



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA
UYKU KALİTESİ VE DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Esra KİBAR TUNÇ

Danışman

Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

**Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/2021

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında Esra KİBAR TUNÇ tarafından hazırlanan “Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi” Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~. Üye:

Başkan: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi,
Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~. Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~. Üye:

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 04/08/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 09 / 08 / 2021

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Esra KİBAR TUNÇ

...../...../2021

GEBELİK VE POSPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA UYKU KALİTESİ VE DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

KİBAR TUNÇ Esra, Gebelik ve Pospartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi Ve Depresyonun Değerlendirilmesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Amaç

Bu araştırma, kadınların gebelik ve postpartum dönemlerinde uyku kalitesi ve depresyonun incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada, Kasım 2019 - Mayıs 2020 tarihlerinde Ankara’da bir hastanede kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran üçüncü trimesterde olan 150 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verilerinin ilk izlemi “Veri Toplama Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)”, “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” ile toplanmıştır. Doğumdan sonra 4-6. haftalarındaki ikinci izlemde ise kadınlardan 120’sine ulaşılarak PUKİ, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)”’yle veriler toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistik, bağımlı örneklem T testi, bağımsız örneklem T testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmamızda kadınların gebelik dönemlerinde %63’ünün uyku kalitesinin kötü olduğu saptanırken, bu oran postpartum dönemlerinde %88.2 olarak bulunmuştur. Gebelik dönemlerinde katılımcıların %22’si depresyon belirtisi gösterirken, postpartum dönemlerinde %16.7’sinin depresyon riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik PUKİ puanları ile postpartum dönemlerinde PUKİ puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Kadınların gebelik ve postpartum dönemlerindeki uyku kalitesi ile gebelik BDE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ayrıca kadınların gebelik ve postpartum dönemlerindeki uyku kalitesi ile postpartum EDSDÖ puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç

Postpartum depresyon belirtisi gösteren kadınların, gebeliğinin son trimesterinde ve postpartum dönemde uyku kalitesi kötüdür. Gebe ve postpartum dönem kadın izlemlerinde ebe ve hemşireler tarafından uyku kalitesi ve depresyon riski beraberce değerlendirilmelidir. Gebeliğe özgü uyku kalitesi ve depresyon riskini belirleyen ölçeklerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Gebelik, Postpartum, Uyku Kalitesi, Depresyon.



EVALUATION OF SLEEP QUALITY AND DEPRESSION IN PREGNANCY AND POSTPARTUM WOMEN

ABSTRACT

KİBAR TUNÇ Esra, Evaluation of Sleep Quality and Depression in Pregnancy and Postpartum Women, Gülhane Institute of Health Sciences, Gynecology and Obstetrics Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2021.

Aim

This research was carried out with the aim of examining sleep quality and depression in women during pregnancy and postpartum periods.

Materials and Methods

In this descriptive type of research, it was carried out on 150 pregnant women who were in the third trimester who applied to obstetrics and gynecology outpatient clinic in a hospital in Ankara between November 2019 and May 2020. The first follow-up of the data of the study was collected with "Data Collection Form", "Pittsburgh Sleep Quality Index (PUQI)", "Beck Depression Inventory (BDI)". In the second follow-up at 4-6 weeks after birth, 120 of the women were reached and data were collected with puki, "Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)". The data were evaluated using descriptive statistics, dependent sample T test, independent sample T test, one-way variance analysis, pearson correlation analysis.

Results

In our research, it was determined that 63% of women had poor sleep quality during pregnancy, compared to 88.2% during postpartum periods. While 22% of participants showed signs of depression during pregnancy, 16.7% had a high risk of depression during postpartum periods. A low positive relationship was found between women's pregnancy Pittsburgh Sleep Quality Index scores and Postpartum Sleep Quality Index scores during postpartum periods. A moderate positive relationship was found between women's sleep quality during pregnancy and postpartum periods and pregnancy BDE scores. It was also determined that there was a low positive relationship between women's sleep quality during pregnancy and

postpartum periods and postpartum Edinburgh Postpartum Depression Scale scores ($p<0.05$).

Conclusion

Women who show signs of postpartum depression have poor sleep quality in the last trimester of pregnancy and during the postpartum period. Sleep quality and risk of depression should be evaluated together by midwives and nurses in pregnant and postpartum period female follow-ups. There is a need to improve the scales that determine pregnancy-specific sleep quality and depression risk.

Keywords: Nursing, Pregnancy, Postpartum, Sleep Quality, Depression.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim başlangıcından itibaren ve tez hazırlama sürecim boyunca tüm sorularıma her zaman sabırla cevap veren, beni destekleyen, doğruya yönlendiren ve hiçbir zaman yalnız bırakmayan tez danışman hocam **Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ**'e,

Lisansüstü eğitimimin başlangıcında başarılı olacağıma inanarak lisansüstü eğitim programlarına kabul eden ve kıymetli bilgilerini paylaşan sevgili hocalarım **Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ, Prof. Dr. Ayşe KILIÇ, Doç. Dr. Gülşah KÖK**'e,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden **tüm gebelerime**,

Yardımları için SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi NST odasında çalışan **Hemşire meslektaşlarıma**,

Eğitim hayatımın ilk gününden beri yol arkadaşım olan **Hale AYDIN**'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, beni yetiştirip büyüten, her adımımı destekleyen sevgili anne ve babam **Ayşe&Metin KİBAR**'a,

Her zaman moral ve motivasyon desteğiyle yanımda olan çok sevgili eşim **Mahmut TUNÇ**'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra KİBAR TUNÇ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.UYKU	3
2.1.1. Uykunun Tanımı.....	3
2.1.2. Uykunun Evreleri.....	3
2.1.2.1. Yavaş Dalga Uykusu-NREM.....	3
2.1.2.2. Hızlı Evre Uykusu-REM.....	4
2.1.3. Uyku Gereksinimi	4
2.1.4. Sirkadiyen Ritim.....	5
2.1.5. Uyku Kalitesi	5
2.2. GEBELİK VE UYKU	5
2.2.1. Gebelikte Yaygın Görülen Uyku Sorunları	7
2.2.1.1. Uykuda Solunum Bozuklukları ve Gebelik	7
2.2.1.2. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Gebelik	7
2.2.1.3. Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) ve Gebelik	8
2.2.1.4. İnsomnia ve Gebelik	9
2.2.1.5. Parasomnia ve Gebelik.....	9
2.2.1.6. Uyku Kalitesinin Doğuma Etkisi	10
2.2.2. Gebelikte Uyku Sorunları ve Hemşirelik	10
2.3. POSTPARTUM DÖNEM VE UYKU	12
2.4. DEPRESYON	14
2.5. GEBELİK VE DEPRESYON	16
2.5.1. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	16
2.5.2. Kadının Gebeliğe Emosyonel Cevabı.....	17
2.5.2.1. Ambivalans	17
2.5.2.2. İçer Dönüklük.....	18

2.5.2.3. Kabul Etme	18
2.5.2.4. Duygusal Dalgalanma	18
2.5.2.5. Beden İmajında Değişiklik.....	18
2.5.3. Gebelikte Depresyon	19
2.5.3.1. Gebelik Depresyonu Risk Faktörleri.....	19
2.5.3.2. Gebelik Depresyonunun Bulgu ve Semptomları	21
2.5.3.3. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları.....	21
2.5.3.4. Gebelik Depresyonunun Kadın Üzerine Etkisi	22
2.5.3.5. Gebelik Depresyonun Taranması	22
2.5.3.6. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları	23
2.5.3.7. Gebelik Depresyonu Neden Önemlidir?	23
2.6. POSTPARTUM DÖNEM VE DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI.....	24
2.6.1. Postpartum Blues (Postpartum Annelik Hüzünü).....	25
2.6.2. Postpartum Depresyon.....	25
2.6.2.1. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri	26
2.6.2.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi	26
2.6.2.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikler	27
2.6.2.4. Postpartum Depresyon Tedavisi	28
2.6.2.5. Postpartum Depresyonun Sonuçları.....	29
2.6.3. Postpartum Psikoz	30
2.6.4. Gebelik ve Postpartum Dönemde Psikiyatrik Sorunu Olan Kadına Hemşirelik Yaklaşımları	30
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	33
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	33
3.3.3. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri	34
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
3.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI).....	36
3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	36
3.4.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	37
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	59
7. KAYNAKLAR	61
EKLER.....	67
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu	67
EK-2: PUKİ	71
EK-3: BDE	75
EK-4: EDSDÖ	79
EK-5: Etik Kurul İzni	82
EK-6: TUEK İzni Hakkında	83
EK-7: TUEK İzni Hakkında	84
EK-8: TUEK İzni Hakkında	85
EK-9: TUEK İzni Hakkında	86
EK-10: PUKİ Onam	87
EK-11: BDE Onam	88
Ek-12: EDSDÖ Onam	89
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	93

ÇİZELGE LİSTESİ

Tablo 1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)	39
Tablo 2: Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)	40
Tablo 3: Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalıklarına Göre Dağılımı (n=150)	41
Tablo 4: Gebelerin Sağlıklı Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=150)	42
Tablo 5: Kadınların Gebelik Dönem Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n=150)	43
Tablo 6: Kadınların Gebelik ve Postpartum Dönemde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Alt Boyutları, Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	44
Tablo 7: Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	48
Tablo 9: Gebelik Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Beck Depresyon Envanteri ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Postpartum Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	48

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Şekil 1: Çalışmanın Tasarımı.....	35
Grafik 1: Kadınlarda Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Dağılımı	45
Grafik 2: Kadınların Gebelik Döneminde Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanlarının Dağılımı	46
Grafik 3: Postpartum Dönemde Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	46



SİMGELER VE KISALTMALAR

PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
PIH	: Pelvik İnflamatuvar Hastalık
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
IUGG	: Intrauterin Gelişim Geriliği
PPD	: Postpartum Depresyon
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
NREM	: Yavaş Dalga Uykusu
REM	: Hızlı Evre Uykusu
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TSH	: Troit Stimüle Edici Hormon
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologist
EKT	: Elektrokonvülsiv Tedavi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
SSRI	: Selektif Seratonin Geri Alım İnhibitörü
MMPI-D	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
SS	: Standart Sapma
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik kadının yaşamındaki eşsiz zamanlardan biridir ve vücudundaki görünüşünden, sosyal statüsüne kadar büyük değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Gebelikte yaşanan değişikliklerden biri de uykudur. Uyku, bireylerin yaşam kalitesine ve sağlığına etki eden, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir günlük yaşam aktivitesidir (1). Gebelikte meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler, uyku kalitesinde önemli değişimlere neden olmaktadır. Abdominal şikayetler, sırt ağrısı, bacak krampları, sık idrara çıkma, huzursuz bacak sendromu en sık bilinenleri arasında yer almaktadır. Uyku bozuklukları birinci trimesterde başlamakta ve üçüncü trimesterde daha da sıklaşmaktadır. Üçüncü trimesterdeki kadınlarda uyku bozukluğu prevalansının %97 olduğu bildirilmiştir (2). Gebelerin çoğunluğunun, üçüncü trimesterde iken uyku latensinde uzama, total uyku süresinde azalma, uykuda daha sık uyanma ve gündüz uykululuk halinde artma problemlerini yaşadıkları belirlenmiştir (3). Kadınlarda uyku bozuklukları, gebelik döneminde ciddi maternal (artmış inflamatuvar ve oksidatif stress, gestasyonel diyabetes mellitus(GDM), pelvik inflamatuvar hastalık(PIH)) ve fetal (düşük doğum ağırlığı(DDA), intrauterin gelişim geriliği(IUGG), düşük apgar skor) komplikasyonlara neden olabilmektedir (2). Kadınlarda yetersiz uyku ve uyku bozukluklarının fetal, gebelik ve postpartum dönemdeki sonuçlara olumsuz etkisi göz önüne alındığında, gebelik süresince uyku bozukluklarının taranması ve gerekirse tedavi edilmesi gerektiğini göstermektedir (4). Gebelikte uyku bozukluğunun klinik etkilerine ve yüksek prevalansına rağmen, literatürde kadınların gebelik ve postpartum dönemlerinde uyku değişikliklerine ilişkin bilgiler eksiktir (5). Sedov ve arkadaşları, yaptıkları meta analiz çalışmasında, gelecekteki araştırmalarda gebelik sırasında düşük uyku kalitesine etki eden çeşitli faktörlerin incelenmesini önermiştir (6).

Uyku bozukluğu, gebeliğin bir sonucu iken aynı zamansa bir depresyon belirtisidir. Çoğu kadın gebelik ve doğumun beraberinde getirdiği değişikliklere uyum sağlarken, bazıları da ruhsal bozukluklar gösterebilir. Bu bozuklukların semptomları kadınların günlük yaşamı etkileyecek düzeylerden, hastanede yatarak tedaviyi almasını gerektirecek duruma kadar değişkenlik göstermektedir. Günümüzde depresyonda görülen fizyolojik değişiklik ve semptomların gebelik ve doğum sonrası dönem belirtilerle (örneğin uyku alışkanlıklarındaki değişim, iştah ve kilo

değişiklikleri, yorgunluk) benzer olması nedeniyle gebelik depresyonu gözden kaçmaktadır. Gebelik ve postpartum dönemde kadınlar arasında en yaygın görülen ruhsal bozukluk, gebelik depresyonu ve postpartum depresyon (PPD)dur (7). Postpartum dönem annenin psikiyatrik hastalıklara yakalanma riskinin en fazla olduğu dönem olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde, gebelikte depresyon prevalansının %7- 26 arasında olduğu bildirilmiştir. PPD sıklığı araştırmalarda kullanılan tanı yöntemlerine göre farklılık göstermekte ve %3.5- 40 arasında değişmektedir (8). Ülkemizde, gebelikte ve postpartum dönemde kadınlarda depresyon sıklıklarının sırasıyla %12- 36 ve %14- 40.4 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca doğumdan sonraki ilk bir ay içinde PPD %14'e varan oranlardadır, belirtiler gebelikte ve doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlayabilmektedir (9). Benzer oranlar Şahin ve arkadaşlarının gebelik ve doğum sonrası dönem depresyon prevalansını belirlemeyi amaçladıkları çalışmanın sonucunda bildirilmiştir. Sonuçlara göre kadınların %13.5'i gebelikte ve %4.8'i postpartum süreçte yüksek depresif semptomlar gösterdiği tespit edilmiştir (10).

Uyku bozukluğunun, depresyon tanısı alan kişilerin %90'ında görüldüğü bildirilmektedir. Uyku bozukluğu perinatal depresyonun prodromal bir belirtisidir ve DSM-V'e göre depresyon için bir tanı kriteri olarak kabul edilmektedir. Perinatal uyku bozukluğu PPD gelişiminde artmış riskin bir göstergesidir (11). Bazı çalışmalar postpartum depresyon varlığının suisid davranışı için bir risk faktörü olduğunu ve bu dönemde anne ölüm nedenlerinin %20'sini oluşturduğunu ortaya koymuştur (12-13). Bu durum anne, bebek ve aile sağlığı açısından postpartum depresyonun taranması, belirlenmesi ve tedavisinin önemini ortaya koymaktadır.

Uluslararası literatür incelendiğinde, son on yılda hem gebelikte hem de postpartum dönemde uyku rahatsızlıklarının yüksek duygudurum bozuklukları riski ile nasıl ilişkilendirilebileceğini açıklayan çok sayıda çalışma mevcuttur (11-24). Ülkemiz literatüründe hem gebelerde hem de postpartum dönem kadınlarda uyku kalitesi ve depresyon ilişkisini inceleyen yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırma, gebelik ve postpartum dönemlerinde kadınlarda uyku kalitesi ve depresyonun incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.UYKU

2.1.1. Uykunun Tanımı

Uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bireylerin yaşam kalitesine ve sağlığına etki eden, bir günlük yaşam aktivitesidir (1,25-27). Geçici, kısmi ve periyodik bilinç kaybı, sinir duyusu ve istemli kas hareketlerinin azalmasıyla ortaya çıkan psikofizyolojik bir durumdur (27). Ulaşılabilen en eski yazılı kaynaklar da dâhil olmak üzere günümüze ulaşan tüm bilgiler, uykunun sadece ne olduğu anlaşılmaya çalışılan bir süreç olduğunu göstermektedir (28). Yirminci yüzyılın ilk yarısında Berger tarafından gerçekleştirilen elektroensefalografi (EEG) uygulamaları uykunun aydınlatılmasında önemli bir yer tutmuştur (29). Yirminci yüzyılın ikinci yarısında, uyku ve uyanıklık durumlarında farklı beyin dalgalarının tanımlanması, bu farklı beyin dalgalarının neler tarafından tetiklendiğinin keşfedilmesi, uyku sırasındaki pasif beyin fonksiyonunun kendi içinde evrelere ayrılması ve de bu evrelerden ancak birinde hızlı göz hareketlerinin (Rapid Eye Movement-REM) görülüyor olması, uyku süreci üzerine geçmişten gelen soruların yanıtlanmasını sağlamıştır (28).

2.1.2. Uykunun Evreleri

Uykuda birbirini izleyen hızlı olmayan göz hareketleri (Non Rapid Eye Movement-NREM) ve REM olmak üzere iki periyodik değişim dönemi vardır (29).

2.1.2.1. Yavaş Dalga Uykusu-NREM

Hızlı olmayan göz hareketleri uykusu, kendi içinde dört dönemden oluşmaktadır. Bunlardan birinci ve ikinci dönemler yüzeysel uyku, üçüncü ve dördüncü dönemler ise derin yavaş uyku olarak bilinmektedir. NREM uykusunun birinci dönemi uyuşukluk veya uyanık olmaktan uykuya dalmaya geçiş aşamasıdır. Tüm gece uykusunun %1-5'ini oluşturmaktadır. Bu dönemde, vücutta tüm fizyolojik süreçler yavaşlamaktadır. NREM uykusunun ikinci döneminde ise göz hareketlerinin durduğu hafif uyku aşamasıdır. Tüm gece uykusunun %40-50'sini oluşturmaktadır. Bu evrede beyin fonksiyonu yavaşlamakta ve kaslar rahatlamaktadır. Kalp atış hızı yavaşlamakta ve vücut ısısı düşmektedir. NREM uykusunun üçüncü dönemi, tüm gece uykusunun

%3-8'ini oluşturur. NREM uykusu dördüncü dönemi ise tüm gece uykusunun %10-15'ini kapsamaktadır. NREM uykusu üçüncü ve dördüncü döneminde daha yavaş beyin dalgaları ve düşük kan basıncı, solunum sayısı azalmakta ve vücut ısısı düşmekte ve daha derin bir uyku görülmektedir. Hücrel yenilenme ve onarım için gerekli olan büyüme hormonu gibi hormonlar, bu dönemde salınmaktadır. Bu süreçte vücut hareketsiz hale gelmektedir (29, 30).

2.1.2.2. Hızlı Evre Uykusu-REM

Non Rapid Eye Movement uykusu dördüncü döneminden sonra genellikle aktif düş görme ile birlikte oluşan uykuya REM uykusu veya paradoksal uyku denmektedir. Bu dönemde yoğun beyin dalgaları görülmekte ve çok daha aktif bir uyku yaşanmaktadır. REM uykusu döneminde kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı artmakta ve düzensizleşmekte, gözler hızla hareket etmektedir. Tüm gece uykusunun %25'i, REM döneminde görülmektedir. REM uykusu dönemleri 5-30 dakika sürmektedir. Uyku başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi başlamaktadır. İlk REM uykusunun sonuna kadar olan süre, bir uyku siklusudur. Bu siklus kişiden kişiye göre değişmekte ve 90–120 dakika arasında sürmektedir. NREM ve onu izleyen REM şeklindeki siklus bir gecede dört-altı kez tekrarlanmaktadır. Kısa REM uyku süresi depresyon durumlarında veya yaşlılarda görülmektedir (29, 30).

2.1.3. Uyku Gereksinimi

Uyku, sağlıklı bir insan yaşamının temelidir. Uyku, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nin en altında bulunan yaşamın temel fizyolojik ihtiyaçlar arasındadır. Aynı zamanda uyku ruh hali, hafıza ve bilişsel performansı korumak için gerekli dinamik bir aktivitedir. Uyku, endokrin ve immün fonksiyonun normal işleyişinde önemli rol oynamaktadır. (30). Uyku gereksinimi bireylerin genetik olarak getirdikleri bir özellik olup, yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, ruhsal ve fizyolojik durumu, çevresel ortam ve kişisel özelliklerine göre farklılık göstermektedir (25).

2.1.4. Sirkadiyen Ritim

Sirkadiyen ritim, insan vücudunda 24 saat içinde meydana gelen vücut ısısı, hormon seviyeleri ve uykudaki döngüsel dalgalanmaları ifade etmektedir. Bu iç ritim, fiziksel çevre ve sosyal programlarla iç içedir. Uyku uyanıklık ritminde insan

fizyolojisi ile kurulmuş en derin bağlantılardan biri ışığa maruziyettir. Uyku ve uyanıklıkla bağlantılı bir beyin hormonu olan melatonin, ışığa tepki olarak salınmakta ya da inhibe edilmektedir (30).

Ortalama yaşam yılı 75 yıl olan bir yetişkin, bu sürenin 25 yılını uyuyarak geçirmektedir (29). Yetişkinler için uyku, genellikle 24 saatte bir yinelenen döngüsel bir süreçtir. Dolayısıyla günün üçte birlik kısmı olan 7-8 saatlik gece uyku süresi yeterli olmaktadır. Bu süre bireysel farklılıklar gösterirken, 4 saatten az ve 9 saatten fazla olan uyku süresi anormal kabul edilmektedir (31).

2.1.5. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, bireyin yeni bir güne hazır, formda ve zinde uyanmasıdır (32). Uyku kalitesi, yaş, cinsiyet, hastalık, fiziksel hareket, emosyonel durum, ilaçlar, alkol ve diğer uyarıcılar, diyet, çevre, yaşam biçimi, motivasyon gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (33).

2.2. GEBELİK VE UYKU

Gebelik sürecinde kadın vücudunda meydana gelen değişiklikler birçok faktörden etkilenmektedir. Bu değişikliklerin bir kısmı hormonal etkilerden, bazıları fetüsün uterusunda büyümesinden ve bir kısmı da bu değişikliklere annenin uyumu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Gebelikte değişiklikler sonucu annede uyku sorunları neredeyse evrenseldir. Amerika’da bulunan Ulusal Uyku Vakfı’nın her yaştan gebe ile yapmış olduğu anket çalışmasının sonucunda, gebe kadınlarda haftada en az birkaç gece uykusuzluk yaşama oranının %84 olduğu bildirilmiştir (34). Uluslararası literatürdeki bir başka çalışmada üçüncü trimesterdeki kadınlarda uyku bozukluğunun %97 olduğu bildirilmiştir (2). Ülkemizde gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemekle birlikte, Ölçer ve Bozkurt’un araştırmasında gebe kadınların %91’inin, Köybaşı ve Oskay’ın araştırmasında gebe kadınların %72’sinin, Çelik ve Köse’nin araştırmasında ve Çoban ve Yanikkerem’in araştırmasında gebe kadınların yarısından fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (1, 2, 35, 36). Gebelikte meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler, kadının uyku kalitesinde önemli değişimlere neden olmaktadır. Gebelerde uyku alışkanlıkları ve kalitesini bozan durumlardan fetüsün diyafragmaya basısıyla abdominal şikayetler, sırt ağrısı,

bacak krampları, sık idrara çıkma, huzursuz bacak sendromu en sık bildirilenlerdir (2). Her üç trimester farklı değişikliklerle karakterizedir (34). Artan gestasyonel yaşla birlikte uyku kalitesinde düşme beklenmektedir (2, 6).

Birinci Trimester: Bu dönemde bulantı, kusma, sırt ağrısı, bitkinlik, halsizlik, artmış idrara çıkma gereksinimi ve göğüslerde gerginlik gibi rahatsızlıklar nedeniyle sıklıkla uyku bölünmektedir. Progesteronun uyku verici ve sedatize edici etkilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte gebeliğin 10. haftasından itibaren uyku değişmeye başlamaktadır. Ayrıca progesteronun üriner düz kaslar üzerine inhibitör etkisi nedeniyle idrar sıklığı artmakta ve termojenik etkisi ile vücut ısı yükselmektedir. Toplam uyku süresi, gündüz uyuklama, uykusuzluk ve gece uyanmalarında artış, NREM uykusu üçüncü ve dördüncü dönem ve genel uyku kalitesinde azalma olur (36, 37).

İkinci Trimester: Bu trimesterde progesteron seviyesi daha yavaş olmak üzere yükselmeye devam etmektedir. Bu dönemde kadınlarda toplam gece uyku süresinin normalleştiği belirtilmektedir fakat gece uyanmaları artmaktadır. NREM uykusunun üçüncü ve dördüncü dönemi ve REM uykusu azalmaktadır. %30'unda gebelik öncesinde olmayan bir horlama başlamaktadır. Horlayan gebelerde, preeklamps ve uyku apne sendromu gelişim riski bulunmaktadır (36, 37).

Üçüncü Trimester: Gebelikte uyku kalitesinde bozukluk birinci trimesterde başlamakta ve üçüncü trimesterde en yüksek değerine ulaşmaktadır (2). Üçüncü trimesterde sık idrara çıkma, sırt ağrısı, bacak krampları ve nefes darlığı nedeniyle uyku bölünmektedir. Gebelerin çoğu üçüncü trimesterde uyku latensinde uzama, total uyku süresinde azalma, uykuda daha sık uyanma ve gündüz uykululuk halinde artma tanımlanmaktadır (37). NREM uykusunun birinci dönemi artarken, NREM uykusu üçüncü ve dördüncü dönem ve REM uykusu azalmaktadır (32).

2.2.1. Gebelikte Yaygın Görülen Uyku Sorunları

2.2.1.1. Uykuda Solunum Bozuklukları ve Gebelik

Gebelik sürecinde hormonal ve mekanik faktörler nedeniyle solunum fizyolojisindeki değişiklikler kadınlarda uyku solunum bozukluklarına zemin oluşturmaktadır. Horlama, artmış üst hava yolu direnci, obstrüktif apne ve/veya

hipopnelerle ilişkili olabilmektedir ve uykuda solunum bozukluklarının en önemli bulgusudur (1, 37). Horlama, yumuşak damak ve küçük dilin normalden fazla büyümesi, sarkması ve bu kasların gerginliklerini kaybederek uyku sırasında solunum yolunu tıkaması nedeniyle oluşan fazla gürültülü solunum sesleridir (38). Gebelerde %14 ila %46 arasında değişen oranlarda horlama rapor edilmekte ve sıklığı üçüncü trimestere doğru artmaktadır (37). Literatürde gebe kadınlarda gebe olmayanlara göre horlama sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (39).

Haftada 5 gecedan fazla olan horlamaya habitüel horlama denmektedir (38). Şahin ve arkadaşlarının her trimesterden olan 400 gebe ile yaptıkları çalışmada, habitüel horlaması olan gebelerde olmayanlara göre, yaş, boyun çevresi, vücut kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Habitüel horlama sıklığının 3. trimesterde diğer trimestelere oranla daha yüksek olduğu saptanmış, gestasyonel diyabet için 5 kat, preeklampsi için 9 kat, kalp hastalığı için 12 kat risk oluşturduğu bildirilmiştir (39). Literatürde, uykuda solunum bozukluğu ile gebelikteki hipertansiyon, preeklampsi, pulmoner hipertansiyon, anormal fetal kalp atımı, fetal büyüme geriliği, fetal ölüm ve düşük apgar skoru arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (32, 37, 39, 40).

2.2.1.2. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Gebelik

Uyku apnesi, uyku sırasında on saniyeden uzun süren solunum durması olarak tanımlanmaktadır. Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), üst hava yolu obstrüksiyonu ve uyku esnasında hipoksemi ile karakterize solunum bozukluğudur (32). Gebelik sırasında OUAS'a yatkınlık oluşturan fizyolojik nedenler orofarenks boyutunun ilerleyen gebelik haftalarında daralması, artmış kan akımına bağlı olarak nazal konjesyon ve hiperventilasyondur. Kadınlarda %2 oranında görülürken gebelikte prevalansı tam olarak bilinmemektedir (40). İzci ve arkadaşları hamileliğin sonlarındaki gebelerde postpartum dönem ya da gebe olmayan kadınlara göre üst hava yollarının önemli ölçüde daraldığını göstermişlerdir (37). Şahin ve arkadaşlarının her trimesterden olan 400 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerde tanıklı apne sıklığını %14.5 olarak saptamışlardır. Son trimesterde diğerlerine göre sıklık daha fazla olup trimesterler arasında anlamlı farklılık olmadığını bildirmişlerdir (40).

2.2.1.3. Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) ve Gebelik

Huzursuz bacak sendromu (HBS), uykuya dalmayı engelleyen dizestezinin de eşlik ettiği özellikle istirahatte artan, bacaklarda karşı konulamayan hareket ettirme dürtüsü ve rahatsızlık hissi ile karakterize, duyuşal ve motor semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı ve yaşla beraber prevalansı artan bir sensorimotor bir bozukluktur (41, 42). Etyolojisine bağılı olarak HBS primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Sekonder sebepler arasında gebelik, demir eksikliği, üremi, tiroid fonksiyon bozukluğu ve polinöropati yer almaktadır.

Araştırmalar HBS'nin uykuyu, kognitif fonksiyonları ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermiş, medikal tedaviyi gerektirecek kadar rahatsızlık verici olduğunu belirlemiştir. Gebelik, HBS semptomlarının başlamasında ve alevlenmesinde bir risk faktörü olarak kabul edilmiş olup, gebelik boyunca meydana gelen hormonal (prolaktin, progesteron, östrojen), psikomotor, davranışsal değışikler, uyku alışkanlıklarında ve hastaların kan demir ve folat düzeylerinde meydana gelen değışiklikler ve anksiyete HBS'nin risk faktörleri olarak düşünölmektedir. HBS ile uyku bozuklukları arasında yakın bir ilişki bulunmakta ve bu durum intrauterin gelişme geriliğı, preeklampsi gibi gebelikte istenmeyen etkilerle ilişkili olduğu bilinmektedir. HBS genel toplumda %10 civarında görölebilirken gebe popülasyonda prevalansı %11-22.5 oranında olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise gebelerde HBS sıklığı %19-26 olarak tespit edilmiştir. Yüksel ve arkadaşlarının her trimesterden 116 gebe ile yaptığı çalışma sonucunda gestasyonel haftalarından bağımsız olarak tüm gebeler birlikte değıerlendirildiğinde, gebelerin %44.8'inde HBS varlığı bildirmişlerdir (41). Prenatal dönemde HBS belirtilerinin azaltılmasında folat içeren vitaminler ve demir preparatları kullanılabilmektedir. Bazı besinler HBS'yi kötüleştirebileceğı için bunlardan kaçınılmalıdır. Uyku hijyeninin sağılanması önemlidir. Nikotin, kafein, alkol, ilaçların birçoğundan uzak durulması gerekmektedir (42).

2.2.1.4. İnsomnia ve Gebelik

İnsomnia, uykuya dalma, sürdürme güçlüğü yakınmalarına ek olarak, güne dinlenmiş olarak uyanamama, yeterli ve kaliteli uyuyamama şeklinde tanımlanabilmektedir. Toplumun %50'si yaşamlarının herhangi bir döneminde

uykusuzluk yaşamaktadır. Yetişkinlerde insomnia prevalansı %30-40 olup, ağır ve kalıcı yakınmalar %10-20 oranındadır (31, 33).

Aslan ve arkadaşlarının 1034 kişiyle yaptıkları çalışma sonucunda tüm katılımcıların %29,4'ünde toplam uyku sorunu, %32.2'sinde eşik altı uykusuzluk, %17.6'sında klinik uykusuzluk, %4.9'unda şiddetli klinik uykusuzluk tespit edilmiştir. Uykusuzluk riski önemli ölçüde yaş, kadın cinsiyet, sigara ve kronik tıbbi hastalık varlığında arttığı bulunmuştur. Kızılırmak ve arkadaşlarının 486 gebe ile yaptıkları çalışma sonucuna göre uykusuzluk prevalansı %52.2'dir. Uykusuzluk üçüncü trimester gebelerde birinci ve ikinci trimesterdekilere göre 2.03 kat daha yüksek, depresyonu olanlarda olmayanlara göre 2.63 kat daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan büyük bir kısmı uyku alışkanlıklarının gebelikte değiştiğini ve gebelik öncesine göre daha az uyumaya başladığını belirtmişlerdir. Ayrıca uykusuzluk nedenleri; tualete sık gitmek, uyurken rahat bir pozisyon bulamamak, nefes darlığı, mide bulantısı, kusma, diğer gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar, hormonal değişiklikler, büyüyen fetus ve huzursuz bacak sendromunun bulunmasıdır. Fiziksel ve psikososyal değişimler sonucu uykusuzluk üçüncü trimesterde daha yaygındır (31, 33, 38).

2.2.1.5. Parasomnia ve Gebelik

Parasomnia, uykuda ortaya çıkan istenilmeyen davranışsal ve fizyolojik bozulmalardır. Parasomnia genellikle kabus görme, uyku terörü, uyurgezerlik, uykuda konuşma, diş gıcırdatma gibi uyku bozukluklarını içermektedir. Gebelikte ve postpartum dönemde, yenidoğan ile ilgili görülen rüyalar ve kabuslar nedeniyle kadınların daha fazla anksiyete yaşadığı ve bebeğini tehlike içinde gördükleri bulunmuştur. Gebelik ve doğum sonu dönemde, bebekle ilgili rüyaların yaygın olarak görülmesinin sebebi annelerin kaygılarının duygusal etkileri olabileceği gibi ciddi uyku bozuklukları, REM uyku yoksunluğu, hormon düzeylerinin değişmesinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Gebelikteki parasomnianın prevalansı bilinmemektedir. Hedman ve arkadaşlarının 325 gebe ile yapmış oldukları araştırma sonucunda, gebelikte parasomnia belirtilerinin genellikle gerilediğini, parasomnia görülen olgularda da bu durumun psikolojik stres ile bağlantısı olduğu belirtilmiştir (31).

2.2.1.6. Uyku Kalitesinin Doğuma Etkisi

Gebelerin uyku kalitesinin bozulması genel yorgunluk düzeyinin ve ağrıya karşı duyarlılığın artmasına ve sağlığın bozulmasına yol açmaktadır (35, 36). Kötü uyku kalitesi; doğum eyleminin uzamasına, annenin eylem sırasında daha fazla yorulmasına, komplikasyon gelişmesine, annenin korku ve anksiyetesinin artmasına neden olabilmektedir. Ölçer ve Bozkurt'un 92 gebe ile gerçekleştirdiği çalışma sonucuna göre ortalama uyku süresi doğum evrelerinin süresini etkilememektedir. Uyku kalitesi kötü olan gebelerin doğumun ikinci evre süresi daha kısa, üçüncü evre süresi ise daha uzun olmaktadır. Çalışmada uyku kalitesi kötü olan gebelerin doğumun üçüncü evresinde ağrı puanlarının daha yüksek olduğu sonucu bildirilmiştir. Gebelikte sık yaşanan sorunlar uyku kalitesini etkilemektedir. Tüm antenatal izlemlerde bu sorunlar incelenmelidir. Uyku kalitesinin doğum süresini ve ağrısını etkilediği söylenmektedir (35).

2.2.2. Gebelikte Uyku Sorunları ve Hemşirelik

Gebelikte meydana gelen değişikliklere bağlı olarak uyku problemi her trimesterde yaşanabilmektedir (36). Uyku ve dinlenmeyi planlamaya yönelik girişimler, kişinin düzenli uyku periyodu kurabilmesi, uyku sonrası kendini dinlenmiş ve enerjik hissetmesi, uykusunu etkileyen etmenleri belirlemekte ve uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışlar edinmektedir (2). Gebelikte uykusuzluk iyi bir uyku hijyeni ile yönetilebilmektedir. Gebe kadınlar fiziksel yönden olduğu kadar duygusal yönden de desteklenmelidir. Sağlık profesyonelleri kadınları gebelik ve erken postpartum dönemdeki değişimler konusunda bilgilendirmeli, psikolojik sorunları olan, ağır uyku kaybı ve bozukluğu yaşayan kadınları belirlemeli endişe, stres ve uyku bozukluklarıyla baş etme becerileri kazanmada kadınlara yardımcı olmalıdır (1, 2, 27, 31, 32).

Sönmez'in Huzursuz Bacak Sendromlu gebelerde uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisini belirlemeyi amaçladığı çalışmada verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesini artırdığı belirlenmiştir (38).

Sönmez gebelere uyku hijyenine yönelik aşağıdaki önerilerde bulunmuştur (36);

- Uyku gelmeden yatağa yatılmaması,
- Düzenli olarak her gün aynı zamanlarda yatağa yatılması ve aynı zamanlarda yataktan kalkılması,
- Öğünlerin düzenli olarak ve yatmadan en az 2- 3 saat önce yenilmesi,
- Yatağa uzanmadan önce gevşenmesi ve rahatlanması,
- Yatak odasının ışığının ve ısınısını azaltılması,
- Yorgunluk hissedildiğinde yatağa uzanılması, uyku gelinceye kadar kitap okunabilir,
- Yatmadan önce kafeinli içecek tüketmekten kaçınılması,
- Akşam yemeğinden sonra sıvı alımının kısıtlanması,
- Yatmadan önce ılık duş alınması,
- Kendini iyi hissetmek ve vücudundaki kan dolaşımının sağlanması için günlük hafif, yormayan egzersizler yapılması,
- Sırt üstü pozisyonda uzanmaktan kaçınılması,
- Bacaklardaki dolaşımın sağlanabilmesi için sol yanına yatılması,
- Yaşanılan sıkıntı ve üzüntüleri yatak odasının dışında bırakılması, yatağa yatıldığında rahatsız eden kaygı verici konuları, yarım kalan işleri düşünmekten kaçınılması,
- Yatak odasının mümkün olduğunca sessiz ve karanlık olmalıdır.

Kadının yaşadığı gebelik sorunlarını azaltarak anne ve dolaylı olarak toplum sağlığını geliştirmek için ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir. Doğum öncesi bakım, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rollerini de içermelidir. Hemşireler gebe tarafından belirtilen semptomları ve sorunları dikkatlice dinlemeli, sorunları belirlemelidir.

2.3. POSTPARTUM DÖNEM VE UYKU

Postpartum dönem doğumdan sonra 6 haftalık süreyi kapsamakta ve bu evrede gebelik sırasında kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler, gebelik öncesi

halini almaktadır. Postpartum dönem anne, bebeği, ailesi açısından fiziksel, emosyonel ve sosyal düzeyde kritik bir geçiş dönemidir. Bu dönem annede meydana gelen fizyolojik değişikliklerle beraber, anneliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği, aileye yeni bir bireyin katılması ile birlikte yaşam tarzının ve aile yapısının yeniden düzenlendiği zor bir süreçtir (32).

Bu dönemde; annelerin fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamak, annelik rollerini öğrenmek, bebek bakımı vermek ve iletişim kurmak, bebek sorunlarına çözüm bulmak gibi sorumlulukları vardır. Bu duruma uyum sağlayamayan kadınlarda duygusal sorunlar görülebilmektedir. Bu dönemde anne ve bebeğe yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinin verilmemesi, fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlarla karşılaşmasına ve stres kaynağı olmasına neden olmaktadır (32).

Postpartum dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler kadında doğum sonrası uyku bozukluklarına yol açabilmektedir. Sedatif özelliği olan progesteronun doğum sonrası dönemde ani düşmesi veya ilk 3 ay içinde sirkadiyen ritimleri etkileyebilecek melatonin düzeylerindeki değişiklikler doğum sonrası uyku bozukluklarına neden olabilmektedir (43).

Postpartum uyku bozukluklarının en yaygın nedenleri doğrudan yenidoğan bakımıyla ilgilidir, özellikle bebeğin uyku ve beslenme düzenleri annenin uyku düzenini belirler (15).

Thomas ve Foreman çalışmalarında erkek yenidoğanların kız bebeklere göre daha fazla uyku bozukluklarına neden olduğunu bildirmişlerdir (16). Lentz ve Killien hastane ortamında doğumdan sonraki ilk 48 saat boyunca, en sık gece uyanmasının nedenlerini belirlemişlerdir. Bunların (17):

Yenidoğanı besleme ihtiyacı,

Yaşamsal belirtiler gibi işlemler için hemşire tarafından uyandırılma,

Tuvaleti kullanma ihtiyacı olduğunu bildirilmiştir.

Postpartum kadınların %57.7'sinin uyku bozukluklarını deneyimlediği bildirilmektedir (44). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; postpartum süreçte yaşanan en belirgin sağlık problemlerinin arasında fizyolojik sorunların yanı sıra uyku bozukluklarının (%80.4) da olduğu belirlenmiştir (45).

Postpartum dönem uyku bozukluklarının neden olduğu yorgunluk, azalmış performans, depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarının %85 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Lohusalık dönemi uyku kalitesi üzerine yapılan bir araştırma, depresyonun uyku bozukluklarıyla çift yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu ve bunun da annenin sağlığını daha da karmaşık hale getiren kısır bir döngü oluşturduğunu ve yenidoğanın hijyen durumu ve beslenmesi üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini göstermiştir (44). Postpartum dönemdeki kadınlarda uyku üzerine yapılmış bir başka araştırma sonuçlarına göre, yetersiz uyku kalitesi ve aşırı gündüz uykusu olan lohusa olan kadınlarda, lohusa olmayanlara ve hiç doğum yapmamışlara kıyasla daha sıktır. Kötü uyku kalitesinin yaşça büyük olan grupta daha fazla olduğu ve lohusa kadınların, doğum yapmamışlara oranla, kötü uyku kalitesi ve gündüz aşırı uykululuk yaşama olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (46).

Doğum sonrası kadınlar, uyku bozukluklarına yol açabilecek uyku düzenlerinde değişiklik yaşayabilmektedir. Uyku bozukluklarının en yaygın nedenleri yenidoğan uyku ve beslenme düzeni ile ilgilidir. Doğum sonrası kadınlarda uyku bozukluğu, yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişkiler mevcut olmasına rağmen, belirsiz tanımları ve yapılan çalışmaların çeşitliliği nedeniyle netlikten yoksundur. Hemşireler, çiftin doğum sonrası uyku yoksunluğunu azaltmak için stratejiler geliştirmesine yardımcı olan doğum öncesi eğitimi teşvik etmelidir. Yeni ailenin uyku düzenini iyileştirmek için hastane içi bakım ve evde bakım değişiklikleri dahil edilmelidir (15).

Düzenli yapılacak takipler ile postpartum dönem kadınlarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir (47). Ek olarak, gebelere doğum öncesi bakım sırasında uygun uyku hijyeni ile ilgili eğitim verilmelidir. Postpartum dönemde etkili olabilecek uyku hijyeni davranışları sıralanmıştır (15):

- Yatma saatine yakın televizyon, şiddetli egzersiz, uyarıcılar veya ağır yemeklerden kaçınmak,
- Gevşeme-nefes egzersizleri yapmak,
- Lavanta spreyi koklamak,
- Alkolden kaçınmak,

- Destek sistemlerinden (partner, aile üyeleri ve arkadaşlar) bebek bakımına yardım istemek,
- Destek sistemleriyle birlikte yenidoğan bakımında, gece ve gündüz bakım saatlerini planlamak (kimin, ne zaman, ne kadar çalıştığı),
- Gerçekçi beklentiler koymak,
- Uykuya dalmaya yardımcı gürültü veya yatıştırıcı müzik dinlemek bu davranışlar arasındadır.

Ayrıca ebeveynlerden başarılı oldukları kendi uyku hijyeni stratejilerini belirlemeleri istenebilir (15).

2.4. DEPRESYON

Depresyon, oluşma nedenleri, ilerleyişi ve tedavisi açısından geniş bir yelpaze içinde tanımlanan ruhsal bir bozukluktur. Normal üzüntü halinden şiddetli, psikotik belirtilerle (bedensel işlevlerde bozulma; örneğin, uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişiklikleri, cinsel ilgi ve güçte azalma, gastrointestinal sistem işlevlerinde yavaşlama, aile, iş, okul, evlilikte beklenen toplumsal rolleri yerine getirme isteği ve yetisinde azalma, intihar düşünceleri ya da girişimleri, gerçeği değerlendirmenin bozulması) seyreden farklı tablolara depresyon tanısı konulabilmektedir (48, 49). Depresyon sık görülen, kronik ve yeti yitimine yol açan bir hastalık olması bakımından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bütün dünyadaki en acil dördüncü halk sağlığı sorunu olarak sıralanmaktadır. DSÖ 2020 Yılı Global Hastalık Yüğü sıralamasında majör depresyon 2. sırada yer almaktadır (48, 49).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir (50):

1. Majör depresif bozukluk.
2. Distimik bozukluk.
3. Bipolar bozukluk'taki depresyon.
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon.
5. Depresyonlu uyum bozukluğu.
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.

A- Premenstrüel disforik bozukluk.

B- Minör depresif bozukluk.

C- Yineleyen kısa depresif bozukluk.

DSM-IV sınıflandırmasında ve içeriklerinde değişiklikler olmuştur. Depresif bozukluklar, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar üniteleri eklenmiştir. Belirleyicilerle ilgili başka bir değişiklik ise doğum ile ilgilidir. DSM-IV-TR baskısında postpartum (doğum sonrası) belirleyicisi; DSM-V baskısında “doğum zamanı (peripartum)” olarak düzenlenmiş ve bu belirleyicinin depresyonun gebelik sırasında ya da doğumdan sonraki dört haftayı kapsamaması durumunda kullanılması şeklinde değiştirilmiştir (50).

DSÖ’ye göre küresel nüfusun %4.’ünde depresyon olduğu tahmin edilmektedir ve depresyon kadınlarda (%5.1) erkeklerden (%3.6) daha sık görülmektedir. Yaygınlık oranları yaşa göre değişmekte olup yaşlı yetişkinlerde (55-74 yaş arası kadınlarda %7.5’in ve erkeklerde %5.5’in üzerinde) zirveye ulaşır. Depresyon ayrıca 15 yaşın altındaki çocuklarda ve ergenlerde de sık görülmektedir (51). Ülkemizde de depresyon prevalansının genel toplumda %4.4 olduğu bildirilmiştir (51). Temel sağlık hizmetine başvuranlar arasında %11.6, yaşlı nüfusta %6, huzur evindeki yaşlılarda %10-41 olarak bulunmuştur (48). Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Bu oran distimik bozukluk için yaklaşık %6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Yetişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki prevalansı kadınlarda %5-9, erkeklerde %2-3 arasında değişmektedir (52). Depresyonda temel tedavi yeterli doz ve sürede antidepresan ilaç kullanımıdır (52).

Depresyon suisid ile sonuçlanması açısından da önemlidir (52). Global nüfusta suisid hızı 100.000 kişide yaklaşık 9’dur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oran 100.000 kişide yaklaşık 11’dir. En sık 20-30 yaş arası genç erişkinlerde görüldüğü bildirilmektedir (52).

2.5. GEBELİK VE DEPRESYON

2.5.1. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadın yaşamındaki eşsiz zamanlardandır ve kadın vücudunda, görünüşünde, sosyal statüsünde büyük değişimler olmaktadır. Kadın vücudundaki fizyolojik değişiklikler ile annenin ve aile üyerindeki psikolojik değişiklikler eş zamanlı görülmektedir. Annede ve aile üyelerinde önemli roller ve yaşam biçimi değişiklikleri gerçekleşmektedir. Gebeliğin her trimesterine özgü değişiklik ve uyum görülmektedir (53).

Birinci Trimester

Kadında gebelik gerçeğine uyumla ilgili değişiklikler görülmektedir. Yorgunluk, mide bulantısı ve kusmalar, kadının kendini iyi hissetmemesi annenin ambivalan duygular yaşamasına neden olur. Anne bebeğe karşı çok az sevinç duyar ancak sağlıklı olduğunu bilmek istemektedir (53).

İkinci Trimester

Birinci trimesterde görülen fiziksel yakınmalar azalmaktadır. Kadın kendini daha güçlü hissetmeye başlamaktadır. Görünümü gebe bir kadın şeklini almaya başlamaktadır. Bu dönemde fetal hareketlerin başlaması kadının kendi içine yönelmesine neden olmaktadır. Annelerin çoğu doğmamış çocuklarıyla konuşmaktadır. Bu konuşmalar erken anne-bebek bağlanmasını başlatmaktadır (53).

Üçüncü Trimester

Gebenin fiziksel olarak görünümü büyümüştür, hareketleri yavaşlar, çabuk yorulur ve gebe kendini rahatsız hissetmektedir. Günlük yaşam zorlaşmıştır, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını başlatmaktadır (53).

2.5.2. Kadının Gebeliğe Emosyonel Cevabı

Annelik, toplumumuzda özel bir anlama sahiptir. Gebelikleri boyunca çeşitli duygular deneyimleyen kadınların anneliğe yaklaşımı sosyokültürel geçmiş, gebeliği isteyip istememe durumu, destek sistemlerinin varlığı tarafından etkilenmektedir. Genellikle birçok kadın benzer tepkiler yaşamaktadır. Genellikle ambivalans, içe dönüklük, kabul etme, duygusal dalgalanma, beden imajında değişiklik gibi tepkiler görülmektedir (53-56).

2.5.2.1. Ambivalans

Kadının gebe olduğunu öğrenmesi farklı uçlarda zıt tepkilere yol açabilmektedir. Örneğin gebelik planlı olsa plansız da olsa, kadın çocuk sahibi olacağının gururunu ve heyecanını hissederken aynı zamanda korku ve anksiyete de hissedebilmektedir. Bu tepkiler kadının ailesi tarafından yetiştirilme şekli, şimdiki ailesinin durumu, eş ile ilişkiler ve kadının geleceğe dair umutları gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bazı kadınlar gebe kalmadan önce yaşamlarındaki hedefleri yerine getirmek istediklerinden gebelik zamanına ilişkin endişe yaşamakta bazı kadınlar ise doğacak bebeğin, kariyer, arkadaş, aile ilişkilerini etkileyeceğine dair endişe yaşamaktadır. Bu duygular kadında gebelik konusunda çatışma ve karışıklıklara sebep olabilmektedir (49).

Ambivalans tip duygular evrensel duygulardır. Yeni rollere hazırlık ve yaşam tarzı değişiklikleri yaşandığından normal kabul edilmektedir. Gebeler yaygın olarak birinci trimesterde yaşamaktadır. Ambivalan duygular genellikle fetal hareketler hissedilince değişmektedir. Kadının kişiliği, eşinin tepkileri, gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu etkileyebilmektedir (49, 52).

2.5.2.2. İçe Dönüklük

İçe dönüklük ya da kendine odaklanma erken gebelik dönemlerinde yaygındır. Kadın içe çekilebilir ve giderek kendisi ve bebeği için daha kaygı duyabilmektedir. Dış dünyaya karşı daha kayıtsız olabilir ve ailesine, arkadaşlarına daha pasif görünebilmektedir (49, 52). Birçok kadın için bu içsel davranış annelik rolü için normal psikolojik bir adaptasyondur. İçe dönüklük kadında birinci ve üçüncü

trimesterlerde daha fazla görülmektedir. Ailenin desteklenmesi ve bilgilendirilmesi bu davranışın farkındalığı açısından önem taşımaktadır (49, 52).

2.5.2.3. Kabul Etme

Gebelik ilerledikçe, fetüsün büyümesiyle genişleyen abdomen, fetal hareketler kadının kendi içinde ayrı bir canlı olduğuna işaret etmekte ve gebeliğin gerçekliğini hissettirmektedir. Gebe kadının fetal hareketleri hissetmesi, fetal kalp sesini duyması, ultrasonda fetüsü görmesi, kendinden bağımsız olarak uyuyup uyandığını fark etmesi gebe kadının ayrı bir birey olarak fetüsü tanımasını ve kabul etmesini sağlamaktadır (49, 52).

Kadın gebeliğin olumlu duygularını ifade eder, yeni beden imajını kabul eder ve yeni hayatı hakkında konuşmaktadır. Kadının gebelik duyguları konusunda tartışılması ve desteklenmesi, fiziksel ve psikolojik değişiklikleri konusunda konuşulması önemli taşımaktadır (49, 52).

2.5.2.4. Duygusal Dalgalanma

Duygusal dalgalanma birçok gebelikte kişisel bir özellik olarak görülmektedir. Kadın bir an kendini çok mutlu neşeli hissederken kısa bir süre sonra güvensiz ve şok olmuş hissedebilmektedir. Gebe kadın genellikle belirgin bir neden yokken ağlamaya başlamaktadır. Bu uçlardaki duygular gebeye eş ve aile üyeleriyle iletişimde zorluk yaşatmaktadır. Gebeye, gebelik dönemi boyunca sık yaşanan duygusal dalgalanmalar konusunda açıklama yapılmalıdır (53, 56).

2.5.2.5. Beden İmajında Değişiklik

Gebe kadının beden imajındaki değişiklik kişiden kişiye büyük ölçüde değişmektedir. Bazı kadınlar kendilerini hiç olmadıkları kadar güzel hissederken, bazıları alınan kilolarla rahatsız hissetmektedir. Bazıları kilo alma konusunda rahat olurken, diğerleri için kilo alma korkusu daha da alevlenmektedir. Gebelikte beden imajında değişiklik normaldir fakat kilo almak çok stresli olabilmektedir. Gebeye ve ailesine beklenen bedensel değişiklikler konusunda açıklama yapmak onlara bu değişikliklerle başa çıkmaya yardım etmektedir (46, 53).

2.5.3. Gebelikte Depresyon

Depresyon, gebelik döneminde tüm ruhsal bozuklukların en sık görülenidir. Günümüzde depresyonda görülen fizyolojik değişiklik ve semptomların gebelik ve doğum sonrası dönem belirtilerle (örneğin uyku alışkanlıklarındaki değişim, iştah ve kilo değişiklikleri, yorgunluk) benzer olması nedeniyle gebelik depresyonunun gözden kaçtığı anlaşılmıştır (54).

DSÖ'ye göre gelişmekte olan ülkelerde 3-5 gebe kadından 1'i ve gelişmiş ülkelerde 10 gebe kadından 1'i hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde ağır ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Gebelik depresyonu ve gebelikte depresif belirti sıklığı %10-30 arasındadır (57). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon prevalansı %27.9-33.1 arasındadır (58-62). Global değerlerle karşılaştırıldığında ülkemizde daha yüksek olan bu oran, ülkemiz yaşam faktörlerinin (örneğin genç yaşta gebelik, sık gebelik, ekonomik sorunlar, düşük eğitim seviyeleri, aile içi şiddet, kalabalık aileler) gebelik depresyon yaygınlığı ve yoğunluğunu etkilediğini göstermektedir (54, 55).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gestasyon yaşına göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterlerinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (56). Gebelikte depresyon prevalans aralığı %4 ile %25 arasında olup erken ve orta dönem gebelikte ortalama %15.5, üçüncü trimesterde %11.1 ve postpartum dönemde de %8.7 olarak bulunmuştur (63).

2.5.3.1. Gebelik Depresyonu Risk Faktörleri

Gebelik Depresyonunda Başlıca Risk Faktörleri

Genetik Faktörler: Genetik faktörle ilgili bilgiler tümüyle açıklığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte gebelik / lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin iç içe olduğu ve araştırılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir (54, 56, 63).

Psikolojik Faktörler: Kadının gebelikte depresyon veya anksiyete yaşaması, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde

psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır (54, 56, 63).

Çevresel Faktörler: Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (54, 56, 63).

Sosyal Faktörler: Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzey düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması, yaşamdaki majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir (54, 56, 63).

Biyolojik Faktörler: Biyolojik faktörlerle maternal depresyonun (gebelik / lohusalık) ilişkisinin belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyona zemin hazırlayabilmektedir. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun fizyopatolojisinin oluşmasına neden olmaktadır (54, 56, 63).

Hormonal Faktörler: Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, tiroit stimüle edici hormon (TSH), triiodothyronine / thyroxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülmektedir. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (54, 56).

2.5.3.2. Gebelik Depresyonunun Bulgu ve Semptomları

Gebelik depresyonu bulgu ve semptomları, hamilelikte fizyolojik değişiklik ve semptomlarla çok benzer olduğundan teşhisi sıklıkla zor olabilmektedir. Başlıca bulgu ve semptomlar;

- Uyku alışkanlıklarında değişiklikler
- İştah değişiklikleri

- Ağrı
- Duygusal dalgalanma
- Anormal yorgunluk
- Libido ve konsantrasyon eksikliği
- Doğumla ilgili kaygı ve korkular
- Somatik semptomlar (önemli ölçüde mide bulantısı, mide ağrısı, taşipne, hiperpne, baş ağrısı, gastrointestinal semptomlar, taşikardi, sersemlik görülme olasılığı yüksektir)'dır (50, 53, 54, 56).

2.5.3.3. Gebelik Depresyonunun Etkileri ve Sonuçları

Maternal Sonuçlar (56, 64);

- Fiziksel belirtilerde artış (bulantı, baş ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı)
- Gebelikte hipertansif bozukluklar (Preeklampsi-Eklampsi)
- Erken doğum
- Gebelikte kanamalarda artış
- Doğum sonrası depresyon

Fetal Sonuçlar (56, 64);

- Gebelik yaşına göre küçük bebek
- Düşük doğum ağırlığı
- Düşük APGAR skor

Çocukluk Sonuçları (56, 64);

- Büyüme geriliği
- Motor ve dil gelişiminde gecikme
- Gastrointestinal ve alt solunum yolu enfeksiyon riskinde artış

Gebelikte depresyon yaşayan ve tedavi görmeyen kadınlarda maternal morbidite, mortalite ve intihara teşebbüs oranları artmaktadır. Doğum sonrası anne-bebek bağlanmasında sorunlar yaşanır ve bu olumsuz etki büyüme geriliği, motor ve dil gelişiminde sorun, gastrointestinal ve alt solunum yollarında artmış enfeksiyon riskine neden olur. Bu çocuklarda ilerleyen yıllarda duygusal ve bilişsel sorunların

geliştiği bilinmektedir. Gebelikte depresyon postpartum dönem depresyon için önemli bir risktir (53, 54, 56).

2.5.3.4. Gebelik Depresyonunun Kadın Üzerine Etkisi

Gebelik depresyonu kadınların öz hijyenini azaltmaktadır. Bilişsel işlevlere zarar verebilir ve karar verme yeteneğini etkileyebilmektedir. Bu durum konsantrasyon eksikliği ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile ilişkilendirilebilmektedir. Literatürde birçok çalışma gebelik depresyonu yaşıyan kadınların tütün, alkol ve bağımlılık yapıcı maddeler kullandığını göstermektedir (54).

Bilişsel-Davranışsal-Duygusal Sorunlar;

Gebeler genellikle beslenme ve uyku sorunları yaşar ve iştahsızlıktan dolayı daha az kilo almaktadır. Sosyal işlevler azalır, içe dönüktürler ve ebeveyn olma korkusu taşıdıkları bilinmektedir. Doğum sonrası depresyonu devam eden kadınlarda artan anksiyete ve çocuğa zarar verme düşüncesi görülebilir. Şiddetli depresyonda kadın kendine zarar verebilir, acımasız eylemlerde bulunma riski artar ve intihar görülebilmektedir. Doğrudan gebeliğe bağılı ölüm nedenlerinden intihar, gebeliğe bağılı ölümlerin %2.4'ünü ve anne ölümlerinin %3.2'sini oluşturmaktadır (54).

2.5.3.5. Gebelik Depresyonun Taranması

Gebelik depresyonunu erken teşhis etmek, uzun vadeli olumsuz sonuçları ve ilaç kullanımını azaltmak için önemlidir. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Komitesi, sosyal statü, eğitim düzeyi ve etnik kökene bakılmaksızın tüm kadınların en az üç ayda bir ruhsal bozukluklar açısından taranmasını tavsiye etmektedir (65). Gebelikte depresyon taramasında yaygın kullanılan yöntemler arasında Hasta Sağlığı Anketi, Beck Depresyon Envanteri, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, İki Cümle Testi ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği bulunmaktadır (54).

2.5.3.6. Gebelik Depresyonunda Tedavi Yaklaşımları

Günümüzde gebelik depresyonunun tedavisi önemli bir konu haline gelmiştir. Araştırmalar çoğunlukla depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla ve bunların fetüsü

nasıl etkilediğiyle ilgilidir. Depresyondaki bir annede çözümlenmesi gereken 3 konu vardır (54);

- Antidepresan kullanırken gebe kalmış ve gebeliğin farkında olmadan bir süre daha kullanmaya devam etmiş kadınlar,
- Gebelikte meydana gelen depresyon,
- Annesi gebelik sırasında tıbbi tedavi gören ve olası çekilme semptomları olan bebeklerdir.

Tedavi yaklaşımları, Hafif-Orta Derecede Depresyon'da psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışçı psikoterapi kullanılmakta, Ağır Depresyon, psikoterapide başarısızlık, tekrarlayan depresif epizodlar, şiddetli depresyon öyküsü, hastaneye yatış öyküsü, ciddi kilo kaybı ve intihar girişimlerinde tıbbi tedavi, SSRI / Venlafaksin / Bupropion kullanılmakta, SSRI / Venlafaksin / Bupropion yanıtızsızlık durumunda Trisiklik antidepresanlar / EKT kullanılmaktadır (54).

2.5.3.7. Gebelik Depresyonu Neden Önemlidir?

Anne ve çocuk sağlığı, DSÖ'nün 2015 ve Milenyum Kalkınma Planları'nın en önemli konularındandır. Geçmişte sadece anne ve çocuğun fiziksel sağlığı üzerine odaklanılsa da günümüzde fiziksel ve ruhsal sağlığın birbirinden ayrılamayacağı ve birlikte ilerleme sağlanabileceği anlaşılmıştır. Bu nedenle gebelik ve doğum sonrası depresyon risk faktörlerini bilmek ve risk altındaki kadınları yakından taramak önemlidir. Gebelik depresyonu postpartum depresyon kadar önem taşımaktadır. Erken tanı ve tedavinin anne ve bebeğinin fiziksel ve ruhsal sağlığı ve ilişkileri üzerine olumlu etkileri olmaktadır. Ülkemizde gebelik depresyonunun önemi kabul edilmesine rağmen preterm psikiyatrik destek standardı bulunmamaktadır. Dolayısıyla gebelik depresyonu olan kadınlar genellikle muayene edilmemekte ve sonuç olarak tedavi edilmemektedir (54).

2.6. POSTPARTUM DÖNEM VE DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI

Doğum sonrası dönem, doğumu takiben başlayan ve genellikle altı haftaya kadar süren dönemdir. Doğum sonrası kontrollerde hasta değerlendirmesi sadece biyolojik parametreler ile sınırlı kalmamalı, anne sosyal ve psikolojik yönden de değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları bu dönemde yapılan ziyaretlerde

öncelikle tıbbi komplikasyonlar, emzirme, doğum sonrası depresyon, cinsel yaşam ve kontrasepsiyon konularında anneleri dikkatle sorgulaması ve gereken önerilerde bulunması önem taşımaktadır (66).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) doğum ile duygudurum bozuklukları arasında özgün bir bağlantı olduğuna ve gebelik ya da doğum ile tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine özgü çeşitli özellikleri olduğuna dikkat çekmektedir. Antenatal dönemde kadınların %80'inden fazlasında duygudurum dalgalanmaları olsa da bunların sadece %10-20'si DSM tanı ölçütlerine göre affektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır (66).

Doğum sonrası depresyonda morbidite ve mortalite riski yüksektir. Anneyi, bebeği, anne-bebek ilişkisini ve tüm aileyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Erken ve etkin tedavi girişimleri ve risk grubunda olan kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde yakından izlenmeleri önem taşımaktadır. Kadınlarda intihara bağlı ölümlerin %20 kadarının doğum sonrası döneme ait olduğu gösterilmektedir. Kendine zarar verme düşüncesi intihar düşüncesinden daha yaygın olmakta, gebelikte ve doğum sonrası dönemde %5-14 oranında görülmektedir. Doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda intihar riskinin yüksek ve bu popülasyondaki ikinci ölüm nedeni olduğu bildirilmektedir (66).

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavi ve prognoza göre annelik hüznü, postpartum depresyon ve psikoz olarak sınıflandırılmaktadır (53, 67).

2.6.1. Postpartum Blues (Postpartum Annelik Hüznü)

Annelik hüznü yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve postpartum psikiyatrik bozukluklar içinde en yaygın olarak bilinmektedir. Belirtiler, doğum sonrası iki üçüncü günlerde oluşmakta, çoğunlukla destek ve güven verme ile ilaç olmaksızın ilk iki hafta içinde kaybolmaktadır (53).

Görülme sıklığı %50-84 arasında değişmektedir. Annelik hüznü temelinde hormonal değişiklikler (östrojen ve progesteron seviyelerinin düşüşü) ve uykusuzluk, beslenme problemleri ve yeni anne olmanın getirdiği stres gelmektedir. Kolay ağlama, depresyon, anksiyete, letarji ile karakterize, geçici ve kısa süreli bir durumdur. En sık görülen belirtilerin ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, yorgunluk, depresif duygu

durumu, duygusal dengesizlik, uyku bozuklukları, anksiyete, iritabilite, konfüzyon ve kognitif bozukluklar olduğu bilinmektedir. Belirtiler hafif düzeyde olduğundan tablo kendini sınırlayıp müdahale gerektirmeyebilmektedir. Empati, açıklama ve destek gerektirmektedir. Geçici bir tablo olmakla birlikte bu olguların %20'sinin doğumdan sonraki birinci yılda major depresyon geliştirebileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle postpartum hüznünlü annelerin izlenmesi önem taşımaktadır (53, 66, 67).

2.6.2. Postpartum Depresyon

Doğum Sonrası Depresyon genellikle doğum sonrası ilk 2-3. haftalarda karamsarlık, anhedoni, yetersiz hissetme gibi tipik depresif belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Görülme sıklığı doğum sonrası genel popülasyondaki kadınların %10-22'sini ve ergen annelerin yaklaşık %26'sını etkilemektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda %21.2-28 arasında değişen sıklıklarda bildirilmektedir (66, 68). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ülkemizde doğum yapan bütün kadınlarda kullanılabilen rutin bir tarama aracıdır (69). Ölçeğin kullanım amacı tanı koymaktan çok riskli gruplarda tarama yapmak veya belirti şiddetini belirlemektir, tanı DSM kriterleri ile konulmaktadır. Ülkemizde, postpartum depresyon değerlendirmesi T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde yer almaktadır. Rehberde annenin doğum sonrası 6. izlemde (30-42. günlerde) EDSDÖ ile değerlendirilmesi, ölçekten 12 puan ve üzeri alanların sevk edilmesi yer almaktadır (70).

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişiklik (cinsel ilgide azalma, iştah değişikliği, halsizlik gibi) depresyonda da görülen belirtiler olduğu için sıklıkla karıştırılır. Psikiyatrik bozukluk geçirme öyküsü olanlarda doğum sonrası depresyon riski %25 daha fazladır. Bir kez doğum sonrası depresyon geçiren kadının tekrar doğum yaptığında depresyon geçirme riski %30-100 oranındadır (66).

2.6.2.1. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri

Biyolojik Faktörler (66):

- İstenmeyen ya da planlanmamış gebelik
- Gebeliğe bağlı hipertansiyon
- Acil sezaryen

- Hastaneden erken taburcu olmak
- Sigara içme
- Alkol ve madde kullanımı

Psikososyal Faktörler (66):

- Düşük sosyoekonomik düzey
- Geçirilmiş depresyon öyküsü
- Premenstruel disforik bozukluk
- Doğumda anestezi kullanılması
- Adölesan annelik
- Evli olmamak
- Sosyal destek azlığı
- Bebeğe beslenme problemlerinin olması

2.6.2.2. Postpartum Depresyon Etiyolojisi

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte doğumdan hemen sonraki hormon değişiklikleri sorumlu tutulmaktadır. Doğum sonrası dönemde östrojendeki ani ve hızlı düşüşün yatkın kadınlarda depresyonu tetiklediği varsayılmaktadır. Doğum yapan kadınların tümünde endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına rağmen psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde görülmesi sosyal stres, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerin de etkisinin olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası depresyon gebelik ve doğumla birlikte yaşanan kayıplara karşı (önceki yaşam tarzının ve vücut imajının kaybı duygusu, cinsel çekicilikte azalma, mesleki kayıp vb.) bir reaksiyon olarak değerlendirilebilmektedir. Doğum sonrası depresyon global bir sorun olmakla birlikte doğu toplumlarında etyolojinin tamamen biyolojik nedenlere bağlı olmadığı, bu nedenle batı toplumlarındaki tedavi modellerinden çok fazla yararlanılamayabileceği savunulmaktadır. Türkiye, Çin, Hindistan ve Afrika ülkelerinde erkek çocuklar kız çocuklarından üstün tutuldukları için özellikle gelişmemiş bölgelerde kız çocuk doğurmanın bile depresyon nedeni olabileceği düşünülmektedir (66).

2.6.2.3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikler

Postpartum depresyon başlangıcı genellikle sinsidir. Belirtiler tipik olarak doğumdan sonraki ilk 6 haftada ortaya çıkmaktadır. Kadınların %60'ında bunun ilk depresyon atağı olduğu bilinmektedir. Depresyon insidansında artış sıklıkla doğumdan sonraki ilk 30 gün içindedir ve bir iki yıla kadar uzayabilmekte, doğumdan sonraki 3-6. ayda kendiliğinden iyileşebilmektedir. Doğum sonrası depresyonun belirtileri yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif atağa benzemektedir. Zamanlaması, anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi açısından öneml taşımaktadır. Doğum sonrası depresyonun başlıca belirtileri değişken duygu durumu, aşırı yorgunluk, enerji kaybı, bebeğimi yeterince sevemiyorum endişesi, bebeğin beslenmesiyle, uykusuyla ilgili endişeler, ya bebeğe şiddet uygularsam takıntısı, intihar düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflığı, psikomotor hareketlilikte artma, anksiyete, panik atak, iştah değişiklikleri, kilo kaybı ya da aşırı kilo alma, uyku bozuklukları, bebeğe karşı anksiyete, bebeğe yeterli ilgi ve şefkati gösterememe, ilgilenmek istememe ve bebeği öldürmek istemeyele ilgili düşünceler, suçluluk düşünceleri, ilgi istek kaybı, sosyal izolasyon, yetersizlik hissi şeklinde sıralanabilmektedir. Anneler doğum sonrası dönemde mutlu olmaları gerekirken depresif duygular taşıdıkları için suçluluk duymaları nedeniyle belirtileri saklamaları bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilmektedir. Majör depresyona ilişkin tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskısında (DSM-V), hamilelik sırasında veya doğumu takip eden dört hafta içinde duygudurum semptomlarının başlaması halinde peripartum başlangıçlı depresif dönem olarak tanımlanmaktadır. Ancak doğumdan dört hafta sonra veya 3-6-12 ay, 2-4 yıla kadar başlayan ve tam olarak depresif dönem için kriterlere uymayan depresyon yine de kadına zarar verebilir ve tedavi gerektirebilmektedir. Doğum sonrası depresyonu normal involüsyonel fenomenden (kilo kaybı, uykusuzluk vb.) ya da doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilmektedir. Bununla birlikte doğum sonrası depresyonda aileye karşı sevgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular daha ön plana çık aktadır. Bu olgularda doğum sonrası depresyon uzun süre devam edip sonunda hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağırlaşabilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi hem annenin hem de bebeğin sağlığı adına çok önem taşımaktadır (8, 55, 66, 67).

2.6.2.4. Postpartum Depresyon Tedavisi

Tedavide temel ilke, ayrıntılı bir öykü, fizik değerlendirme ve laboratuvar incelemeleriyle organik hastalıkların (örneğin Sheehan sendromu, hipotiroidizm) dışlanmasıdır. Diğer önemli bir nokta ise belirtilerin erken tanınması ve tedaviye başlanmasıdır. Erken dönemde tanı konulmaz ve etkin bir tedavi yapılmazsa belirtiler kronikleşebilir ve tedaviye dirençli hale gelebilmektedir. Postpartum depresyonun ağırlığına göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsiv tedavi (EKT)'den yararlanılabilmektedir (7, 8, 66, 71).

Hafif-Orta Depresyon Tedavisi:

İlk tercih psikoterapidir. Yapılan çalışmalar, postpartum depresyon tedavisinde bireysel danışmanlık ve psikoterapötik tedavilerin etkisini kanıtlanmaktadır. Psikoterapi ya da danışmanlık hasta için uygun değilse (hasta tercihi, psikoterapiye ulaşım gibi nedenlerle) ya da belirtileri ağırlaşıyorsa, ilaç tedavisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastalarda Selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu antidepresan tedavisi başlanması seçenektir (66, 71).

Orta-Ağır Depresyon Tedavisi:

Postpartum depresyon tedavisinde emzirme konusu son derece önemlidir. Anne sütü ile beslenme bebek için en ideal besin olmasının yanı sıra, emzirmenin bırakılmasının oluşturacağı sosyal baskılar ve suçluluk anne için ek stresör olacaktır. Ancak tüm antidepresanlar süte geçmektedir. Bu durum ile birlikte yarar-zarar ilişkisi değerlendirilerek tedavi planlanmalıdır. EKT ise emziren annelerde başarı ile uygulanmakta olan ve bebeğe herhangi bir risk oluşturmeyen, tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir (7, 8, 66, 71).

2.6.2.5. Postpartum Depresyonun Sonuçları

PPD belirtisi olan kadınlarda obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete riski artmaktadır. İntihar düşüncesi, kendine-bebeğe zarar verme düşüncelerinin yaygın olduğu bildirilmektedir. Olumsuz uzun dönem sonuçları arasında bebeğin sosyal, duygusal, kognitif ve fiziksel gelişimindeki bozukluklar gösterilmektedir. PPD anne bebek etkileşimini de olumsuz etkilemektedir. PPD'li anne bebekle daha az göz teması

kurar, daha az ilgilenir ve oynar. Depresif annede anne-bebek bağlanmasının daha güvensiz olduğu belirtilmektedir (72).

Geç gebelikte, intrapartum dönemde ve doğumdan sonraki ilk haftadaki uyku kalitesi kaybının "baby blues" ile ilişkili olduğuna dair sınırlı kanıt bulunmaktadır. Kronik uyku yoksunluğunun hüzün ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiye aracılık etmesi beklenmektedir: Çoğu kadın için ruh hali, gece uyku bozukluklarında kademeli bir azalmaya paralel olarak düzelebilmektedir. Uyku rahatsızlığı yaşamaya devam eden kadınlar için, olumsuz ruh hali ortadan kalkmayabilmekte ve bir depresyon epizoduna dönüşebilmektedir. Bu hipotezi test etmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Uyku bozukluğu ve doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkiye dair bir dizi kanıt, uzun süreli ve sık gece uyanmaları ve geceleri uykuya dalma güçlüğü dahil olmak üzere uyku sorunları olan çocukların annelerindeki ruh hali üzerine odaklanmaktadır. Anne depresyonu ile çocuklar arasındaki uyku sorunları tutarlı bir şekilde gözlemlenmekte ve çocuğun uykusundaki iyileşmeler anne depresyonundaki iyileşmelerle ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmalarda annenin uyku parametreleri nadiren ölçülmekte ve uyku probleminin uyku bozukluğu olduğu varsayılmaktadır. Çocukta davranış, annede kronik uyku bozukluğuna neden olabileceği ve bunun sonucunda da anne depresyonunu tetikleyebileceği bildirilmektedir. Depresif annelerin çocukları, genetik olarak bulaşan psikiyatrik bozukluk ya da uyku bozukluklarının erken belirtilerini de sergiliyor olabilmektedir. Ayrıca, bebek uyku sorunları, annenin eşi ve daha büyük çocukları da dahil olmak üzere diğer aile üyelerinin uyku döngülerini bozabilmekte ve bu tür bozulmalar annenin uykusunu daha da etkileyebilmektedir. Uyku yoksunluğu perinatal psikiyatrik bozuklukların gelişiminde nedensel bir rol oynayabilmekte, yeni doğum yapmış annelerde uyku yoksunluğunun azaltılmasının doğum sonrası hüzün, depresyon ve psikoz riskini azaltabileceği tahmin edilmektedir. Alternatif olarak, uykunun düzenlenmesi, uyanma kalıpları, bu rahatsızlıkların semptomlarının halihazırda geliştiği kadınlara rahatlatma sağlayabilmektedir (65). Ülkemizde bu sorunun yanıtını arayan çalışma sınırlıdır(17, 76) .

2.6.3. Postpartum Psikoz

Postpartum psikoz, doğum sonrası nadir görülen çok ciddi bir sorundur. Görülme sıklığının %0,1-2 olduğu bildirilmektedir. Görülme sıklığı gebelik öncesi

döneme göre 20 kat fazla olduğu bildirilmektedir. Genellikle postpartum ilk üç ay içerisinde sıklıkla majör depresyon ve bipolar bozukluk şeklinde görülmektedir. Etiyolojisinde biyolojik faktörlerin etkisi ön planda olduğu bilinmektedir. Hızlı duygusal dalgalanma ve psikotik belirtilere ek ajitasyon, hiperaktivite, uykusuzluk, konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü, halüsinasyonlar görülmektedir. Annenin kendine ya da bebeğine zarar verme olasılığı artmaktadır. İntihar riski nedeniyle hızlı etkin tedavi önem taşımaktadır. Sıklıkla hastanede tedavisi gerekmektedir. Sıklıkla hastaneye yatış gerekmektedir. Uygun tedaviyle hastaların %95'i 2-3 ayda olumlu sonuç vermektedir (53, 67, 68).

2.6.4. Gebelik ve Postpartum Dönemde Psikiyatrik Sorunu Olan Kadına Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler risk altındaki bireylerin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Değerlendirmeye gebelik döneminde başlamalı ve rutin prenatal izlemin bir parçası olmalıdır. Doğum sonu dönemde anneleri belirtiler açısından gözlemlemelidir. Özellikle ilk kez anne olan kadınların bu yeni rolle birlikte yaşamlarında gelişen değişimlere uyum sağlayabilmeleri için gerekli konularda bilgi, danışmanlık ve eğitim sağlamalıdır. Destek kaynaklarının kullanımı konusunda farkındalık uyandırmalı, eş ve diğer aile üyelerini de bilgilendirmelidir. Postpartum depresyon belirtilerini gözlemlediği kadını profesyonel yardım alma konusunda cesaretlendirmeli, uygun bakımın sürdürülmesinde rol almalıdır (67, 69).

Ülkemizde doğum yapan kadınların Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre doğum sonrası ilk saatler ve loğusalığı içinde (doğum sonrası 30-42. günlere kadar) altı kez hastane veya Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan hemşire ve ebeler tarafından izlemi germekleştirebilir (63). Loğusa ve bebek izlemlerinde birinci derecede rol alan ebe ve hemşireler, doğum yapan kadını bir yıl boyunca yakından izleme olanağına sahiptirler. Loğusa ve bebek izlemleri etkin yapıldığı takdirde; bu süreçte annede görülebilecek depresyon belirtileri erken dönemde fark edilip, profesyonel destek alması sağlanabilir. Postpartum depresif belirtilerin görüldüğü kadına, gereksinimleri doğrultusunda bakım verilmesi önemlidir. Aile Sağlığı Merkezleri'nde, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde görevli hemşire ve ebelerin loğusa ve bebek izlemlerinde postpartum depresyon için riskli kadına ve ailesine profesyonel destek sağlamada anahtar rol oynamaktadır, Depresif belirtileri hemşirelik

girişimleri ile tanımlayabilir, çözümleyemediği problemler için sağlık ekibinin diğer üyelerine yönlendirebilir, sonuçlarını izleyebilir ve ciddi depresyon tablosu ve etkilerini önleyebilirler. Depresif bireyin değerlendirilmesine ışık tutacak bilgiler; bireyin sosyodemografik özellikleri, kendi problemlerini nasıl algıladığı, son doğumuna ilişkin bilgiler, yaşam biçimi, aile içi gerginlikleri, sağlık öyküsü, sorunlarla baş etme ve destek sistemleri, yaşam bulguları, kullandığı ilaçlar, beslenme ve boşaltım şekli, günlük yaşam aktiviteleri, sözel ve sözel olmayan davranışları ile depresyon belirtilerinin değerlendirilmesini içermektedir. Bu değerlendirmenin yapılması mevcut ve potansiyel problemlerin tanımlanmasını mümkün kılacağı gibi; stresörleri azaltmak, baş etme mekanizmalarının ve destek sistemlerinin kullanımını artırmak için de fırsat sağlayacaktır. Bu doğrultuda toplanan veriler değerlendirilerek, hemşirelik tanıları belirlenmeli ve bunlara yönemlik bakımda ele alınabilecek hemşirelik tanıları ve girişimler planlanmalıdır (74).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Kadınlara, gebelik ve fetal sağlık durumlarına uygun sıklıkta fiziksel muayeneleri hekimler tarafından yapılmaktadır. Son trimesterdeki gönüllü gebelere gebe okulu hizmeti ebe ve hemşireler tarafından çarşamba günleri verilmektedir. Gebe okulunun eğitim programında emzirme eğitimi, bebek bakımı ve doğum anında yapılması gerekenlere yönelik eğitimler bulunmaktadır. Burada kadınların gebelik ve postpartum dönemlerinde uyku kalitesi ve depresyona yönelik hemşirelik girişimi yapılmadığı gözlemlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında başvuran son trimesterde yer alan tüm gebe kadınlar oluşturmuştur. Hastane gebe polikliniğine bu tarihler arasında gebeliğinin son trimesterinde olan 1522 kadın başvurmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi Kasım 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 150 gebe oluşturmuştur. İkinci görüşme, katılımcılara ulaşamama ve çalışmaya devam etmeyi reddetme nedenleriyle 120 kadın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Örneklem hesabı ülkemizde gebelik depresyonu ve gebelikte depresif belirti sıklığı olan %10-30 (57)'a ve postpartum depresyon prevalansı olan

%14-40 (9)'a göre belirlenmiştir. Buna göre 152-213 katılımcıya ulaşmak hedeflenmiştir.

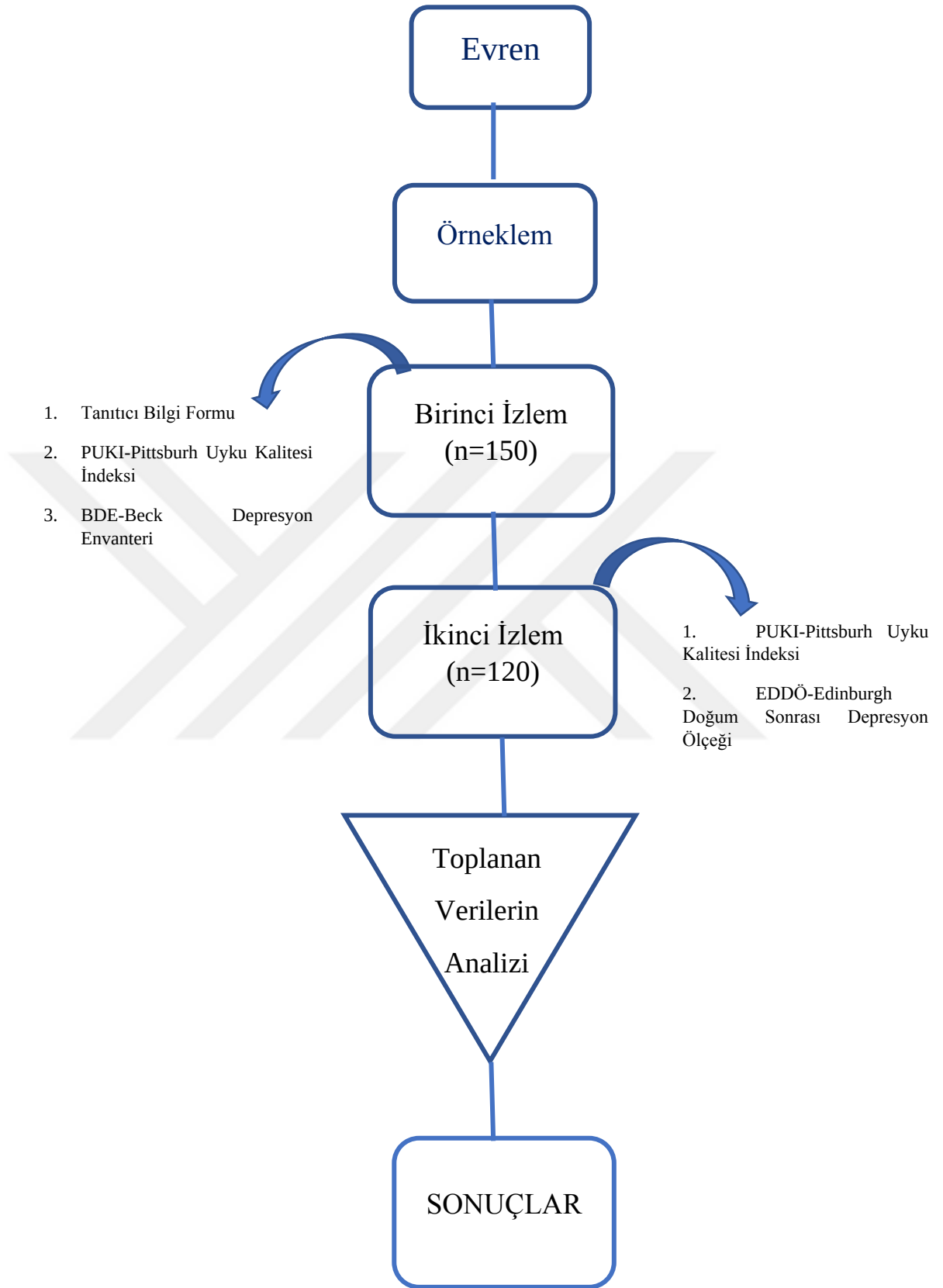
3.3.3. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- İletişim engeli olmayan,
- Okuma yazma bilen,
- Evli olan,
- Gebeliğinin 28-42. gestasyon haftasındaki son trimester gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlardan yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Çalışmada kadınlarla iki görüşme planlanmıştır. Kadınlarla ilk görüşme gebeliklerinin üçüncü trimesteri sırasında, ikinci görüşme postpartum dönem 4 ila 6. haftalar arası yapılmıştır. Çalışmanın amacına yönelik birinci ve ikinci görüşmelerde kullanılan veri toplama formları aşağıda belirtilmiştir;

Birinci İzlem Mayıs 2019- Kasım 2020	İkinci İzlem Mayıs 2019- Kasım 2020
1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Bkz. Ek-1) 2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-PUKI (Bkz. Ek-2) 3. Beck Depresyon Envanteri-BDE (Bkz. Ek-3)	1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ 2. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği-EDSDÖ (Bkz. Ek-4)



Şekil 1: Çalışmanın Tasarımı

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen form 28 sorudan oluşmuştur (31, 32, 33). Formda sosyo-demografik (yaş, eğitim ve çalışma durumu), tıbbi ve gebelikle ilgili (boy, kilo, gebelik haftası, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, destek alma durumu, doğuma hazırlık eğitimi alma, gebelik öncesi ve gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık, depresyon öyküsü ve gebelikle birlikte depresyon varlığı) ve uyku ve diğer alışkanlıklarla ilgili (sigara, kahve ve çay tüketimi, düzenli egzersiz yapma, uyku sorunu öyküsü, gebelikte uyku sorunu yaşama durumu, uyku sorunu yaşama nedenleri ve başatma yöntemleri) özelliklere ilişkin sorular yer almaktadır (Bkz. EK-1).

3.4.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI)

1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (71). Ülkemiz için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach α değeri 0.804 olarak bulunmuştur. Toplam 19 soru içermektedir. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku süresini, uyku latensi ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini belirlemektedir. Puanlanan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilmektedir. Bu bileşen puanlarının toplamı, ölçek puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanının beş ve üzerinde oluşu son bir ay içerisindeki uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (76). (Bkz. EK-2).

3.4.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyonda görülen, vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen bir ölçektir (77). Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3), dört seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup kesme puanının 17 olarak kabul

edildiği bildirilmiştir (78). (Bkz. EK-3). Çalışmamızda 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanteri'nin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa) 0.79 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve ark. (1987) tarafından tarama amaçlı olarak geliştirilen bu ölçek doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçek depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (69). EDSDÖ 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır.

EDSDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir (79). Engindeniz' in yaptığı geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDSDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir (Bkz. EK-4). Çalışmamızda 10 maddeden oluşan EDSDÖ'nün güvenirlik katsayısı 0.835 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler IBM SPSS Statistics 26 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı değişkenler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve değişkenlerin normal dağıldıkları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İki bağımlı sayısal değişken arasındaki farklılıklara Bağımlı Örneklem T Testi ile bakılmıştır. Bağımsız iki sayısal değişken

arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile yorumlanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı (r) -1 ile 1 arasında değer almakta ve -1 ise negatif, +1 ise pozitif doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. “ r ” 0 ise ilişki yok, 0.01-0.29 ise düşük, 0.30-0.70 ise orta, 0.71-0.99 yüksek, 1.00 ise mükemmel düzeyde ilişki olduğu yorumlanmaktadır (80). Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0.05 düzeyinden yorumlanmış olup, $p < 0.05$ anlamlı farklılığın olduğunu, $p > 0.05$ anlamlı farklılığın olmadığını belirtmektedir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma tek merkezli olması, katılımcılara ikinci görüşmenin planlanmasında katılımcı isteksizliği ve iletişim kopukluğu nedeniyle kayıpların yaşanması yönünden kısıtlıdır. Ülkemizde gebelik ve postpartum dönem kadınlara özgü uyku kalitesi ölçeği olmaması yönünden de sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu değerlendirmesinde gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler dikkate alınarak incelenmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur (Değerlendirme Tarihi: 26.11.2019, Proje/Karar No: 19/386). Kurum izni alınmış olup klinik sorumlu hekiminden de onay alınmıştır. Katılımcılardan bireysel yazılı onamları alınmıştır. Ölçek sahiplerinden mail yoluyla kullanım izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort.=28.25±5.05)		
20-24 yaş	29	19.3
25-29 yaş	69	46.0
30-34 yaş	35	23.3
35-44 yaş	17	11.4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	19	12.7
Lise	50	33.3
Üniversite ve üzeri	81	54.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	47	31.3
Çalışmıyor	103	68.7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	3	2.0
Gelir gidere eşit	138	92.0
Gelir giderden fazla	9	6.0

Tablo 1 incelendiğinde kadınların yaş ortalaması 28.25±5.05 yaştır. Katılımcıların %46'sı 25-29 yaş grubundadır. Kadınlardan %54'ünün eğitim durumu üniversite ve üzeridir, %68.7'si çalışmamaktadır ve %92'sinin geliri giderine eşittir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 2: Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

	Sayı	Yüzde
Gebelik Haftası (Ort.=37.75±2.30)		
35 Hafta ve altı	64	42.7
36-40 Hafta	86	57.3
Yaşayan Çocuk Durumu		
Var	71	47.3
Yok	79	52.7
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=71) (Ort.=1,30±0,55)		
1 Çocuk	52	73.2
2 ve Daha fazla çocuk	19	26.8
Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Planlı	107	71.3
Plansız	43	28.7
Gebelikte Sosyal Destek Alma Durumu		
Evet	143	95.3
Kısmen	7	4.7
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu		
Alan	25	16.7
Almayan	125	83.3

Tablo 2’de kadınların gebelik haftası ortalaması 37.75±2.30 haftadır. Kadınların %57.3’ünün gebelik haftası 36-40 hafta aralığındadır. Kadınların %47.3’ünün yaşayan çocuğu bulunmaktadır. Katılımcılardan yaşayan çocuğu bulunanların %73.2’sinin bir çocuğu bulunmaktadır. Kadınların %71.3’ünün gebeliği planlıdır. Gebelerin %95.3’ü sosyal destek almış ve %16.7’si doğuma hazırlık eğitimi almıştır (Bkz. Tablo 2).

Tablo 3: Kadınların Gebelik Öncesi ve Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalıklarına Göre Dağılımı (n=150)

	Sayı	Yüzde
Gebelik Öncesi Hastalık Varlığı		
Evet	32	21.3
Hayır	118	78.7
*Gebelik Öncesi Hastalık Türü (n=32)		
Hipertansiyon	3	9.4
Kalp hastalığı	3	9.4
KOAH/astım	4	12.5
Diyabet	1	3.1
Tiroid	9	28.1
Diğer	13	40.6
Gebelikle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalık Varlığı		
Evet	24	16.0
Hayır	126	84.0
*Gebelikle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalık Türü (n=24)		
Hipertansiyon	1	4.2
Diyabet	13	54.2
Tiroid	5	20.8
Diğer	7	29.2
Gebelik Öncesi Ruhsal Rahatsızlık Yaşama Durumu		
Evet	7	4.7
Hayır	143	95.3

*Bu değişkenlerde katılımcılar birden fazla cevap verebilmişlerdir.

Tablo 3 incelendiğinde kadınların %21.3'ünün gebelik öncesi hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kadınlardan hastalığı olanlarda en çok görülenler %40.6 diğer hastalıklar, %28.1 tiroid ve %12.5 KOAH/astımdır. Katılımcıların %16'sında gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık bulunmaktadır. Kadınlarda gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık çoğunlukla %54.2 ile diyabettir. %4.7'sinde gebelik öncesi geçirilmiş ruhsal rahatsızlık bulunmaktadır (Bkz. Tablo 3).

Tablo 4: Gebelerin Sağlıklı Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Bulgularına Göre Dağılımı (n=150)

	Sayı	Yüzde
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu		
Evet	11	7.3
Hayır	127	84.7
Gebelikte bırakmış	12	8.0
Gebelikte Düzenli Kahve Tüketme Durumu		
Evet	29	19.3
Hayır	121	80.7
Gebelikte Düzenli Çay İçme Durumu		
Evet	124	82.7
Hayır	26	17.3
Gebelikte Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	48	32.0
Hayır	102	68.0

Tablo 4 incelendiğinde kadınların %84.7'si gebelikte sigara kullanmamaktadır. Katılımcıların %19.3'ü gebelikte düzenli kahve tüketmektedir, %82.7'si gebelikte düzenli çay içmektedir, %32'si gebelikte düzenli egzersiz yapmaktadır (Bkz. Tablo 4).

Tablo 5: Kadınların Gebelik Dönem Uyku Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı
(n=150)

	Sayı	Yüzde
Gebelik Öncesi Uyku Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	5	3.3
Hayır	145	96.7
Gebelikte Uyku Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	139	92.7
Hayır	11	7.3
*Uyku Sorunu Yaşama Nedenleri (n=139)		
Ağrılar	101	72.7
Sık tuvalet ihtiyacı	117	84.2
Solunum problemleri	11	7.9
Kaygı	10	7.2
Karnının büyümesi	24	17.3
Diğer	39	28.1
*Uyku Sorunu İle Baş Etmeye Yönelik Yapılanlar (n=139)		
Kitap okuma	2	1.4
Müzik dinleme	2	1.4
Televizyon izleme	3	2.2
Ilık duş alma	17	12.2
Ilık süt içme	25	18.0
Bitki çayı içme	1	0.7
Yoğurt yeme	7	5.0
Diğer	13	9.4
Gebelerin Gebelikte Uykudan Uyanma Durumu		
Evet	148	98.7
Hayır	2	1.3
Gebelikte Bir Gece Uykusundan Uyanma Sıklığı (n=148)		
(Ort.=3.95±1.86)		
1-3 Kez	65	43.9
4 ve Daha fazla kez	83	56.1

*Bu değişkenlerde katılımcılar birden fazla cevap verebilmişlerdir.

Tablo 5 incelendiğinde kadınların %3.3'ünün gebelik öncesi uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcılardan %92.7'si gebelikte uyku sorunu yaşamıştır.

Uyku sorunu yaşayan kadınların uyku sorunu yaşama nedenleri çoğunlukla %84.2 sık tuvalet ihtiyacı ve %72.7 ağrılardır. Kadınlardan uyku sorunu yaşayanların uyku sorunu ile baş etme yöntemleri incelendiğinde çoğunlukla %18 ile ılık süt içme ve %12.2 ılık duş almadır. Katılımcıların %98.7'si gebelikte uykudan uyanmaktadır. Gebelikte uykudan uyananların %43.9'u bir gecede 1-3 kez uyanmaktadır. Ayrıca gebelikte uykudan uyanma ortalaması 3.95 ± 1.86 kezdir (Bkz.Tablo 5).

Tablo 6: Kadınların Gebelik ve Postpartum Dönemde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Alt Boyutları, Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

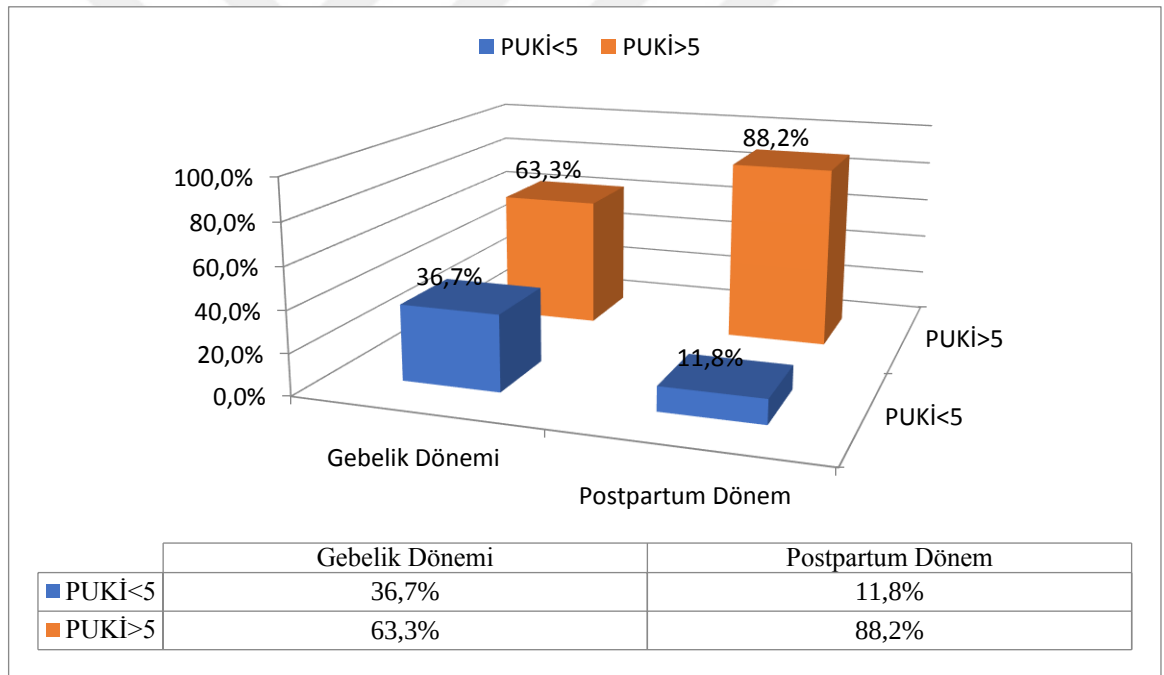
Gebelik	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
PUKI	6.16	3.37	0	16
Öznel uyku kalitesi	1.31	0.78	0	3
Uyku latensi	0.93	1.11	0	3
Uyku süresi	0.44	0.73	0	3
Alışılmış uyku etkinliği	0.95	1.01	0	3
Uyku bozukluğu	1.69	0.50	0	3
Uyku ilacı kullanımı	0.00	0.00	0	0
Gündüz işlev bozukluğu	0.68	0.95	0	3
BDE	12.27	6.15	0	34
Postpartum				
PUKI	8.74	3.18	1	15
Öznel uyku kalitesi	1.64	0.79	0	3
Uyku latensi	0.24	0.62	0	3
Uyku süresi	1.75	1.17	0	3
Alışılmış uyku etkinliği	1.78	1.14	0	3
Uyku bozukluğu	1.82	0.65	1	3
Uyku ilacı kullanımı	0.02	0.18	0	2
Gündüz işlev bozukluğu	1.40	1.00	0	3
EDSDÖ	7.99	5.26	0	25

Tablo 6 incelendiğinde kadınların gebelikte PUKİ puan ortalaması 6.16 ± 3.37 , Öznel Uyku kalitesi alt boyutu puan ortalaması 1.31 ± 0.78 , Uyku Latensi alt boyutu

puan ortalaması 0.93 ± 1.11 , Uyku Süresi alt boyutu puan ortalaması 0.44 ± 0.73 , Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu 0.95 ± 1.01 , Uyku Bozukluğu alt boyutu puan ortalaması 1.69 ± 0.50 , Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu puan ortalaması 0.00 ± 0.00 , Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu puan ortalaması 0.68 ± 0.95 ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 12.27 ± 6.15 'tir.

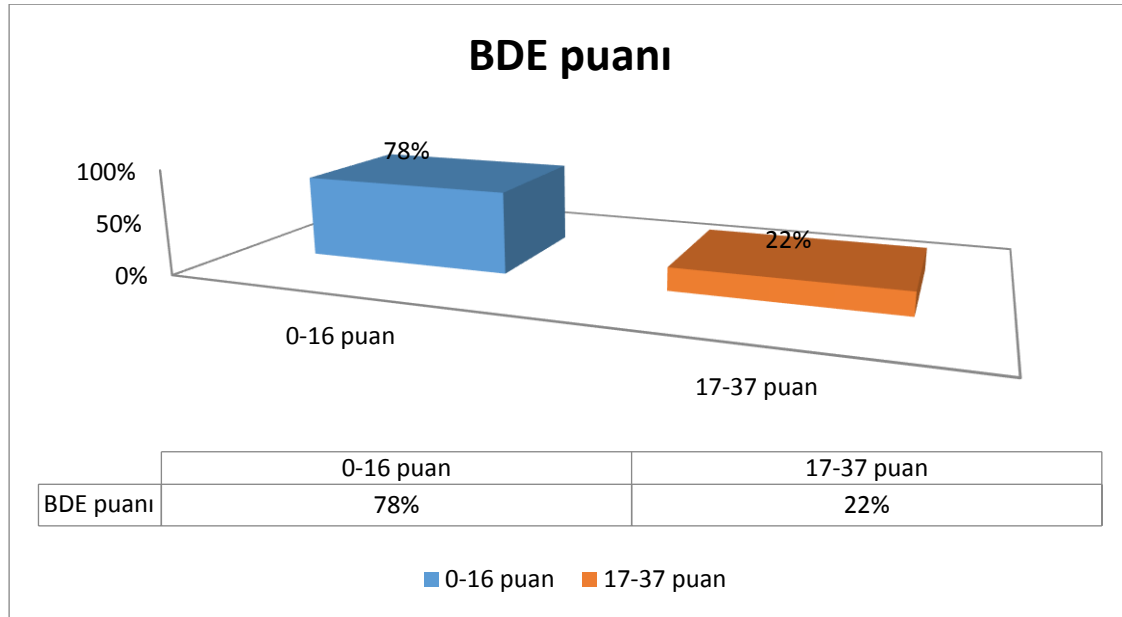
Kadınların postpartum dönemde ortalama puanları ise; PUKİ 8.74 ± 3.18 , Öznel Uyku kalitesi alt boyutu 1.64 ± 0.79 , Uyku Latensi alt boyutu 0.24 ± 0.62 , Uyku Süresi alt boyutu 1.75 ± 1.17 , Alışılmış Uyku Etkinliği alt boyutu 1.78 ± 1.14 , Uyku Bozukluğu alt boyutu 1.82 ± 0.65 , Uyku İlacı Kullanımı alt boyutu 0.02 ± 1.18 , Gündüz İşlev Bozukluğu alt boyutu 1.40 ± 1.00 ve EDSDÖ'nin ise 7.99 ± 5.26 'dır (Bkz. Tablo 6).

Grafik 1: Kadınlarda Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanlarının Dağılımı



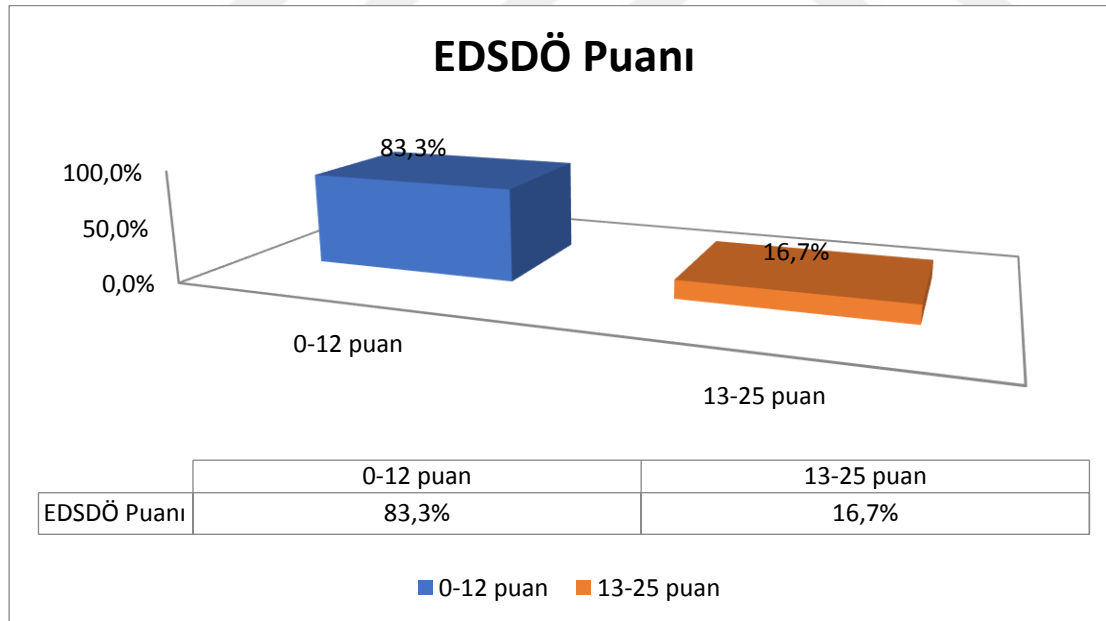
Grafik 1 incelendiğinde gebelikte PUKİ'nden 5 ve üzeri puan alan kadınlar %63.3 iken postpartum dönemde PUKİ'nden 5 puan ve üzeri puan alanlar %88.2'dir.

Grafik 2: Kadınların Gebelik Döneminde Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanlarının Dağılımı



Grafik 2 incelendiğinde kadınların %22'si 17 ve üzerinde puan alırken %78'inin 16 altında puan aldığı görülmektedir.

Grafik 3: Postpartum Dönemde Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı



Grafik 3 incelendiğinde kadınların %16,7'sinin 13 ve üzeri puan aldığı görülmektedir.

Tablo 7: Gebelik ve Postpartum Dönemde Kadınların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Karşılaştırılması

	Gebelik		Postpartum		t	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
PUKI	6.16	3.37	8.74	3.18	-6.019	<0.001*
Öznel Uyku Kalitesi	1.31	0.78	1.64	0.79	-3.634	<0.001*
Uyku Latensi	0.93	1.11	0.24	0.62	6.678	<0.001*
Uyku Süresi	0.44	0.73	1.75	1.17	-11.406	<0.001*
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.95	1.01	1.78	1.14	-5.716	<0.001*
Uyku Bozukluğu	1.69	0.50	1.82	0.65	-1.558	0.122
Uyku İlacı Kullanımı	0.00	0.00	0.02	0.18	-1.000	0.319
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.68	0.95	1.40	1.00	-4.797	<0.001*

t:Bağımlı Örneklem T Testi *p<0.05

Tablo 7 incelendiğinde uygulanan Bağımlı Örneklem T Testi sonucunda kadınların postpartum dönemde gebeliğe göre PUKI, Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Gündüz İşlev Bozukluğu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadınların gebelik ve postpartum dönemlerinde Uyku Bozukluğu ve Uyku İlacı Kullanımı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 7).

Tablo 8: Pittsburgh Uyku Kalitesi Indeksi ile Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Gebelik BDE	Postpartum EDSDÖ
Gebelik PUKI	r	0.356**	0.223*
	p	<0.001	0.014
Postpartum PUKI	r	0.292**	0.358**
	p	0.001	<0.001

r:Pearson Korelasyon Katsayısı *p<0.05 **p<0.01

Tablo 8 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizi sonucunda;

Gebelik PUKI puanları ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Gebelik PUKI puanları ile postpartum EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir.

Postpartum PUKI puanları ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Postpartum PUKI puanları ile postpartum EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo 8).

Tablo 9: Gebelik Pittsburgh Uyku Kalitesi Indeksi ve Beck Depresyon Envanteri ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Postpartum Pittsburgh Uyku Kalitesi Indeksi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Postpartum EDSDÖ	Postpartum PUKI
Gebelik BDE	r	0.510**	0.292**
	p	<0.001	0.001
Gebelik PUKI	r	0.223*	0.182*
	p	0.014	0.048

r:Pearson Korelasyon Katsayısı *p<0.05 **p<0.01

Tablo 9 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizi sonucunda;

Gebelik BDE puanları ile postpartum EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Gebelik BDE puanları ile postpartum PUKI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir. Gebelik PUKI puanları ile postpartum EDSDÖ, postpartum PUKI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (Bkz. Tablo 9).





5. TARTIŞMA

Bu araştırma gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlarda uyku kalitesi ve depresyonun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Gebelik ve postpartum dönemde kadının uykusunun etkilendiği bildirilmektedir. Araştırmalarda kadınlar, gebelik boyunca önemli derecede uyku kalitesi bozukluğu, yetersiz uyku ve yüksek oranda uyku bozukluğu belirtileri göstermişlerdir (4). Postpartum dönemde kadınlar uyku bozukluklarına yol açabilecek uyku düzen değişikliği yaşarlar (15). Postpartum dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler ve yenidoğan bakımı nedeniyle kadınların uyku düzeni ve kalitelerinin etkilendiği bildirilmektedir (15, 43). Postpartum uyku bozukluğu bir hastalık olmasa da anneyi, bebeğini ve ailesini etkilemektedir (15).

Araştırmamızda kadınların gebelik dönemlerinde %63.3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (Bkz. Grafik 1). Mindell ve Jacobson çalışmalarında katılımcıların gebelikte %78'inde uyku kalitesinde bozulma olduğunu bildirmişlerdir (81). Sedov ve arkadaşları derleme çalışmalarında gebe kadınların %45.7'sinin kötü uyku kalitesi deneyimlediğini belirlemiştir (6). Odabaşı'nın 202 katılımcı ile yaptığı çalışmada gebelerin %61(n=124)'inde gebelik sırasında uyku problemi yaşadığı bildirilmiştir (73). Köybaşı'nın çalışmasında gebelerin %11.5'inin gebelikten önce, %64'ünün gebelikte uyku problemi yaşadıkları saptanmıştır (1). Çelikköz'ün çalışmasında gebelerin %2.2'si geçmişte uyku sorunu yaşadığı ve şimdiki gebeliklerinde %53.9'unun uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir (31). Sonuçlar araştırmamızla benzerdir. Araştırma sonuçları Sedov ve arkadaşlarınıninkine göre yüksektir. Bu farklılığın Sedov ve arkadaşlarının çalışmaları uluslararası literatürü kullanıp, ülkemiz sonuçlarını dahil etmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (6). Bu bulgular kadınların yarısından fazlasının gebelik döneminde uyku sorunları yaşadığını ve uyku kalitesi taranmasının önemini göstermektedir.

Kadınlar; sırt ağrısı, fetal hareketler, sık idrara çıkma, kramplar, huzursuz bacak sendromu, bebek hareketleri, horlama ve mide yanması gibi gebeliğe özgü şikayetler nedeniyle gebelikte uyku bozukluğu yaşadıklarını bildirmektedir (83, 84). Araştırmamızda kadınların gebelikte ağrılar (%72.7), sık tuvalet ihtiyacı (%84,2), solunum problemleri (%7,9), kaygı (%7,2), karnın büyümesi (%17,3) nedeniyle uyku

sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 5). Köybaşı'nın çalışmasında, katılımcıların gebeliğin son üç ayında sık görülen şikayetleri ile PUKİ puanları karşılaştırılmış ve reflü, yorgunluk, sık idrara çıkma, ciltte kaşıntı ve varis şikayetleri olan gebelerin PUKİ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (1). Çelikközü'nün çalışmasında gebelerin uyku sorunu yaşama nedenleri arasında en sık ileri gebelik haftası (%20.5), ağrı (%15.6), bebeğin hareketleri (%12.5) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu uyku sorunuyla baş edebilmek için en sık ılık duş aldıkları (%36.8), televizyon izledikleri (%31.3) ve ılık süt içtikleri (%29.2) ifade edilmiştir (31). Araştırmamızın sonuçları Köybaşı (1)'nin bulgularıyla benzerlik göstermekte ve kadınlarda gebeliğin son trimestirinde en çok sık idrara çıkma ve abdominal şikayetler nedeniyle uyku kalitesinin düştüğü görülmektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik döneminde ortalama PUKİ puanları $6,16 \pm 3,37$ 'dir. Gebelerin ölçekten aldığı minimum toplam puan 0, maksimum puan 16'dır. Ölçeğin alt bileşenlerinden alınan en yüksek puanlar öznel uyku kalitesi (ortalama 1,31 puan) ve uyku bozukluğu (ortalama 1,69) bölümlerinden olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 6). Çelikközü'nün çalışmasında gebeliğinde uyku sorunu yaşayan kadınların öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve global skor puanları gebelikte uyku sorunu yaşamayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Çakır'ın 200 gebe ve 200 gebe olmayan kadın ile yaptığı çalışmasında gebe kadınların PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 7.55 ± 4.08 'dir. Çalışma sonuçlarına göre gebelerin ölçekten aldığı en yüksek puanlar gündüz işlev bozukluğu alt bileşeninde (median 5) olduğu belirlenmiştir (32). Köybaşı ve Oskay'ın gebeliğinin son trimestirinde 200 gebe kadın ile yaptığı araştırmada kadınların PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 7.11 ± 3.55 'dir. Gebelerin ölçekten aldığı minimum toplam puan 0, maksimum toplam puan 21'dir. Gebelerin en yüksek puanları öznel uyku kalitesi (ortalama 1.65 puan) ve uyku latensi (ortalama 1.57 puan) ölçek alt bileşenlerinden aldıkları görülmüştür (1). Çelik ve Köse'nin 152 her trimesterden gebe kadın ile yaptığı çalışmada son trimestir kadınların ($n=61$) PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 7.57 ± 4.82 'dir. Son trimestir gebelerin PUKİ alt bileşen puanlarına göre en yüksek puanlar uyku latensi (ortalama 2.00 puan) bölümünden olmuştur (2). Öztürk, Yılmaz, Müsüroğlu, Sevinç ve Akcan'ın gebeliğinin son 3 ayındaki 204 gebe kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 7.27 ± 3.18 'dir. Ölçeğin alt bileşenlerinden alınan en

yüksek puanların öznel uyku kalitesi (ortalama 1.52 puan) bölümünde olduğu görülmüştür (85). Araştırma sonuçlarımızda, kadınlar gebelik döneminde diğer çalışmalara göre daha düşük PUKİ puan ortalaması gösterse de gebelik döneminde uyku kalitesi alt boyutlarında bozulma görüldüğü söylenebilir.

Kadınlarda doğum sonrası dönemde uyku bozukluğunun gerçek prevalansı bilinmemektedir. Araştırmamıza göre son trimester gebe kadınların %63.3'ünün uyku kalitesi kötü iken postpartum dönemde bu oran %88.2'ye yükselmiştir (Bkz. Grafik 1). Araştırmamıza katılan kadınların postpartum dönem PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 8.74 ± 3.18 'dir. PUKİ alt bileşen puanlarına göre kadınların postpartum dönemde en sık uyku bozukluğu bölümünde yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Bkz. Tablo 6). Koreli gebe kadınlarda çok zayıf uyku kalitesine sahip kadınların genel yüzdesi %80.7 olduğu ve gebelik ilerledikçe ve doğumdan sonra arttığı bildirilmiştir (18). Tayvan'da postpartum dönem kadınların %87,5'inin uyku kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir (19). Özen ve arkadaşlarının 240 kadın ve bunlardan 80'i postpartum dönem kadın katılımı ile, lohusa kadınların uyku kalitesi ve gündüz uykululuk örüntülerini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre; doğum sonrası kadınların %82.5'i kötü uyku kalitesi ve %26.25'i gündüz aşırı uykululuk hali gösterdiği bildirilmiştir (46). Erçel ve Kayaoğlu Süt'ün postpartum dönem kadınlarında uyku ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla 316 postpartum ve 316 kontrol grubu kadın ile yapmış olduğu çalışmada postpartum dönem kadınların PUKİ toplam ölçek puanı ortalaması 10.1 ± 3.5 'dir. Ölçeğin alt bileşen puanlarında en yüksek öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve uyku bozukluğu bölümlerinde bildirilmiştir (17). Araştırmamıza göre postpartum kadınların PUKİ ölçek puan ortalaması diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bunun kadınların gebelik dönemlerinde de daha iyi uyku kalitesine sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Erçel ve Kayaoğlusüt'ün çalışmasına göre, postpartum dönem kadınlarının uyku kalitesinin kontrol grubundan daha kötü olduğu saptanmıştır. Postpartum grubu kadınlarının, kontrol grubu kadınlarına göre PUKİ'nin; subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (17). Bu çalışmanın örneklemini kontrol grubu ve postpartum dönemindeki kadınlardan oluşsa da, postpartum dönem kadınların PUKİ alt bileşenleri bizim çalışmamıza benzer şekilde artış göstermiştir. Bu sonuçlara göre kadınların postpartum dönem uyku kalitelerini

özel biçimde kötü/oldukça kötü olarak değerlendirdiklerini söyleyebiliriz. Çalışma sonuçları (17, 18, 19, 46) bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup uyku bozukluklarının gebe ve postpartum kadınlar arasında yaygın olduğu, hamilelik ilerledikçe ve doğumdan sonra önemli ölçüde arttığı söylenebilir.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde yaşanan değişikliklerden biri de ruhsal durumdur. Dünya çapında gebe kadınların yaklaşık %10'u ve yeni doğum yapmış kadınların %13'ü başta depresyon olmak üzere bir ruhsal bozukluk yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha yüksek olup gebelikte %15.6 ve doğumdan sonra %19.8'dir. Ağır vakalarda annelerde intihar görülebilmektedir. Etkilenen anneler etkili bakım yapamaz ve sonuç olarak çocukların büyüme ve gelişmesi olumsuz etkilenebilir (57). Çalışmamızda kadınların %22'sinin gebelikte depresyon belirtisi gösterdiği belirlenmiştir (Bkz. Grafik 2). Bennet ve arkadaşlarının çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir (56). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon prevalansını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da %17.9, Amerika'da %20, Kanada'da %25, Finlandiya'da %30 olarak bildirilmiştir (56). Türkiye'de gebelikte depresif belirti gösterme sıklığını BDE ile araştıran kısıtlı sayıda çalışma mevcut olup bunlar; Karaçam ve Ançel %27.9, Erbil, Oruç ve Karabulut %30.9, Altınay %27.9, Sevindik %36.3 olarak bulmuşlardır (56, 58, 59, 86). Gölbaşı ve arkadaşları gebelikte EDSDÖ Türkçe versiyonu depresyonun yaygınlığını tahmin etmek için kullanmış ve kadınlarda % 27.5 doğum öncesi depresyon bildirmiştir (58). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon prevalansı %27.9-33.1 arasındadır (56, 58, 59, 86, 87). Global değerlerle karşılaştırıldığında ülkemizde daha yüksek olan bu oran, ülkemiz yaşam faktörlerinin (örneğin genç yaşta gebelik, sık gebelik, ekonomik sorunlar, düşük eğitim seviyeleri, aile içi şiddet, kalabalık aileler) gebelik depresyon yaygınlığı ve yoğunluğunu etkilediğini göstermektedir (54, 55). Araştırma sonuçlarımızda gebelikte depresyon belirtisi gösterme yaygınlığı literatüre (56, 58, 59, 86, 87) benzerdir.

Çalışmada uygulanan analizler sonucunda gebelik PUKI puanları ile gebelik BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 8). Nacar'ın gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 436 gebe kadının katılımıyla yaptığı çalışmasında, uykusuzluk problemi olan gebelerde olmayanlara göre 2 kat daha

fazla depresif semptom bulunduğu bildirilmiştir (88). Rezaei ve arkadaşlarının gebeleri izleyerek yaptığı çalışmada uyku problemi olan gebelerin gestasyon yaşı arttıkça depresif semptom görülme şiddetinin arttığı tespit edilmiştir (20). Mellor ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kötü uyku kalitesi ile depresyon görülmesi arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (89). Dorheim ve arkadaşlarının 2816 gebe ile yaptığı çalışmada insomnia ile depresif semptomlar arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (21). Sonuçlarımız literatür bilgisiyle uyushmaktadır (20, 21, 88, 89) ve gebelikteki uyku sorunlarının gebelik depresif belirti gösterme riskini arttırabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda postpartum dönemde kadınların EDSDÖ puan ortalaması 7.99 ± 5.26 'dır ve kadınlardan %16.7'sinin 13 puan ve üzeri puan alarak yüksek postpartum depresyon riski olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 6, Grafik 3). Postpartum depresyon prevalansı büyük ölçüde bozukluğun tanımına, ülkeye, kullanılan tanı araçlarına, tarama önlemi için seçilen ayırmıcılık eşğine ve prevalansın belirlendiği süreye bağlı olarak değişmektedir. Örneğin, Halbreich ve Karkun'un PPD yaygınlığını bulan araştırmaların sistematik derlemesinde, ülkeler arasında % 0.5 ile % 60 arasında değişen bir PPD yaygınlığı bulunmuştur (90). PPD prevalansı, gelişmiş ülkelerde % 1.9 ile % 82.1 arasında değişmekte olup, en düşük ve en yüksek görülme sıklığı sırasıyla Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bildirilmiştir (91). Gelişmekte olan ülkelerde, prevalans % 5.2 ila % 74.0 arasında değişmektedir (91). En düşük prevalans Pakistan'da ve en yüksek prevalansla Türkiye'de rapor edilmiştir (91). PPD prevalansındaki bu farklılık, heterojen çalışma tasarımları veya farklı tanı araçlarının kullanılmasıyla açıklanabileceği belirtilmiştir (örneğin EDSDÖ, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği veya BDE) (91). Literatürde yapılmış en büyük meta-analiz ve meta-regresyonda, postpartum depresyonun küresel prevalansı yaklaşık % 17.7 olarak bulunmuştur (92). Dorheim ve arkadaşlarının EPDS $\geq$ 10 olarak kabul ettikleri çalışmada, postpartum depresyon prevalansı %16.5'dir (21). Üstgörül ve Yanikkerem doğum sonrası anksiyete, depresyon prevalansı ile risk faktörleri incelemiş ve Türkiye'de postpartum depresyon prevalansının %15.4-51.3 arasında değiştiğini bildirmiştir (93). Mutlu'nun 34 hafta ve üstünde gebeliği olan 200 hamile ile yaptığı çalışmada, EDSDÖ'den 12 puan üzeri alanlar 35 (%17.5) kadındır. 34 hafta ve üzeri gebeliği olan hamile kadınlarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı %17.5 bulunmuştur (94). Türkiye'de yapılmış çalışmalara bakıldığında, Burdur'da PPD

görölme oranı %22.1, Erzurum'da depresif belirtilerin prevalansı doğum sonrası ilk haftada %17.7 ve altıncı haftada %14, Çanakkale'de kadınların %26.2'sinin depresif belirti düzeyi yüksek bulunmuştur (21, 90-93). Malatya'da %21.0, Erzincan'da %51.3, İstanbul'da %30.1, Erzurum'da %14.0, Adana'da %28.9, Manisa'da %19.0, Afyon'da %22.9, Ankara'da %23.5 ve İzmir'de %25.5 olarak bulunmuştur (93). Çalışmamız postpartum depresyon sıklığının; küresel prevalansa yakın (92), Erzurum ve Manisa'yla benzer, diğer illere göre daha düşük olduğu (93) söylenebilir.

Uykusuzluk ve kötü uyku kalitesi semptomları, gebelik ve doğum sonrası süreçte depresif semptomlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir (22). Kötü uyku kalitesi, gebelik ve postpartum dönemdeki bazı kadınlarda depresyon riskini arttırabilmektedir. Çalışmamızda gebelik PUKI puanları ile postpartum EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ve postpartum dönemdeki PUKI ile EDSDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 8). Mellor, Chua ve Boyce, gebe kadınlarla yapmış olduğu çalışmada PUKI tarafından değerlendirilen kötü uyku kalitesi ve EDSDÖ puanlarının güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (89). Geç gebelikte uykusuzluk ve depresif belirtileri araştıran bir başka çalışmada gündüz uyku bozukluğu ve uykuya dalma güçlüğü, depresif semptomlarla güçlü şekilde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (21). Nacar çalışması sonucunda uykusuzluk problemi olan gebelerde depresif semptomların daha fazla olduğunu bildirmiştir (88). Dorheim ve arkadaşları çalışmaları sonucunda; postpartum dönemde, PUKI alt boyut puanlarından gündüz fonksiyonu, uyku bozuklukları, subjektif uyku kalitesi ve uykuya başlama gecikmesi ile yüksek depresif puanların ilişkili olduğu bulunmuştur (23). Benzer sonuçlara Park, Meltzer-Brody ve Stickgold'un çalışmasında ulaşılmıştır. Uyku bölünmesinin doğum sonrası depresyon belirtilerinin gelişimine ve yaygınlığına katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (95). Nepal'li kadınlar arasında yapılmış bir çalışma sonucunda kötü uyku kalitesinin nispeten yüksek depresyon prevalansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (24). İranpour ve arkadaşları da benzer şekilde; son 3 ayda doğum yapmış kadınlarda uyku kalitesi ile doğum sonrası depresyon belirtileri arasında bir ilişki bulmuşlardır. Uyku kalitesi düşük kadınlarda depresyon olasılığının, iyi uyku kalitesine sahip olanlara göre 3,34 kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (96). Araştırmamızda literatür sonuçlarına benzerdir; gebelikte kötü uyku kalitesinin

PPD belirtilerinin gösterilmesine yol açabileceği ve postpartum kötü uyku kalitesinin PPD belirtisi gösterme riskini arttırabileceği söylenebilir.

Gebelik döneminde tedavi edilmeyen depresyonların postpartum depresyon riskinde artışa neden olduğu bildirilmektedir. Postpartum depresyon için olası birçok risk faktörü arasında, en büyük etkiye sahip olan ve doğum sonrası depresyonu ile en tutarlı şekilde ilişkili olan faktör, kişinin gebelik döneminde veya gebelik öncesi dönemde geçirilmiş depresyon öyküsü olduğu bilinmektedir (97). Çalışmamızda gebelik BDE puanları ile postpartum EDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 9). Ülkemizde yapılmış çalışmalarda gebelikte depresyon öyküsünün postpartum depresyon riskini arttırdığı sonucu bulunmuştur (54, 56, 98, 99). Gebelik depresyonundan sonra %50-62 oranlarında postpartum atak geçirme ve var olan ruhsal durumun daha da kötüleşmesi riskleri olduğu bildirilmiştir (99). Gebelik döneminde depresyon geçiren kadınların diğer kadınlara göre postpartum depresyon açısından 6,5 kat daha fazla riskli olduğu bulunmuştur (98). Araştırmamız analizlerine göre PPD'nin gebelik döneminde depresyon belirtisi olarak kendini gösterebileceği ve gebelik dönemindeki depresyonun postpartum dönemde de süregelen olabileceği söylenebilir. Bu bulgular literatürle paraleldir.



6. SONUÇLAR

Kadınlarda gebelik ve postpartum dönemlerinde uyku kalitesi ve depresyonu değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışmada gebeliğin son trimestirinde kadınların yarısından fazlasının uyku kalitesi kötü iken doğumdan sonra yaklaşık üçte ikisinin kötü olduğu saptanmıştır. Gebelik dönemindeki bu kötü uyku kalitesinin doğum sonrası kötü uyku kalitesine etkisi olduğu görülmüştür. Uyku bozukluklarının gebe ve postpartum kadınlar arasında yaygın olduğu, hamilelik ilerledikçe ve doğumdan sonra önemli ölçüde arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Gebelik PUKİ puanı arttıkça gebelik BDE puanı ve postpartum EDSDÖ puanı artmaktadır. Gebelik dönemindeki kötü uyku kalitesinin gebelik depresyonu belirtisi göstermeye etkisi olduğu ve postpartum depresyon riskini artırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar sağlık profesyonelleri tarafından gebelerde uyku kalitesi ve depresyon belirtilerinin beraberce değerlendirilmesi ve postpartum dönemde de izlenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Hemşireler gebe ve doğum sonrası izlem bakımında aktif rol almalı, kadınları risk açısından izlemeli, ölçekleri uygulayarak kötü uyku kalitesi ve depresyon riski yüksek kadınları belirlemeli ve riskli gruba uygun hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. Kadınlarda gebelik dönemine özgü depresyon riskini belirleyen ve uyku kalitesini ölçen ölçekler geliştirilmelidir. Kadınların gebelik ve postpartum dönemlerindeki uyku kalitesi ve depresyon ilişkisini inceleyen daha geniş popülasyon ve farklı örneklemelerde çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKLAR

1. Köybaşı, E. Ş., Oskay, Ü. Y. 2017. “Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 59, 1-5.
2. Çelik, F., Köse, M. 2017. “Gebelikte Uyku Kalitesinin Trimester ile İlişkisi”, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18, 85-88.
3. Ulaşlı, S. S., Ünlü, M. 2014. “Gebelikte Uyku Sorunları”, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2 (2), 237-244.
4. Mindell, J. A., Cook, R. A., Nikolovski, J., 2015. “Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy”, *Sleep medicine- Elsevier* , 16: 4, 483-488.
5. Christian, L. M., Carroll, J. E., Porter, K., Hall, M. H., 2019. “Sleep quality across pregnancy and postpartum: effects of parity and race”, *Sleep health- Elsevier*, 5: 4, 327-334.
6. Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., Tomfohr-Madsen, L. M., 2018. “Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis”, *Sleep medicine- Elsevier*, 38: 168-176.
7. Kolukırmık, Ü., 2016. “Postpartum Depresyon Belirtisini Etkileyen Etmenler ve Postpartum Depresyon Belirtisinin Emzirme İle İlişkisi”, *Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir*.
8. Şahin, Ö., 2018. “6 Hafta- 1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Sosyodemografik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi”, *Uzmanlık Tezi, Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir*.
9. Çetinay Aydın, P., 2019 . “Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Ruhsal Bozukluklar”, *TÜSEB- Anne Ruh Sağlığı ve Peripartum Depresyon Çalıştayı Sunum Kitapçığı, İstanbul*.
10. Sahin, E., Seven, M., 2019. “Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study”, *Perspect Psychiatr Care*. 55 (3), 430-437.
11. Okun, M. L., 2016. “Disturbed sleep and postpartum depression”, *Current psychiatry reports*, 18 (7): 66.
12. Krawczak, E. M. , Minuzzi, L., Hidalgo, M. P., Frey, B. N., 2016. “Do changes in subjective sleep and biological rhythms predict worsening in postpartum depressive symptoms? A prospective study across the perinatal period”, *Arch Womens Ment Health*, 19, 591–598.
13. Saatcioğlu, Ö. , 2019. “Prenatal ve Postpartum Depresyonda Etki Faktörleri”, *TÜSEB- Anne Ruh Sağlığı ve Peripartum Depresyon Çalıştayı Sunum Kitapçığı, İstanbul*.
14. Gallaher, K.G.H. , Slyepchenko, A., Frey, B.N., Urstad, K., and Dørheim, S.K., 2018. “The Role of Circadian Rhythms in Postpartum Sleep and Mood”, *Sleep Med Clin*. 13(3):359-374.
15. Lauren, P. Hunter, Jacqueline, D. Rychnovsky, Susan, M. Yount, “A Selective Review of Maternal Sleep Characteristics in the Postpartum Period”, 2009. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 60-68.
16. Thomas, K., & Foreman, S., 2005. “Infant sleep and feeding patterns: Effects on maternal sleep”, *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 50, 399-404.
17. Lentz, M. J ., Killien, M. G. , 1991. “Are you sleeping? Sleep patterns during postpartum hospitalization”, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4, 30-38.

18. HyunSun Ko, Jongchul Shin, Moon Young Kim, Yeun Hee Kim, Jihyun Lee, Ki Cheol Kil, Hee Bong Moon, Guisera Lee, Kim Sa-Jin & Byung In Kim, 2012. "Sleep disturbances in Korean pregnant and postpartum women" , Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33:2, 85-90.
19. Shu-Hua Ko, Chung-Hey Chen, Hsiu-Hung Wang, Yu-ting Su, 2014. "Postpartum Women's Sleep Quality and Its Predictors in Taiwan", Journal of Nursing Scholarship, 46:2, 74–81.
20. Rezaei, E. , Moghadam, Z. B. , Hagani, H. , 2015. "The Effect of Sleep Health Behavioral Education on The Depression of Pregnant Women with Sleep Disorders: A Randomized Control Trial." Iran Red Crescent Med J, 17: 1-8.
21. Dorheim, S. K. , Bjorvatn, B. , Eberhard-Gran, M. , 2012. "Insomnia and Depressive Symptoms in Late Pregnancy: A Population-Based Study" , Routledge, Behavioral Sleep Medicine, 10: 152-166.
22. Okun, Michele L. , 2015. "Sleep and Postpartum Depression" , 28; 6, 490-496.
23. 93.Dørheim, S. , K. , Bondevik, G. T. , Eberhard-Gran, M. , Bjorvatn, B. , 2009. "Sleep and Depression İn Postpartum Women: A Population-Based Study", Sleep, 32(7):847-855.
24. Khadkaa, R. , Hongb, A. , S. , and Yan-Shing Changd, 2020. "Prevalence and Determinants of Poor Sleep Quality and Depression Among Postpartum Women: A Community-Based Study İn Ramechhap District, Nepal", International Health, 12: 125–131.
25. Taşkıran, N. 2011. "Gebelik ve Uyku Kalitesi", J Turk Obstet Gynecol, 8(3), 181-187.
26. Pınar, Ş. E. , Arslan, Ş. 2014. "Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", DEUHYO ED, 7(3), 171-177.
27. Özhüner, Y. , Çelik, N. 2019. "Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi", HSP2019;6 (1):39-47.
28. Gökçay, B. , Arda, B. 2013. "Tıp Tarihi Açısından Uyku ve Uyku Araştırmaları", Lokman Hekim Journal, 3(1), 70-78.
29. Şahin, L. , Aşçıoğlu, M. , 2013. "Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi", Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 93-98.
30. Olivieri, C. 2016. "Boy, Am I Tired!! Sleep....Why You Need It!" Journal for Leadership and Instruction, 15(2), 33-36.
31. Çelikköz, D. 2015. "Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
32. Çakır, F. 2017. "Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi ile İlişkinin İncelenmesi", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
33. Köybaşı, E. Ş. 2013. "Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
34. Mindell, J. A. 2007. "Sleep Deprived No More", Da Capo Lifelong Books.
35. Ölçer, Z. , Bozkurt, G. 2015. "Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi", HSP, 2(3). 334-344.

36. Çoban, A. , Yanikkerem, U.E. 2010. “Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi”, Ege Jorunal of Medicine, 49(2), 87-94.
37. Ulaşlı, S. S. , Ünlü, M. 2014. “Gebelikte Uyku Sorunları”, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2 (2), 237-244.
38. Sönmez, A. 2017. “Huzursuz Bacak Sendromu Olan Gebelerde Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi”, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi.
39. Şahin, F.K. , Köken, G., Coşar, E., Saylan, F., Fidan, F., Yılmaz, M. ve ark. 2008. “Gebelikte uyku apne sendromu ve eşlik eden hastalıklar”, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5(1), 22-27.
40. Ursavaş, A., Karadağ, M. 2009. “Sleep breathing disorders in pregnancy”, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 57(2), 237-243.
41. Yüksel, B., Seven, A., Yıldız Y., Kucur, S.K., Gözükara, İ., Polat, M. ve ark. 2015. “Gebelikte Huzursuz Bacak Sendromu”, Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 12(4), 144-146.
42. Şahin, F.K., Köken, G., Coşar, E., Solak, Ö., Saylan, F., Fidan, F. ve ark. 2007. “Gebelerde huzursuz bacak sendromu sıklığı”, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 4, 246-249.
43. Ross, E. , L., Murray, B., J., Steiner, M., 2005. “Sleep and Perinatal Mood Disorders: A Critical Review”, 30, 4: 247-256.
44. Okun, M.L., Schetter, C.D., Glynn, L.M., 2011. “Poor Sleep Quality is Associated With Preterm Birth”, Sleep, 34,1493-1498.
45. Çelik, S.A., Türkoğlu, N., Pasinlioğlu, T., 2014. “Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi”, Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 17,151-157.
46. Özen, M.E., Örü, M.H., Kalenderoğlu, A., Karaçor, T., Bucak, İ.H., Atmaca, M., 2018. “Lohusalık dönemindeki kadınlarda uyku kalitesi ve gündüz aşırı uykululuk halinin incelenmesi”, FNG & Bilim Tıp Dergisi, 4(3),111-114.
47. Erçel, Ö., Süt, K.H., 2020. “Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku ve Yaşam Kalitesi”, Journal of Turkish Sleep Medicine, 1,23-30.
48. Uluşahin, A., 2003. “Depresyona Genel Yaklaşım”, İç Hastalıkları Dergisi, 10(2),79-88.
49. Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., Boratav, C., 2000. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon”, Turk Psikiyatri Dergisi, 11,3-16.
50. Yılmaz, T., 2019. “Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabının (DSM) Son İki Baskısı Arasındaki Değişikliklerin İncelenmesi”, Psikoloji, Sosyoloji ve Coğrafya Bakış Açısından Sağlık.
51. World Health Organization, 2017. “Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates”
52. Savrun, B., M., 1999. “Depresyonun tanımı ve Epidemiyolojisi”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3.12, 11-17.
53. Kızılkaya Beji, N., 2016. “Kadın Sağlığı ve Hastalıkları”, Nobel Tıp Kitapevi, Bölüm 9, 285-307.

54. Yılmaz, A., E., Gülümser, Ç., 2015. "The risk factors, consequences, treatment, and importance of gestational depression", J Turk Soc Obstet Gynecol, 2,102-113.
55. World Health Organization, 2015. "Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression (WHO generic field-trial version 1.0)". Geneva, WHO.
56. Çalık, K., Y., Aktaş, Y. 2011. "Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1):142-162.
57. World Health Organization, Mental Health and Substance Use. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>
58. Gölbaşı, Z. , Kelleci, M. , Kısacık, G. , Çetin, A, 2010. "Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women", Matern Child Health J. 01 Temmuz, 14(4):485-491.
59. Sevindik, F. , 2005. "Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler", Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
60. Sütü, Ç. , Batak, B. , 2017. "Burdur İlinde Postpartum Depresyon Prevalansı ve Etki Eden Faktörler", Kafkas J Med, 7(3):220-224.
61. Kırpınar, İ. , Gözü, S. , Pasinlioğlu, T. , 2010. "Prospective Study Of Postpartum Depression İn Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic And Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety And Early Awareness" , Journal of Clinical Nursing, Şubat, 19 (3-4): 422-431.
62. Babacan Gümü, A. , Keskin, G. , Alp, N. , Özyar, S. , Karsak, A. , 2012. "Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Değişkenler", New/Yeni Symposium Journal, Eylül 146.
63. İşcan, G. , İşcan, S.C., Koç, E.M., 2018. Karşıaltıncaba, D., "Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerin Gebelik Depresyonuna Etkisi", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25,4.429-435.
64. Eskici, L. , Demir Akça, A. , Atasoy, N. , Arıkan, İ. , Harma, M. , 2012. "Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri", Anatolian Journal of Clinical Investigation, 6;1, 10-16.
65. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No.343: "Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention", 2006. Obstet Gynecol, 108:469-477.
66. Gereklioğlu, Ç. , Poçan, A.G. , Başhan, İ., 2007. "Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları", Türkiye Klinikleri, 17,126-133.
67. Şirin, A. , Kavlak, O., "Kadın Sağlığı", 2015. Nobel Tıp Kitabevi, Genişletilmiş 2. Baskı, Kısım VII, 460-520.
68. Efe, Ş.Y. , Taşkın, L. , Eroğlu, K. , 2009. "Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler", J Turkish-German Gynecol Assoc 10,14-20.
69. Cox, J. , L. , Holden, J. , M., 1987. "Detection of Postnatal Depression: Development of The 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)", Br J Psychiatry, 150:782-786.
70. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 6. İzlem:34,35.
71. Stewart D. E. , Vigod S. , 2016. "Postpartum Depression", The New england Journal Of Medicine, 375:2177-2186.

72. Lori E. Ross, Brian J. Murray, Meir Steiner, Sleep and perinatal mood disorders: a critical review, 2005. *J Psychiatry Neurosci*, 30, 4.)
73. Odabaşı, A., “Gebelik Dönemindeki Uyku Bozukluklarının Gebelik Sonuçlarına Etkisi, 2020. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Klinik Uzmanlık Tezi, İstanbul.
74. Tezel, A. , Gözüm, S. , 2005. “Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı”, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-68.
75. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H, Berman. S.R, and Kupfer, D.J., 1991. “The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Research”, *Psychiatry Res*, 28, 193-213.
76. Ağargün, M.Y., Kara, H. ve Anlar, O., 1996. “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi’nin Geçerliliği ve Güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-111.
77. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
78. Hisli, N. , 1989. “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği”, *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
79. Engindeniz, AN, Küey, L, Kültür, S., 1997. “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı*, *Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara, 51-52.
80. Köklü, N. , Büyüköztürk, Ş. , Çokluk Bökeoğlu, Ö. , 2007. “Sosyal Bilimler İçin İstatistik, 2. Baskı, Kasım , Pegem A Yayıncılık, 81-116.
81. Mindell, J. A., Jacobson, B. J., 2000. “Sleep Disturbances During Pregnancy” *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 29:590-597.
82. Skouteris, H. , Germano , C. , . Wertheim, E. , Paxton , S. , Milgrom, J. , 2008. “Sleep Quality and Depression During Pregnancy: A Prospective Study”, *European Sleep Research Society, J. Sleep Res.*, 17, 217–220.
83. Neau, JP, Texier, B, Ingrand, P,. 2009. “Sleep and Vigilance Disorders in bu Pregnancy”. *Eur Neurol*, 62: 23-29.
84. Nodine, PM, Matthews, EE., 2013. “Common Sleep Disorders: Management Strategies and Pregnancy Outcomes”, *J Midwifery Womens Health*, 58: 368-377.
85. Öztürk, M., D., Yılmaz, A., Müsüroğlu, S., Sevinç S., Akcan B. 2019. “Son Trimesterdeki Gebelerin Uyku Kalitelerinin ve Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi: Gebelikte Son Trimesterde Uyku”, *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3).
86. Karaçam, Z. , Ançel G. , 2009. “Depression, Anxiety and İnfluencing Factors in Pregnancy: A Study in A Turkish Population”, *Midwifery*, 01 Ağustos, 25(4):344-356.
87. Erbil, N. , Oruç, H. , Karabulut, A. , 2009. “Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *J Clin Obstet Gynecol*, 19(2):67-74.
88. Nacar, G. , 2016. “Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi.*
89. Mellor, R. , Chua, S. C. , Boyce, P. , 2014. “Antenatal Depression: An Artefact of Sleep Disturbance?” *Arch Womens Ment Health*, 17: 291–302.

90. Halbreich, U. , Karkun, S. , 2006. “Cross-Cultural and Social Diversity of Prevalence of Postpartum Depression and Depressive Symptoms” , 91(2-3), 97–111.)
91. Slomian, J. , Honvo, G. , Emonts, P. , Reginster, J. , BruyèreSlomian, O. , 2019. “Consequences of Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review of Maternal and Infant Outcomes” , Women’s Health, 51:1-55.
92. Hahn-Holbrook, J. , Cornwell-Hinrichs, T. , Anaya I. , 2017. “Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Of 291 Studies From 56 Countries”, Front Psychiatry 8: 248.
93. Üstgörl, S. , Yanikkerem, E. , 2017. “Postpartum Dönemde Kadınların Psikososyal Durumları ve Etkileyen Risk Faktörleri” , JAREN, 3: 61-68.
94. Mutlu, Ö. , 2020. “Kocaeli Üniversitesi Gebe Polikliniğine Başvuran 34 Hafta ve Üstü Gebelerde Depresyon Belirtilerinin Görülmesi ve İlişkili Faktörler”, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.
95. Park,E. , M. ,Meltzer-Brody, S. , Stickgold, R. , 2013. “Poor Sleep Maintenance and Subjective Sleep Quality are Associated with Postpartum Maternal Depression Symptom Severity”, Arch Womens Ment Health, 16:539–547.
96. Iranpour, S, Kheirabadi, GR, Esmailzadeh, A, Heidari-Beni, M, Maracy, M. R. , 2016. “Association Between Sleep Quality and Postpartum Depression” J Res Med Sci, 21:110.
97. Omar E. , “Gebelik Depresyonu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi”, 2021. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
98. Ayvaz, S. , Hocaoglu, Ç. , Tiryaki, A. , Ak, İ. , “Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri”, 2006. Türk Psikiyatri Dergisi, 17:4:243-251.
99. Cebeci, S. A. , Aydemir, Ç. , Göka, E. , “Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi” 2002. Kriz Dergisi, 10,1:11-18.

EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

GEBELİK VE POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARDA UYKU KALİTESİ VE DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı “Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada hem gebeliğinin son üç aylık döneminde hem de doğum sonrası dönemde uyku bozukluğu ve depresyonun incelenmesi hedeflenmektedir.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu anketi kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: ____/____/____

Telefon Numarası :.....

E-Mail:.....

A) SOSYODEMOGROFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite ve üzeri

3. Çalışma durumunuz?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

4. Gelir durumunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

B) TIBBİ VE GEBELİKLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

5. Boyunuz?:.....

6. a) Şuanki Kilonuz?:

b) Gebe Kalmadan Önceki Kilonuz?:

7. Su andaki gebelik haftanız?:.....

8. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

a) Evet

b) Hayır

9. Gebelik sayısınız?:.....

10. Yaşayan çocuk sayısınız?:.....

11. Gebeliğiniz boyunca eşiniz ve sosyal çevreniz tarafından desteklendiğinizi düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Kısmen

12. Gebeliğinizde doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

13. Gebelik öncesinde mevcut bir hastalığınız var mıydı?

a) Evet (Belirtiniz.....)

b) Hayır

14. Gebeliğinizle birlikte ortaya çıkan bir hastalığınız oldu mu?

a) Evet (Belirtiniz.....)

b) Hayır

15. Bu gebeliğiniz öncesinde tedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır (ise 17. soruya geçiniz)

16. 15. soruya yanıtınız Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi gördünüz?

a) Psikolojik tedavi

b) İlaç tedavisi

c) Diğer

(Belirtiniz.....)

17. Bu gebeliğiniz süresince tedavi gerektiren ruhsal bir rahatsızlık geçiriyor musunuz?

a) Evet b) Hayır (ise 19. soruya geçiniz)

18. 17. soruya yanıtınız Evet ise, bu rahatsızlık nedeniyle nasıl bir tedavi görüyorsunuz?

- a) Psikolojik tedavi
(Belirtiniz.....)

C) UYKU VE DİĞER ALIŞKANLIKLARLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

19. Gebeliğinizde sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet.....adet/gün
b) Hayır
c) İçi yordum bıraktım

20. Düzenli kahve tüketiyor musunuz?

- a) Evet (.....kahve fincanı /gün) b) Hayır

21. Düzenli çay tüketiyor musunuz?

- a) Evet (.....çay bardağı /gün) b) Hayır

22. Gebelikte düzenli (en az 20 dk ve haftada ≥ 3 kez) egzersiz yapar mısınız?

- a) Evet b) Hayır

23. Geçmişte uyku sorunu yaşamış mıydınız?

- a) Evet (ne zaman.....)
- b) Hayır

24. Şimdiki gebeliğinizde uyku sorunu yaşıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

25. Sizce gebelikte uyku sorunu yaşama nedeniniz nedir? (birden fazla seçenek belirtilebilir)

- a) Ağrılar (sırt, bacak vb.) b) Sık tuvalet ihtiyacı
- c) Solunum problemleri d) Kaygı (doğuma ilişkin, bebeğe ilişkin)
- e) Karnımın büyümesi f) Diğer(.....)

26. Uyku sorununuz için herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

27. Uyku sorunu ile baş edebilmek için başka neler yaparsınız? (birden fazla seçenek belirtilebilir)

- | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| a) Kitap okurum | b) Müzik dinlerim | c) Tv izlerim |
| d) Ilık duş alırım | e) Ilık süt içerim | f) Bitki çayı içerim |
| g)Yoğurt yerim | h) Uyku ilacı alırım | i) Diğer (.....) |

28.Son aylarda gece uykunuzdan uyandığınız oldu mu ?

- | | |
|--------------------------|----------|
| a) Evet (..... kez/gece) | b) Hayır |
|--------------------------|----------|



EK-2: PUKİ

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)?

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz?

a) Geçen ay boyunca hiç

b) Ayda 1'den ↓

c) Ayda 1 veya 2 kez

d) Ayda 3 veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(i) Ağrı duydunuz?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen ay diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

a)Geçen ay boyunca hiç

b)Ayda 1'den ↓

c)Ayda 1 veya 2 kez

d)Ayda 3 veya↑

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Çok iyi
- b) Oldukça iyi
- c) Oldukça kötü
- d) Çok kötü

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a) Geçen ay boyunca hiç
- b) Ayda 1'den ↓
- c) Ayda 1 veya 2 kez
- d) Ayda 3 veya ↑

8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a) Geçen ay boyunca hiç
- b) Ayda 1'den ↓
- c) Ayda 1 veya 2 kez
- d) Ayda 3 veya ↑

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

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

EK-3: BDE**BDE**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) a. Gelecekte umutsuz değilim
b. Gelecek konusunda umutsuzum
c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor

- c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
 - d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
- b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
- c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
- d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
- 7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
- b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
- c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
- d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
- b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
- c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
- c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
- d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
- b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
- c. Şimdilerde her an ağlıyorum
- d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
- 11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
- b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim

c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim

d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim

b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim

c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim

d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum

b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum

c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum

d. Artık hiç karar veremiyorum

14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum

b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum

c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum

d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum

c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

d. Artık hiç çalışmıyorum

16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum

b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum

c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum

d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

- b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
- c. Şimdilerde neredeyse her Şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
- d. Artık hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgunum

18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil

- b. İştahım eskisi kadar iyi değil
- c. Şimdilerde iştahım epey kötü
- d. Artık hiç iştahım yok

19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum

- b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
- c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
- d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

- b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
- c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
- d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir Şey düşünemiyorum

21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok

- b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
- c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
- d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK-4: EDSÖ**EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

☐ Her zaman olduğu kadar

☐ Artık pek o kadar değil

☐ Artık kesinlikle o kadar değil

☐ Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

☐ Her zaman olduğu kadar

☐ Her zamankinden biraz daha az

☐ Her zamankinden kesinlikle daha az

☐ Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

☐ Hayır, hiçbir zaman

☐ Çok seyrek

☐ Evet, bazen

☐ Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Hayır, çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

☐ Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

☐ Hayır, her zaman ki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, bazen

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, oldukça sık

☐ Çok sık değil

☐ Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

☐ Evet, çoğu zaman

☐ Evet, oldukça sık

☐ Çok seyrek

☐ Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

☐ Evet, oldukça sık

☐ Bazen

☐ Hemen hemen hiç

☐ Asla



EK-5: Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

26.11.2019

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 26 KASIM 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/17
PROJE/ KARAR NO : 19/386 (Değerlendirilme Tarihi: 26.11.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Prof.Dr. Gülten GÜVENÇ'in sorumlu araştırmacı, Yük. Lis. Öğr. Esra KİBAR'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 19/386 kayıt numaralı, "**Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi**" başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.İği) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.İği) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Üroloji AD Bşk.İği)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCI (Beyin ve Sinir Cerr. AD Bşk.İği)	
6	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Histoloji AD Bşk.İği)	
7	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
8	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
9	Doç. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk.İği)	
10	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI (Göğüs Hast. AD Bşk.İği)	
11	Doç. Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk.İği)	
12	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk.İği)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara

EK-6: TUEK İzni Hakkında

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/12/2019-E.8112



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 66181794-100-E.8112
Konu : Prof.Dr.Gülten GÜVENÇ'in
Araştırması Hk.

02/12/2019

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Bşk.lığı'nda öğretim üyesi Prof.Dr.Gülten GÜVENÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu "Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi" konulu araştırmasını Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde gebe ve postpartum dönem kadınlar üzerinde anket yöntemi ile uygulama isteğini içeren dilekçesi ve ilgili belgeleri Ek'te sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL
Rektör

Ek: Dilekçe ve İlgili Belgeler (Ekler elden teslim edilmiştir)

02/12/2019 Uzman
02/12/2019 Dekan Yardımcısı
02/12/2019 Dekan

Birsen ALTUN
Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ
Prof. Dr. Emine İYİGÜN

Koordinasyon:
02/12/2019 Rektör Yardımcısı

Prof. Dr. Mustafa GEREK

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.sbu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEL530C2K

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Bilgi için: Birsen ALTUN
Unvanı: Uzman



EK-7: TUEK İzni Hakkında

	T.C. ANKARA VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA EĞİTİM VE TEŞCİL BİRİMİ 06/07/2020 11:39 - 90739940 - 799 - E 345  00112005141
Sayı : 90739940-799 Konu : Esra KİBAR (Tez Çalışması)		
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına)		
İlgi a) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'nın 03/12/2019 tarihli ve 107167199 barkodlu yazısı. b) 17/12/2019 tarih ve 108173160 barkodlu yazımız.		
İlgide kayıtlı yazı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi Prof.Dr.Gülten GÜVENÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu, öğrencisi Esra KİBAR'ın "Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasının Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gebe ve postpartum dönem kadınlar üzerinde anket yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı ilgi(b)'de kayıtlı yazı ile gönderilmiştir.		
Söz konusu çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, ilgili kurumda yapılması hususunda, ilgili Hastane Yöneticiliğinin cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.		
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
e-imzalıdır. Uzm.Dr.Mustafa ALİMOĞULLARI Müdür a. Başkan Yardımcısı		
EK: Yazı (5 Sayfa)		
Emrah Mahallesi Gülhane Kampüsü NO:87 Keçiören ANKARA Telefon: Faks No: e-Posta: elif.uyar@saalik.gov.tr Internet: www.saglik.gov.tr		Bilgi için: Elif AL
9d-46b143e6bcd9 kodu ile erişebilirsiniz.		

EK-8: TUEK İzni Hakkında



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
05/02/2020 17:15 - 50687469 - 799 - E.2727


00111829532

Sayı : 50687469-799
Konu : 23.01.2020 Tarihli Tıpta Uzmanlık
Eğitim Kurulu (TUEK) Kararları
Hk.

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nın 23.01.2020 tarihli kurul kararları Ek'te
sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr. H. Erhan GÜVEN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EKLER:
23.01.2020 Tarihli TUEK Kararları

General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etilik/ANK
Telefon: Faks No:
e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8426673-4246-4968-9508-3
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Meral AYDIN

EK-9: TUEK İzni Hakkında


SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ

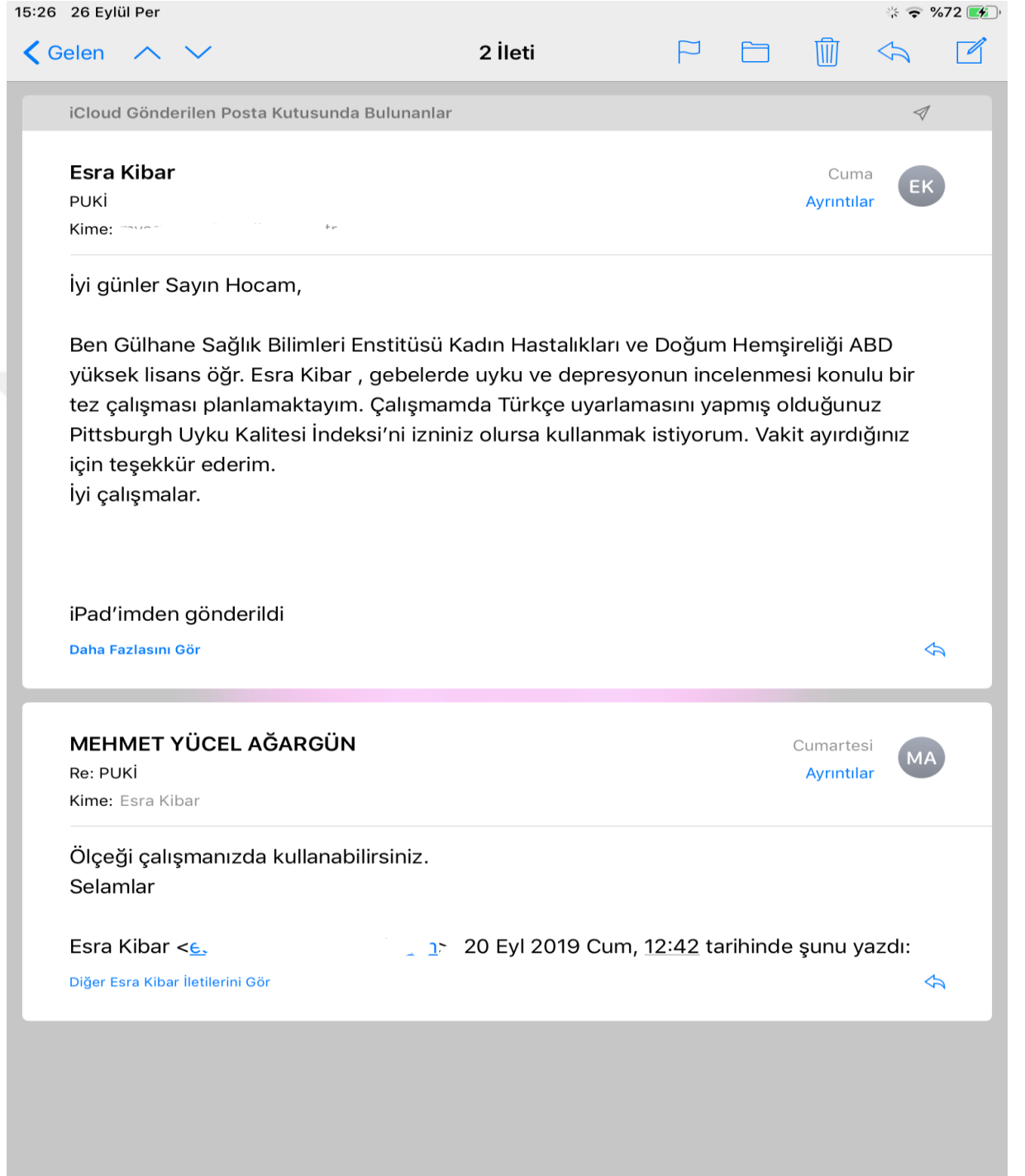

KARAR TARİHİ: 23.01.2020
KARAR NO: 2

1. GEAH Göz Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Fatih GÜRDAL**'ın 13.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-929-21086 sayılı "Akademik Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "**Katarakt Hastalarında Göz İçine Yerleştirilen Asferik Torik GİL ve Asferik Monofokal GİL Sonrası Optik Performansların Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve çalışma için gerekli finansman kaynağının nasıl karşılanacağı konusu "Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu" nda belirtilmemiş olup, gereç ve yöntem bölümü tam olarak anlaşılamamıştır. Sorumlu araştırmacının, bahse konu finansman kaynağı ile gereç ve yöntem hakkında kurul üyelerinin sorularını cevaplandırması amacıyla, 20 Şubat 2020 tarihinde yapılacak olan TUEK toplantısına davet edilmesine karar verilmiştir.
2. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 17.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.164 sayılı ve "**Esra KİBAR (Tez Çalışması)**" konulu **Esra KİBAR**'ın "**Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
3. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 16.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.146 sayılı ve "**Mehtap DAĞ (Tez Çalışması)**" konulu **Mehtap DAĞ**'ın "**Histerektomi Olan Kadınların Ameliyat Sonrası Konfor Düzeylerinin Öz Bakım Gücüne Etkisi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
4. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 24.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.205 sayılı ve "**Bediye ÖZTAŞ (Bireysel Araştırma Projesi)**" konulu Dr.Öğr.Üyesi **Bediye ÖZTAŞ**'ın "**Majör Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Susuzluk ve Ağrı Kuruluşu Semptomları Üzerine Sprey Uygulamasının Etkisi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
5. GEAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'nde görev yapmakta olan **Betül KILIÇ ARSLAN**'ın 18.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-799-E.21381 sayılı ve "Bilimsel Araştırma" konulu dilekçesi ve "**Profesyonel Rollerine Geçiş Sürecinde Hemşirelere Verilen Oryantasyon Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri, Anksiyete Seviyeleri ve Özgüvenlerine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.
6. GEAH Nöroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Musa TEMEL**'in 31.12.2019 tarihli, SAYI: 50687469-929-22166 sayılı "Akademik Çalışma (Tez) Hk." konulu dilekçesi ve "**Talamik Hemorajilerde Lezyon Lokalizasyonuna Göre Kognitif Profilin Belirlenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve bahse konu araştırma projesinin gereç ve yöntemi tam olarak anlaşılamamıştır. Bu nedenle, araştırma projesinin gereç ve yöntem bölümünün anlaşılır hale gelebilmesi için tekrar revize edilmesi gerekmektedir. Araştırma projesinin gereç ve yöntem bölümünün revizyonu sonrası, sorumlu araştırmacı tarafından tekrar müracaat edilmesi halinde TUEK gündeminde değerlendirmeye alınacaktır.
7. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 30.12.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.243 sayılı ve "**Seval Fatma UĞUZ (Tez Çalışması)**" konulu **Seval Fatma UĞUZ**'un "**Hipotiroidili Hastaların Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile uygun görülmüştür.




Güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10: PUKİ Onam



EK-11: BDE Onam

15:25 26 Eylül Per
🚩
📁
🗑️
↩️
✍️

Kimden: **Gulsen T.** >
Kime: **Gizle**
GT

Konu Yok
Dün 00:03

Sayın Esra Kibar,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

BECK DEP...Rİ PDF.pdf
149 KB

Beck Depr...alışma.pdf
5,5 MB

Beck Depr...geçerli.pdf
8,5 MB

Ek-12: EDSÖ Onam

15:27 26 Eylül Per
2 İleti

iCloud Gönderilen Posta Kutusunda Bulunanlar

Esra Kibar
Cuma
EK

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Kime:

İyi günler Sayın Hocam,

Ben Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD yüksek lisans öğr. Esra Kibar , gebelerde uyku ve depresyonun incelenmesi konulu bir tez çalışması planlamaktayım. Çalışmamda Türkçe uyarlamasını yapmış olduğunuz Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Vakit ayırdığınız için teşekkür ederim. İyi çalışmalar.

iPad'imden gönderildi

Daha Fazlasını Gör

Nur Engindeniz
Cuma
NE

Re: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Kime: Esra Kibar

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Saygılarımla Dr.Nur Engindeniz

"[NAME]" <[ADDRESS]>, [DATE] tarihinde şunu yazdı:

Ek Tablo: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Beck Depresyon Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Farklılıklarının İncelenmesi

	Gebelik PUKI	Postpartum PUKI	Gebelik BECK	Postpartum EDSÖ
	Ort.± S.S.	Ort.± S.S.	Ort.± S.S.	Ort.± S.S.
Yaş				
1.2024 yaş	5.52±3.00	8.12±3.47	12.76±5.46	7.40±4.37
2.25-29 yaş	6.20±3.33	8.96±3.12	12.29±6.51	8.86±5.73
3.30-34 yaş	6.77±3.65	8.40±3.23	13.06±6.29	7.16±5.51
4.35-44 yaş	5.82±3.63	9.54±2.88	9.76±5.20	6.92±3.86
F;p	0.791;0.501	0.758;0.520	1,199;0.312	1.012;0.390
Eğitim Durumu				
1.İlköğretim	6.89±3.38	8.71±3.34	13.21±7.24	7.29±3.87
2.Lise	6.52±3.38	8.00±3.28	12.14±5.44	7.12±5.75
3.Üniversite ve üzeri	5.77±3.36	9.18±3.05	12.14±6.34	8.67±5.17
F;p	1.294;0.277	1.714;0,185	0.250;0.779	1.219;0.299
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	5.70±3.45	8.89±3.24	12.23±6.59	8.13±5.06
Çalışmıyor	6.37±3.33	8.67±3.17	12.29±5.96	7.93±5.37
t;p	-1.124;0.263	0.363;0.717	-0.053;0.958	0.198;0.844
Gebeliğin Planlılık Durumu				
Planlı	5.75±3.34	8.48±3.13	11.82±5.74	7.56±4.90
Plansız	7.19±3.28	9.33±3.25	13.40±7.01	9.00±5.96

t;p	-2.398;0.018*	-1.346;0.181	-1.422;0.157	-1.381;0.170
-----	---------------	--------------	--------------	--------------

**Doğuma Hazırlık
Eğitimi Alma Durumu**

Alan	6.80±4.11	9.32±2.67	14.04±7.54	8.84±6.51
Almayan	6.03±3.21	8.63±3.27	11.92±5.80	7.83±5.01

t;p	1.039;0.300	0.861;0.391	1.582;0.116	0.767;0.444
-----	-------------	-------------	-------------	-------------

**Gebelikte Düzenli
Kahve Tüketme
Durumu**

Evet	7.03±3.68	9.48±3.15	14.14±6.14	10.83±5.50
Hayır	5.95±3.28	8.56±3.18	11.83±6.09	7.32±4.99

t;p	1.562;0.121	1.243;0.216	1.833;0.069	2.970;0.004*
-----	-------------	-------------	-------------	--------------

**Gebelikte Düzenli Çay
İçme Durumu**

Evet	6.25±3.47	8.78±3.17	12.45±6.31	7.71±5.23
Hayır	5.73±2.91	8.55±3.28	11.42±5.32	9.23±5.30

t;p	0.712;0.477	0.316;0.753	0.775;0.440	-1.223;0.224
-----	-------------	-------------	-------------	--------------

**Gebelikte Düzenli
Egzersiz Yapma
Durumu**

Evet	5.33±3.47	9.31±3.40	11.21±5.57	7.36±5.74
Hayır	6.55±3.27	8.49±3.07	12.77±6.36	8.26±5.05

t;p	-2.081;0.039*	1.283;0.202	-1.461;0.146	-0.859;0.392
-----	---------------	-------------	--------------	--------------

Gebelikte Uyku Sorunu				
Yaşama Durumu				
Evet	6.44±3.31	8.82±3.16	12.78±6.06	8.19±5.12
Hayır	2.64±1.91	7.90±3.45	5.91±2.95	6.00±6.36
t;p	5.931;<0.001*	0.872;0.385	6.690;<0.001*	1.323;0.188

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) t:Bağımsız Örneklem T Testi

***p<0.05**



ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

İ- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Esra KİBAR TUNÇ

Doğum Yeri ve Tarihi : ...

Uyruğu : T.C.

Medeni Durumu : Evli

E-mail :

Yabancı Dili : İngilizce

İİ- Eğitimi

2002-2007 : Ertuğrulgazi İlköğretim Okulu

2007-2010 : Yücetepe İlköğretim Okulu

2010-2014 : Anıttepe Anadolu Lisesi

2014-2018 : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İİİ- Mesleki Deneyimi

2019-... : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşire