
	Serbest	10 (%58,8)	7 (%41,2)	
Baba meslek				0,333
	İşsiz	10 (%40,0)	15 (%60,0)	
	Memur	94 (%55,0)	77 (%45,0)	
	İşçi	123 (%50,4)	121 (%49,6)	
	Serbest	169 (%56,1)	132 (%43,9)	
	Vefat	22 (%61,1)	14 (%38,9)	
İşte çalışma				0,235
	Çalışıyorum	27 (%48,2)	29 (%51,8)	
	Çalışmıyorum	452 (%54,1)	383 (%45,9)	
Aylık gelir				0,123
	1000 Tl altı	434 (%53,3)	381 (%46,7)	
	1000 Tl üzeri	40 (%61,5)	25 (%38,5)	
Kaldığı yer				0,055
	Aile ile beraber	118 (%59,0)	82 (%41,0)	
	Evde arkadaş ya da yalnız	116 (%58,3)	83 (%41,7)	
	Yurtta	242 (%50,5)	237 (%49,5)	
Kronik hastalık				<0,001
	Yok	402 (%57,0)	303 (%43,0)	
	Var	70 (%39,8)	106 (%60,2)	

Düzenli spor yapma ile uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sigara kullanmayanlarda uykusuzluk görülme sıklığı %43,4 iken sigarayı bırakmış veya halen kullananlarda bu oran %61,5 olarak saptandı ve sigara ile uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki vardı. Alkol kullanmayanlarda uykusuzluk görülme sıklığı %44,7 iken alkolü bırakmış veya halen kullananlarda bu oran %75,6 olarak saptandı ve alkol ile uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki vardı (Tablo 3. 8).

Tablo 3.8. Öğrencilerin alışkanlıklara göre uykusuzluk sıklığı

		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı		p
		7 ve altı n (%)	8 ve üstü n (%)	
Düzenli spor yapma				0,201
	Hayır	407 (% 54,4)	341 (% 45,6)	
	Evet	65 (% 50,0)	65 (% 50,0)	
Sigara kullanma				<0,001
	Hayır	431 (% 56,6)	331 (% 43,4)	
	Evet/ Bıraktım	50 (% 38,5)	80 (% 61,5)	
Alkol kullanma				<0,001
	Hayır	472 (% 55,3)	381 (% 44,7)	
	Evet/Bıraktım	10 (% 24,4)	31 (% 75,6)	

İstedığı bölümde okuyanlarda uykusuzluk istatistiki açıdan anlamlı olarak daha az sıklıkta tespit edilmiştir. Okuduğu bölümden mutlu olmak yine uykusuzluğu etkileyen ilişkili faktörlerden biri olarak tespit edildi. Okuduğu bölümde mutlu olanlarda daha az sıklıkta uykusuzluk meydana gelmiştir. Yaşadığınız hayatı nasıl tanımlarsınız sorusuna çok kötü/ kötü diyenlerin %78,6’ında uykusuzluk tespit edilmiştir. Genel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz sorusuna çok mutsuz/mutsuz diyenlerin %78,3’ünde ve yine geleceğe yönelik umutlu musunuz sorusuna kesinlikle hayır/hayır diyenlerin %65,9’unda uykusuzluk tespit edilmiştir. Hayattan memnuniyet algısı, kendini iyi hissetmek ve gelecekte umutlu olmak uykusuzluk sıklığını etkileyen faktörler olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Öğrencilerin çeşitli duygu durumlarına göre uykusuzluk sıklığı

		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı		p
		7 ve altı n (%)	8 ve üstü n (%)	
İstediğiniz bölümde misiniz?				<0,001
	Evet	315 (% 57,9)	229 (% 42,1)	
	Hayır	138 (% 46,3)	160 (% 53,7)	
	Kararsız	22 (% 53,7)	19 (% 46,3)	
Bölümden mutlu musunuz?				<0,001
	Evet	351 (%58,2)	252 (%41,8)	
	Hayır	68 (%37,6)	113 (%62,4)	
	Kararsız	35 (%52,2)	32 (%47,8)	
Hayatınız nasıl?				<0,001
	Çok iyi	85 (% 75,2)	28 (%24,8)	
	İyi	272 (% 58,9)	190 (%41,1)	
	Orta	120 (% 40,8)	174 (%59,2)	
	Kötü/Çok kötü	6 (% 21,4)	22 (%78,6)	
Kendinizi nasıl hissedersiniz?				<0,001
	Çok mutlu	29 (% 63,0)	17 (% 37,0)	
	Mutlu	268 (% 64,4)	148 (% 35,6)	
	Orta	171 (% 45,1)	208 (% 54,9)	
	Mutsuz/Çok mutsuz	10 (% 21,7)	36 (% 78,3)	
Geleceğe yönelik umutlu musunuz?				<0,001
	Kesinlikle evet/Evet	349 (% 61,4)	219 (% 38,6)	
	Kısmen	104 (% 42,4)	141 (% 57,6)	
	Kesinlikle hayır/Hayır	28 (% 34,1)	54 (% 65,9)	

Depresif belirtiler gösteren 135 öğrencinin %88,1' inde (n=119) uykusuzluk tespit edilmiştir. Öğrencilerin (n=119) %58' inde klinik olarak alt düzeyde uykusuzluk, %32,8' inde orta düzeyde uykusuzluk ve %9,2' sinde şiddetli düzeyde uykusuzluk tespit edilmiştir. Öğrencilerin depresyon durumuna göre uykusuzluk sıklığı Tablo 3.10' da özetlenmiştir. Depresif belirtiler ile uykusuzluk arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,001$). Depresyon puanı ile uykusuzluk şiddeti indeksi puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,001$, $r=0,56$).

Tablo 3.10. Öğrencilerin depresyon durumuna göre uykusuzluk sıklığı

		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Puanı		p
		7 ve altı n (%)	8 ve üstü n (%)	
Depresyon	Hayır	467 (% 61,3)	295 (% 38,7)	<0,001
	Evet	16 (% 11,9)	119 (% 88,1)	

3.4. Uykusuzluk ile İlişkili Bulunan Faktörlere Ait Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmaya katılan öğrencilerdeki uykusuzlukla ilişkili faktörler tek değişkenli analizlerle incelendikten sonra, anlamlı bulunan ve sayısal olarak da yeterli olan faktörler, lojistik regresyon analizine alınmıştır. Bunlar; fakülte, kronik hastalığının olması, sigara kullanması, alkol kullanması, istediği bölümde okuması, okuduğu bölümde mutlu olması, kendini mutlu hissetmesi ve gelecekte umutlu olması değişkenleridir. Analiz sonucunda; sistemik kronik hastalığının olması ve depresyon belirtilerinin olması uyku problemi yaşama durumu üzerine etkili bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde etkili bulunan faktörlerle ilgili sonuçlar Tablo 3.11' de sunulmaktadır. Buna göre kronik hastalığı olan grupta risk 1,79 kat daha fazladır (% 95 GA: 1,20-2,67). Depresyon belirtileri olanlarda uykusuzluk problemi yaşama riski 8,36 (% 95 GA:4,39-15,9) kat daha fazladır. Depresyon belirtileri arttıkça uykusuzluk artmış olup lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür.

Tablo 3.11. Uykusuzluk ile ilişkili bulunan değişkenlerin regresyon analiz sonuçları

Risk Faktörleri	Beta	Standart Hata	p	Odds Oranı (OR)	Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Kronik hastalık olması	0,585	0,203	0,004	1,795	1,205	2,674
Depresif belirtilerinin olması	2,214	0,328	0,001	8,365	4,397	15,914

3.5. Depresif Belirtiler Gösteren Öğrencilere Ulaşılma Durumu ve Öğrencilerin Son Durumu

Depresif belirtiler gösteren 135 öğrenci Selçuk Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne davet edildi. Bunlardan 29 tanesi (%21,5) psikiyatri polikliniğine başvurdu. Polikliniğe başvuranların %58,6' sına (n=17) tedavi başlandı. Polikliniğe başvurmadan önceki BDÖ puan ortalaması $25,4 \pm 8,6$ iken tedavi başladıktan sonraki BDÖ puan ortalaması $18 \pm 13,1$ idi. Tedavi öncesi BDÖ puanı ile tedavi sonrası BDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,39$). Tedavi sonrası BDÖ puan ölçeğine göre depresyon sıklığı %50 tespit edildi.

Polikliniğe başvuranların polikliniğe başvurmadan önceki UŞİ puan ortalaması $12,9 \pm 4,5$ iken tedavi başladıktan sonraki UŞİ puan ortalaması $9,8 \pm 7,3$ idi. Depresyon tedavisi öncesi UŞİ puanı ile tedavi sonrası UŞİ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,47$). Tedavi öncesi UŞİ puanına göre uykusuzluk belirtileri oranı %92,9 iken tedavi sonrası %55,6 ' ya düşmüştür.

135 öğrenciden 31 öğrenci (%22,9) mail ile geri dönüş yaptı ve anketleri tekrar doldurdu. İlk doldurduklarında ortalama BDÖ puan ortalaması $22,3 \pm 5,6$ iken 2. kez form doldurduklarında $17,4 \pm 12,2$ olarak tespit edildi. 2. kez doldurduklarında depresif belirtiler gösterenlerin oranı %48,3' e düşmüştü. Öğrencilerin % 52,0' si (n=26) BDÖ

puanına göre depresif belirtiler göstermemekte idi. Öncesi ve sonrası BDÖ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,01$).

Tedavi almayan öğrencilerin ilk UŞİ puan ortalaması $12,6\pm4,1$ idi. Tedavisiz 6 ay sonraki UŞİ puan ortalaması ise $8,8\pm5,3$ idi. Öncesi ve sonrası UŞİ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,01$). İlk UŞİ puanına göre öğrencilerin %87,0' sinde uykusuzluk vardı. 6 ay sonraki UŞİ puanına göre uykusuzluk belirtileri gösteren öğrenci oranı %48,4'e düşmüştür.



4.TARTIŞMA

Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde okuyan öğrencilerde depresyon, uykusuzluk ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışma sonunda elde edilen bulgular konu ile ilgili diğer yayınların bulguları ile kıyaslanmış ve öğrencilerin ruh sağlığına ve uykusuzluğa ilişkin çıkarımlar tartışılmıştır.

Öğrencilerin BDÖ ile 17 ve üzeri puan alanlar depresif olarak kabul edildiğinde öğrencilerin %15,1' inde (n=135) depresyon puanı 17' nin üzerinde idi. Çalışmada elde edilen depresif belirti sıklığı toplum ortalamasından daha yüksek ancak üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalardan daha düşük olarak tespit edilmiştir. Daha önce yapılmış çalışmalarda da üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı toplum ortalamasından yüksektir. Sivas'ta Tıp Fakültesi öğrencilerinde %35,2 (Doğan ve ark., 1994) , Ankara Tıp Fakültesi öğrencilerinde %41,0 (Öncü ve ark., 2013), Gülhane Askeri Tıp Akademisi öğrencilerinde %35,4 (Bakır ve ark., 1997), Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde %18,8, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde %25,4 (Aylaz ve ark., 2007), Erciyes Üniversitesi Tıp, İlahiyat ve Mühendislik fakültelerinde okuyan öğrencilerinde yapılan depresyon araştırmasında %21,2 (Günay ve ark., 2011) olarak tespit edilmiştir. Mayda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerdeki depresyon sıklığı %11,3 (Mayda ve ark., 2010) olarak bulmuştur ve bu çalışmadaki sıklıktan daha düşüktür. Bu çalışmada yaşanan şehrin üniversite yaşamı için nispeten daha rahat olmasından dolayı daha düşük olabilir.

Çalışmada depresyon sıklığında cinsiyet açısından farklılık saptanmazken depresyon puan ortalamasında farklılık saptanmıştır. Kadınlarda depresyon puan ortalaması daha yüksektir. Mayda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerdeki BDÖ puan ortalaması daha yüksek olarak tespit edilmiş ancak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Mayda ve ark., 2010). Daha önce yapılan hem yurtiçi hem de yurtdışı çalışmalarda cinsiyet depresyon için önemli bir faktör olarak belirtilmiş ve kadınlarda daha fazla olarak bulunmuştur (İbrahim ve ark.,2013), (Dion ve Giordano 1990), (Schwenk ve ark., 2010). Mikolajczyk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın-erkek öğrencilerde sırasıyla Bulgaristan 'da %42,9- %33,8, Danimarka'da %24,9 -

%12, Almanya'da %26,7 - %22,8 ve Polonya'da %45,5- %27,3 olarak tespit edilmiştir (Mikolajczyk ve ark., 2008). Bu çalışma gibi fark tespit edilmeyen çalışmalarda mevcuttur (Kaya ve ark., 2007), (El-Gendawy ve ark., 2005), (Tjia ve ark., 2005). Çalışmada cinsiyet yönünden fark olmamasının sebebi kız öğrencilerin kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri olabilir.

Öğrencilerin okudukları okul ile BDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyon sıklığı İİBF' de %17,6 ile en yüksek, Tıp Fakültesinde %4,3 ile en düşük olarak tespit edilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesinde bu oran %14,3' tür. Dünya'da ve ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı fakültede okuyan öğrencilerde depresyon oranları farklı olarak tespit edilmiştir. Roh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Güney Kore' de Tıp Fakültesi öğrencilerinde ömür boyu prevalansı %10,3 olarak tespit edilmiştir (Roh ve ark., 2010). Kilis'te Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik öğrencilerinde depresyon sıklığı %18,3 olarak tespit edilmiştir (Deveci ve ark., 2013). Özdel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BDÖ puanı ortalaması en yüksek Fen-Edebiyat Fakültesi, en düşük İktisat Fakültesi öğrencilerinde bulunmuştur (Özdel ve ark., 2002). Bu oranları etkileyen üniversitenin özellikleri, bireysel faktörler, yaşanan şehrin özellikleri gibi çok sayıda değişken olabilir. İİBF öğrencilerinde daha yüksek, Tıp Fakültesi öğrencilerinde daha düşük depresyon sıklığının olması Tıp Fakültesi öğrencilerinin gelecekte iş kaygısının olmaması tam tersine İİBF öğrencilerinin ise çok yakın gelecekte öğrenim hayatının bitmesi ile çok yoğun gelecek ve iş kaygısının olması olarak açıklanabilir.

Öğrencilerin kaldığı yer ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Arkadaşları ile ya da yalnız evde kalanlarda daha az depresif belirti saptanmıştır. Özdel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile Tayşi ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesinde yaptığı çalışmada bu araştırmanın tersine depresif belirtiler ile öğrencilerin kaldığı yer arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Özdel ve ark., 2002), (Tayşi ve ark., 1994). Bu çalışmada evde kalanlarda daha düşük depresif belirti saptanması evde kalanların daha yüksek düzeyde gelirinin olması ve yurt yaşamı gibi sınırlayıcı bir yaşantının olmaması nedeniyle olabilir.

Baba ve anne öğrenim düzeyi, baba ve anne meslekleri ile depresyon arasında ilişki saptanmadı. Bu çalışma ile uyumlu olarak Özdel ve arkadaşlarının yaptıkları

çalışmada da anne öğrenim düzeyi, baba öğrenim düzeyi, anne meslek ve baba meslekleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Özdel ve ark., 2002). Bu verilerin aksine Cam Çeliker ve Erkorkmaz'ın yaptığı çalışmada anne-baba öğrenim düzeyinin düşük olması ile gençlerdeki depresif belirti ve umutsuzluk düzeylerinin arttığını göstermektedir (Celikel ve Erkorkmaz, 2008).

Okul sonrası herhangi bir işte çalışma ve aylık gelir ile depresyon arasında ilişki saptanmadı. Steptoe ve arkadaşlarının 2007' de 23 ülkede BDÖ ile 17 348 üniversite öğrencisi arasında yaptığı çalışmada her ülkede düşük sosyo-ekonomik geçmiş depresif belirtilerle ilişkiliydi. Bireysel düzeydeki etkilerden bağımsız olarak, daha fazla gelir eşitsizliği olan ülkelerde daha yüksek depresif belirtiler kaydedildi (Steptoe ve ark., 2007). Cam Çeliker ve Erkorkmaz'ın yaptığı çalışmada eğitim harcamalarını karşılamada çekilen güçlüklerin de depresyona etkili olduğu ortaya konulmuştur. (Cam Celikel ve Erkorkmaz, 2008). Düşük sosyo-ekonomik düzey ile depresyon yaygınlığının fazla olduğunu tespit eden çalışmalar olduğu gibi (Özdel ve ark., 2002), tam tersi bulguları olan (Bozkurt, 2004) çalışmalarda vardır.

Kronik hastalığı olan öğrencilerde hastalığı olmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak depresif belirtiler daha sık görülmekte idi. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha önce psikiyatrik ve bedensel hastalık öyküsü olan öğrencilerde depresyon skoru daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2007). Organik (bedensel) bozuklukların kendisi depresyona neden olabilmektedir.

Düzenli spor yapma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular literatür ile uyumlu bulunmamıştır. Balkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada egzersiz yapan öğrencilerin depresyon seviyesinin egzersiz yapmayan öğrencilere göre anlamlı derecede düştüğü görülmüştür (Balkin ve ark., 2007). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlığı ile fiziksel aktiviteleri arasında olumlu bir ilişki olduğunu tespit etmiş çalışmalar çoğunluktadır (Thome ve Espelage, 2004). İlişki saptanamamasının sebebi öğrencilerin yaptığı fiziksel aktiviteleri düzenli spor yapma olarak tanımlamamalarından dolayı olabilir.

Sigara içmeyenlerde depresif belirtiler daha az olarak tespit edilmiştir. Sigara içenlerde depresyon sıklığını daha fazla tespit eden çalışmalar olduğu gibi (Tekbaş ve ark., 2002), farkın anlamlı bulunmadığı çalışmalarda (Aylaz ve ark., 2007) mevcuttur.

Kutlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada da sigara içme alışkanlığı ile cinsiyet, depresif belirti sıklığı ve ailede sigara içme arasında istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir. (Kutlu ve ark., 2009). Sigara içmenin zararları hakkında yapılan yoğun bilgilendirme nedeniyle farkındalığın artması nedeniyle kişilerin kendilerini sigara içmediği için daha sağlıklı olarak düşünmeleri nedeniyle olabilir.

VKİ ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Rickard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 15-17 yaş arasındaki ergenlerde depresyon ve depresif belirtiler obezite ile anlamlı şekilde ilişkili olarak tespit edilmiştir (Sjöberg ve ark., 2005). Fark saptanamamasının sebebi obez ve kilolu öğrencilerin az olmasından dolayı olabilir.

İsteddiği bölümde okuyan ve okuduğu bölümde mutlu olduğunu ifade eden öğrencilerde depresif belirtiler daha az olarak tespit edilmiştir. Bozkurt'un yaptığı çalışmada istedikleri alanı seçip/seçmemelerine göre öğrencilerin depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin okudukları alanlardaki doyum düzeylerine göre de depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bozkurt, 2004). Bilgel ve ark. (2007) öğrencilerin depresyon düzeylerini açıklamada en önemli değişkenin fakülteden memnun olup olmama durumunun olduğunu bulmuşlardır. Öğrencilerin öğrenim gördükleri alanı benimsemiş olmalarının, depresyon düzeylerini azaltan önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Hayatını kötü, kendini mutsuz tarif eden ve gelecekte umutlu olmayan öğrencilerde depresyon daha sık görülmüştür. Umutsuzluk depresyonu arttırmış olabilir. Üniversite öğrencilerinde yapılacak yeni araştırmalarda daha önce yapılmış çalışmalarda incelenemeyen değişkenler ile depresyon arasında ilişki değişik yöntemler ile incelenebilir.

Uyku problemi yaşayanlarda depresyon daha fazla olarak tespit edilmiştir. Amerika ‘ da üniversite öğrencilerinde depresyonu yönelik birçok araştırma yapılmış ancak depresyonu artıran sebepler hala tartışılmaktadır (Conn, 2010). Çalışmalar muhtemel risk faktörleri olarak uyku azlığı ve egzersiz eksikliği olarak tespit edilmiştir. (Patten ve ark., 2009), (Regestein ve ark., 2010).

Çalışmada öğrencilerin %46,2' sinde uykusuzluk tespit edildi. Üniversite öğrencilerinde uykusuzluk üzerine yapılan çalışmalarda çok geniş yelpazede bulgular vardır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ile yapılan araştırmada öğrencilerin % 22,8' i EUÖ' de 11 ve üstü puan almıştır (Altıntaş ve ark., 2006). Nepal' de lisans öğrencilerinde PUKİ ile yapılan çalışmada öğrencilerin %35,4' ünde uykusuzluk tespit edilmiştir (Bhandari ve ark., 2017). Düzce Üniversitesi dönem 4-5-6 öğrencileri ile yapılan çalışmada PUKİ' den 5' in üstünde olan öğrencilerin oranı ise %46,4' tür (Mayda ve ark., 2012). Hong Kong üniversitesinde yapılan bir çalışmada öğrencilerinin %68,6' sında uykusuzluk tespit edilmiştir (Buysse ve ark., 1989). Saygılı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %69,5' inin PUKİ puan ortalaması 5 ve altındadır. İİBF öğrencilerinde uykusuzluk diğer fakültedeki öğrencilere göre daha fazla görülmekte idi. Saygılı ve arkadaşlarının Teknik Bilimler MYO, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Hizmetleri MYO ve Sosyal Bilimler MYO öğrencileri arasında yaptığı çalışmada en iyi düzeyde uyku kalitesinin İktisadi İdari Bilimler Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri MYO' da öğrenim gören öğrencilerde olarak tespit etmiştir (Saygılı ve ark., 2011). Uykusuzluğun ilişkili nedenlerini araştırmak için incelenemeyen değişkenler çalışılabilir.

Uykusuzluk sıklığında cinsiyet açısından farklılık saptanmamıştır. Cates ve arkadaşlarının eczacılık öğrencileri arasında yaptığı çalışmada da fark tespit edilmemiştir (Cates ve ark., 2015). Altıntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cinsiyet açısından fark yoktur (Altıntaş ve ark., 2006).

İsteddiği bölümde okuduğunu ifade eden öğrencilerde ve okuduğu bölümde mutlu olduğunu ifade edenlerde UŞİ puanı daha düşük olarak tespit edilmiştir. Ohayon ve Hong'un yaptığı çalışmada stresli yaşam ve kişinin sosyal yaşamından memnun olmaması uyku problemleri ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir ve sosyal yaşamından memnun olmayan kişilerde uykusuzluk yaşama riski 2,9 kat daha fazla olarak bulunmuştur (Ohayon ve Hong, 2002). Öğrencilerin öğrenim gördükleri alanı isteyerek seçmiş olması ve okuduğu bölümü benimsemiş olmaları uykusuzluk sorunlarını azaltan önemli bir etken olduğu söylenebilir.

Kronik bir hastalığı olan öğrencilerde hastalığı olmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak UŞİ puanı daha yüksek idi. Saygılı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu bulgulara paralel olarak sistemik hastalığı olanlarda, sigara kullananlarda ve her gün aynı saatte yatmayanlarda uyku kalitesi kötü olarak tespit etmişlerdir (Saygılı ve ark., 2011). Öğrencinin klinik stajlara başlamadan önce uyku problemi yaşaması, sistemik bir hastalığının olması, dikkatte azalma yaşaması, gece sık uyanması, tekrar uykuya geçişte güçlük yaşaması ve sabah yorgunluğu yaşaması PUKİ puanları ile ilişkili bulunmuştur (Mayda ve ark., 2012). Uykusuzluk semptomları olan üniversite öğrencileri uykusuzluk semptomları olmayan öğrencilere kıyasla hipertansiyon ve psikiyatrik hastalıklar gibi eşlik eden sağlık durumları daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir (Buboltz ve ark., 2011). Pek çok faktör uykusuzluğa neden olabilir. Zihinsel bozukluklar ve organik hastalıklar en sık çalışılan faktörlerdir. Uykusuzluk ve majör depresyon arasındaki ilişki sürekli rapor edilmiştir, uykusuzluğa sahip bireylerin, depresif hastalığı olma olasılığı daha yüksektir. Uzunlamasına çalışmalar uykusuzluğun devam etmesinin yeni bir depresif atak ortaya çıkışıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Ohayon, 2002).

Sigara ve alkol kullanmayanlarda uykusuzluk daha az olarak tespit edilmiştir. Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku kalitesi kötü olanların oranı %54,7' dir. Geçirilmiş bedensel rahatsızlığı ve geçirilmiş uyku bozukluğu olanlarda, fazla miktarda kahve çay içenlerde, sosyal veya ailevi problemi olanlarda, psikolojik veya fiziksel problemleri olanlarda, sigara kullananlarda, akut enfeksiyon geçirenlerde, iştah problemi olanlarda, ders çalışmakta iken uyku sorunu yaşayanlarda uyku kalitesi anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Senol ve ark., 2012). Yine bu bulgulara paralel olarak Vail-Smith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku kalitesinin etkileyen faktörler intihar düşüncesi, alkol ve sigara kullanımı olarak tespit edilmiştir (Vail-Smith ve ark., 2009). Karatay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PUKİ puan ortalamaları sigara içenlerde içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (Karatay ve ark., 2016). Altıntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içen öğrenciler içmeyen öğrencilere göre daha yüksek bir yüzde ile uykuya dalmakta güçlük çekmektedir (Altıntaş ve ark., 2006). Bireylerin sigara içmek için daha geç saatlerde uyuması nedeniyle uykuya dalmakta güçlük

yaşaması aynı zamanda sigara ile çay ve kahve tüketiminin fazla olması nedeniyle öğrencilerin uyku problemi yaşamasına sebep olmuş olabilir.

Hayatını kötü, kendini mutsuz tarif eden ve gelecekte umutlu olmayan öğrencilerde uykusuzluk daha sık görülmüştür. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan çalışmada çalışmaya katılan tıp öğrencilerinde depresif olanların BUÖ (Beck Umutsuzluk Ölçeği) puan ortalamasının normal olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Güler ve ark., 2014). Umutsuzluk ve mutsuzluk uykuya dalmaya güçlüğüne neden olmuş olabilir.

Depresyon puanı ile uykusuzluk şiddeti indeksi puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon tespit edildi. Taylor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer olarak lisans öğrencilerinde uykusuzluk ve depresif belirtiler arasında bir ilişki olduğunu düşündüren bulgular tespit etmiştir. (Taylor ve ark., 2011). Moo-Estrella ve arkadaşları depresif belirtiler ve uyku hali olan öğrencilerin akademik performanslarında daha fazla güçlük çektiğini tespit ettiler (Moo-Estrella ve ark., 2005). Kalitesiz uyuyan öğrenciler, fiziksel ve psikolojik sağlıkla daha fazla sorun yaşamaktadırlar (Singleton ve Wolfson., 2009). Depresyonun uykusuzluğu tetiklemesi, uykusuzluğunda depresyonu tetiklemesi nedeniyle kısır döngü haline girmesi şeklinde açıklanabilir.

Bulgular depresyon semptomları olan üniversite öğrencilerindeki kötü uykunun hem proaktif hem de rezidüel depresif belirtisi olarak terapötik bir müdahale hedefi olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Üniversite öğrencilerinde depresyon ve uykusuzluk oranlarını etkileyen yerleşim yeri, sosyal düzey, üniversitenin özellikleri ve bireysel faktörler gibi çok sayıda değişken olabilir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde normal öğreniminde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde depresyon ve uykusuzluk sıklıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmada depresyon ve uykusuzluğu etkileyen faktörler de araştırılmıştır.

Araştırmada öğrencilerin %15,1'inin depresyon belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Öğrencilerin okudukları okul ile BDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek depresyon oranı İİBF'de olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin depresif olması ile ilişkili önemli değişkenler öğrencinin kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, uyku problemi, hayatını kötü algılama, kendini mutsuz tarifleme, gelecekte umutsuz olma, sigara ve alkol kullanımıdır. Uyku problemi arttıkça depresyon artmış olup lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür. Uyku problemi yaşayanlarda depresyon 2,56 kat daha fazla olarak bulunmuştur.

Araştırmada öğrencilerin %46,2'sinde uykusuzluk problemi yaşadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin uykusuzluk problemi yaşamaları ile ilişkili önemli değişkenler istediği bölümde okuma, okuduğu bölümde mutlu olmak, kronik hastalık varlığı, hayatını kötü algılama, kendini mutsuz tarifleme, gelecekte umutsuz olma ve sigara ve alkol kullanımıdır. Depresyon belirtileri arttıkça uykusuzluk artmış olup lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür. Depresyon belirtileri olan öğrencilerde uykusuzluk 8,36 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların depresyon puanı ile uykusuzluk şiddeti indeksi puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon vardır.

Depresif belirtiler gösteren öğrencilerin %21,5'i psikiyatri polikliniğine başvurmuştur. Polikliniğe başvuranların %58,6'sına tedavi başlanmıştır. Tedavi sonrası BDÖ puan ölçeğine göre depresyon sıklığı %50 oranında azalmıştır. Polikliniğe başvuranların depresyon tedavisi öncesi UŞİ puanına göre uykusuzluk belirtileri oranı %92,9 iken tedavi sonrası %55,6 'ya düşmüştür. Depresif belirtiler gösteren öğrencilerin %22,9'u psikiyatri polikliniğine başvurmamış, herhangi bir

tedavi başlanmamış ancak mail ile geri dönüş yapmış ve anketleri tekrar doldurmuşlardır. Anketi 2. kez doldurdıklarında depresif belirtiler gösterenlerin oranı %48,3'e düşmüştür. Uykusuzluk belirtileri gösteren öğrenci oranı da %87,0'den %48,4'e düşmüştür. Polikliniğe başvuran öğrencilerde de başvurmayanlarda da depresyon ve uykusuzluk semptomlarının sıklığı azalmıştır.

Araştırma bulgularına göre depresif belirtilerin ve uykusuzluğun sağlık, yaşam tarzı ve sosyal faktörlerle ilişkili olduğunu, uykusuzluk ve depresif belirtilerin birbirini ile ilişkili olduğunu ve birbirini tetiklediğini düşündürmektedir.

Öneriler;

1-Taramalarla sağlık riski taşıyanların tespitinin yapılması sağlanmalıdır. Kişilerde mutsuzluk yaratması, verimin ve akademik başarının azalmasına yol açacağından depresyon klinik olarak hafif düzeyde bile olsa depresyon belirtisi gösteren öğrencilerin taramalarla tespit edilmesi önemlidir.

2-Sadece öğrencilere yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği bir mediko-sosyal v.b. bir birimin üniversitede kurulması önem taşımaktadır: Üniversitelerde öğrencilere yönelik sağlık hizmetlerini veren merkez/merkezlerin kurularak öncelikle koruyucu faaliyetlerine önem verilmesi gerekmektedir. Önleyici ve tedavi edici hizmetlerinde bu kurum/kurumlarca verilmesi sağlanmalıdır.

3-Öğrencilerin sağlıklarıyla ilgili farkındalıklarını arttırmak için periyodik bir biçimde eğitimleri sağlanmalıdır: Öğrencilerin uyku bozukluğuyla ilişkili faktörlerin belirlenmesi, bilgilendirme, önleme ve müdahale için kritik öneme sahiptir. Sistemik hastalığı olanların etkin tedavisinin sağlanması, ruhsal problem yaşayanların tespit edilip tedavilerinin başlanması, madde bağımlılığına yönelik caydırıcı ve önleyici müdahaleler yapılabilmesi için periyodik bir biçimde sağlık konusunda eğitimlerinin sağlanması gereklidir.

4-Riskli öğrencilere sosyal ve psikolojik destek sağlanmalıdır: Geleceğe yönelik umutsuz olan öğrencilerde bariz olarak depresif belirtiler görüldüğünden umutsuzluk yaratan sosyal ve psikolojik sorunların çözülmesi için çaba harcanması gerekmektedir. Taramalarla veya rutin muayenelerle saptanan riskli öğrencilere sosyal ve psikolojik destek sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adasal R. 1976. Ruh Hastalıkları, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Aktan M.K. 1977. Ruh Hastalıklarının Sıklık Ve Dağılımının Kentleşme Sürecinde Yeni Bir Yerleşim Yeri Saptanması, Doçentlik Tezi.
- Altıntaş H, Sevincan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. 2006. HÜTF Dönem Dört Öğrencilerin Uyku Bozukluklarının Ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Sted 15(7):114.
- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 5th Ed. Washington, Dc: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. 1994. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Atakan Z. 1980. Yarı Kırsal Bir Kesimde Epidemiyolojik Bir Araştırma, Standartlaştırılmış Bir Muayene Yönteminin Uygulanması, Uzmanlık Tezi.
- Arpaz A. 1980. Ruhsal Bozuklukların Sıklık Ve Dağılımının Epidemiyolojik Bir Araştırma İle Saptanması, Uluslar Arası Standart Bir Muayene Yönteminin Yarı Kırsal Bir Bölgede Uygulanması, Uzmanlık Tezi.
- Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. 2007. Depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 8 (1), 46-51.
- Aydın B. 1990. Üniversite Öğrencilerinde depresyon, bilişsel çarpıtmalar ve akademik başarı. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, Sayı 2 Syf 27-36.
- Aydın H, Özgen F. 1998. Psikiyatrik Bozukluklarda Uyku Çalışmaları. Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt 1(2) :87-89.
- Bakır B, Yılmaz U.R, Yavaş İ, Toraman R, Güleç M. 1997. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sorun Alanları Ve Sosyodemografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması. Düşünen Adam 10: 5-12.
- Banks S, Dinges DF . 2007. Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. J Clin Sleep Med 3 (5), 519-528.
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. 2001. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep medicine 2(4), 297-307.
- Bayram N, Bilgel N. 2008. The Prevalence And Socio-Demographic Correlations Of Depression, Anxiety And Stress Among A Group Of University Students. Soc. Psychiatry 43, 667-672.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, 1961. An Inventory For Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry 4:561-71.
- Beck AT. 1963. Thinking And Depression: Idiosyncratic Content And Cognitive Distortions. Archives Of General Psychiatry, 9(4), 324-333.
- Beck AT, Rush A.J, Shaw B.F. 1978. Cognitive Therapy Of Depression, New York. Guilford Press, 229-256.

- Bellack A. 1981. Social Skills Training Compared With Pharmacotherapy And Psychotherapy In The Treatment Of Depression. *Inventory Pharmacopsychiatry* 7, 151-169.
- Bhandari P M, Neupane D, Rijal S, Thapa K, Mishra SR, Poudyal AK. 2017. Sleep quality, internet addiction and depressive symptoms among undergraduate students in Nepal. *BMC psychiatry* 17(1), 106.
- Bhatia SK, Bhatia SC. 2007. Childhood and adolescent depression. *depression*, 100, 53.
- Bifulco A, Bernazzani O, Moran P.M, Ball C. 2000. Lifetime Stressors And Recurrent Depression: Preliminary Findings Of The Adult Life Phase Interview (Alpha). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 35, 264–275.
- Blazer D. 1995. Mood Disorders: Epidemiology. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore.
- Blazer D. 1999. Mood Disorder Epidemiology Sadock B J, Sadock VA *Comprehensive Textbook Of Psychiatry Vol 1.7th Ed Philadelphia Lippincott Williams&Wilkins* 1298-308.
- Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. 2010. Uykusuzluk Şiddeti İndeksinin Türk Örneklemesindeki Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 11:248-252.
- Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. 2017. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 8(1), 1-6.
- Buboltz WC, Brown F, Soper B. 2011. Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. *J Am Coll Health* 50:131–135.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. 1989. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28 (2) , pp. 193-213.
- Cam Celikel F, Erkorkmaz U. 2008. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(4).
- Caspi A, Sugden K, Moffitt T, Taylor A, Craig Iw, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. 2003. Influence Of Life On Depression: Moderation By A Polymorphism In The 5-HTT Gene. *Science* 301:386–389.
- Cates ME, Clark A, Woolley TW, Saunders A. 2015. Sleep quality among pharmacy students. *American journal of pharmaceutical education* ;79(1), 09.
- CDC/NCHS, National Health And Nutrition Examination Survey, 2009–2012.
- Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, Liang Y. 2013. Correction: Depression Among Chinese University Students: Prevalence And Sociodemographic Correlates. *Plos One* 8, 462–469.
- Conn VS. 2010. Depressive Symptom Outcomes Of Physical Activity Interventions: Meta-Analysis Findings. *Ann Behav Med.* 39(2):128–138.
- Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. 2006. Sleep loss, learning capacity and academic performance *Sleep Medicine Reviews*, 10 (2006), pp. 323–337.

- Cukrowicz KC, Otamendi A, Pinto JV, Bernert RA, Krakow B, Joiner Jr, TE .2006. The impact of insomnia and sleep disturbances on depression and suicidality.16 (1), 1.
- Çelik FH, Hocaoglu Ç. 2016. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66.
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. 2005. Stress And Depression Among Medical Students: A Cross-Sectional Study, Medical Education, Volume 39, Issue 6 JunePages 594–604.
- Deb S, Banu PR, Thomas S, Vardhan RV, Rao PT, Khawaja N. 2016. Depression among Indian university students and its association with perceived university academic environment, living arrangements and personal issues. Asian Journal of Psychiatry , 23 , 108-117.
- Demiriz E. 1980. Yarı kırsal kesimde depresyon epidemiyolojisi ve ruhsal bozuklukların sıklığı üzerine bir araştırma, uzmanlık tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
- Diekelmann S, Born J. 2010. The memory function of sleep, Nature Reviews Neuroscience, 11 ,pp. 114–126.
- Dion KL, Giordano C. 1990. Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian university sample. International Journal of Social Psychiatry, 36(1), 30-41.
- Doğan O, Doğan S, Çorapçioğlu A, Çelik G. 1994. Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. CÜ Tıp Fak. Dergisi, 16(2), 148-151.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G. 1995. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Sivas, Dilek Matbaası.
- Dombrovski AY, Mulsant BH, Houck PR, Mazumdar S, Lenze EJ, Andreescu C, Reynolds CF. 2007. Residual symptoms and recurrence during maintenance treatment of late-life depression. Journal of affective disorders, 103(1), 77-82.
- Doron J, Thomas-Ollivier V, Vachon H, Fortes-Bourbousson M. 2013. Relationships Between Cognitive Coping, Self-Esteem, Anxiety And Depression: A Cluster-Analysis Approach. Personal. Individ. Differ. 55, 515–520.
- El-Gendawy S, Hadhood, M, Shams R, Khair A. 2005. Epidemiological aspects of depression among Assiut University students. Assiut Med J, 2, 81-89.
- Ertan T. 2008. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62,25-30.
- Ertuğrul A, Rezaki M. 2004. Uykunun Nörobiyolojisi Ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Derg ;15:300-8.
- Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JI .2007. Prevalence And Correlates Of Depression, Anxiety, And Suicidality Among University Students. Am J Orthopsychiatry 77: 534-542.
- Gaultney JF. 2010. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. Journal of American College Health, 59(2), 91-97.
- Gillespie NA, Gehrman PR, Byrne EM, Kendler KS, Heath AC, Martin NG. 2012. Modeling the direction of causation between cross-sectional measures of disrupted sleep, anxiety and

- depression in a sample of male and female Australian twins. *Journal of Sleep Research*, 21(6), 675–683.
- Goldman-Mellor SJ, Gregory AM, Caspi A, Harrington H, Parsons MJ, Poulton R, Moffitt TE. 2014. Mental health antecedents of early midlife insomnia: evidence from a four-decade longitudinal study. *Sleep*. 37 (11): 1767-75).
- Guyton AC, Hall JA. 2001. *Tıbbi Fizyoloji*. Çavuşoğlu H, Çeviren. İstanbul: Yüce & Nobel Tıp.
- Güler Ç, Akın L. 2006. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1822-1828.
- Güler M, Demirci K, Karakuş K, Kişioğlu AN, Zengin E, Yozgat Z, Yılmaz HR. 2014. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde umutsuzluk-depresyon sıklığı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2(1).
- Günay O, Akpınar F, Poyrazoğlu S, Aslaner H. 2011. Prevalence Of Depression Among Turkish University Students And Related Factors. *Turkish Journal Of Public Health*. 9(3): 133-143.
- Güney M.1982. Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon Ve Problem Alanlarının Akademik Başarı İle İlişkileri, Doçentlik Tezi, Ankara.
- Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. 2001.Striking changes in thesleep satisfaction of university students over the last two decades[Abstract]. *Percept Motor Skills*, 93:660.
- Hisli N. 1988. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma , *Türk Psikoloji Dergisi*. 6:118-126.
- Hisli N. 1989. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği,Güvenirliği *Türk Psikoloji Dergisi*. 7:3-13.
- İbrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. 2013. A Systematic Review Of Studies Of Depression Prevalence İn University Students. *J. Psychiatr. Res.* 47, 391–400.
- Işık E, Işık U, Taner Y. 2013. Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Grup matbaacılık, Ankara.
- Jensen DR. 2003. Understanding Sleep Disorders İn A College Student Population, *Journal Of College Counseling* , 6 (1): 25-34).
- KabakçıE. 2001 . Üniversite Öğrencilerinde Sosyotropik/OtonomikKişilik Özellikleri, Yaşam Olaylar ve Depresif Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 273-282.
- Kan İ. Biyoistatistik, 4. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, S:91, 2006, Ankara.
- Karatay G, Baş G, Aldemir H, Akay M, Bayır M, Onaylı H.2016. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uyku Alışkanlıları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Hsp*. 3(1): 16-22.
- Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E.2007.Tıp Fakültesi Ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başaışıkma Tazrları Ve Etkileyen Faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi* ; 18(2):137-146.
- Kim MJ, Moon W H. 2016. Relationship between Depression from Self-esteem, Stress, and Verbal Anger Behavior in Korean University Students. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(44).

- Köknel Ö. 2005. Ruhsal Çöküntü, Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köktürk O. Uygunun İzlenmesi (2). 1999. Polisomnografi. Tuberk Toraks ;47:499-511.
- Köroğlu E .2006. Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?. Ankara: Hyb Yayınları.
- Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. 2009. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(6).
- Kuppermann M, Lubeck DP, Mazonson PD, Patrick DL, Stewart AL, Buesching DP, Filer SK. 1995. Sleep problems and their correlates in a working population. Journal of General Internal Medicine, 10(1), 25-32.
- Küey L, Güleç C. 1993. Depresyonun epidemiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi, 2, 53-69.
- Kryger MH, Roos L, Delaive K, Walld R, Horrocks J. 1996. Utilization of health care services in patients with severe obstructive sleep apnea. Sleep, 19(9 Suppl), S111-6.
- Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams MA. 2012. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study,. BMC psikiyatrisi , 12 (1), 237.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. 1993. Age-Cohort Changes In The Lifetime Occurrence Of Depression And Other Mental Disorders. J Abnorm Psychol ;102:110–120.
- Lopez AD, Murray CJ .1998. The Global Burden Of Disease, 1990- 2020. Nat Med 4: 1241-1243.
- Liu X, Zhao Z, Jia C,Buysse DJ. 2008. Sleep patterns and problems among Chinese adolescents. Pediatrics, 121, 1165–1173.
- Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. 2010. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. Journal of adolescent health, 46(2), 124-132.
- Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Yılmaz M, Derdiyok Ç, Ertan D, Erten R, Gül A H, Gül G, Kara M, Karakaya H, Kasırga F. 2012. 4-5-6. Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Uyku Bozukluğu Sıklığı, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2): 8-11.
- McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. 2010. Rumination, Goal Linking, Daily Hassles And Life Events In Major Depression. Clinical Psychology & Psychotherapy, 17(1), 33-43.
- Medeiros ALD, Mendes DB, Lima PF, Araujo JF. 2001. The relationships between sleep-wake cycle and academic performance in medical students. Biological Rhythm Research, 32(2), 263-270.
- Michael KD, Huelsman TJ, Gerard C, Gilligan TM, Gustafson MR. 2006. Depression Among College Students: Trends In Prevalence And Treatment Seeking. Couns Clin Psychol J 3: 60-70.
- Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, Ilieva S, Nagyova I. 2008. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43(2), 105-112.
- Moo-Estrella J, Pérez-Benítez H, Solís-Rodríguez F, Arankowsky-Sandoval G. 2005. Evaluation Of Depressive Symptoms And Sleep Alterations In College Students, Archives Of Medical Research 36; 393–398.

- Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. 2011. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608.
- Morin CM, Jarrin DC. 2013. Epidemiology Of Insomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 8(3):281-297.
- Nadorff MR, Nazem S, Fiske A. 2011. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in a college student sample. *Sleep*, 34(1), 93-98.
- Nasir R, Zamani ZA, Khairudin R, Latipun. 2010. Effects Of Family Functioning, Selfesteem, And Cognitive Distortion On Depression Among Malay And Indonesian Juvenile Delinquents. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 7, 613-620.
- Oginska H, Pokorski J. 2006. Fatigue And Mood Correlates Of Sleep Length In Three Age-Social Groups: School Children, Students, And Employees. *Chronobiology international* , 23 (6), 1317-1328.
- OhayonMM. 2002. Epidemiology Of Insomnia: What We Know And What We Still Need To Learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97-111.
- OhayonMM, Hong SC. 2002. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 593-600.
- Öncü B, Şahin T, Özdemir S, Şahin C, Çakır K, Öcal E. 2013. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeyleri Ve İlişkili Etmenler, *Kriz Dergisi* 21 (1-2-3): 1-10.
- Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. 2002. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiatri Dergisi*: 3: 155-61.
- Özkürkçügil AÇ. 1999. Bir Mediko-Sosyal Merkezine Genel Sağlık Sorunlarıyla Başvuran Öğrencilerden Psikiyatrik Tanı Alanlarda Bazı Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10:115-122.
- Ören N, Gençdoğan B. 2007. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1), 85-92.
- Öztürk MO, Demiriz E , Arpaz A, Atakan Z. 1980. Yarı Kırsal Bir Bölgede Uygulanan Psikiyatrik Epidemiyolojik Bir Araştırmaya Göre Ruhsal Hastalık Sıklığı Ve Uluslar Arası Karşılaştırma, 16. Ulusal Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Kongresi.
- Öztürk O. 1997. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk O, Uluşahin A. 2008. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, Cilt I, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, S. 225-41.
- Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Eliasziw M. 2009. A longitudinal community study of major depression and physical activity. *General hospital psychiatry*, 31(6), 571-575.
- Pentuksan WC, Lertmaharit S, Lohsoonthorn V, RattananuponqT, Sonkprasert T, Gelaye B, Williams MA. 2016. Relationship between Poor Sleep Quality and Psychological Problems among Undergraduate Students in the Southern Thailand., *Walailak J Sci Technol*; 13 (4): 235-242.
- Regestein Q, Natarajan V, Pavlova M, Kawasaki S, Gleason R, Koff E. 2010. Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry research*, 176(1), 34-39.

- Riemann D, Berger M, Volderholzer U. 2001. Sleep And Depression—Results From Psychobiological Studies: An Overview. *Biol Psychol*;57: 67–103.
- Rodriguez EM, Donenberg GR, Emerson E, Wilson HW, Brown LK, Houck C. 2014. Family Environment, Coping, And Mental Health In Adolescents Attending Therapeutic Day Schools. *J. Adolesc.* 37, 1133–1142.
- Roh MS, Jeon HJ, Kim H, Han SK, Hahm BJ. 2010. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Academic medicine*, 85(8), 1384-1390.
- Roth, T. 2007. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 3(5 Suppl), S7.
- Sadock BJ, Sadock V A. 2007. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri, 1559-1800.
- Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004.
- Sarokhani D, Delpisheh A, Veisani Y, Sarokhani MT, Manesh R E, Et Al. 2013. Prevalence Of Depression Among University Students: A Systematic Review And Meta-Analysis Study. *Depress Res Treat*: 373857.
- Saygılı S, Akıncı AÇ, Arıkan H, Dereli E. 2011. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 1(1), 88-94.
- Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. 2010. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Jama*, 304(11), 1181-1190.
- Sherer M. 1985. Depression And Suicidal İdeation İn College Students. *Psychol Rep.* ; 57:1061-1062.
- Sjöberg RL, Nilsson KW, Leppert J. 2005. Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics*, 116(3), e389-e392.
- Steenbeek A, Langille D, Wilson K, Muir A. 2016. Ethnicity And Depression Among Maritime University Students İn Canada, 24th European Congress Of Psychiatry / European Psychiatry 33s S290–S643.
- Şenol V, Soyuer F, Pekşen Akça R, Argün M. 2012. Adölesanlarda Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* ;14:93-102.
- Stephoe A, Ardle J, Tsuda A, Tanaka Y. 2007. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International journal of behavioral medicine*, 14(2), 97-107.
- Singleton RA, Wolfson AR. 2009. Alcohol consumption, sleep, and aca-demic performance among college students. *J Stud Alcohol Drugs*, 70:355–363.
- Taylor DJ, Bramoweth A D. 2010. Patterns and consequences of inadequate sleep in college students: substance use and motor vehicle accidents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 610-612.

- Taylor DJ, Gardner CE, Bramoweth AD, et al. 2011. Insomnia and mental health in college students. *Behav Sleep Med*;9:107-116.
- Tezcan AE. 2011. Depresyonda (1. Basım). Ankara: Elma Yayınevi. S. 9-14.
- Tjia J, Givens JL, Shea JA. 2005. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American college health*, 53(5), 219-224.
- Tsuno N, Besset A, Ritchie K. 2005. Sleep And Depression. *J Clin Psikiyatrisi*. 66 : 1254-69.
- Ünal M. 1979. Ruh hastalıklarının yaygınlığı ve sosyoekonomik olgularla ilişkisi, Doçentlik tezi, HÜTF Psikiyatri Bölümü, Ankara.
- Üstün TB, Ceylan M, Yaşar AK, Çevik Y. 1981. Kazan Sağlık Ocağı Bölgesinde Depresyon Prevalansı Ve Ocakta Verilen Ruh Sağlığı Hizmetinin Değerlendirilmesi 17. Ulusal Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Kongresi.
- Vail-Smith K, Felts WM, Becker C. 2009. Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal*, 43(3), 924-930.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Abraham J. 2013. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 380(9859), 2163-2196.
- Wahed WYA, Hasan SK . 2017. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine* , 53 (1), 77-84.
- Wallace DD, Boynton MH, Lytle LA. 2017. Multilevel analysis exploring the links between stress, depression, and sleep problems among two-year college students. *Journal of American college health*, 65(3), 187-196.
- World Health Organisation. 2001. Geneva: Who. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Erişim: [[Http://Www.Who.Int/Whr/2001/En/Whr01_Ch2_En.Pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf)]. Erişim Tarihi: 21.12.2016.
- World Health Organisation. 2008. The Global Burden Of Disease: 2004 Update. Erişim: [[Http://Www.Who.Int/Healthinfo/Global_Burden_Disease/Gbd_Report_2004update_Part4.Pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd_report_2004update_part4.pdf)]. Erişim Tarihi: 21.12.2016.

ÖZET

T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde Uykusuzluk ve Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Gülay Şahiner Önal
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ/ Konya,2017

Günümüzde ruhsal sorunlar hızla artmıştır ve hem bireysel hem de toplumsal açıdan önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Ruhsal sorunlar içerisinde ise en sık görüleni depresyondur. Üniversite öğrenimi boyunca bu döneme özgü duygusal ya da toplumsal özellikler nedeniyle uyum bozukluğu veya diğer psikiyatrik bozukluklar oldukça yaygındır. Bu tez çalışması ile Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde uykusuzluk ve depresyon semptomlarının sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Bu çalışma 1 Mayıs 2015-1 Kasım 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Selçuk Üniversitesi'nde 2014-2015 eğitim öğretim yılında Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde normal öğreniminde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden üniversite öğrencilerine ait veriler sosyo-demografik etkenleri sorgulayan anket formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ölçekleri ile toplanmıştır.

Beck Depresyon ölçeğinde 17 ve üzeri puan alanlar depresif olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin %15,1' inde depresyon puanı 17' nin üzerinde idi. Öğrencilerin okudukları okul ile BDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek depresyon oranı İİBF'de idi. Kronik hastalığı olanlarda, sürekli ilaç kullananlarda, uyku problemi yaşayanlarda, hayatını kötü, kendini mutsuz tarif eden ve gelecekte umutlu olmayan öğrencilerde daha fazla depresyon tespit edilmiştir. Sigara ve alkol kullananlarda kullananlara göre daha az depresyon tespit edilmiştir. Yapılan regresyon analizinde kronik hastalığı olanlarda depresyon riski 2,13 kat, tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda 1,87 kat, uyku problemi yaşayanlarda 2,56 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir. Uyku problemi arttıkça depresyon artmış olup lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür.

Uykusuzluk Şiddeti İndeksinde 7 ve üzeri puan alanlar uykusuzluk problemi yaşadığı kabul edilmiştir. Öğrencilerin %46,2' sinde uykusuzluk problemi tespit edilmiştir. İsteddiği bölümde

okuduğunu ifade eden öğrencilerde ve okuduğu bölümde mutlu olduğunu ifade edenlerde, kronik hastalığı olmayan, sigara veya alkol kullanmayan öğrencilerde daha az uykusuzluk tespit edilmiştir. İİBF öğrencilerinde, hayatını kötü, kendini mutsuz tarif eden ve gelecekte umutlu olmayan öğrencilerde uykusuzluk daha sık görülmüştür. Yapılan regresyon analizinde kronik hastalığı olanlarda uykusuzluk riski 1,79 kat, depresyon belirtileri olanlarda 8,36 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir. Depresyon belirtileri arttıkça uykusuzluk artmış olup lojistik regresyon analizinde de en anlamlı bulunan faktördür.

Depresif belirtiler gösteren 135 öğrencinin %88,1' inde uykusuzluk tespit edilmiştir. Depresyon puanı ile uykusuzluk şiddeti indeksi puanı arasında pozitif yönde bir korelasyon vardır.

Üniversite öğrencileri belirlenemeyen büyük yaşam kararlarıyla yüzleşmesi gereken ergenlik döneminden yetişkinliğe kritik bir geçiş dönemine kaldıkları için depresyon açısından daha da büyük risk altındadır. Uyku değişiklikleri depresif belirtilerin bir bileşeni olmasına rağmen uyku bozukluklarının kendiliğinden depresyon gelişimine neden olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Üniversite öğrencileri arasında uyku bozuklukları ve depresif belirtiler gösterenlerin tespit edilmesi ve ulaşılması koruyucu ruh sağlığı açısından da önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Üniversite öğrencisi, depresyon, uykusuzluk

SUMMARY

Frequency of Insomnia and Depression Symptoms of Selcuk University Students and Related Factors

Nowadays, mental problems have rapidly increased and become an important public health problem in terms of both individual and society. Depression is the most common one among mental problems. During university education, adaptation disorder or other psychiatric disorders are quite common due to the emotional or social characteristics specific to this period. The purpose of this thesis was to determine the frequency of insomnia and depression symptoms and related factors among students at Selcuk University.

This study was conducted between May 1, 2015 and November 1, 2015. In 2014-2015 academic year, the data of the study were collected using Beck Depression Scale (BDS), Insomnia Severity Index Scales and a questionnaire, which investigates socio-demographic factors of the participants, from students who were studying at the Faculty of Medicine, Faculty of Health Sciences and Faculty of Economics and Administrative Sciences.

Scores of 17 and above in Beck Depression scale (BDS) were accepted as depressive. 15,1% of the students had depression scores higher than 17 points. When the relationship between school and BDS was analyzed, the highest depression rate was observed among the students at the Faculty of Economics and Administrative Sciences (FEAS). Depression was more prevalent among students with chronic illness, sleep problems, who has a bad life, describe themselves as unhappy, drug users, and not hopeful about their future. There was less depression among the students who do not smoke or take alcohol when compared to those who smoke and take alcohol. In regression analysis, it was found that the risk of depression in those with chronic illness was 2,13 times higher, in any of the diagnosed psychiatric patients was 1, 87 times, and in those who have sleep problems was 2,56 times higher. Depression increased as the sleep problem increased, and it was the most significant factor in logistic regression analysis.

Scores of 7 and over in Insomnia Severity Index (ISI) were considered to have insomnia problems. Insomnia problem was detected in 46,2% of the students. Less insomnia was found among students who expressed that they study at a major they desired and they are happy in their major, students who do not have chronic illnesses, and students who do not smoke and take alcohol. Insomnia was more prevalent among the students at FEAS who stated that they have a bad life, describe themselves as unhappy and do not have hopes for the future. In the regression analysis, it was found that the risk of insomnia among students with chronic illness was 1,79 times higher and 8,36 times higher among students with depressive symptoms. As depressive symptoms increase, insomnia increases, and this was the most significant factor in logistic regression analysis.

Insomnia was found in 88,1% of the 135 students who showed depressive symptoms. There is a positive correlation between depression score and insomnia severity index score.

University students are at even a greater risk of depression because they are facing a critical transition period from adolescence in which they must be faced with important life decisions that cannot be determined, to adulthood. Although sleep changes are a component of depressive symptoms, there is evidence which show that sleep disorders may cause spontaneous depression. In terms of preventive mental health, it is important to identify sleep deprivation and depressive symptoms among university students and reach them.

Key Words: Insomnia, Depression, University Students



EKLER

EK. A. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2015/7

Toplantı Tarihi : 31.03.2015

Karar Sayısı 2015/125 S.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR'ın, "Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde Uykusuzluk ve Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 25.03.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd.Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR'ın, "Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinde Uykusuzluk ve Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve İlişkili Faktörler" adlı araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
31/03/2015

Mahmut KESİK
Sekreteryä

EK. B. Selçuk Üniversitesi Rektörlüğü İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/03/2015-29854



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı

Sayı :50346461-730.08.03/
Konu :Anketler

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından gönderilen 26.03.2015 tarihli ve 74316303-730.08.03/29238 sayılı yazılarıyla Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Gülay ŞAHİNER ÖNAL'ın Üniversitemiz öğrencilerinde depresyon ve uykusuzluk semptomlarının sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi başlıklı uzmanlık eğitimini bitirme tez projesi kapsamında, anket çalışmaları Fakülteniz ve Meslek Yüksekokulunuzda Birim yetkilileri tarafından uygun görülen yerlerde yapmaları kaydıyla, Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa ŞAHİN
Rektör Yardımcısı

Ek :

- 1- Yazı Örneği (1 sayfa)
- 2- Anket Örneği (4 sayfa)

Dağıtım:

Edebiyat Fakültesi Dekanlığına
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Dekanlığına
Mühendislik Fakültesi Dekanlığına
Tıp Fakültesi Dekanlığına
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Müdürlüğüne
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu
Müdürlüğüne

Evrakı Doğrulamak İçin : http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEA9Y44N
Alaeddin Keykubat Kampüsü Selçuklu / KONYA Telefon : +9003322233831 Faks: +9003322416094
E-Posta: selcuksks@selcuk.edu.tr Ayrıntılı bilgi için irtibat: Tahsin Şayir
Tel:0332 3507005 Faks:0332 3520998
E-Posta :info@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.selcuk.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK. C. Anket Formu

Değerli katılımcılar , Bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlisi olan Dr. Gülay Şahiner Önal tarafından Yrd.Doç. Dr. Kemal Macit Hisar danışmanlığında, üniversite öğrencilerinde uykusuzluk ve depresyon semptomlarının sıklığı ve ilişkili faktörler belirlemek amacıyla yürütülmektedir. Anket genel olarak, kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, katılım sırasında herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz, cevaplama işini istediğiniz an bırakmakta serbestsiniz. Araştırmada depresyon belirtilerinizin olması durumunda sizlere tekrar dönüş yapabilmek amacıyla telefon numaralarınız istenmektedir. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, akademik veya idari amaçla kullanılması söz konusu olmayacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.	
Adı Soyadı:	Cep Telefonu:
Yaş:	Cinsiyet:
Boy:	Kilo:
Fakülte:	Sınıf:
İstediğiniz bölümde misiniz? Evet.... Hayır.....	
Bu bölümde olmaktan mutlu musunuz? Evet.... Hayır.....	
Fakültedeki ders başarınızı nasıl tanımlarsınız? Kötü Orta İyi Çok Başarılıyım	
Anne mesleği: Ev hanımı..... Baba mesleği: İşsiz..... Memur..... İşçi..... Memur..... İşçi..... Kendi hesabına çalışan..... Kendi hesabına çalışan.....	
Anne eğitim durumu: Okuryazar değil..... İlkokul..... Ortaokul..... Lise..... Üniversite/Yüksekokul..... Yüksek lisans.....	
Baba eğitim durumu: Okuryazar değil..... İlkokul..... Ortaokul..... Lise..... Üniversite/Yüksekokul..... Yüksek lisans.....	
Kardeş sayısı:.....	
Çalışma durumunuz: Çalışıyorum Çalışmıyorum	
Aylık bütçe/elinize geçen miktar: 500 lira ve altı 500-1000 tl arası 1000-1500 tl arası 1500 ve üzeri	
Nerede kalıyorsunuz? Ailemle birlikte kalıyorum..... Evde arkadaşım ile kalıyorum..... Evde yalnız kalıyorum..... Devlet yurdunda kalıyorum..... Özel yurttan kalıyorum..... Diğer.....	
Tanı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı? Hayır Diabet..... Hipertansiyon Guatr..... Ülser/Gastrit..... Migren..... Kalp damar hastalığı..... Diğer(lütfen belirtiniz).....	
Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? Hayır.....Evet.....(lütfen belirtiniz).....	
Düzenli spor yapar mısınız? Hayır.....Evet.....	
Ne sıklıkta ne tür spor yapıyorsunuz?...../.....	
Günde kaç saat uyursunuz?	
Uyku problemi yaşıyor musunuz? Hayır.....Evet.....	
Sigara kullanıyor musunuz? Hayır..... Kullanıyordum bıraktım..... Halen kullanıyorum.....	
Halen sigara kullanıyorsanız ne sıklıkta kullanıyorsunuz? Yarım paketten az..... yarım/1 paket arası..... Günde 1 paketten fazla..... günde 2 paketten fazla.....	
Alkol kullanıyor musunuz? Hayır..... Kullanıyordum bıraktım..... Halen kullanıyorum..... Günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....	
Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz? Hayır..... Kullanıyordum bıraktım..... Halen kullanıyorum..... Günde ne kadar kullanıyorsunuz?.....	
Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? Hayır..... Halen.....tedavisi görüyorum. Geçmişte..... tanısı aldım. Tedavi gördüm/görmedim.	
Kendi yaşadığınız hayatı nasıl tanımlarsınız? Çok iyi.....İyi.....İdare eder.....Kötü.....Çok kötü.....	
Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz? Çok Mutlu..... Mutlu..... İdare eder..... Mutsuz..... Çok Mutsuz.....	
Geleceğe yönelik umutlu musunuz? Kesinlikle evet..... Evet..... İdare eder..... Hayır..... Kesinlikle hayır.....	
Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Dr .Gülay Şahiner Önal (Tel: 543 5741338) ; E-posta: (gulaysahineronal@gmail.com)	

EK. D. Beck Depresyon Envanteri

Tarih:.....

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.

- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

EK.E.Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)

Tarih: _____

1. Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar emnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok Memnun	Memnun	Nötr	Memnun Değil	Hiç Memnun Değil
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Engelleyici Değil	Biraz Engelleyici	Oldukça Engelleyici	Çok Engelleyici	Çok Fazla Engelleyici
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle Fark Edilemez	Biraz Fark Edilebilir	Oldukça Fark Edilebilir	Çok Fark Edilebilir	Çok Fazla Fark Edilebilir
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle Endişelendirmiy or	Biraz Endişelendiriy or	Oldukça Endişelendiriy or	Çok Endişelendiriy or	Çok Fazla Endişelen diriyor
0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Gülay Şahiner Önal

1981 yılında Kayseri’de doğdu. İlk ve orta eğitimini Kayseri’de, lise eğitimini Nevşehir’de tamamladı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi’nden 2005 yılında mezun olarak hekimlik mesleğine başladı. 2006-2007 yıllarında Erzurum ili Horasan ilçesinde devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladı. 2007-2012 yılları arasında Türkiye Kızılay Derneği Konya Kan Bağış Merkezi’nde görev yaptı. Evli ve 2 çocuk annesidir.

