TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE EBEVEYN UYKU KALİTESİ, YORGUNLUK, KAYGI VE DEPRESYON VARLIĞININ BEBEĞİN UYKU KALİTESİ VE UYKU ÖZELLİKLERİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

Dr. Gülreyhan SONUÇ KARTAL

ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ORHON

ANKARA
2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE EBEVEYN UYKU KALİTESİ, YORGUNLUK, KAYGI VE DEPRESYON VARLIĞININ BEBEĞİN UYKU KALİTESİ VE UYKU ÖZELLİKLERİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

Dr. Gülreyhan SONUÇ KARTAL

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ORHON

ANKARA
2023

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Çocuk Sağlığı İzleminde Ebeveyn Uyku Kalitesi, Yorgunluk, Kaygı Ve Depresyon Varlığının Bebeğin Uyku Kalitesi Ve Uyku Özellikleri İle Olan İlişkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 9 Haziran 2022 tarihinde, İ06-320-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Gülreyhan Sonuç Kartal
Tarih: 27.12.2023
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU



turnitin

Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Gülreyhan Sonuç
Ödev başlığı:	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE EBEVEYN UYKU KALİTESİ, YORG...
Gönderi Başlığı:	ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE EBEVEYN UYKU KALİTESİ, YORG...
Dosya adı:	FO_G_lreyhan_TEZ.docx
Dosya boyutu:	5.26M
Sayfa sayısı:	134
Kelime sayısı:	27,267
Karakter sayısı:	175,554
Gönderim Tarihi:	19-Ara-2023 05:27ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2259815447

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİNDE EBEVEYN UYKU KALİTESİ, YORGUNLUK, KAYGI VE DEPRESYON VARLIĞININ BEBEĞİN UYKU KALİTESİ VE UYKU ÖZELLİKLERİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%12	%3	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Dr. Gülreyhan SONUÇ KARTAL	**Sınav tarihi:** 27/12/2023
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER			
Tezin Başlığı: Çocuk Sağlığı İzleminde Ebeveyn Uyku Kalitesi, Yorgunluk, Kaygı ve Depresyon Varlığının Bebeğin Uyku Kalitesi ve Uyku özellikleri ile Olan İlişkisi			
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☐ 1	☒ 2	☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☒ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Serap TEBER

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Doç. Dr. Emine Bahar BİNGÖLER PEKCİCİ

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimimin son basamağı olan tez sürecinde; tüm bilgeliği, titizliği, özeni ve sabrı ile bana kıymetli zamanını ve emeğini vermiş, tez asistanı olduğum için her zaman onur duyacağım, klinik ve akademik alandaki görüşlerini özümsemeyi ilke edindiğim Prof. Dr. Filiz ORHON'a,

Asistanlık eğitimim sırasında desteğini ve güvenini daima hissettiğim, bilgisi ile eğitimimizi taçlandırıp, bizleri motive eden, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Tayfun UÇAR'a,

Asistanlık eğitimi süresince engin bilgileri ile mesleki becerilerime katkı sağlamış, tecrübe ve duruşları ile hekimlik yolumu aydınlatan Prof. Dr. Saadet ARSAN, Prof. Dr. Fatma Fatoş Yalçınkaya, Prof. Dr. Erdal İnce, Prof. Dr. Ercan TUTAR ve Doç. Dr. Emel Okulu'ya,

Asistanlığımın başından beri her anımda yanımda olan ve bütün zor zamanlarımda bana destek olan başta Dr. Gülçin KARAÇOBAN, Dr. Ece Tuğba VURAN, Dr. Buse ÖNEN OCAK, Dr. Hatice Büşra Kütükçü olmak üzere eş kıdemlerime,

Eğitim hayatımı destekleyen ve bugünlere gelmemde büyük emek sahibi olan babam Mehmet SONUÇ, annem Hava SONUÇ'a,

Küçük yaşlardan itibaren rol model aldığım ağabeyim Bünyamin SONUÇ ve ablam Begehan SONUÇ'a,

Asistanlığımın son zamanlarında en büyük destekçilerimden biri olan eşim Mehmet KARTAL'a,

Kendisi okuma yazma bilmeyen ancak çocuklarını okutarak ailemizin eğitim ile aydınlanmasını sağlayan rahmetli dedem Hüseyin SONUÇ'a

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar x
Tablolar Dizini xi

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 4
3. GİRİŞ VE AMAÇ 7
4. GENEL BİLGİLER 10
4.1. Uyku Tanımı 10
4.2. Uykunun Nörofizyolojisi 10
4.2.1. Uyku ve Uyanıklık 10
4.2.2. Sirkadyen Ritim ve Homeostatik Süreç 11
4.2.3. Uykunun Evreleri 12
4.3. Bebeklik Döneminde Uyku 13
4.3.1. Bebeklik Döneminde Uyku gelişim Özellikleri 13
4.4. Uykunun Bebek ve Çocuklarda Fizyolojik Önemi 14
4.4.1. Büyümeye Etkisi 14
4.4.2. Beyin Gelişimi, Öğrenme ve Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi 15
4.4.3. Uykunun Davranış Üzerine Etkisi 16
4.5. Uyku Hijyeni 16
4.5.1. İyi Uykunun Bileşenleri 17
4.5.1.2. Uyku Süresi 17
4.5.1.3. Gündüz Uykuları 17
4.5.1.4. Gece Boyunca Uyuma 18
4.5.2. Uyku Stratejileri 19
4.5.2.1. Uyku Zamanı Rutinleri 19
4.5.2.2. Uyku belirtileri 20
4.5.2.3. Uyku Öncesi Yatıştırma Metodları 20
4.6. Bebeklik ve Çocukluk Döneminde Uyku Sorunları ve Bozuklukları 21

4.6.1. Çocukluk Çağının Davranışsal İnsomnisi 23
4.6.1.1. Uyku Başlangıcı İlişkili Tip 23
4.6.1.2. Sınır Koyma ve Davranışı Yönetme İle İlgili Tip 23
4.6.1.3. Kombine Tip 24
4.6.2. Parasomniler 24
4.6.2.1. NREM İlişkili Uyku Bozuklukları 24
4.6.2.2. REM İlişKili Parasomniler 25
4.6.3. Uykuyla İlişkili Solunum Bozuklukları 25
4.6.3.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) 25
4.6.3.2. Santral Apne 26
4.6.4. Uykuyla İlişKili Hareket Bozuklukları 26
4.6.4.1. Huzursuz Bacak Sendromu 26
4.6.4.2. Uyku İlişKili Ritmik Ekstremite Hareket BozukluğU 26
4.7. Bebek ve Çocuklarda Uyku Sorunları İçin Risk Faktörleri 26
4.7.1. Çevresel ve Davranışsal Etmenler 27
4.7.2. Bebeğin Sağlık Durumu ile İlgili Etmenler 27
4.7.3. Ebeveyn Sağlık Durumu ile İlgili Etmenler 28
4.8. Uyku Bozukluklarının Tanısı 28
4.8.1. Öykü 28
4.8.2. Uyku Günlükleri ve Anketler 28
4.8.3. Aktigrafi 29
4.8.4. Multiple Uyku Latans Testi 30
4.8.5. Polisomnografi 30
4.9. Doğum Sonrası Dönemde Ebeveynde Gözlenen Uyku Sorunları 30
4.10. Depresyon 31
4.10.1. Doğum Sonrası Depresyon 33
4.11. Anksiyete 36
4.11.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu 36
4.11.2. Diğer Anksiyete Bozuklukları 37
4.12. Yorgunluk 38
5. GEREÇ VE YÖNTEM 40
5.1. Veri Toplama Araçları 41
5.1.1. Sosyodemografik Veri Toplama Anketi 41
5.1.2. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi (*Brief Infant Sleep Questionnaire* - BISQ) 41
5.1.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 42
5.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi 42

5.1.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) 42
5.1.6. Yorgunluğun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği 43
5.2. Etik Onay 43
5.3. İstatistiksel Analiz 44
6. BULGULAR 46
6.1. Çalışmaya Katılan Bebeklerin Özellikleri 46
6.2. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri 46
6.3. Bebeklerin Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi 48
6.3.1. Bebeklerin Uyku Ortamı ile İlgili Bulgular 48
6.3.2. Bebeklerin Uyku Süreci İle İlgili Bulgular 49
6.3.3. Bebeklerin Uyku Düzeni ile İlgili Bulgular 51
6.3.4. Çalışmaya Katılan Bebeklerin Uykusu ile İlgili Anne ve Babaların Problem Algısı 52
6.3.5. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi'ne Göre Uykunun Değerlendirilmesi 54
6.4. Anne ve Babaların Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi 55
6.5. Anne ve Babaların Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi 56
6.6. Anne ve Babaların Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi 57
6.7. Ebeveynlerin Yorgunluk Durumlarının Değerlendirilmesi 57
6.8. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 58
6.9. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 59
6.10. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 61
6.11. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması 63
6.12. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması 65
6.13. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması 66
6.14. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması 66
6.14. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması 67
6.15. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Anne Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması 67

6.16. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Baba Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması 67

6.17. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Annede Depresyon, Anksiyete ve yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması 68

6.18. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Babada Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması 68

6.19. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Annede Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması 69

6.20. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Babada Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması 70

6.21. Anneye Göre Bebeğin Kötü Uykulu Olmasını ve Anne Algısına Göre Sorunlu Uykuya Sahip Olmasını Yordayan Değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları) 71

6.22. Babaya Göre Bebeğin Kötü Uykulu Olmasını ve Baba Algısına Göre Sorunlu Uykuya Sahip Olmasını Yordayan Değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları) 72

7. TARTIŞMA 73

7.1. Bebeklerin Uyku Özellikleri 73

7.1.1. Uyku Süresi 73

7.1.2. Uyku Ortamı 74

7.1.3. Uyku Düzeni 74

7.2. Bebeğin Kötü Uykulu Olması ve Ebeveyn Algısına Göre Sorunlu Uykulu Olması 75

7.3. Bebek Uykusunu Etkileyen Sosyodemografik ve Çocuk ile İlgili Etmenler 77

7.4. Bebek Uykusu Ve Ebeveyn ile Oda Paylaşımı Arasındaki İlişki 78

7.5. Ebeveyn Uyku Kalitesi Ve Bebek Uykusu ile İlişkisi 80

7.6. Ebeveyn Depresyon, Anksiyete Ve Yorgunluk Durumu Ve Bebek Uylusu İle İlişkisi 81

8. SONUÇ VE ÖNERİLER 86

9. KAYNAKLAR 90

10. EKLER 106

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu 106

Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu 109

Ek 3. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi 111

Ek 4. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) 115

Ek 5. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi 117

Ek 6. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği 119

Ek 7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu - 7 123

SİMGELER VE KISALTMALAR

BISQ : Brief Infant Sleep Questionnaire

DR : Dorsal raphe nükleusu

EDSDÖ : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EEG : Elektroensefalografi

EMG : Elektromiyografi

EOG : Elektrookulografi

GKBUA : Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi

DSM-V : The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition

LDT : Lateral dorsal tegmental nükleus

LC : Lokus coeruleus

MNPA : Median preoptik alan

NREM : Non-rapid Eye Movement

PHQ-2 : Patient Health Questionnaires-2

PPT : Pedinkülopontin Tegmental nükleus

PUKİ : Pittsburg Uyku Kalite İndeks

REM : Rapid Eye Movement

SCN : Suprakiazmatik nukleustaki

TV : Televizyon

TMN : Tuberomamillar nükleus

VLPA : Ventrolateral preoptik alan

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAB-7 : Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7

YÇBDÖ : Yorgunluğun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Uyku ve uyanıklık sırasındaki nörofizyolojik aktivite 11

Tablo 4.2. Yaşa göre önerilen uyku süreleri 17

Tablo 4.3. Gündüz uyku sayısı ve süreleri 18

Tablo 4.4. Çocukların uyku hijyeni için ebeveynlere anlatılması gereken temel ilkeler 21

Tablo 4.5. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması 22

Tablo 4.6. Doğum sonrası depresyonun anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri 34

Tablo 6.1. Çalışmaya alınan bebeklerin özellikleri 46

Tablo 6.2. Çalışmaya katılan ailelerin sosyodemografik özellikleri 47

Tablo 6.3. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku ortamı ile ilgili yanıtları 48

Tablo 6.4. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku süreci ile ilgili yanıtları 50

Tablo 6.5. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku düzeni ile ilgili yanıtları 51

Tablo 6.6. Çalışmaya katılan bebeklerin uykusu ile ilgili anne ve babaların problem algısı 53

Tablo 6.7. Anne ve babalara göre bebeklerin gece boyunca uyanma sayısı, gece uyanık kalma süresi ve toplam uyku süresi 55

Tablo 6.8. Anne ve babaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek puanları ve kategorileri 56

Tablo 6.9. Anne ve babaların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçek puanları ve kategorileri 57

Tablo 6.10. Anne ve babaların Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 ölçek puanları ve kategorileri 57

Tablo 6.11. Anne ve babaların Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği puanları 58

Tablo 6.12. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması 58

Tablo 6.13. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması 59

Tablo 6.14. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması 60

Tablo 6.15. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması 61

Tablo 6.16. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması 62

Tablo 6.17. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması 63

Tablo 6.18. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması 64

Tablo 6.19. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması 65

Tablo 6.20. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması 65

Tablo 6.21. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin anneye göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması 66

Tablo 6.22. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babaya göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması 66

Tablo 6.23. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babaya göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması 67

Tablo 6.24. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin anne uyku durumu açısından karşılaştırılması 67

Tablo 6.25. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin baba uyku durumu açısından karşılaştırılması 68

Tablo 6.26. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin annede depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumları açısından karşılaştırılması 68

Tablo 6.27. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin babada depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumları açısından karşılaştırılması 69

Tablo 6.28. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin annede depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması 70

Tablo 6.29. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babada depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması 70

Tablo 6.30. Anneye göre bebeğin kötü uykulu olmasını ve anne algısına göre sorunlu uykuya sahip olmasını yordayan değişkenler 71

Tablo 6.31. Babaya göre bebeğin kötü uykulu olmasını ve baba algısına göre sorunlu uykuya sahip olmasını yordayan değişkenler 72

Tablo 8.1. Çalışmanın kısıtlı ve güçlü yanları 89

1. ÖZET

Giriş: Uyku bebeklerin ve çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli aktif bir süreçtir. Bebeklerin sağlıklı bir uyku uyumaları bilişsel ve psikomotor gelişimlerinin ve büyümelerinin optimal düzeyde olmasını sağlar. Bebeğin uyku kalitesi ve uyku düzeni sadece kendisini etkilemez, aynı zamanda bakım veren kişi veya kişilerin de (anne, baba, bakıcı) uyku düzeni, stres durumu, yorgunluk ve mental sağlığı üzerinde önemli etkileri vardır. Hem bebeğin sağlıklı bir şekilde büyümesi hem de anne ve babaların mental ve fiziksel olarak en iyi hallerinde olabilmeleri için bebeğin uyku kalitesinin iyi olması ve uyku hijyeninin sağlanması gerekmektedir. Literatür incelendiğinde bebeklik, erken çocukluk ve okul öncesi dönemde uyku problemleri ve gece uyanmalarının yaklaşık %20-30 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Bebek uyku kalitesinin ebeveynler üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmaların çok önemli bir kısmı anneler ile yapılmış olup baba üzerine olan etkileri son yıllarda az denebilecek sayıda çalışmada değerlendirme konusu edilmiştir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Ankara Üniversitesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran ve rutin çocuk sağlığı izlemi yapılan 6-12 aylık bebeklerin uyku kalitesi ve uyku özelliklerinin anne ve baba sosyodemografik özellikleri, uyku kalitesi, yorgunluk durumu, kaygı ve depresyon varlığı ile olan ilişkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran ve rutin çocuk sağlığı izlemi yapılan 6-12 ay arası 83 bebek ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplamak için sosyodemografik veri toplama anketi, Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi (GKBUA) (*Brief Infant Sleep Questionnaire*-BISQ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Yorgunluğun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği kullanılmıştır. SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında tanımlayıcı istatistikler ve regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bebeklerin yaş ortalaması 8,66±2,30 aydır (ortanca yaş 9 ay). Çalışmamıza katılan çocukların günlük toplam uyku sürelerinin annelerin verdiği cevaplara göre ortalama 11,24 saat ve babaların verdiği cevaplara göre ortalama 11,55 saat olduğu görülmüştür. Bebeklerin büyük çoğunluğunun (annelerin verdiği cevaplarda %79,5 ve

babaların verdiği cevaplarda %79,3) ebeveyn ile aynı odada uyuduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bebeklerin çoğunlukla emzirilirken, sallanırken veya kucakta tutulurken uykuya daldığı saptanmıştır. GKBUA'ya verilen cevaplar incelendiğinde annelere göre bebeklerin %28,9'unun ve babalara göre bebeklerin %25'inin kötü uyuyan bebek olduğu belirlenmiştir. Ancak aynı ölçeğe göre çalışmaya katılan annelerin %57,3'ü (n: 47) ve babaların %52,4'ü (n:43) bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendirmiştir. GKBUA'ya anne ve babaların verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında ebeveyn yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, ebeveyn eğitim süresi, ebeveyn çalışma durumu, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) Anne ve babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, anne/baba yaşı, baba çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı, ve aile tipi açısından anlamlı farklılık görülmezken ($p>0,05$), anne çalışma durumu ($p=0,004$), anne eğitim durumu ($p=0,01$) ve baba eğitim durumu ($p=0,03$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışan ve eğitim düzeyi üniversite ve üzeri annelerin çocuklarının daha sorunlu uyuduğunu düşündüğü görülmüştür. Annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$). Univariate lojistik regresyon analizine göre; annenin çalışması ve annede depresyon varlığı annenin algısına göre bebekte uyku sorunu olması durumunu yordayan belirleyiciler olarak bulunmuştur. Multivariate regresyon analizine göre annenin çalışma durumu ve annenin uyku kalitesi bebekte uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyiciler olarak bulunmuştur. Univariate lojistik regresyon analizine göre; babanın eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olması babanın algılanan uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Bu araştırmada anne ve babaların bebeklerinin uyku kalitesi ile ilgili algılarının benzer olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak hem anne hem de babaların uyku kalitesi, yorgunluk, kaygı ve depresyon varlığının bebeğin uyku kalitesi ve uyku özellikleri ile olan ilişkisi birlikte incelenmiştir. Annenin depresyon durumunun bebekte uyku sorunu için belirleyici olarak bulunması doğum sonrası dönemde annelerin desteklenmesinin ve ebeveyne bebeği ile ilgili uyku eğitimi verilmesinin önemini göstermektedir. Çalışmamızda babanın eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olmasının babanın bebekte algıladığı uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunması babaların da bebek bakımında rol oynadıklarını ve eğitim seviyesi arttıkça bebekleri ile ilgili sorunları daha çok algıladıklarını gösterebilir. Günümüzde babaların bebek bakımına olan katılımı artmış olup

hem anne hem de babanın yer alacağı ve ebeveyn özelliklerinin bebek uykusu ile ilişkisini inceleyecek ve olgu sayısı artırılarak yapılacak araştırmalar literatürdeki verileri güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi, Doğum Sonrası Depresyon, Doğum Sonrası Anksiyete, Yorgunluk, Baba, Anne

2. ABSTRACT

Introduction: Sleep is also an active process necessary for the growth and development of infants and children. Healthy sleep for babies ensures that their cognitive and psychomotor development and growth are at an optimal level. Baby's sleep quality and sleep patterns do not only affect the baby, but they also significantly affect the caregivers' (mother, father, caregiver) sleep patterns, stress, fatigue and mental health. For the baby to grow up healthily and for the parents to be at their best mentally and physically, the baby's sleep quality should be good. When the literature is examined, sleep problems and night awakenings in infancy, early childhood and preschool period are observed at a rate of about 20-30%. The majority of studies evaluating the effects of infant sleep quality on parents have been conducted with mothers, with only a few studies in recent years evaluating the effects on fathers.

Objective: This study aims to determine the relationship between maternal and paternal sociodemographic characteristics, sleep quality, fatigue, anxiety, and depression in 6-12 month-old infants whose parents applied to Ankara University Division of Social Pediatrics Child Health Monitoring Outpatient Clinic and who underwent routine child health follow-up.

Material and Method: The study included 83 infants aged 6-12 months and their parents who applied to the Ankara University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics Department of Pediatrics, Division of Social Pediatrics, Child Health Monitoring Outpatient Clinic and underwent routine child health follow-up. Sociodemographic data collection questionnaire, *Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Generalized Anxiety Disorder-7 Test (GAD-7), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPSDS) and Multidimensional Assessment of Fatigue Scale were used to collect data. Descriptive statistics and regression analysis were performed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 package program. The statistical significance level was taken as 0.05.

Results: The babies' mean age was 8.66±2.30 months, and the median age was 9 months, with a minimum of 6 and a maximum of 12 months. The total daily sleep duration of the children who participated in our study was 11.24 hours on average according to the answers given by the mothers and 11.55 hours on average according to the answers given by the fathers. It was determined that the majority of the babies (79.5% in the answers given by mothers and

79.3% in the answers given by fathers) slept in the same room with their parents. In our study, it was found that babies mostly fell asleep while being breastfed, rocked or held on the lap.

When the BISQ questionnaire responses were examined, it was found that 28.9% of the babies according to mothers and 25% of the babies according to fathers were poor sleepers. However, 57.3% (n: 47) of the mothers and 52.4% (n: 43) of the fathers who participated in the study perceived their infants' sleep as problematic. When the answers given to the BISQ were analyzed, no significant difference was found between poor sleepers and non-poor sleepers in terms of parental age, number of people living at home, parental education level, parental employment status, number of children living at home, home type and family type according to the answers given by the mothers and fathers. ($p>0.05$). No significant difference was found ($p>0.05$) between the perception of problematic and unproblematic sleep of the infant according to the perception of the mother and father in terms of the infants' age, sex, mode of delivery, the mothers' and fathers' age, father's employment status, number of people living at home, number of children living at home, and family type. However, there were statistically significant differences in the mothers' employment status ($p=0.004$), mother's educational level ($p=0.01$), and fathers' educational level ($p=0.03$). There was a statistically significant difference in the presence of depression in the mother between cases of problematic and non-problematic sleep of the baby, according to the mother's perception ($p=0.030$). The Univariate Logistic Regression Analysis revealed that the mothers' employment status and the presence of depression in the mother were found to be predictors of sleep problems in the infant according to the perception of the mother. According to multivariate regression analysis, mothers' employment status and maternal sleep quality were found to be predictors of infant sleep problems. According to univariate logistic regression analysis, the fathers' bachelor's degrees or higher educational degrees were found to be a predictor of the likelihood of perceived sleep problems.

Discussion and Conclusion: This study revealed that parents' perceptions of their infants' sleep quality were similar. In our study, unlike previous studies, the relationship of both mothers' and fathers' sleep quality, fatigue, anxiety and depression with infant sleep quality and sleep characteristics were examined together. The finding of maternal depression as a determinant for sleep problems in the infant shows the importance of supporting mothers in the postpartum period and providing sleep education to parents about their infants. In our study, the finding that the father's education level of university and above was found to be a predictor of the likelihood of sleep problems perceived by the father in the infant may indicate that fathers also play a role in infant care and perceive problems related to their infants more as the level of

education increases. Today, the involvement of fathers in infant care has increased, and studies that will include both mothers and fathers and examine the relationship between parental characteristics and infant sleep and increase the number of cases will strengthen the data in the literature.

Key words: Brief Infant Sleep Questionnaire, Postpartum Depression, Postpartum Anxiety, Mother, Father

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku uzun yıllar boyunca uyanıklığın olmadığı ve beyin aktivitesinin neredeyse durma noktasına geldiği bir fenomen olarak tanımlanmıştır. Ancak bu alanda yapılan çalışmalarda, uykunun yoğun beyin aktivitesi içeren bir durum olduğu ve hem fizyolojik hem davranışsal süreçleri içinde barındırdığı anlaşılmıştır (1). Bu derece aktif bir süreç olan uyku çocuklarda ise büyüme ve gelişme için önemli bir ihtiyaç olup bilişsel fonksiyonların uygun şekilde gelişebilmesi ve öğrenme kapasitesi için de son derece önemlidir (2).

Uyku ve uyanıklığın regülasyonunda asendan retiküler aktive edici sistem, ventrolateral preoptik alan (VLPA) ve median preoptik alan (MNPA) rol oynamaktadır. Bu sistemlerin çeşitli nörotransmitterler aracılığı ile iletişimi sonucu uyku-uyanıklık döngüsü sağlanır (3). Beyindeki bu alanların birbiri ile iletişimini tetikleyen fenomenler ise sirkadyen ritim ve homeostatik süreçtir (4, 5). Bu kadar karmaşık bir süreç sonucunda meydana gelen uyku kendi içinde Non-rapid Eye Movement (NREM) ve Rapid Eye Movement (REM) olacak şekilde iki evreye ayrılır. NREM uyku evresi uykunun dinlendirici ve onarıcı evresiyken REM uykusu ise hızlı göz hareketleri ile karakterize ve rüyaların görüldüğü uyku evresidir (6). Ancak uyku insanın doğumundan itibaren REM ve NREM evreleri olan bir fenomen değildir. Bebekler yaşamlarının ilk yılında fizyolojik olgunlaşma, davranışsal yetenekler ve çevresel faktörlerin etkisi ile uyku/uyanıklık konsolidasyonunun düzenlenmesinde önemli ve hızlı bir gelişme kaydederler (7). Hayatın başında uykunun süresi, uyku/uyanıklık döngüsü ve evreleri yetişkin uykusuna benzerlik göstermezken bebek büyüdükçe uyku hızlı bir değişime uğrayarak yetişkin uykusu özellikleri almaya başlar (8).

Uyku zaman içerisinde yetişkin uykusuna benzeyecek değişmeler gösterirken bebeklerin bir kısmında uyku ile ilgili problemler gözlenmeye başlar. Bebeklik, erken çocukluk ve okul öncesi dönemde uyku problemleri ve gece uyanmaları yaklaşık %20-30 oranında görülür (9). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nın (ICSD-International Classification of Sleep Disorder) 2014 yılında yayımlanan 3. versiyonunda uyku bozuklukları insomniler, uyku ilişkili solunum bozuklukları, aşırı uyku hali ile seyreden santral bozukluklar, sirkadyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler ve uyku ilişkili hareket bozuklukları olmak üzere 6 ana başlıkta toplanmıştır (10). Çocukluk çağının davranışsal insomnisi çocukluk çağının en sık görülen uyku bozukluğu olup %20-30 sıklıkta gözlenir ve uyku başlangıcı ilişkili tip, sınır koyma ve davranışı yönetme ile ilişkili tip ve kombine tip olmak üzere 3 alt tipte incelenir (11). Uykuya dalmada zorluk, gece sık uyanma ve tekrar uykuya dalmada zorluk,

sabah erken veya geç uyanma, gündüz kestirmelerinin düzensiz olması veya kısa sürmesi, 24 saatlik uyku süresinin yaşına göre yetersiz olması ve gün içi uykulu olma çocukluk döneminde sık karşılaşılan uyku sorunlarındandır (12). Bu sorunlar arasında özellikle yaşamın ilk bir yılında hekim başvurusuna en çok sebep olanların uykuya dalma ile ilgili sorunlar ve sık, uzun aile desteği gerektiren gece uyanmaları olduğu görülmüştür (13). Bebeklik döneminde uyku problemlerinin oluşmasında sağlıkla ilgili etmenlerin etkisi olduğu gibi çevresel ve davranışsal etmenlerin de büyük etkisi vardır (14).

Bebeklerin sağlıklı bir uyku uyumaları sağlıklı bir şekilde büyümelerini, ilerleyen yaşlarda daha iyi akademik başarıya sahip olmalarını, hafızalarının ve beyin plastisitelerinin gelişmesini sağlar (15). Ancak bebeğin uyku kalitesi ve uyku düzeni sadece kendisini etkilemez, aynı zamanda bakım veren kişi veya kişilerin (anne, baba, bakıcı) uyku düzeni, anksiyete durumu, yorgunluk durumu ve depresyonu üzerinde bebeğin uykusunun önemli etkileri olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar davranışsal uyku problemleri olan bebeklerin ailelerine verilen uyku eğitimlerinin hem bebeğin hem de ailenin mental sağlığı ve yorgunluk durumu üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir.

Doğum sonrası dönemde annenin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda annedeki uyku problemlerinin de sık rastlanan faktörlerden olduğu tespit edilmiştir (16, 17). Doğum sonrası dönemde uyku sorunu gelişimine neden olabilecek etkenlerin araştırıldığı çalışmalarda; kötü doğum deneyiminin, bebek bakımının, bebeğin uyku düzeninin ve evlilikle ilgili sorunların uyku kalitesini etkileyebilecek risk faktörleri olduğu görülmüştür (18-20). Bu dönemde ebeveynde uyku sorunu gelişimine neden olabilecek etkenlerin araştırıldığı çalışmalarda; özellikle bebeğin uyku düzeninin ve bebekte uyku ile ilgili sorun varlığının ebeveyn uyku kalitesini etkileyen önemli bir etmen olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonrası dönem ebeveynin bebeğin bakımı, beslenmesi ve büyümesi gibi alanlarda endişeler yaşayabileceği ve çeşitli ruhsal sorunların ortaya çıkabileceği bir dönemdir. Doğum sonrası depresyon bu dönemde en sık karşılaşılan sorunlardan biridir (21). Annede depresyon varlığının anne bebek bağlanmasını, emzirmeyi, bebeğin büyümesini, bilişsel gelişimini ve uykusunu etkilediği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (22-24). Doğum sonrası dönemde özellikle ilk 12 ayda kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) prevalansında da genel popülasyona oranla belirgin bir artış görülür (25). Bu çalışmalar çoğunlukla anneler ile yapılmıştır ve doğum sonrası bu tip sorunları yaşayan anneler ve bebeklerinin bu durumdan olumsuz etkilendiği çeşitli çalışmalar ile ortaya konmuştur (26-28). Doğum sonrası depresyon ve anksiyete ile ilgili çalışmalarda bebeğin uyku durumunun ve bebekte uyku sorunu varlığının ebeveynde bu tip ruhsal sorunlarla ilişkisi olabileceği gösterilmiştir. Ancak son yıllarda babaların da çocuk bakımına dahil olması ile birlikte babalarda doğum sonrası depresyon ve

anksiyete de araştırmaların konusu olmuştur (29). Fakat literatürde babada postpartum depresyon ve anksiyete varlığı ile bebeğin uyku durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli çalışma olmadığı görülmüştür.

Yorgunluk doğum sonrası ortaya çıkan komplikasyonlardan biridir ve yapılan çalışmalarda annelerde görülme sıklığı %43 ile %64 arasında bulunmuştur (30-32). Doğum sonrası yorgunluk günümüzde bebeğin bakımına etkin şekilde babaların da katılması ile birlikte her iki ebeveynde de gözlenmekte olup bebeğin bakımı, ihtiyaçları gibi etmenler yorgunluğun altında yatan nedenler olarak gözlenmektedir (30, 33). Özellikle annede doğum sonrası yorgunluk ve bebek uykusu arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma mevcuttur (34-36). Bununla birlikte doğum sonrası babalarda yorgunluk ve bebeğin uyku özellikleri arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran ve rutin çocuk sağlığı izlemi yapılan 6-12 aylık bebeklerin uyku kalitesi ve uyku özelliklerinin anne ve baba sosyodemografik özellikleri, uyku kalitesi, yorgunluk durumu, kaygı ve depresyon varlığı ile olan ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Uyku Tanımı

Uyku, insan hayatı için temel bir ihtiyaçtır. İnsanlar dinlenmek ve sonrasında günlük işlevlerini yerine getirebilmek için uykuya ihtiyaç duyarlar (1). Uyku çocuklarda ise büyüme ve gelişme için önemli bir ihtiyaç olup bilişsel fonksiyonların uygun şekilde gelişebilmesi ve öğrenme kapasitesi için son derece önemlidir (2).

Uyku uzun yıllar boyunca uyanıklığın olmadığı ve beyin aktivitesinin neredeyse durma noktasına geldiği bir fenomen olarak tanımlanmıştır. Ancak bu alanda yapılan çalışmalarda, uykunun yoğun beyin aktivitesi içeren bir durum olduğu ve hem fizyolojik hem davranışsal süreçleri içinde barındırdığı anlaşılmıştır (1). Uyku çevresel uyaranlara cevap verme ve algılamanın ciddi düzeyde azaldığı döngüsel ve fizyolojik geri dönüşümlü bir süreçtir (37).

4.2. Uykunun Nörofizyolojisi

4.2.1. Uyku ve Uyanıklık

Uyku ve uyanıklığın regülasyonunda talamus, hipotalamus, pineal bez, lokus seruleus, dorsal rafe çekirdeği, ventrolateral preoptik çekirdek, lateral hipotalamus, dorsomedyal hipotalamus, suprakiazmatik çekirdek ve birçok nörotransmitter görev almaktadır. Bu bölgeler çeşitli nöronal bağlantılar ile birbiri ile etkileşim kurarak uyku-uyanıklık döngüsünün devamını sağlar (3).

Uyanıklık beyin sapı ve hipotalamustan beyin kabuğuna uzanan asendan nöronlar tarafından düzenlenir. Bu sisteme ‘asendan retiküler aktive edici sistem’ denir. Bu sisteme ait talamik ve hipotalamik olmak üzere iki anatomik dal vardır. Talamik dal pedinkülopontin tegmental nükleus (PPT) ve laterodorsal tegmental (LDT) nükleustaki kolinerjik nöronlardan oluşur. Bu dal talamokortikal aktivasyona neden olur. Hipotalamik dal ise lokus coeruleus (LC), dorsal rafe nükleusu (DR) ve tuberomamillar nükleus (TMN) nöronlarından meydana gelir. Hipotalamik dalı oluşturan nöronlara monoaminerjik nöronlar denir. LC’den salınan norepinefrin, DR’den salınan serotonin ve TMN’den salınan histamin amin grubu içeren

nörotransmiterlerdir (38, 39). Bütün bu nörotransmitterlerin salgılanması ise lateral hipotalamus nöronlarından salınan orexin tarafından tetiklenir (40).

Uykunun başlaması için retiküler aktive edici sistemin deaktivasyonu ve uyku destekleyici yolun aktivasyonu gerekmektedir. Ventrolateral preoptik alan (VLPA) ve median preoptik alan (MNPA) nöronları uyku destekleyici yolu oluşturan nöronlardır. Bu nöronlardan salınan nörotransmitterler (GABA ve galanin) retiküler aktive edici sistemi inhibe ederek uykunun başlamasını tetikler (38, 40). Tablo 4.1 uyku ve uyanıklık sırasındaki nörofizyolojik aktiviteyi şematize etmektedir.

Tablo 4.1. Uyku ve uyanıklık sırasındaki nörofizyolojik aktivite (38, 40)

Nukleusların anatomik yeri	Nörotransmitterler	Uyanıklık	NREM	REM
LDT/PPT	Asetilkolin	+	0	+
LC/DR/TMN	Monoamin	+	+	0
VLPA/MNPA	GABA/galanin	0	+	+
Lateral hipotalamik alan	Oreksin	+	0	0
Lateral hipotalamik alan	Melanin konsantre eden hormon	0	0	+

4.2.2. Sirkadyen Ritim ve Homeostatik Süreç

Borbely ve arkadaşlarının "ikili süreç" modeline göre; sirkadyen ritim ve homeostatik süreç arasındaki etkileşim uyku ve uyanıklık döngüsünün ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bu iki süreç arasındaki uyum ile insan her gece ortalama 8 saat uyku uyuyabilir (41).

Sirkadyen ritim birçok nörodavranışsal, fizyolojik ve biyokimyasal olayın belirli bir denge ve düzen içerisinde sürdürülmesini sağladığı gibi, aydınlık-karanlık döngüsünü temel alarak uyku ve uyanıklığın belirli bir düzen içerisinde devam ettirilmesinde de görevlidir (42). Sirkadyen ritim sayesinde uyanmadan önce vücut ısısı, sempatik otonomik tonus ve plazma kortizol düzeyi yükselerek insan vücudu uyanıklığa hazırlanmış olur (3). Memelilerde sirkadyen ritim anterior hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nukleustaki (SCN) sirkadyen saat sayesinde düzenlenir. Mistleberger ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada çevre şartları optimal olmasa bile SCN'ta bir lezyon olmaması durumunda uyku-uyanıklık döngüsünün 24 saatlik temelde düzenlenmeye devam edildiği gösterilmiştir (43). Yapılan çalışmalar postkonsepsiyonel 18. hafta itibariyle suprakiazmatik nukleus oluşumunun başladığını ve doğum sonrası ilk bir yıl boyunca maturasyonunun devam ettiğini göstermiştir (44).

Homeostatik süreç uyku ihtiyacını temsil eder. Bu sürecin uzun süreli uyanıklık dönemlerinde "uyku ihtiyacını" kaydeden ve daha sonra uyku sırasında rahatlayan bir substrat veya proteinden kaynaklandığına inanılmaktadır (38). Homesotatik sürecin nasıl düzenlendiği ile ilgili bilgiler henüz net değildir. Ancak literatür incelendiğinde; önbeyinde bulunan adenozinin homeostatik süreçte önemli bir substrat olabileceğinden ve artan adenozin salınımının artmış uyku ihtiyacı ile pozitif korelasyon gösterdiğinden bahseden çalışmalar bulunmaktadır. Adenozinin bu etkisini asendan retiküler aktive edici sistemi inhibe ederek ve VLPA nükleusunu uyararak yaptığı düşünülmektedir (4, 5).

4.2.3. Uykunun Evreleri

Uykunun evreleri olan NREM ve REM ultradien ritim olarak adlandırılan bir döngü içerisinde birbirini takip eder (45). Bu ritim 24 saatten daha kısa süren döngüsel bir ritimdir ve bir günde birden fazla döngüsü bulunmaktadır. Elektroensefalografi (EEG), elektrookulografi (EOG) ve yüzey elektromiyografinin (EMG) sürekli kayıtları REM ve NREM uykunun karakteristik özelliklerinin tanımlanmasında önemli araçlardır (46). NREM uyku evresinin uykunun dinlendirici ve onarıcı evresi olduğu ve bu evrede beyin aktivitesinin nispeten azalmış olduğu düşünülmektedir. REM uykusu ise hızlı göz hareketleri ile karakterize ve rüyaların görüldüğü uyku evresidir. Bu dönemde organizma uyku halindedir ancak uyanıklıkta olduğu gibi yüksek beyin aktivitesi vardır. REM uykusunun hafızayı birleştirip bütünleştirmede ve merkezi sinir sisteminin gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (6).

EEG temelinde uyku 4 evreye ayrılmıştır.

Evre 1, uyanıklıktan uykuya geçiş halidir. EEG'de uyanıkken görülen alfa dalgaları yerini teta dalgalarına bırakır. Bu evrede kısa istemsiz tonik kasılmalar meydana gelebilir.

Evre 2, yüzeyel uyku dönemidir. Çevre farkındalığı ve kas tonusu önemli derecede azalmıştır. Klasik EEG bulgusu K kompleksidir.

Evre 3 ve 4, derin uyku dönemidir. Delta dalgası ile karakterizedir. Bu dönemde fizyolojik aktivitelerde ciddi azalma gözlenir. Bu dönemde vücudun dinlendiği ve yenilendiği düşünülmektedir (47).

4.3. Bebeklik Döneminde Uyku

Uyku hayatın ilk yıllarında sürekli olarak gelişen dinamik bir süreçtir. Hayatın başında uykunun süresi, uyku/uyanıklık döngüsü ve evreleri yetişkin uykusuna benzerlik göstermezken bebek büyüdükçe uyku hızlı bir değişime uğrayarak yetişkin uykusu özellikleri almaya başlar (8).

4.3.1. Bebeklik Döneminde Uyku gelişim Özellikleri

Yenidoğan dönemi: Yenidoğan bir bebekte uyku sessiz uyku (NREM evreye benzer), aktif uyku (REM evreye benzer) ve belirsiz uyku olarak 3 evreye ayrılmıştır. Bu terminoloji bebek iki aylık olana kadar kullanılır (48). Sessiz uyku hafif kas hareketleri ve ritmik nefes alıp verme ile karakterizeyken, aktif uyku döneminde düzensiz nefes alıp verme, gülümseme, emme ve büyük kas gruplarında hareket gözlenir. Bu dönemde sessiz uyku ve aktif uyku süreleri birbirine eşittir ve her iki evre yaklaşık 50-60 dakika sürer. Her uyku periyodunda bir veya iki siklus olup yenidoğanlar sık uyanırlar (8). Yenidoğanın en uzun uyku periyotları 2,5-4 saat arasında değişir.

Yenidoğanda sirkadyen ritim henüz oluşmamıştır. Yenidoğan bebekler genellikle bir iki saatlik uyanıklığın ardından uyumak isterler. Uyku paterni beslenme düzeni ile belirlenir (49). Bebeğin huzursuzlanmasını beklemeden ve uyku belirtileri oluşur oluşmaz uyutmak gerekir. Yenidoğan bir bebek bir günde yaklaşık 16-17 saati uyuyarak geçirir (50).

Bir ay-on iki ay dönemi: Günlük toplam uyku süresi bebek büyüdükçe kısalırken uyanmadan uykuda geçen süre artar. Bebek dört aylık olduğunda günlük toplam uyku süresi 14-15 saat, altı aylık olduğunda günlük toplam uyku süresi yaklaşık 13-14 saat ve en uzun uyku 6 saat civarı iken bebek bir yaşına ulaştığında günlük toplam uyku süresi 10-11 saat ve en uzun uyku ortalama 8-9 saat civarı olur (1).

İlk altı aylık dönemde bebeğin uyku fizyolojisinde önemli değişimler meydana gelir. En uzun uyku süresinde ve gece uykusunun uzunluğunda belirgin değişiklikler bu dönemde gözlenir. Coons ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 3- 6 hafta arası uyku sürelerinin belirgin uzadığı ve en uzun uykunun gece saatlerine kaydığı görülmüştür. Aynı çalışmada bu düzenin 3 aylıkken daha belirgin hale geldiği ve 6 aylıkken 6-7 saat civarı aralıksız gece uykusunun oluştuğu gösterilmiştir. Bu veriler ışığında sirkadyen ritmin 6 hafta civarı oluşmaya başladığı ve 4-6 ay civarında ritmin belirgin olgunlaşma gösterdiği anlaşılmaktadır (51).

On-on iki haftalar arasında bebek uykusu davranışsal ve fizyolojik olarak matür bir hal alarak yetişkin uykusuna benzemeye başlar (52). Üç ay civarı sinir sistemindeki olgunlaşmalar ve nörokimyasal olgunlaşma sayesinde 24 saatlik bir uyku-uyanıklık döngüsü oluşmaya başlar (53). Bu dönemdeki nörogelişimsel olgunlaşma sayesinde bebek uykunun başlangıcında ve gece uyanmalarında kendi kendini uyutmayı öğrenir.

Bebek üç aylıkken EEG'de REM ve NREM uyku evreleri saptanır. Ancak NREM uykunun 4 evresinin ayrı ayrı saptanması bebek altı aylık olduğunda gözlemlenmeye başlar. Altı aydan küçük bebeklerde uyku REM ile başlar ve REM uykusu total uykunun yaklaşık %50'sini oluşturur. Bebek büyüdükçe uyku paterni yetişkin uykusuna benzemeye başlar ve yaklaşık 4-5 yaş civarında yetişkin uyku paterni halini alır (8).

4.4. Uykunun Bebek ve Çocuklarda Fizyolojik Önemi

Uyku sadece vücudun dinlendiği ve bir sonraki güne hazırlandığı bir süreç değildir. Uyku bebeklerin ve çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli aktif bir süreçtir. Bebeklerin sağlıklı bir uyku uyumaları sağlıklı bir şekilde büyümelerini, ilerleyen yaşlarda daha iyi akademik başarıya sahip olmalarını, hafızalarının ve beyin plastisitelerinin gelişmesini sağlar (15).

4.4.1. Büyümeye Etkisi

Literatürde uyku ile obezite, boy kısalığı ve büyüme hormonu salınımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur (15).

Modern toplumlarda obezitenin artmasının esas belirleyici faktörlerinin sedanter hayat ve işlenmiş gıda tüketimi olduğu düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar çocukluk çağı itibariyle günlük toplam uyku süresinde gözlenen azalmanın da obezite ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (54). Bu çalışmalardan birinde hayatın ilk iki yılında günlük 12 saatten az uyuyan bebeklerin 3 yaşına geldiklerinde diğer bebeklere göre daha kilolu olduğu gözlenmiştir (55). Taveras ve ark. yaptığı bir kohort çalışmasında süt çocukluğu döneminde daha az uyuyan bebeklerin çocukluk döneminde diğer bebeklere oranla artmış adipoz dokuya sahip olduğu gözlemlenmiştir (56). Sıfır-on üç yaş arası 1930 çocuğun incelendiği bir başka çalışmada ise 0-4 yaş arasında gece uyku süresi daha az olan çocukların takipte obezite açısından risk altında olduğu görülmüştür (57).

Bir bebeğin sağlıklı bir şekilde büyümesi ve boyunun uzaması için yeterli büyüme hormonuna ihtiyaç vardır. Büyüme hormonunun salınımı ise beslenme, fiziksel aktivite ve uyku düzeninden etkilenmektedir. Uyku başladıktan hemen sonra büyüme hormonu salınımı pik yapar ve uyku boyunca artmış düzeylerde salınır. Bu etkinin tek yönlü olmadığı, uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanmasında ve sirkadyen ritim oluşmasında da büyüme hormonunun görev aldığı bilinmektedir. Dolayısıyla uyku ve büyüme hormonunun birbirini iki taraflı etkileyen iki biyolojik sistem olduğu bilinmektedir (58). Literatürde boy uzamasının optimal bir şekilde gerçekleşmesi için uykunun önemli olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Singapur'da yapılan ve bebeklerin doğumdan itibaren 24 aylık olana kadar değerlendirildiği bir çalışmada uzun uyku süresinin daha uzun boy ile ilişkili olduğu görülmüştür (59). Lampl ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise günlük uyku süresi diğer bebeklere göre 4,5 saat daha fazla olan bebeklerin boylarının daha çok uzadığı saptanmıştır (60).

4.4.2. Beyin Gelişimi, Öğrenme ve Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi

Uykunun büyüme üzerine olduğu gibi beyin gelişimi, öğrenme ve bilişsel işlevler üzerinde de olumlu etkileri vardır. Yenidoğan döneminde özellikle aktif uyku süresinin beyin gelişimi ile pozitif korelasyon gösterdiği bilinmektedir (61). Yapılan hayvan çalışmalarında aktif uyku süresi ne kadar uzunsa nöronlar arasında oluşan sinapsların sayısının ve beyin plastisitesinin de o kadar arttığı gösterilmiştir (62). Benzer şekilde pasif uykunun da sinaptik remodelingde önemli bir rolü olduğu anlaşılmıştır. Bu veriler ışığında sağlıklı bir uykunun beyin gelişimi, hafıza, öğrenme ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür (63).

Uyku ve bilişsel işlevler ile ilgili çalışmaların birinde gündüz uykusunun kelime öğrenimini pekiştirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmada bebeklere yeni kelimeler öğretilmiş ve hemen sonrasında gündüz uykusuna yatan bebeklerin gündüz uykusuna yatmayanlara göre daha çok kelime hatırladığı görülmüştür (64). Seehagen ve ark. tarafından 6-12 aylık bebekler ile yapılan bir çalışmada gündüz uykusu uyuyan bebeklerin hafızalarının uyumayanlara göre daha iyi olduğu gösterilmiştir (65). On beş aylık bebekler ile yapılan bir başka çalışmada bebeklere yapay bir dil öğretilmiş ve bir grup gündüz uykusuna yatırılırken diğer grup gündüz uykusuna yatırılmamıştır. Her iki grubun uyku öncesi öğretilen kelimeleri aynı şekilde öğrendiği gözlemlenmiş, ancak sadece gündüz uykusu uyuyan gruptaki bebeklerin dilin gramer yapısını da öğrenebildiği belirlenmiştir (66). Smithson ve ark. tarafından 593 bebek ile yapılan longitudinal bir çalışmada gece uyku süresi uzun olan bebeklerin uzun olmayanlara göre bilişsel

işlevlerde ve dil öğreniminde daha başarılı olduğu görülmüştür (67). Bernier ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise gece uyku süresi daha uzun olan bebeklerin olmayanlara göre yönetici işlevlerde daha başarılı olduğu görülmüştür (68).

4.4.3. Uykunun Davranış Üzerine Etkisi

Uykunun insan sağlığı üzerine etkisi çok yönlüdür. Yapılan çalışmalarda çocukluk çağında sorunlu uykusu olanların artmış dürtüsellik, saldırganlık, hiperaktivite, kaygı bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar açısından risk altında olduğu gösterilmiştir (69).

Simola ve ark. yürüttüğü ve 470 ailenin katıldığı bir çalışmada okul öncesi dönemde başlayan ve devam eden uyku problemlerinin çocuklarda saldırganlık, dikkat ve sosyalleşme ile ilgili sorunlar ve kaygılı ve depresif ruh hali riskini arttırdığı görülmüştür (70). Touchette ve ark. tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada; 3 yaş öncesinde gece uykusu daha kısa olan bebeklerde hiperaktivite görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu görülmüştür (71). Bu çalışmaya benzer bir şekilde Huhdanpaa ve ark. tarafından yapılan longitudinal bir çalışmada hayatın ilk 18 ayında gece uyku süresi kısa olan bebeklerin 5 yaşlarına geldiklerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite açısından daha büyük risk altında olduğu gözlemlenmiştir (72). Norveç'te büyük bir doğum kohortu çalışmasının verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada ise süt çocukluğu döneminde gece az uyuyan ve gece uyanmaları fazla olan çocukların 3-4 ve 5. yaşlarında duygusal ve davranışsal problemler açısından daha büyük risk altında olduğu bulunmuştur (73).

4.5. Uyku Hijyeni

Uyku hijyeni; uyku kalitesinin gelişimini teşvik eden değiştirilebilir çocuk ve ebeveyn uygulamalarıdır. Uyku hijyeninin uyku zamanı rutini, uyku saati, uyku öncesi kitap okuma, yatağa konma zamanı (uykulu veya tamamen uyanık) ve bebeğin uyuduğu oda (tek başına/ebeveyn odasında) olmak üzere beş bileşeni vardır. İyi uyku hijyeni bebeğin iyi uyku uyuyabilmesi için oldukça önemlidir. Bu sebeple pediatristlerin ailelere uyku hijyeni hakkında bilgi vermesi önem arz etmektedir (74).

4.5.1. İyi Uykunun Bileşenleri

İyi bir uyku yaşa göre uygun uyku süresi, gündüz uykuları ve gece uykusundan meydana gelir.

4.5.1.2. Uyku Süresi

Bebek yaşına uygun sürede uyumazsa dinlenemez. Bu sebeple gündüz vakti uykulu ve huzursuz olabilir. Aynı zamanda yetersiz uyku bebeklerin bilişsel gelişimini ve gündüz öğrendiklerini pekiştirme yeteneklerini de olumsuz yönde etkiler (2). Uykunun yeterli olduğunu söyleyebilmek için kaç saat uyunması gerektiği ile ilgili net veriler yoktur, ancak yapılan birçok çalışmada uyku süresi ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. Ulusal Uyku Vakfı (*The National Sleep Foundation)* günlük uyku süresinin 0-3 aylık dönemde 14-17 saat, 4-12 aylık dönemde 12-15 saat, 1-2 yaş arası 11-14 saat ve 3-5 yaş arası dönemde ise 10-13 saat olmasını önermiştir (75). Amerikan Pediatri Akademisi ise uyku süresinin 0-3 aylık dönemde 14 saat, 4-12 aylık dönemde 13 saat, 1-2 yaş arası 12-13 saat ve 3-5 yaş arası dönemde ise 12-13 saat olmasını önermiştir (76). Tablo 4.2 yaşa göre önerilen uyku sürelerini göstermektedir.

Tablo 4.2. Yaşa göre önerilen uyku süreleri

Yaş aralığı	**Amerikan Pediatri Akademisi**	**Ulusal Uyku Vakfı**
0-3 ay	14 saat	14-17 saat
4-12 ay	13 saat	12-15 saat
1-2 yaş	12-13 saat	11-14 saat
3-5 yaş	12-13 saat	10-13 saat

4.5.1.3. Gündüz Uykuları

Çocuklar hayatın ilk 5 yılında gündüz uykusuna ihtiyaç duyarlar. Gündüz uykusu çocukların hem dinlenmesini hem de gündüz öğrendiklerini pekiştirmesini sağlar. Her bebeğin uyku düzeni kendine özgü olmakla birlikte literatürde gündüz uyku miktarları ve süreleri hakkında öneriler bulunmaktadır. Bebekler büyüdükçe gündüz uyku sayısı ve süresinde azalma gözlenir. Tablo 4.3'te gündüz uyku sayıları ve süreleri gösterilmiştir (77).

Tablo 4.3. Gündüz uyku sayısı ve süreleri

Yaş (ay)	Gündüz Uyku Sayısı	Gündüz Uyku Süresi (saat)
0-2	6-8	4-5
3-4	4-5	3-4,5
5-6	3-4	2,5-3,5
7-8	2-3	2-3
9-12	2	2-3
13-17	1-2	2-3
18-36	1	1-3

4.5.1.4. Gece Boyunca Uyuma

Bebekler yaşamlarının ilk yılında fizyolojik olgunlaşma, davranışsal yetenekler ve çevresel faktörlerin etkisi ile uyku/uyanıklık konsolidasyonunun düzenlenmesinde önemli ve hızlı bir gelişme kaydederler (7). Bu süreçte bebekler "gece boyunca uyuma" yeteneği de kazanırlar. Gece boyunca uyuma akşam uyuma saatinden sabah erken saatlere kadar süren, döngüler arası geçişlerde uyanmanın olduğu ancak ebeveyn müdahalesine gerek kalmadan bebeğin kendi kendine uyumaya devam ettiği uykudur (78). Gece boyunca uyuma kavramı Moore ve Ucko tarafından 1957 yılında yürütülen bir öncü çalışma ile literatüre kazandırılmıştır. Bu çalışmada birbirini takip eden 4 hafta boyunca haftanın 6 gecesi 24:00-05:00 arası uyumak gece boyunca uyuma kriteri olarak kabul edilmiştir (79). İlerleyen yıllarda gece boyunca uyuma için iki kriter daha belirlenmiştir. i)22:00 – 06:00 arası uyumak ve ii) gece uykusuna uyuduktan sonra bunu 8 saat boyunca devem ettirebilmek. Moore ve Ucko tarafından ortaya konan kriterler hala yaygın bir şekilde çalışmalarda kullanılmaktadır (80). Henderson ve ark. tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada bu üç kriter karşılaştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda; bebeklerin gece boyunca uyuma yeteneğini yaklaşık 4 aylıkken kazandıkları ve 4 aylık bir bebeğin gece uykusuna daldıktan sonra aralarda uyanmalarla birlikte ebeveyn desteği olmadan kendi kendini sakinleştirerek ortalama 8 saat uyuyabileceği, bebek 12 aylık olduğunda ise bu periyodun 10 saate kadar çıktığı belirlenmiştir (80).

Henderson ve ark. tarafından yürütülen ve 26 çalışmanın dahil edildiği bir klinik derlemede ise bebeklerin gece uykusunu sürdürebilme yeteneklerinin en hızlı ilk 2 ay içinde geliştiği, 6 aylık bir bebeğin gece boyunca ortalama 8 saat uyuyabileceği ve gece uyanmalarından sonra bebeğin kendini sakinleştirerek ebeveyn desteğine ihtiyaç duymadan uykuya dalabileceği belirlenmiştir (78).

Gece/gündüz kavramının oluşmasında melatonin hormonunun büyük katkısının olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Melatonin pineal bezden salgılanır ve salınımı hipotalamustaki suprakiazmatik nükleus tarafından düzenlenir. Salınımı karanlık ile tetiklendiği için "karanlık

hormonu" olarak da adlandırılır (81). Melatonin hayatın ilk 3 ayında çok düşük seviyelerde salgılanır ve gece/gündüz seviyeleri arasında bir fark yoktur. 3-6 ay arası melatonin salınımında değişiklikler meydana gelir ve 6. ayda ritmik melatonin salınımı yerleşerek gece salınan melatonin miktarında artış gözlenir. Bebek 1-3 yaşındayken melatonin salınımı en yüksek seviyeye ulaşır ve sonrasında yetişkin düzeylerine inmeye başlar (82). Kennaway ve ark. melatonin ile ilgili yaptığı bir çalışmada; yaşamın ilk 6 haftasında melatoninin çok az salgılandığı ve gece/gündüz arasında fark olmadığı saptanmış, 12 hafta itibariyle melatonin salınımında hem belirgin bir artış hem de gece melatonin salınımında gündüze göre belirgin artış gözlemlendiği belirlenmiştir (83). Arslanoğlu ve ark. anne sütünün uykunun düzenlenmesi üzerine olan etkisini inceledikleri bir çalışmada; anne sütü melatonin miktarının geceleri arttığı ve gündüz saatlerinde tespit edilemeyecek seviyelere düştüğü gösterilmiştir (84). Sadeh tarafından yürütülen bir başka çalışmada da benzer bulgular saptanmış, akşam saatlerinde artan melatonin salgısının bebeklerin gece uykusuna geçişini kolaylaştırdığı ve gece saatlerinde gözlenen melatonin pikinin bebeklerin gece boyu uyumalarını sağladığı gösterilmiştir (85). Bu bilgiler ışığında çocukluk dönemi uyku problemlerinin tedavisinde melatonin hormonu kullanımı tartışılmaya başlanmıştır (86-89).

4.5.2. Uyku Stratejileri

Aileler tarafından pediatristlere en sık danışılan davranışsal problemlerden birisi uyku ile ilgili sorunlar olup çalışmalarda davranışsal müdahalelerin uyku problemlerini çözmede etkili olduğu belirlenmiştir (90). Bu sebeple bebeğin sağlıklı bir uyku uyuması için uyku stratejileri ve uyku öncesi rutinler oldukça önemlidir (45). Buna göre kalıcı bir uyku yeri, uyku öncesi rutinler, uyku belirtilerini takip etmek ve uyku öncesi yatıştırma metotları kullanmak sağlıklı uyku için gerekli stratejilerdir (91).

4.5.2.1. Uyku Zamanı Rutinleri

Uyku zamanı rutinleri, ışıkların kapanmasından önce başlatılan, belirli bir sırayla gerçekleştirilen öngörülebilir ve tekrarlayıcı etkinlikler dizisidir. Bu etkinlikler içerisinde, çocuğun yaşına göre değişmekle birlikte, banyo yaptırmak, masaj yapmak, ninni söylemek, masal okumak, diş fırçalamak vb. yer alır (92). Mindell ve ark. yaptığı bir çalışmada ebeveynleri tarafından uyku zamanı rutini uygulanan bebeklerin daha sağlıklı uyku uyuduğu gözlemlenmiştir (93). Yine Mindell ve ark. 8-18 ay arası bebekler ile yaptığı bir başka çalışmada ise bebeklere uyku zamanı rutini uygulanması ile birkaç gün içerisinde uyku kalitelerinde artış olduğu saptanmıştır (92). Tsai ve ark. 6 aylık 320 bebek ile yaptıkları bir

çalışmada da diğer çalışmalara benzer şekilde düzenli uyku zamanı rutini uygulanan bebeklerin daha uzun ve kesintisiz gece uykusu uyuduğu gözlemlenmiştir (94).

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi uyku problemleri ve uyku problemlerine yönelik tedavilerin incelendiği 52 çalışmayı incelemiş ve uyku zamanı rutinleri uygulanması standart düzeyde önermiştir (95). Bu rutinlere başlamak için bebeğin 6-8 haftalık olmasını beklemek gerekmektedir. Çünkü sosyal gülümsemenin başladığı bu yaşlara kadar bebek uykusu geldiğinde kendiliğinden uyurken, 6-8 haftadan sonra uykuya geçişi kolaylaştıracak yöntemlere ihtiyaç duymaktadır (77).

4.5.2.2. Uyku belirtileri

Uyku belirtileri bebeğin uykusu geldiğinde ortaya çıkar. Uyku belirtileri fark edilen bir bebek vakit kaybetmeden uykuya dalması için yatağına konmalıdır. Bebek kendiliğinden uykuya dalamıyorsa pışpışlama, hafifçe sallama, emzik verme, ninni söyleme gibi sakinleştirici metotlar kullanılabilir. Uyku belirtileri fark edilen bir bebeği uyutmakta gecikmek bebeğin uykuya dalmasını zorlaştıracak ve uykuda kalma süresinin de azalmasına sebep olacaktır (77).

4.5.2.3. Uyku Öncesi Yatıştırma Metotları

Bebeğin sağlıklı bir uyku uyuyabilmesi için huzur içinde uykuya dalması önemlidir. Bunu sağlamak için emzirme, emzik, ninni söyleme gibi bebeği sakinleştirmeye yönelik metotlar kullanılabilir.

Emzirme bebeğin günlük besin ihtiyacını karşıladığı gibi bebeği sakinleştirmede oldukça etkili bir yöntemdir. Açlık için olan emme güçlü, uzun ve yutma daha belirginken, sakinleşmek için olan emmede bebek daha hızlı emer ve emme işlemi kısa sürer. Bebeği sakinleştirmek için bu yöntemin kullanılması önerilmektedir ancak bebeğin emzirme ve uykuya dalmayı birbiri ile ilişkilendirmemesi için dikkatli olmak gerekmektedir (96, 97).

Emzik ile ilgili yapılan çalışmalarda emzik kullanımının bebeğin uykuya geçişini kolaylaştırdığı gösterilmiştir (98).

Sallama ritmik bir hareket olup bebek beşikte veya bir yetişkinin kucağında yavaşça sallanabilir. Bebek tam uykuya dalmadan bu işlem sonlandırılmalı ve bebek yatağına yatırılmalıdır (77).

Hafifçe sarma hayatın ilk 4-5 ayında kullanılabilecek bir sakinleştirme yöntemidir. Bu şekilde bebek kendini anne rahminde gibi hissettiği için daha güvende hisseder. Ancak sarma esnasında gelişimsel kalça displazisine sebep olmamak için bacakların çok sıkı sarılmaması gerekmektedir. Sarmadaki bir diğer amaç da bebeğin kol hareketlerini kısıtlayarak uyanma sayısını azaltmaktır (77).

Masal okuma, ninni söyleme ve geçiş nesnesi kullanma uyku öncesi kullanılabilecek diğer yatıştırma metotlarındandır.

Bu metotlar kullanılırken en fazla 15 dakika süreyle uygulanmalıdır. Bebek buna rağmen uyumazsa yine de yatağına konmalı ve burada uykuya dalması sağlanmalıdır. Aksi halde bebek bu metotları uyku ile ilişkilendirecek ve her uyandığında uykuya tekrardan dalabilmek için bu metotlara ihtiyaç duyacaktır (77).

Tablo 4.4. Çocukların uyku hijyeni için ebeveynlere anlatılması gereken temel ilkeler

Her bebeğin farklı olduğunun bilinmesi ve annenin bebeğini tanıması, onun ipuçlarını yakalayabilmesi
Çocuğun uyku işaretlerine duyarlı olunması
Farklı yaş dönemlerindeki uyku örüntülerinin ailelere anlatılması
Gece gündüz döngüsünün oluşması için sabahları pencerelerin açılıp içeriye ses, ışık ve temiz havanın girmesinin sağlanması
Tutarlı uyku zamanlarının oluşturulması, ancak saate bağlı değil, bebeğin ipuçlarına duyarlı annelik yapılması
Sabahları ve gün içerisinde açık havaya çıkarılması ve fiziksel etkinlik
Sessiz çevre, oda ısısının 21-24 derece arasında tutulması, loş ışık, gece lambasının mutlaka olması gerekiyorsa aşağıda tutulması
Bebeğin yatağına uyur uyanık bırakılması (emen bebeklerde bu öneri gerçekçi olmayabilir, bebek memede uykuya geçebilir)
Uykuya geçiş için sallanma, emme gibi yöntemlerin dikkatli kullanılması (altı aydan sonra rahatlatıcı geçiş nesneleri kullanılması)
İki yaşın altında televizyon (TV) izlettirilmemesi ve iki yaş üzerinde bu sürenin bilgisayar dahil iki saatin altında tutulması

4.6. Bebeklik ve Çocukluk Döneminde Uyku Sorunları ve Bozuklukları

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocukların uykusu ile ilgili bilgiler hekimlere ebeveynler tarafından iletilir. Dolayısıyla ebeveynlerin uyku ile ilgili beklenti ve algısı çocuklarda uyku sorunu varlığının temel belirleyicisidir. Ailelerin beklenti ve algısı ise kültürel

ve çevresel faktörlerin etkisiyle şekillenir. Mindell ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada çocukların %46,4'ünün gece sık uyandığı tespit edilmiş, ancak bu çocukların yalnızca %10,5'inin ailelerinin çocuklarının uykusunu problemli olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (74). Çocuklarda uyku sorunu saptandığında bu durumun davranışsal mı yoksa fizyolojik bir sebepten mi kaynaklandığı tespit edilmeli ve tedavi stratejileri buna göre belirlenmelidir.

Bebeklik, erken çocukluk ve okul öncesi dönemde uyku problemleri ve gece uyanmaları yaklaşık %20-30 sıklıkta görülür (9). Süt çocukları ile yapılan bir başka çalışmada ise uyku problemleri ve gece uyanmalarının %15-20 sıklıkta görüldüğü saptanmıştır (99). Uykuyu başlatmada zorluk, geceleri sık uyanma ve uykuyu tekrar başlatmakta zorluk, sabahları erken veya geç uyanma, gün içerisinde uykuların düzensiz olması veya kısa sürmesi, bir günlük uyku süresinin yaşa göre yetersiz olması ve gündüz uykulu olma çocukluk döneminde sık karşılaşılan uyku sorunlarındandır (12). Bu sorunlar arasında özellikle yaşamın ilk bir yılında hekim başvurusuna en çok sebep olanların uykuya dalma ile ilgili sorunlar ve sık, uzun aile desteği gerektiren gece uyanmaları olduğu görülmüştür (13). Çocuk büyüdükçe gece uyanmaları ile ilgili uyku problemleri azalmakta, gece uyku saatine direnme ve gece korkuları artmaktadır (100).

Uyku bozuklukları kişilerin uykunun kalitesi, süresi ve zamanlaması ile ilgili problem yaşadığı bozukluklardır. Uyku bozuklukları Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD-International Classification of Sleep Disorder) ile sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmanın 3. versiyonu (ICSD-3) 2014 yılında yayınlanmıştır ve Tablo 4.5'de görüldüğü üzere uyku bozuklukları 6 ana başlıkta toplanmaktadır (10).

Tablo 4.5. Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması

1. İnsomniler
2. Uyku ilişkili solunum bozuklukları (Uykuda solunum bozukluları)
3. Aşırı uyku hali ile seyreden (hipersomnolens) santral bozukluklar
4. Sirkadyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları
5. Parasomniler
6. Uyku ilişkili hareket bozuklukları

Mindell ve arkadaşları tarafından hazırlanan Pediatrik Uyku için Klinik Rehber Kitabının 3. baskısında uyku sorunları 2-12 ay, 12 ay-3 yaş, 3-5 yaş, 6-12 yaş ve adolesan dönemde görülen uyku sorunları olarak sınıflandırılmıştır. Bu rehbere göre sık görülen uyku sorunları; 2-12 ay arasında gece uyanmaları ve uyku ilişkili ritmik hareketler, 12 ay-3 yaş

arasında uyku zamanı problemleri, gece uyanmaları ve uyku ilişkili ritmik hareketler, 3-5 yaş arasında ise gece korkuları, uyku zamanı problemleri, tıkayıcı uyku apnesi ve gece terörüdür (12). Bu problemlerden uyku zamanı problemleri ve gece uyanmaları uluslararası uyku bozuklukları sınıflandırması-3'te tek bir başlık altında toplanarak çocukluk çağının davranışsal insomnisi olarak incelenirken, gece korkuları ve gece terörü ise parasomniler başlığı içerisinde incelenmiştir (10).

ICSD-3 sınıflamasına göre çocukluk çağında en sık görülenler uyku bozuklukları; çocukluk çağının davranışsal insomnisi, parasomniler, uykuya bağlı hareket bozuklukları ve tıkayıcı uyku apne sendromudur (69).

4.6.1. Çocukluk Çağının Davranışsal İnsomnisi

Çocukluk çağının davranışsal insomnisi çocukluk çağının en sık görülen insomnisi olup %20-30 sıklıkta gözlenir (11). Uykunun başlatılması, süresi, devam ettirilmesi veya kalitesinde tekrarlayan zorluk yaşanması olarak tanımlanmaktadır. Uygunsuz uyku eğitimi ve ebeveyn kaynaklı uygunsuz sınır koyma sebepli olabileceği düşünülmektedir. Üç alt gruba ayrılır; 1) uyku başlangıcı ilişkili tip, 2) sınır koyma ve davranışı yönetme ile ilişkili tip ve 3) kombine tip (101). Her üç alt tipte de birincil zorluk bebeğin tek başına uykuyu başlatamamasıdır (11).

4.6.1.1. Uyku Başlangıcı İlişkili Tip

Çocukluk çağının davranışsal insomnisinin en sık formu uyku başlangıcı ile ilgili olan alt tipidir. Çocuklar uykuyu başlatabilmek için pozitif uyku bağlantıları (parmak emme, bir nesneye sarılma, uyku arkadaşı vb.) veya başka bir kişiye bağlı negatif uyku davranışlarına (biberon emmek, sallanmak, kucakta uyutmak vb.) ihtiyaç duyarlar (102). Bu alt tipte bebek uykuyu başlatmak için negatif uyku bağlantılarına (sallanma, emzirilme vb.) ihtiyaç duyar ve hem uyku başlangıç süresi uzar hem de gece uyanma sıklığı artar.

4.6.1.2. Sınır Koyma ve Davranışı Yönetme İle İlgili Tip

Gece yatma saati ile ilgili söz geçirememe ve buna bağlı olarak gelişen kısa uyku süresi ile karakterizedir. Sıklıkla okul öncesi ve daha büyük çocuklarda görülür. Çocuk uyku saati geldiğinde ve gece uyanmalarını takiben yatağa girmek konusunda direnç gösterir. Daha fazla masal dinlemek, banyo yapmak vs gibi sebepler ile uyku zamanını geciktirmek ister. Uykuya daldıktan sonra ise sık uyanma gözlenmez ve uyku kaliteleri genelde normaldir (10).

4.6.1.3. Kombine Tip

Uyku başlangıcı ile ilişkili tip ile sınır koyma ile ilişkili tip bir arada görülür. Çocuk hem uykuyu başlatmak için negatif uyku bağlantılarına ihtiyaç duyar hem de uyku zamanı yatağa girmeyi reddeder (103).

Çocukluk çağının davranışsal insomnisinin tedavisinde ilk seçenek davranışsal tedavilerdir. Bu amaçla uyku ile ilgili pozitif uyku bağlantıları geliştirmek, uyku ile ilişkili rutinler oluşturmak ve rahatlama becerilerinin uygulanması önerilmektedir (104).

4.6.2. Parasomniler

ICSD-3, parasomnileri uyku başlangıcında, uyku esnasında veya uyanırken meydana gelen istenmeyen fiziksel olay ve deneyimler olarak tanımlar. Parasomniler ortaya çıktıkları uyku evresine göre; NREM ilişkili uyku bozuklukları (konfüzyonel uyanma, gece terörü, uykuda yürüme), REM ilişkili uyku bozuklukları (kabuslar, REM ilişkili davranış bozuklukları, tekrarlayıcı izole uyku paralizi) ve diğerleri (uyku ilişkili halüsinasyonlar, enürezis) şeklinde sınıflandırılmıştır (10).

4.6.2.1. NREM İlişkili Uyku Bozuklukları

Aruosal (Uyanma) Bozuklukları: Uyku başlatıldıktan sonraki ilk 1 saat içerisinde NREM evre 3-4'ten REM evresine geçiş aşamasında görülür. Çoğunlukla benign olaylardır ve prevelansı %17 civarıdır (105). Ergen lik ile birlikte ortadan kalkan bu bozukluk esas olarak çocukluk çağının uyku bozukluğudur. Uyku terörü, uyurgezerlik, konfüzyonel uyanmalar ve uykuda konuşma bu sınıfta gruplanmaktadır (10).

Parasomnilerin en hafif tipi konfüzyonel uyanmalardır. Uyanma esnasında meydana gelen tekrarlayıcı mental konfüzyon ve konfüzyonel davranışlar şeklinde görülmektedir (10). Gecenin ilk 1/3'lük kısmında meydana gelir (106). Çocuk yatakta oturur, bağırma, inleme, yürüme ve ajite davranışlar görülebilir.

Uyurgezerlik ise yataktan kalkma ve yürüme gibi ani motor aktivitelerin görüldüğü bir bozukluktur. Hareketler amaçsız ancak organizedi ve gecenin ilk 1/3lük kısmında görülür. Kişi bu sırada uyku halindedir ve yaşananları hatırlamaz (107). Çocuklarda sıklığı %2-14 olarak bildirilmekte olup en sık 11-12 yaş civarında görülür (108).

Uyku terörü uykunun ilk saatlerinde yüksek sesli bir çığlık ya da ağlamayla başlayan aşırı korku davranışının eşlik ettiği ataklardır (109). Uyku terörü yaşayan çocuğun yüzünde korku ifadesi vardır ve terleme ile çarpıntı eşlik edebilir. Ataktan uyandırıldığında bilinç bulanıklığı, atak sırasında hafıza kaybı veya tehlikeli davranışlar eşlik eder. Çocuğun anne ve babasını tanıması birkaç dakika sürer. Sıklığı %1-6 olup, çoğunlukla 5-7 yaş arası çocuklarda görülür. Ayırıcı tanıda epilepsi mutlaka düşünülmelidir (105).

4.6.2.2. REM İlişkili Parasomniler

Kişi REM ilişkili parasomniden kolayca uyanır ve olayı hatırlar. Olay sonrası uyanma eşiği düşüktür. Çoğunlukla sabaha karşı görülür (109).

REM uykusu davranış bozukluğu, normalde REM uykusunda olması gereken kas atonisinin kaybı ve görülen rüyanın içeriği ile ilişkili olarak ortaya çıkan kompleks motor aktivite ile karakterizedir. Çocuklarda nadir görülmesi altta yatan hastalıklar açısından değerlendirilmesini gerekir (109).

Kabus bozukluğu: Uykunun ikinci yarısında dış uyaran olmaksızın uyanmaya sebep olan dehşet verici rüyalar ile karakterize ataklardır. 3-6 yaş arası çocuklarda sık görülür. Rüya içeriği hatırlanır (110). Adolesan dönemden sonra görülme sıklığı azalımaktadır. Levin ve Fireman tarafından yapılan bir çalışmada yetişkinlerin %85'inin son 1 yıl içinde, %2-6'sının ise haftalık kabus gördüğü bulunmuştur (111).

4.6.3. Uykuyla İlişkili Solunum Bozuklukları

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları horlama, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) ve santral apne olarak sınıflandırılır. Çocuklarda horlama sıklığı %3-12, OSAS sıklığı %1-3 olarak bildirilmektedir (112).

4.6.3.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS)

Uyku esnasında üst havayolunun kısmi veya tam obstrüksyonu sebebiyle ventilasyon ve uyku paterninin bozulmasına neden olan bir durumdur. Prevelansı %2 olup en sık okul öncesi çocuklarda rastlanır. Hastanın kliniğinde nefes almada zorlanma, horlama, apne, ajitasyon, gün içerisinde uyku hali, yorgunluk görülür. Tedavi edilmemesi durumunda büyüme geriliği,

öğrenme problemleri, dikkat eksikliği gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Tanıda altın standart polisomnografidir (109).

4.6.3.2. Santral Apne

Uyku sırasında üst hava yollarında tıkanıklık olmadan gelişen apnelerden oluşur. Solunumun santral kontrolünde veya solunum mekaniğinde bozulma ile gelişir. Obstrüktif apneden ayrımı solunum çabasının olmamasıyla yapılır. Tanı için polisomnografi gerekir. Hiperkapnik ve non-hiperkapnik formu bulunur. Etiyolojide intrakraniyal patolojiler, respiratuar kas zayıflığına sebep olan nörolojik hastalıklar bulunmaktadır (109).

4.6.4. Uykuyla İlişkili Hareket Bozuklukları

4.6.4.1. Huzursuz Bacak Sendromu

Genellikle akşamları ve uzun süreli hareketsizlik sonucu ortaya çıkan bacaklarda rahatsızlık verici bir his olarak tanımlanır (10). Akşam saatlerinde ve uykuda başlar; karıncalanma, batma veya ağrı şeklinde tariflenir. Hareket, ekstremiteyi germe veya ovma kişeye rahatsızlık veren hissin kısmen geçmesini sağlar. Çocuklarda %2 civarında görülür ve hastaların %70'inin ebeveynlerinden birinde de benzer şikayetler görülmektedir (113).

4.6.4.2. Uyku İlişkili Ritmik Ekstremite Hareket Bozukluğu

Genellikle çocuklarda görülür. Büyük kas gruplarında ritmik tekrarlayıcı hareketlerin görüldüğü bir durumdur. Çocuğun uykusunu olumsuz etkilemesi ve gündüz işlevlerini bozması durumunda uyku bozukluğu olarak adlandırılır. Hayatın ilk 9 ayında görülme sıklığı %60 iken yaş ilerledikçe kendiliğinden gerileyerek dört yaşına gelenlerin %8'inde görülür. Tedavi gerektirmeyen bir bozukluk olmakla birlikte 3 yaşından sonra devam etmesi halinde nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme önerilir (102).

4.7. Bebek ve Çocuklarda Uyku Sorunları İçin Risk Faktörleri

Bebeklik döneminde uyku problemlerinin oluşmasında sağlıkla ilgili etmenlerin etkisi olduğu gibi çevresel ve davranışsal etmenlerin de büyük etkisi vardır (14).

4.7.1. Çevresel ve Davranışsal Etmenler

İlk defa bebek sahibi olacak aileler tecrübesiz olmanın verdiği tedirginlik nedeni ile bebekleri ile daha çok vakit geçirmek isterler ve bebek her huzursuzlandığında bebeği yatıştırmaya çalışırlar. Bunun bir sonucu olarak bebek kendi kendini yatıştırmayı öğrenemez ve uykuya dalma esnasında ve gece her uyandığında ebeveyn desteğine ihtiyaç duyar (114).

Ebeveyn müdahaleleri de bebeklerde uyku sorununa sebep olabilmektedir. Ebeveyn yatağında ve ebeveyn odasında yatmak tek başına bir risk faktörüdür. Bebeği ile aynı odayı ve/veya yatağı paylaşan ebeveyn bebeğin en ufak bir hareketinde ve sesinde bebeğe müdahale eder, bu durumda bebek kendini avutmayı öğrenemez ve uykuya geri dalabilmek için ebeveyn desteğine ihtiyaç duyar. Bebeği ile aynı odayı ve/veya aynı yatağı paylaşan annelerin bebeklerinin gece daha kısa uyuduğu ve daha çok uyandığı görülmüştür (115).

Bebeğin uyuduğu odada televizyon bulunması da uyku sorunu açısından risk faktörüdür. Bathory ve ark. yaptığı bir çalışmada; uyuduğu odada televizyon olan bebeklerin diğer bebeklere oranla gündüz ve gece uyku sürelerinin daha az olduğu görülmüştür (116).

Tatile çıkmak, aileden birinin kaybı, aileye yeni bir üyenin dahil olması gibi ailesel değişiklikler de bebeklerde uyku problemlerine neden olabilir (77).

4.7.2. Bebeğin Sağlık Durumu ile İlgili Etmenler

Çocuklarda enfeksiyonlar, infantil kolik, atopik dermatit ve gastroözofageal reflü hastalığı gibi sağlık sorunları uyku sorunları için birer risk faktörüdür. İnfantil kolikli bebekler gece uykuya zor daldıkları ve kolik nedeniyle gece uykudan sık uyandıkları için uyku problemleri yaşarlar (117). Benzer şekilde, kulak enfeksiyonu olan çocuklar gece ağrı ve huzursuzluktan dolayı sık uyanırlar ve uykuya geri dalabilmek için ebeveynlerinin desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu çocukların kulak enfeksiyonu iyileştikten sonra da aile tarafından sakinleştirilmeye alıştıkları için uyku sorunu yaşadıkları gözlemlenmiştir. Gastroözofageal reflü hastalığı bebeklerde regürjitasyon olarak görülen ve kendini sınırlayan benign seyirli bir hastalık olmakla birlikte bebeklerde uyku sorunlarına neden olabilir (77). Atopik dermatitli bebekte kaşıntılar özellikle REM uykusu döneminde artar. Bebek gece boyunca konforlu bir uyku uyuyamaz ve bu nedenle sabah uyanmakta zorlanır ve gün boyu uykulu olur (118).

4.7.3. Ebeveyn Sağlık Durumu ile İlgili Etmenler

Doğum sonrası depresyon, bebeklerin büyümesini ve motor ve bilişsel gelişimini olumsuz etkilediği gibi bebeklerin uyku problemleri yaşamasına da neden olur (22). Brezilya'da yürütülen ve 397 annenin dahil edildiği bir çalışmada doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinin diğer bebeklere kıyasla gece daha az uyudukları ve daha sık uyandıkları görülmüştür (119). Başka bir çalışmada da benzer şekilde doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinin diğerlerine kıyaslandığında daha sorunlu uykuya sahip oldukları görülmüştür (120).

4.8. Uyku Bozukluklarının Tanısı

4.8.1. Öykü

Hekimliğin bütün alanlarında olduğu gibi uyku bozukluklarının tanımlanmasında da öncelikle iyi bir öykü almak gerekir. Amerikan Pediatri Akademisi birincil sağlık hizmeti sunan pediatri hekimlerine; yatmadan önce uykuya dalma zorluğu, gece boyunca uyanma, uyku sırasında horlama, sabah uyanma zorluğu ve gündüz uykululuk hali gibi uyku ile ilgili çeşitli soruları çocuk izlemi vizitlerine dahil etmelerini önermektedir. Dünyada bu soruların İngilizce akronimi olan "BEARS" akronimi geliştirilmiş ve günlük pratikte kullanılması önerilmiştir (121). Ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer soruların birincil bakım hizmeti veren pediatristler tarafından hatırlanması için "UYKU" akronimi geliştirilmiş olup çocuk sağlığı izlemleri sırasında kullanılması önerilmiştir (122). Bu akronimde "**U:** Sabah Uyanma vakti, **Y:** Gece Yatma vakti, **K:** Gündüz Kestirme sayı ve süresi, **U:** Gece Uyanma sayısı" olarak sorulmaktadır. Horlama ise ayrıca sorulmaktadır.

4.8.2. Uyku Günlükleri ve Anketler

Çocuklarda uyku değerlendirilmesi için birçok farklı test kullanılabilir. İlk iki yaşta uyku değerlendirmesinde kullanılan anketler uyku ortamı ve bebeği sakinleştirme konularında yoğunlaşırken, iki yaşından büyük çocuklarda uyku-uyanıklık örüntüsü, uyku hijyeni ve duygusal iyilik hali ile ilgili sorular sorulur (123).

Uyku günlükleri uyku-uyanıklık durumunun günlük değerlendirilmesini sağlar. Uyku günlüklerinde uyuma-uyanma saatleri, yatağa girdikten sonra uykuya dalma süresi, gece uyanmalarının sayısı ve süresi ile gündüz uykuları not edilir. Yapılan çalışmalar 3 günlük uyku

günlüğü tutmanın uyku-uyanıklık ilişkisini belirlemede yeterli olduğunu göstermiştir (124). Uyku anketleri ise haftalık veya aylık uyku düzeni hakkında bilgi verir.

Çocukluk çağında uyku değerlendirmesinde kullanılabilecek birçok anket vardır. 0-36 ay arası bebeklerde uyku değerlendirmesinde en çok kullanılan anket ise Sadeh tarafından hazırlanan *BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire)* anketidir. Bu anketin güvenilirliği aktigrafi ve uyku günlükleri ile desteklenmiştir. Ankette gece uyku süresi, gündüz uyku süresi, gece uyanma sayısı, gece uyanık kalma süresi, gece uykuya dalma saati, gece uyku rutininin başlama saati, uyutma yöntemi, uyku yeri, uyku pozisyonu, bebeğin yaşı, bebeğin cinsiyeti, doğum sırası ve anketi dolduran kişinin rolü (anne, baba vs.) olacak şekilde 13 soru vardır (125). İlerleyen senelerde bu sorulara bebeğin gece-gündüz uyku paterni, uyku ile ilişkili davranışları ve uyku zamanı rutinleri ile çeşitli ebeveyn müdahalelerini içeren sorular da eklenerek *expanded-BISQ* anketi oluşturulmuştur (126). Bu anket Boran ve ark. tarafından "Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi" adı ile Türkçeye çevrilmiş ve anketin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (127).

4.8.3. Aktigrafi

Aktigrafi, yetişkinlerde ve büyük çocuklarda baskın olmayan el bileğine, bebeklerde ise ayak bileğine veya baldıra takılan, uyku-uyanıklık örüntüsünü kaydetmeye yarayan non-invazif saat şeklinde bir cihazdır. Bu cihaz hareketi uyanıklık ve hareketsizliği uyku hali olarak değerlendirecek şekilde tasarlanmıştır. Bu cihazlar ayarlamaya göre 15-30 sn ve 60 sn aralığındaki hareket sayısını kaydederek belirlenmiş formüle göre hesaplama yapar ve eşik değer üzerindeki hareket sayısının tespiti uyanıklık olarak değerlendirilir. Veriler USB bağlantısı ve bir bilgisayar programı sayesinde dijital ortama aktarılır (128).

Bu cihaz ile sağlıklı çocukların uyku-uyanıklık döngüsü, uyku bozukluğu olup tedavi alan çocukların tedaviye yanıtı, insomni ve sirkadyen ritim bozuklukları gibi uyku bozuklukları tespit edilebilir (109). Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından 2005 yılında yayımlanan rehberde cihazın nasıl kullanılabileceğine dair yönlendirmeler yer almaktadır (129).

4.8.4. Multiple Uyku Latans Testi

Hipersomni ve narkolepsi tanısında kullanılan bir testtir. Yeterli gece uykusundan sonraki gün 2 saat aralıklarla sessiz ve karanlık bir odada 4-6 test yapılır. Uykuya dalma süresi ve bu kayıt sırasında REM uykusu görülüp görülmediği değerlendirilir. Yapılan ölçümlerin ortalaması alınarak hesaplanan uykuya dalma süresi 8 dakikanın altında bulunursa aşırı uykululuk olarak kabul edilir (109).

4.8.5. Polisomnografi

Uyku bozukluklarının tanısında ve tedavi değerlendirilmesinde altın standarttır. Bu yöntem ile elektromiyografi, elektrookülografi, elektroensefalografi, elektrokardiyografi, solunum eforu kaydı, ağız ve burundan hava giriş çıkış kaydı, solunum gazları değişimi, kol ve bacaklardaki kasların aktivitesinin kayıtları tutulur ve bütün veriler ile uyku değerlendirilmesi yapılır (130). Narkolepsi, obstrüktif uyku apne sendromu, periyodik ekstremite hareketleri, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılır (131). Çocuklarda polisomnografi kullanımı çocuğun farklı bir ortamda uyuması, maliyet ve az sayıda uyku laboratuvarı olması nedeniyle kısıtlıdır.

4.9. Doğum Sonrası Dönemde Ebeveynde Gözlenen Uyku Sorunları

Yetişkinlerde görülen uyku bozuklukları Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması-3'te insomni, hipersomni, parasomniler, sirkadyen ritim ile ilişkili uyku uyanıklık bozuklukları, uyku ilişkili hareket bozuklukları, uyku ilişkili solunum bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olmak olmak üzere 7 grupta incelenmektedir (10). Bu bozukluklar içerisinde insomni, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları içerisinde yer alan tıkayıcı uyku apne sendromu ve uyku ile ilişkili hareket bozuklukları içerisinde yer alan huzursuz bacak sendromu en sık görülen uyku bozukluklarıdır (132). McArdle ve ark. yaptığı bir çalışmada genç yetişkinlerde en az bir adet uyku bozukluğu görülme sıklığının kadınlarda %41 ve erkeklerde %42,3 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışma kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen uyku bozukluklarının insomni ve tıkayıcı uyku apne sendromu olduğunu göstermiştir. İnsomnia sıklığı kadınlarda %19,3, erkeklerde %10,6 iken tıkayıcı uyku apne sendromu sıklığı kadınlarda %14,9 ve erkeklerde %26,9 bulunmuştur (132). McArdle ve ark. yaptığı başka bir çalışmada ise orta yaş yetişkinlerde en az bir adet uyku bozukluğu görülme sıklığının kadınlarda %36,9 ve erkeklerde %51,6 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışma kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen uyku bozukluklarının insomni ve tıkayıcı uyku apne sendromu olduğunu göstermiştir. İnsomnia

sıklığı kadınlarda %11,5, erkeklerde %3,7 iken tıkayıcı uyku apne sendromu sıklığı kadınlarda %18,5 ve erkeklerde %41,2 bulunmuştur (133).

Uyku kalitesi, kişinin yeterli bir gece uykusu uyuduktan sonra kendini zinde ve yeni güne hazır hissetmesidir (134). Uyku kalitesi değerlendirilirken uykuya dalma hızı, uyku süresi, gece uyanma sayısı, uykunun derinliği ve dinlendiriciliği göz önüne alınmaktadır (135).

Doğum sonrası dönemde annenin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda uyku problemlerinin bu faktörlerin içinde en sık rastlananlardan biri olduğu tespit edilmiştir (16, 17). Doğum sonrası dönemde uyku sorunu gelişimine neden olabilecek etkenlerin araştırıldığı çalışmalarda; kötü doğum deneyiminin, bebek bakımının, bebeğin uyku düzeninin ve evlilikle ilgili sorunların uyku kalitesini etkileyebilecek risk faktörleri olduğu görülmüştür (18-20).

Erçel ve ark. tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada; doğum sonrası kadınların PUKİ puan ortalamasının kontrol grubu kadınların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu yani uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir (134). Dünya literatüründe de doğum sonrası kadınların uyku kalitesinin kötü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (136-139).

Doğum sonrası dönemdeki çalışmalar çoğunlukla anneler ile yapılmış olsa da son yıllarda babaların değerlendirildiği çalışmalar da yapılmaktadır. Cattariun ve Schlarb'ın 69 evli çift ile yürüttükleri bir çalışmada doğum sonrası dönemdeki annelerin %54,7'sinin, babaların ise %24,6'sının kötü uyuyan olduğu tespit edilmiştir (17). Amerika'da yürütülen bir çalışmada doğum sonrası dönemde olan çiftler ile çocuk sahibi olmayan çiftlerin uyku kalitesi karşılaştırılmış ve doğum sonrası dönemdeki anne ve babaların çocuğu olmayan ebeveynlere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (140).

4.10. Depresyon

Depresyon insanın duyguları, düşünceleri ve günlük aktiviteleri üzerinde etkili olan bir duygudurum bozukluğudur. Depresyonun duygusal ve bilişsel alanlarla ilgili birçok belirtisi vardır. Kişide üzüntü, bunaltı; düşünce, konuşma ve fizyolojik isteklerde yavaşlama ve bunların yanı sıra değersiz ve kötü hissetme görülebilir (141). Depresif bozukluk tanısı koymak ve doğru bir sınıflandırma yapabilmek için dünya genelinde *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-V) kriterleri kullanılır.

DSM-V e göre depresif bozukluklar 8 alt grupta incelenir:

1. Majör Depresif Bozukluklar
2. Distimik Bozukluk
3. Yıkıcı Duygu Durumu Düzenleyememe Bozukluğu
4. Premenstrüel Disforik Bozukluk
5. Madde/İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk
6. Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk
7. Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk
8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Dünya Sağlık Örgütünün 2015 yılı verilerine göre depresyon dünya nüfusunun %4,4'ünü etkileyen bir ruh sağlığı bozukluğudur. Depresyon yaygınlığı kadınlarda %5,1, erkeklerde %3,6 olup yaşam boyu hastalanma riski kadınlarda %20-26, erkeklerde ise %8-12 olarak bulunmuştur (142). Bir metaanaliz çalışmasında 1994-2014 yılları arasında depresyon üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, hayat boyu depresyon sıklığı %10,2 olarak bulunmuştur (143). Bromet ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada ise; yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde yaşam boyu depresyon görülme sıklığı %14,6, düşük-orta gelirli ülkelerde ise %11,1 bulunmuştur (144). İspanya'da yapılan bir çalışmada majör depressif bozukluk sıklığının %29'luk bir oran ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en sık ruh sağlığı bozukluğu olduğu görülmüştür (145). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yürütülen Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması'na göre Türkiye'de depresyon bozukluğu yaygınlığı %9,3'tür. Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında görülme sıklığının ise kadınlarda %13,1 ve erkeklerde %5 olduğu saptanmıştır (146). Kadın popülasyon içerisinde 18-44 yaş arasında, gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde depresyon görülme riskinin arttığı gözlenmektedir (147).

Depresyonun her 5 kişiden birini etkilediği göz önüne alınarak Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi tarafından birinci basamakta *Patient Health Questionnaires-2 (PHQ-2)* anketi ile depresyon taraması yapılması önerilmiştir.

Depresyon gelişimi açısından risk faktörleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, aile öyküsü ve sosyoekonomik düzeydir. Yapılan çalışmalar kadınlarda depresyon görülme ihtimalinin erkeklere oranla daha fazla olduğunu göstermektedir (143, 144, 148). Çalışmalarda 18-50 yaş arasında depresyon görülme sıklığında diğer yaşlara oranla artış olduğu saptanmıştır (149). Ayrı

yaşayan ya da boşanmış kişilerin evli olanlara göre depresyon açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir (150, 151).

Birçok yaygın hastalık için genetik analizler ile risk lokusları belirlenmiş olmakla birlikte depresyonun genetik geçişi ile ilgili çalışmalar hala devam etmektedir (152, 153). Sullivan ve ark. tarafından yapılan bir metaanalizde; depresyonu olan kişilerin birinci derece akrabalarında depresyon görülme riskinin 2,84 kat arttığı ve depresyonun %37 kalıtsal geçişli olduğu tespit edilmiştir (154). İsveç merkezli yürütülen ve 42 161 ikizin dahil edildiği bir çalışmada ise depresyonun %38 oranda kalıtsal geçişli olduğu tespit edilmiştir (155).

Yapılan çalışmalar sosyoekonomik durum ile depresyon arasında da korelasyon olduğunu göstermektedir. Çalışmalara göre sosyoekonomik durumu daha düşük olan kişilerde depresyon görülme ihtimali daha fazladır (156-158).

4.10.1. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası görülen en sık komplikasyonlardan biri olan doğum sonrası depresyon tedavi edilebilir bir mental bozukluktur. DSM-V doğum sonrası depresyonu, gebelik döneminde veya doğumdan sonraki ilk bir ay içinde meydana gelen majör depresyon olarak tanımlar. Ancak yapılan birçok çalışmada ve klinik pratikte bu süre, doğumdan sonraki ilk bir yıllık zaman olarak da kabul edilebilir (159).

Doğum sonrası depresyonun klinik belirtileri arasında uyku bozuklukları, anksiyete, sinirlilik, bunalmışlık hissi, bebeğin sağlığının ve beslenmesinin takıntı haline getirilmesi ve bebeğe zarar verme endişesi yer alır (160).

Doğum sonrası depresyon sıklığı taranan popülasyonun özelliklerine, örneklem genişliğine, metodolojik yöntemler ve tanı araçlarına göre değişiklik gösterir. Öz değerlendirme ölçeği ile yapılan çalışmalarda doğum sonrası depresyon sıklığının gelişmiş ülkelerde %1,9 ile %82,1 ve gelişmekte olan ülkelerde %5,2 ile %74 arasında değiştiği görülmüştür (21).

Doğum sonrası depresyon sıklığı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar da mevcuttur. Ayvaz ve ark. Trabzon il merkezinde yürüttükleri bir çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığı %28,1 bulunmuştur (161). Samsun il merkezinde yürütülen bir başka çalışmada ise doğum sonrası depresyon görülme sıklığı %23,1 olarak bulunmuştur (162). Manisa'da yürütülen başka bir çalışmada ise doğum sonrası depresyon sıklığı %14 bulunmuştur (163).

Doğum sonrası depresyon için risk faktörleri ile ilgili bir metaanalizde; aile içi şiddet, istismar, göçmenlik, gestasyonel diyabet, sezaryen doğum, depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olmak, obezite, doğum sonrası yetersiz uyku, olumsuz doğum deneyimi, D vitamini eksikliği ve doğum sonrası anemi doğum sonrası depresyon riskinde artışa neden olabilecek faktörler olarak tespit edilmiştir (164). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sosyal destek alamayan annelerde alanlara göre doğum sonrası depresyon görülme riskinin 2,9 kat arttığı, annenin depresyon öyküsü varsa riskin 4,8 kat arttığı, annenin ailesinde depresyon öyküsü olması durumunda ise riskin 2,8 kat arttığı tespit edilmiştir (162). Ülkemizde yürütülen bir metaanaliz çalışmasında; annede ya da annenin ailesinde depresyon hikayesi olması, plansız gebelik, ekonomik durum ve çok çocuğa sahip olmak doğum sonrası depresyon için risk faktörleri olarak bulunmuştur (165). Orhon ve ark. tarafından yürütülen bir başka çalışmada da Türkiye ve dünya literatürü ile benzer şekilde annede daha önce psikiyatrik bozukluk olması, gebelikte ve doğum esnasında yaşanan kötü tecrübeler ve bebeğin sağlık problemlerinin olması annede artmış doğum sonrası depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur (166).

Doğum sonrası depresyonun anneler ve bebekler üzerinde çeşitli etkileri vardır. Yirmi çalışmanın değerlendirildiği bir derleme çalışmada annesinde doğum sonrası depresyon olan bebeklerin hayatlarının ilk bir yılında yaşıtlarına göre daha zayıf ve kısa olduğu bildirilmiştir (24). Bir başka derleme çalışmada ise doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerini emzirme konusunda daha isteksiz olduğu saptanmıştır (23). Slomian ve arkadaşlarının yaptığı bir derlemede doğum sonrası depresyonun anne üzerine, bebek üzerine ve anne-bebek ilişkisi üzerine etkileri ayrı ayrı incelenmiş olup postpartum depresyonu olan anne grubunda her üç kategoride de etkilenimin olumsuz yönde olduğu saptanmıştır. Tablo 4.6'de olumsuz etkilenen parametreler özetlenmiştir (22).

Tablo 4.6. Doğum sonrası depresyonun anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri

Anne	**Bebek**	**Anne-Bebek ilişkisi**
Duygu durum	Kilo alma	Anne-bebek bağlanması
Özgüven	Boy uzaması	Bebek-anne bağlanması
Hayat kalitesi	Uyku problemleri	Emzirme
Sosyal ilişkiler	Bilişsel/motor gelişim	Ebeveyn bakımı
Partner İlişkisi	Dil gelişimi	Bebeğin sağlık kontrolleri
	Duygusal/sosyal/davranışsal gelişim	Annenin kendini ebeveyn olarak yeterli görmesi

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; doğum sonrası depresyon tanısı alan annelerin bebeklerini diğerlerine göre daha az emzirdiği görülmüştür (167). Bir başka çalışmada ise doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (168).

Doğum sonrası depresyonun bebeğin uykusu üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda annesinde doğum sonrası depresyon olan bebeklerin 6-9 aylık oldukları dönemde daha sık uyku problemi yaşadığı saptanmıştır (34, 120, 169, 170).

Doğum sonrası depresyon ile ilgili çalışmalar çoğunlukla anneler ile yapılmıştır. Ancak son yıllarda babaların çocuk bakımına daha çok dahil olması ile birlikte babalarda doğum sonrası depresyon da araştırmaların konusu olmuştur (29). Goodman ve ark. tarafından yapılan bir derlemede doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde babalarda doğum sonrası depresyon sıklığının %1,2 ile %25,5 arasında değiştiği görülmüştür (171). Paulson ve ark. tarafından yürütülen bir başka metaanalizde ise doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde babalarda depresyon sıklığının %10,4 olduğu görülmüştür (172). 1992-2018 yılları arasında yayınlanmış 47 çalışmanın incelendiği bir başka metaanalizde ise doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde babalarda doğum sonrası depresyon sıklığının %8,75 olduğu bildirilmiştir (29). Yaş, eğitim durumu, etnik köken, evlilik durumu, sosyal destek, bebeğin cinsiyeti ve babada daha önce depresyon tanısı olması gibi risk faktörlerinin babada doğum sonrası depresyon gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir (173).

Doğum sonrası depresyon, görülme sıklığı ve anne/bebek üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, tanı konması ve uygun zamanda uygun tedavi düzenlenmesi önemli olan bir sağlık sorunudur. Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği doğum yapan kadınların depresif bozukluk açısından taranmasını önermektedir. Bunun için hastalara önce *PHQ-2* anketi yapılır ve anket skoru 3 ve üzeri ise Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Skalası ile ileri değerlendirme yapılarak varsa depresif bozukluk tanısı konur. Depresif bozukluk tanısı konan kadınlar takip ve tedavinin başlatılması için psikiyatriye yönlendirilmelidir (174, 175). Tedavi ile ilgili yapılan çalışmalarda öncelikle öz bakımın arttırılması, düzenli uyku uyunması, egzersiz, psikososyal destek gibi farmakolojik olmayan tedaviler önerilir. Çalışmalar bu tedavilerin yeterli gelmediği durumlarda antidepresan tedavilerin uygulanmasını önermektedir (25, 176, 177).

4.11. Anksiyete

Korkuya benzer bir duygu olan anksiyete, hayatta kalmaya yönelik bir savunma mekanizması olarak tanımlanabilir. Bu mekanizmanın gereğinden fazla aktive olması ise patolojiye sebep olmaktadır. Anksiyetenin süresine, şiddetine ve kişinin işlevselliği üzerine olan etkilerine göre patolojik olup olmadığı belirlenir (141).

Anksiyete bozuklukları genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı %28,8 olan en yaygın psikiyatrik bozukluklardandır. DSM-V'e göre yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), panik bozukluk, fobik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu olmak üzere 4 alt kategoride sınıflandırılmıştır (178).

4.11.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Kişide sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumunun var olması yaygın anksiyete bozukluğu olarak tanımlanır. YAB'da aşırı endişe ve kaygı genellikle aile, sağlık, para veya iş gibi konularla ilgilidir. Genel popülasyonda hayat boyu prevelansı %5 olan YAB, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülür (178). Kessler ve ark. yürüttüğü ve 9282 yetişkinin değerlendirildiği bir çalışmada hayat boyu YAB sıklığı %6,2, kadın erkek oranı 2,6:1 bulunmuştur (179). Alonso ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada ise hayat boyu YAB sıklığı %2,8 olarak bulunmuştur (180). 26 ülkeden 147 261 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise hayat boyu YAB sıklığının ülkeler arası %1-8 arasında değiştiği, sıklığın düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde %1,6, orta gelir seviyesine sahip ülkelerde %2,8 ve yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde %5 olduğu bulunmuştur (181).

Hamile kadınlarda ve doğum sonrası periyotta özellikle ilk 12 ayda, YAB prevalansında genel popülasyona oranla belirgin bir artış görülür. Hamile kadınlarda prevalans %8,5 iken postpartum periyotta %4,4 ile %8,2 arasında değişiklik gösterir (178, 182). 102 araştırmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında doğumdan sonraki ilk altı ayda YAB görülme sıklığı %5,7, 6 aydan sonraki dönemde ise %4,2 olarak bulunmuştur (183). Boran ve ark. yürüttüğü 6-36 ay arası bebeği olan 2057 annenin dahil edildiği bir çalışmada annelerdeki YAB sıklığı %17 olarak bulunmuştur (184).

Doğum sonrası anksiyete annelerde olduğu gibi babalarda da görülmektedir. 1995-2020 yılları arasında yayınlanan 23 çalışmanın incelendiği bir metaanalizde babalarda doğum sonrası anksiyete görülme sıklığı %11,7 bulunmuştur (185).

Doğum sonrası anksiyete gelişme riskini arttıran faktörlerin incelendiği bir çalışmada; erken yaşta anne olma, yüksek eğitim seviyesine sahip olma ve doğum sonrası çalışan anne olma gibi sosyodemografik özelliklerin doğum sonrası anksiyete riskini arttırdığı görülmüştür (186). Paul ve ark. 1123 anne ile yaptıkları bir çalışmada ilk doğum ve sezeryan doğumun doğum sonrası anksiyete riskini arttırdığı belirlenmiştir (187). Bell ve ark. yaptığı bir çalışmada ise kötü doğum deneyimi ve düşük sosyal desteğin doğum sonrası anksiyete riskini arttırdığı belirlenmiştir (188).

Doğum sonrası yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan anneler ve bebeklerinin bu durumdan olumsuz etkilendiği çeşitli çalışmalar ile ortaya konmuştur (27). Yapılan çalışmaların bir kısmında doğum sonrası dönemde anksiyetesi olan annelerin bebeklerinin anne sütü ile besleme oranları daha düşük bulunmuştur (26, 28, 189, 190). Diğer yandan, doğum sonrası yaygın anksiyete bozukluğu olan annelerin bebekleri ile bağ kurmada diğer annelere göre daha çok zorluk çektiği görülmüştür (191, 192).

Hamilelik dönemi boyunca kadınlarda kendi sağlıkları, bebeklerinin sağlığı, bebek bakımı, ebeveynlik yeterliliği ve ekonomik durum gibi birçok durum ile ilgili artmış bir endişe hali mevcuttur. YAB uygun zamanda ve uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde semptomlar derinleşir ve majör depresif bozukluk eşlik edebilir (178). Hamilelik ve doğum sonrası artmış YAB prevalansı göz önüne alınarak bu semptomların YAB açısından değerlendirilmesi ve olası bir tanının gözden kaçmaması önemlidir. YAB-7, Spitzer ve arkadaşları tarafından birinci basamakta YAB taraması için geliştirilmiş bir öz değerlendirme ölçeğidir (193). Bu ölçek daha sonra hamilelik ve doğum sonrası dönemde kadınlara uygulanmış ve bu dönemlerde de yaygın anksiyete bozukluğunun tanısında bir ölçek olarak kullanılabileceği gösterilmiştir (178, 194).

4.11.2. Diğer Anksiyete Bozuklukları

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin sosyal bir ortamda bir eylem gerçekleştirmesi gerektiğinde yoğun bir korku duymasına neden olan bir bozukluktur. Kişi sosyal ortamlarda kendini güvensiz hisseder, başkaları tarafından reddedileceği ve alay edileceği düşünceleri sebebiyle kaygı yaşar (195). ABD'de yapılan bir çalışmada hayat boyu prevelansı %13 bulunmuştur (179).

Panik bozukluk ise tekrarlayıcı panik ataklar ile seyreden ve ataklar arası dönemde yeni atak yaşama kaygısının hissedildiği bir ruh sağlığı bozukluğudur (196). ABD'de yapılan bir çalışmada hayat boyu görülme sıklığı %5,2 bulunmuştur (179).

4.12. Yorgunluk

Yorgunluğun evrensel bir tanımı yoktur, ancak hastalar yorgunluğu güç ve performansta azalma, halsizlik, enerji yokluğu ve bitkinlik olarak tanımlarlar. Yorgunluk kavramı halsizlik, bitkinlik, düşkünlük kavramlarının hepsini içine alan fiziksel ve zihinsel bir bitkinlik hali olarak tanımlanabilir (197).

Annelerde doğum sonrası yorgunluk ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonrası yorgunluk farklı şekillerde tanımlanmıştır (198). Piper ve arkadaşlarının 1989 yılında yaptığı çalışmada ortaya koydukları doğum sonrası yorgunluk tanımı literatürde kabul gören ilk tanım olup ilerleyen dönemdeki birçok çalışmada da doğum sonrası yorgunluğun tanımı olarak kullanılmıştır (199-201). Bu çalışmada doğum sonrası yorgunluk, zihinsel ve fiziksel kapasitede azalma ile birlikte bitkinlik ve bunalmışlık hissi olarak tanımlanır ve tüm bunlar anne-bebek sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabilir (201, 202). Milligan ve ark. yürüttüğü bir çalışmada ise doğum sonrası yorgunluk, bireyin olağan düzeydeki fiziksel ve zihinsel çalışma kapasitesinde azalmanın eşlik ettiği bitkinlik hissi olarak tanımlanmıştır (203).

Doğum sonrası yorgunluğun görülme sıklığı ile ilgili bir metaanaliz çalışmasında doğum sonrası annelerde yorgunluk görülme sıklığı %63,8 bulunmuştur (201). McGovern ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada çalışan annelerde yorgunluk değerlendirilmiş ve işe geri dönen annelerde yorgunluk görülme sıklığının doğum sonrası dönemde 5. haftada %64 ve postpartum 11. haftada %43 olduğu görülmüştür (31, 32, 204).

Annelerin doğum sonrası yorgunluğu ile ilgili literatür çalışmaları oldukça fazla iken literatürde babalar ile ilgili az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Elek ve ark. 44 evli çift ile yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası dördüncü ayda anne ve babaların yorgunluğu değerlendirilmiş ve babaların da anneler gibi doğum sonrası yorgunluk yaşadığı gözlemlenmiştir (30). Kushnir ve ark. yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde babaların da anneler gibi doğum sonrası yorgunluk yaşadığı gözlemlenmiştir (33).

Doğum sonrası yorgunluk gelişimi için risk faktörlerinin incelendiği çalışmalarda uykusuzluk, doğum süresinin uzaması, doğum şekli, hormonal değişiklikler, sosyal destek azlığı ve hastanede kalış süresi gibi faktörlerin doğum sonrası yorgunluk gelişimi için risk faktörleri arasında olduğu görülmüştür (198, 205, 206).

Yorgunluğun değerlendirilmesinde Yorgunluğun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği (YÇBDÖ) kullanılır. Bu ölçek ile yorgunluğun şiddeti, psikolojik etkisi, günlük aktivitelere olan etkisi ve sıklığı değerlendirilir. Fairbrother ve ark. yaptığı çalışmada YÇBDÖ'nün doğum sonrası yorgunluk değerlendirmesi için uygun bir araç olduğu sonucuna varılmıştır (207).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine başvuran ve rutin çocuk sağlığı izlemi yapılan 6-12 aylık bebekler oluşturmaktadır. Çalışmaya 18 Temmuz 2022 – 30 Mart 2023 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan bebekler dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri;

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı Polikliniğine çocuk sağlığı izlemi amacıyla başvuran ve yaşları 6-12 ay arasında olan bebekler
- 37. gebelik haftasından sonra doğmuş olma
- Doğum ağırlığının 2500 gr ve üzerinde olması
- Tekil gebelikten doğmuş olma
- Uzun süre hastanede yatış, majör cerrahi veya sürekli özgün tedavi almak için hastaneye başvuru gereksinimini ortaya çıkaran majör konjenital anomali, doğuştan hastalık ve kronik hastalık tanısının olmaması
- Çocukta uykuyu etkileyecek ilaç kullanımı (difenhidramin vb) öyküsünün olmaması
- Anne ve babada bilinen majör depresyon, bipolar kişilik bozukluğu, duygu durum değişikliği gibi psikiyatrik bozukluklar olmaması
- Anne ve babada bilinen psikiyatrik ilaç kullanım öyküsünün olmaması

Rutin çocuk sağlığı izleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya girmeyi kabul eden anne-çocuk çifti Sosyal Pediatri Bilim Dalı Aile Görüşme Odasına alınmış ve öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-1) doldurulmuştur. Daha sonra sosyodemografik veri toplama anketi, GKBUA, PUKİ, YAB-7 Testi, EDSDÖ ve YÇBDÖ hem anne hem baba tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Bütün anketlerin doldurulma süresi yaklaşık 30 dakika olmuştur. Aile Görüşme Odası'nda formlar doldurulduktan sonra anne ve çocuk muayene odasına alınmış ve çocuğun rutin çocuk sağlığı izlem muayenesi yapılmıştır.

5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için sosyodemografik veri toplama anketi, GKBUA, PUKİ, YAB-7 Testi, EDSDÖ ve YÇBDÖ anketleri kullanılmıştır.

5.1.1. Sosyodemografik Veri Toplama Anketi

Sosyodemografik veri toplama anketi araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup ankette bebeklerin gestasyonel haftası, doğum şekli, doğum ağırlığı ve cinsiyeti, anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu, ev tipi, ev nüfusu, evdeki çocuk sayısı, aile tipi ve sağlık güvencesi ile ilgili sorular yer almıştır.

5.1.2. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi (*Brief Infant Sleep Questionnaire* - BISQ)

GKBUA Sadeh tarafından geliştirilen bir ankettir. Bu anket 0-36 ay arası bebeklerin uykusunun değerlendirilmesi için kullanılmakta olup anket ebeveynlere uygulanır. Bu sayede ebeveyn yanıtlarına dayalı olarak uyku ortamı ve uyku problemleri ile ilgili bilgi edinilmiş olur (125). Ankette bebeğin uyku özellikleri, uyku ortamı, uyku pozisyonu, uyku öncesi rutinler, gece uyanma sayısı, gece uyanıklığında yapılan rutinler, gece uyku süresi ve gündüz uyku süresi ile ilgili sorular yer almaktadır.

Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Boran ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda, gece boyunca 3 defadan fazla uyanan, gece boyunca 1 saatten fazla uyanık zaman geçiren ya da günde toplam 10 saatten az uykuda (gece ve gündüz) zaman geçiren çocuklar az uyuyanlar olarak kabul edilmiş ve çalışma sonucunda anketin 0-36 ay arası Türk çocuklarında da kullanılabileceği belirtilmiştir (127).

Çalışmamızda bu anketten elde edilen veriler ışığında; gece uyanma sıklığı 3 kereden fazla olan, gece uyanık kalma süresi 1 saatten uzun olan veya gece toplam uyku süresi 10 saatten az olan bebekler "kötü uykulu olanlar" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca çalışmamıza katılan bebekler ankette yer alan ve anne ve babanın çocuğun uyku sorunu ile ilgili algısını gösteren soruya göre "uyku sorunu olan ve uyku sorunu olmayan bebekler" olarak gruplanmıştır.

5.1.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

PUKİ, Buysse ve arkadaşları tarafından psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda uyku kalitesini ve uyku bozukluklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen öz bildirim ölçeğidir. Toplam 24 sorudan oluşmaktadır. 19 soru öz bildirim sorusu iken 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorulardır. Sözü edilen son 5 soru PUKİ puanlamasında dikkate alınmaz, yalnızca klinik bilgi için kullanılır. PUKİ subjektif uyku niteliği, uyku gecikmesi, süresi, alışılagelmiş uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacının kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere yedi "bileşen" puanı üretmektedir. Yedi bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturur. Toplam PUKİ puanı 0-4 puan aralığında ise “iyi uyku kalitesi”, 5–21 puan aralığında ise “kötü uyku kalitesi” olarak değerlendirilmektedir. PUKİ’nin tanısal duyarlılığı %89,6 ve özgüllüğü %86,5 bulunmuştur (208). Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Ağargün, Anlar ve Kara tarafından yapılmıştır (209).

5.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)

YAB-7 Testi DSM-IV-TR ölçütlerine göre geliştirilmiş ve yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendiren bir ölçektir. Spitzer ve ark tarafından geliştirilmiş testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Konkan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır (210). Sorular son iki haftalık yaşantı dikkate alınarak cevaplandırılır. Ölçekte; 0=hiç, 1=birkaç gün, 2=günlerin çoğunda ve 3=hemen hemen her gün şeklinde puanlanmaya uygun olarak dizayn edilmiş 7 adet soru bulunmaktadır. 5-9 arası skorlar hafif, 10-14 arası skorlar orta, 25 ve üzeri skorlar ise ağır olarak tanımlanır (193). Anketin Türkçe geçerlik ve güvenlik çalışmasında YAB-7 testi için kabul edilebilir kesme değeri 8 puan olarak bulunmuştur (68). Yani teste göre 8 ve üzerinde puan alan katılımcılar “anksiyetesi var” olarak değerlendirilmiştir.

5.1.5. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

EDSDÖ, kadınların doğum sonrası depresyon durumlarının değerlendirilmesi için Cox ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Birçok dile çevrilmiş, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış ve dünya genelinde doğum yapan kadınlarda postpartum depresyon değerlendirmesinde kullanılmıştır (211). EDSDÖ formunda annenin son hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemesi istenen 10 soru sorulmuştur. İşaretlenen cevaba göre en iyi duygu durumu için 0 puan, en kötü duygu durumu için 3 puan verilmiş ve testi oluşturan sorulara verilen cevapların numerik değerleri toplanarak toplam depresyon puanı hesaplanmıştır. Bu ölçeğe göre en düşük toplam puan 0 ve en yüksek toplam

puan 30'dur ve yüksek depresyon skorunu gösteren kesme değeri olarak 12 puan belirlenmiştir. Yani puanı 12 üzerinde olan anneler depresyon skoru yüksek olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada yüksek depresyon skoru gösteren annelerin klinik olarak değerlendirilmesi için Psikiyatri konsultasyonu istenmiştir.

Yapılan çalışmalar EDSDÖ'nün postpartum depresyonu sadece annelerde değil aynı zamanda babalarda da değerlendirebildiğini göstermiştir (212). Bu nedenle çalışmamızda hem anne hem de babalara EDSDÖ uygulanmıştır.

5.1.6. Yorgunluğun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği (YÇBDÖ)

YÇBDÖ 16 sorudan oluşan bir ölçektir. Belza tarafından romatizmal hastaların yorgunluklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (213). Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Yıldırım ve Ergin tarafından yapılmıştır (214). Postpartum dönemdeki yorgunluğu değerlendirilmek açısından geçerlik güvenirlik çalışması ise Fairbrother ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (207). Bu ölçek ile yorgunluğun şiddeti, psikolojik etkisi, günlük aktivitelere olan etkisi ve sıklığı değerlendirilir. 1 ve 2. sorular ile şiddeti, 3. soru ile psikolojik etkisi, 4-14. sorular ile günlük aktivitelere etkisi ve 15. soru ile sıklığı değerlendirilir. 1 ve 14. sorular 1 (hiç) ve 10 (oldukça) arasında skorlanır. 15. soruda hastaya geçen hafta boyunca kendisini ne sıklıkta yorgun hissettiği sorulur ve her gün (10 puan), çoğu zaman (7,5 puan), ara sıra (5 puan), hemen hemen hiç (2,5 puan) seçenekleri ile skorlanır. 16. soruda ise yorgunluğun değişimi sorgulanır. Anket tamamlandığında soruların skorları ile Global Yorgunluk İndeksi (*Global Fatigue Index*-GFI) hesaplanır. Kişi 1. soruyu hiç olarak cevaplandırırsa ankete devam edilmez ve GIF 1 kabul edilir. 1,2 ve 3. soruların toplam skoru, 4-14. soruların skorlarının aritmetik ortalaması ve 15. sorunun skoru toplanarak GIF skoru elde edilir. 16. soru skorlamaya dahil edilmez. GIF 1-50 arasında elde edilen bir skordur. GIF skoru 50'ye ne kadar yakınsa hasta o kadar yorgundur.

5.2. Etik Onay

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 9 Haziran 2022 tarihinde, İ06-320-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

5.3. İstatistiksel Analiz

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve medyan (minimum-maksimum) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) ve Fisher exact testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. İlişkileri değerlendirmek için ikili lojistik regresyon kullanılmıştır. Yordayıcı değişkenler ve uyku sorunları arasındaki düzeltilmiş oranlar (OR) ve %95 güven aralıkları rapor edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada çalışmaya katılan bebeklerin özellikleri, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, bebeklerin uyku ortamı, uyku süreci ve uyku düzeni ile ilgili bulgular, bebeklerin uykusu ile ilgili anne ve babaların problem algısı ve Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi'ne göre uyku değerlendirilmiştir. Anne ve babaların uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketine göre değerlendirilmiştir. Yapılan karşılaştırmalar;

1. Ebeveyne göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine ve ailenin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması
2. Ebeveynin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine ve ailenin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması
3. Ebeveyne göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması
4. Ebeveynin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması
5. Ebeveyne göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin ebeveyn uyku durumu açısından karşılaştırılması
6. Ebeveynin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin ebeveyn uyku durumu açısından karşılaştırılması
7. Ebeveyne göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin ebeveynde depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması
8. Ebeveynin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin ebeveynde depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması

Ebeveynlere göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ve sorunlu uyku olma durumuna göre regresyon analizi yapılmıştır. Anne ve babaların verileri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu analizde cinsiyet, evde yaşayan çocuk sayısı, oda paylaşımı, yatak paylaşımı, ebeveyn eğitim durumu, ebeveyn çalışma durumu, ebeveyn depresyon, anksiyete, yorgunluk durumu ve uyku kalitesi değişken olarak kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Çalışmaya 83 bebek ve bu bebeklerin anne ve babaları dahil edilmiştir.

6.1. Çalışmaya Katılan Bebeklerin Özellikleri

Çalışmaya alınan bebeklerin %65,1'i erkek (n=54), %34,9'u kız (n=29) cinsiyette idi. Bebeklerin yaş ortalaması 8,66±2,30 ay idi. Bebeklerin ortanca yaşı 9 ay olup, minimum 6 ay, maksimum 12 ay idi. Bebeklerin doğum haftası ortalaması 38,58±0,77 hafta olup ortanca doğum haftası 38+4 hafta, (minimum 37+1, maksimum 40+2 hafta) olarak saptanmıştır. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3303,86 ± 318,49 gram olup ortanca doğum ağırlığı 3260 gram (minimum 2350 gram ve maksimum 4150 gram) olarak belirlenmiştir. Doğum şeklinin bebeklerin %57,8'inde sezaryen doğum (n=48) ve %42,2'inde ise normal spontan vajinal doğum (n=35) olduğu öğrenilmiştir (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Çalışmaya alınan bebeklerin özellikleri

Özellik		**Ort ± SS** **Ortanca (Min-Maks)**	
Yaş (ay)		8,66±2,31 9,00 (6,00-12,00)	
Gestasyon haftası		38,58±0,77 38,40 (37,10-40,20)	
Doğum ağırlığı		3303,86±318,49 3260,00 (2350,00-4150,00)	
		n	**%**
Cinsiyet	Erkek	54	65,1
	Kız	29	34,9
Doğum şekli	C/S	48	57,8
	NSVY	35	42,2

6.2. Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamaları 31,52±4,77 yıl, ortanca yaş ise 31 yıl (minimum 21, maksimum 42) olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan babaların yaş ortalamaları 34,12±5,06 yıl, ortanca yaş ise 34 yıl (minimum 20, maksimum 50) olarak belirlenmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 3,67±,65, ortancası ise 4 (minimum 3, maksimum 5) olarak saptanmıştır. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; %47'sinin lise ve altı eğitim düzeyinde olduğu (n=39), %53'ünün ise üniversite mezunu veya üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu (n=44) saptanmıştır. Annelerin %62,7'sinin çalışmadığı (n=52), %37,3'ünün (n=31) ise çalıştığı öğrenilmiştir. Babaların eğitim durumları incelendiğinde; %39,8'inin lise ve altı eğitim

düzeyinde olduğu (n=33), %60,2'sinin ise üniversite mezunu veya üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu (n=50) öğrenilmiştir. Babalardan sadece 1'i çalışma durumu ile alakalı soruya cevap vermemiştir. Cevap veren babaların %95,1'inin tam zamanlı çalışan (n=78), %3,7'sinin ise kısmi zamanlı çalışan (n=3) olduğu öğrenilmiş olup %1,2'sinin işsiz (n=1) olduğu belirlenmiştir. Annenin gebelik durumu değerlendirildiğinde, gebeliklerin %98,8'inin planlı gebelik olduğu (n=82) belirlenmiştir. Ailelerin %95,2'sinin apartman dairesinde (n=79) ve %4,8'sının müstakil evde (n=4) ikamet ettiği belirlenmiştir. Ailelerin %94'ünün çekirdek aile (n=78) ve %6'sının ise geniş aile (n=5) tipinde olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan ailelerin %48,2'sinde (n=40) evde yaşayan çocuk sayısı 1 iken %51,8'inin evde yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzeri (n=43) şeklindedir. Çalışmaya alınan ailelerin %66,3'ünde aileye ait araba (n=55) olduğu öğrenilmiştir. Ailelerin %1,2'sinin sağlık güvencesi yok iken (n=1), %73,5'inin sağlık güvencesi SSK (n=61), %2,4'ünün yeşil kart (n=2) ve %22,9'unun ise Emekli Sandığı (n=19) şeklindedir. Ebeveynlerin %3,6'sında akraba evliliği (n=3) olduğu öğrenilmiştir (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Çalışmaya katılan ailelerin sosyodemografik özellikleri

		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)	
Anne yaşı		31,52±4,77 31,00 (21,00-42,00)	
Baba yaşı		34,12±5,07 34,00 (20,00-50,00)	
Evde yaşayan kişi sayısı		3,67±0,65 4,00 (3,00-5,00)	
		n	**%**
Anne eğitim durumu	Lise ve altı	39	47,0
	Üniversite ve üzeri	44	53,0
Anne çalışma durumu	Ev hanımı	52	62,7
	Çalışıyor	31	37,3
Baba eğitim durumu	Lise ve altı	33	39,8
	Üniversite ve üzeri	50	60,2
Baba çalışma durumu	Çalışmayan	1	1,2
	Çalışan	81	98,8
Planlı gebelik	Evet	82	98,8
	Hayır	1	1,2
Ev tipi	Apartman dairesi	79	95,2
	Müstakil	4	4,8
Aile tipi	Çekirdek aile	78	94,0
	Geniş aile	5	6,0
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	40	48,2
	≥2 çocuk	43	51,8
Aileye ait araba	Var	55	66,3
	Yok	28	33,7
Sağlık güvencesi	Yok	1	1,2
	SSK	61	73,5
	Yeşil kart	2	2,4
	Emekli sandığı	19	22,9
Akraba evliliği	Var	3	3,6
	Yok	80	96,4

6.3. Bebeklerin Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi

6.3.1. Bebeklerin Uyku Ortamı ile İlgili Bulgular

GKBUA'da anne ve babaların bebeğin uyku ortamı ile ilgili verdiği yanıtlar incelendiğinde; annelerin tamamının bu sorulara yanıt verdiği, 1 babanın ise yanıt vermediği belirlenmiştir. Bebeğin ebeveyn odasında uyuma sıklığının annelerin verdiği cevaplarda %79,5 ve babaların verdiği cevaplarda %79,3 olduğu; bebeğin kendi odasında uyuma sıklığının ise annelerin verdiği cevaplarda %16,9 ve babaların verdikleri cevaplarda %19,5 olduğu saptanmıştır. Bebeğin evin başka bir odasında uyuma sıklığının annelerin verdikleri cevaplarda %2,4 ve babaların verdikleri cevaplarda %1,2 olarak belirlendiği; kardeş ya da başkasının odasında uyuma sıklığının ise annelerin verdikleri cevaplarda %1,2 olduğu tespit edilmiştir.

Bebeğin uyuduğu yatak ile ilgili sorularda; beşikte uyuma sıklığının annelerin verdikleri yanıtlarda %62,7 ve babaların verdikleri yanıtlarda %63,4 olduğu; bebeğin kendi yatağında uyuma sıklığının ise annelerin verdikleri yanıtlarda %22,9 ve babaların verdikleri yanıtlarda %24,4 olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn yatağında uyuma sıklığının annelerin verdikleri yanıtlarda %13,2 ve babaların verdikleri yanıtlarda %12,2 olduğu; salıncakta uyuma sıklığının ise annelerin verdikleri yanıtlarda %1,2 olduğu belirlenmiştir.

Annelerin %16,9'u, babaların ise %17,0'si bebeklerinin yüzüstü uyuduğunu, annelerin %45,8'i, babaların ise %41,5'i bebeklerinin yan yatarak uyuduğunu, annelerin %37,3'ü, babaların ise %41,5'i bebeklerinin sırt üstü uyuduğunu rapor etmiştir (Tablo 6.3).

Tablo 6.3. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku ortamı ile ilgili yanıtları

		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Çocuğunuz çoğu zaman nerede uyur?	Kendi odasında	14	16,9	16	19,5
	Ebeveyn odasında	66	79,5	65	79,3
	Kardeş ya da başkasının odasında	1	1,2	0	0,0
	Evin başka bir odasında	2	2,4	1	1,2
Çocuğunuz çoğu zaman aşağıdakilerden hangisinde uyur?	Beşik	52	62,7	52	63,4
	Kendi yatağı	19	22,9	20	24,4
	Ebeveyn yatağı	11	13,2	10	12,2
	Salıncakta	1	1,2	0	0,0
Çocuğunuz çoğu zaman ne pozisyonda uyur?	Yüz üstü	14	16,9	14	17,0
	Yan	38	45,8	34	41,5
	Sırt üstü	31	37,3	34	41,5

6.3.2. Bebeklerin Uyku Süreci ile İlgili Bulgular

GKBUA'da Anketi'nde anne ve babaların bebeğin uyku süreci ile ilgili verdiği yanıtlar incelenmiştir. Bu soruların her birinde anne ve babalar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir. Babaların 4'ünün yatma zamanı rutini sorusuna, 2'sinin uykuya nasıl dalar sorusuna ve 3'ünün ise gece uyanınca ne yaparsınız sorusuna yanıt vermediği görülmüştür.

Bebeğin yatma zamanı rutini olarak; 19 annenin banyo yaptırma, 8 annenin masaj, 11 annenin kitap okuma, 39 annenin sallama, 6 annenin televizyon izletme, 20 annenin akşam yemeği ya da atıştırmalık yedirme, 50 annenin biberon ile besleme veya emzirme ve 11 annenin ise müzik dinletme aktivitesini uykuya yatma zamanı rutini olarak tercih ettiği görülmüştür.

Babaların yatma zamanı öncesi rutinleri ile ilgili tercihleri incelendiğinde; 26 babanın banyo yaptırma, 13 babanın masaj, 15 babanın kitap okuma, 36 babanın sallama, 4 babanın televizyon izletme, 19 babanın akşam yemeği ya da atıştırmalık yedirme, 56 babanın biberon ile besleme ve 15 babanın ise müzik dinletmeyi tercih ettiği belirlenmiştir.

Bebeğin uykuya nasıl daldığı ile ilgili soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; annelerden 10'u bebeğin biberonla beslenirken, 54'ü emzirilirken, 41'i sallanırken, 24'ü kucakta, 5'i salıncakta ya da bebek arabasında, 6'sı kendi yatağında/beşiğinde tek başına, 2'si ebeveyn yatağında tek başına ve 6'sı ebeveyn yatağında bir ebeveyn ile birlikte uykuya daldığını belirtmiştir. Babalardan 13'ü bebeğin biberonla beslenirken, 52'si emzirilirken, 46'sı sallanırken, 26'sı kucakta, 2'si TV izlerken, 9'u salıncakta ya da bebek arabasında, 5'i kendi yatağında/beşiğinde tek başına, 2'si ebeveyn yatağında tek başına, 9'u ebeveyn yatağında bir ebeveyn ile ve 4'ü evin başka bir odasında uykuya daldığını belirtmiştir.

Bebeklerinin gece uyanmaları halinde anne ve babanın yaptıkları müdahale ankette değerlendirilmiştir. Annelerin 15'i çocuğu kucağına aldığını ve uyuyana kadar tuttuğunu ya da salladığını, 4'ü kucağa aldığını ve halen uyanıkken sırt üstü yatırdığını, 8'i çocuğu okşadığını ancak kucağına almadığını ve beşikten çıkarmadığını, 14'ü biberonla beslediğini, 61'i emzirdiğini, 14'ü emzik verdiğini, 6'sı bezini değiştirdiğini, 3'ü bebeği kendi yatağına getirdiğini, 1'i bebeğin ağlamasına ve uykuya dalmasına izin verdiğini ve 1'i şarkı söylediğini belirtmiştir.

Bebeklerinin gece uyanmaları halinde babaların 40'ı bebeği kucağına aldığını ve uyuyana kadar tuttuğunu ya da salladığını, 3'ü kucağına aldığını ve halen uyanıkken sırt üstü yatırdığını,

15’i bebeği okşadığını ancak kucağına almadığını ve beşikten çıkarmadığını, 20’si biberonla beslediğini, 62’si emzik verdiğini, 9’u bez değiştirdiğini, 3’ü sözel olarak rahatlattığını ancak kucağına almadığını, 2’si kendi yatağına getirdiğini, 3’ü bebeğin ağlamasına ve uykuya dalmasına izin verdiğini, 2’si bebek uykuya hazır oluncaya kadar onunla oyun oynadığını ve 1’i şarkı söylediğini belirtmiştir (Tablo 6.4).

Tablo 6.4. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku süreci ile ilgili yanıtları

Uyku süreci ile ilgili sorular	**Anne**		**Baba**	
	n	**%**	**n**	**%**
Çocuğunuz için aşağıdakilerden hangisi gecelerin çoğunda yatma zamanından önceki saat içerisinde çoğunlukla olur?				
Banyo	19	22,9	26	32,9
Masaj	8	9,6	13	16,5
Ona kitap okunur	11	13,3	15	19,0
Sallanır	39	47,0	36	45,6
Televizyon izler	6	7,2	4	5,1
Akşam yemeği ya da atıştırmalık yer	20	24,1	19	24,1
Biberon içer veya emer	50	60,2	56	70,9
Müzik dinler	11	13,3	15	19,0
Diğer	1	1,2	2	2,6
Çocuğunuz çoğu zaman nasıl uykuya dalar?				
Biberonla beslenirken	10	12,0	13	16,0
Emzirilirken	54	65,1	52	64,2
Sallanırken	41	49,4	46	56,8
Kucakta	24	28,9	26	32,1
TV izlerken	0	0	2	2,5
Salıncakta ya da bebek arabasında	5	6,0	9	11,1
Kendi beşiğinde/yatağında odada tek başına	6	7,2	5	6,2
Ebeveyn yatağında tek başına	2	2,4	2	2,5
Ebeveyn yatağında ve odada bir ebeveyn ile	6	7,2	9	11,1
Evin başka bir odasında	0	0	4	4,9
Çocuğunuz gece uyandığında ne yaparsınız?				
Çocuğumu alır ve uyuyana kadar tutar/sallarım	15	18,1	40	50,0
Çocuğumu alır ve halen uyanıkken sırt üstü geri koyarım	4	4,8	3	3,8
Çocuğu ovar ya da okşarım fakat kucağa almam ya da beşikten çıkarmam	8	9,6	15	18,8
Uykuya dönmesi için bebeği biberonla beslerim	14	16,9	20	25,0
Uykuya dönmesi için çocuğu emziririm	61	73,5	0	0
Çocuğuma emzik veririm	14	16,9	62	77,5
Bez değiştiririm	6	7,2	9	10,3
Sözel olarak rahatlatırım kucağıma almam	0	0	3	3,8
Kendi yatağıma getiririm	3	3,6	2	2,5
Çocuğumun ağlamasına ve uykuya dalmasına izin veririm	1	1,2	3	3,8
Çocuğum uykuya hazır oluncaya kadar onunla oynarım	0	0	2	2,5
Şarkı söylerim	1	1,2	0	0

6.3.3. Bebeklerin Uyku Düzeni ile İlgili Bulgular

GKBUA'da anne ve babaların bebeğin uyku düzeni ile ilgili verdiği yanıtlar incelenmiştir. Bebeğin yatma rutinine başlama saati, yatağa koyulma saati, gece boyunca kaç defa uyandığı, gece uyanık kalma süresi, gece uyanmadan geçirilen en uzun süresi, gece toplam uyku süresi, gündüz toplam uyku sayısı ve gündüz toplam uyku süresi incelenmiştir. Bebeklerin yatma zamanı rutinine başlama saatlerinin ortanca değeri anneler tarafından 21:30, babalar tarafından ise 21:00 olarak bildirilmiştir. Bebeklerin yatağa koyulma ortanca saatleri her iki ebeveyn tarafından 22:00 olarak bildirilmiştir. Anne ve babaların bebeğin gece boyunca uyanma sayısını ortanca 3 olarak bildirdiği gözlenmiştir. Bebeğin gece uyanık kalma süre ortancası anne ve babalar tarafından 0,5 saat olarak raporlanmıştır. Bebeğin gece uyanmadan geçirilen en uzun uyku süresine ait ortanca değerleri anneler tarafından 4,0 saat ve babalar tarafından ise 3,0 saat olarak yanıtlamıştır. Bebeğin gece toplam uyku süresine ait ortanca değerler hem anne hem de babalara göre 8,0 saat olarak raporlanmıştır. Bebeğin gündüz uyku sayısı ortanca değerleri hem anne hem de babalar tarafından 3 saat olarak bildirilmiştir. Gündüz toplam uyku süresine ait ortanca değerler ise hem annelere hem de babalara göre 3 saat olarak ifade edilmiştir (Tablo 6.5).

Tablo 6.5. Çalışmaya katılan anne ve babaların bebeğin uyku düzeni ile ilgili yanıtları

	Anne	**Baba**
	Ortanca (min-maks)	**Ortanca (min-maks)**
Yatma rutinine başlama saati	21:30 (20:00-00:00)	21:00 (19:00-23:00)
Yatağa koyulma saati	22:00 (20:00-00:00)	22:00 (19:30-00:00)
	Ort±SS **Ortanca (min-maks)**	**Ort±SS** **Ortanca (min-maks)**
Gece boyunca kaç kere uyanır?	2,78±1,49 3,00 (0,00-8,00)	2,79±1,36 3,00 (0,00-6,00)
Gece uyanık kalma süresi (sa)	0,68±0,64 0,50 (0,05-4,00)	0,70±0,61 0,50 (0,00-2,00)
Gece uyanmadan geçirilen en uzun süre (sa)	4,02±2,40 4,00 (0,17-10,00)	3,81±2,61 3,00 (0,00-12,00)
Gece toplam uyku süresi (sa)	7,92±2,30 8,00 (2,00-12,00)	8,10±2,69 8,00 (1,00-12,00)
Gece boyunca kaç kere uyanır?	2,60±0,99 3,00 (0,00-5,00)	2,84±0,88 3,00 (0,00-5,00)
Gündüz toplam uyku süresi (sa)	3,32±2,34 3,00 (0,00-12,00)	3,55±2,13 3,00 (0,75-12,00)

6.3.4. Çalışmaya Katılan Bebeklerin Uykusu ile İlgili Anne ve Babaların Problem Algısı

GKBUA'da anne ve babaların bebeğin uykusu ile ilgili problem algısı incelenmiştir. Bir annenin ve iki babanın anketin bu bölümüne yanıt vermediği belirlenmiştir. Yatma zamanı rutini sıklığı ile ilgili soruya annelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde; bebeklerin %20,7'sinin her gece, %30,5'inin haftada 5-6 gece, %29,3'ünün haftada 3-4 gece, %14,6'sının haftada 1-2 gece aynı yatma zamanı rutinlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Babaların aynı soruya verdikleri cevaplarda ise bebeklerin %28,4'ünün her gece, %28,4'ünün haftada 5-6 gece, %23,5'inin haftada 3-4 gece ve %17,2'sinin haftada 1-2 gece aynı yatma zamanı rutinine sahip olduğu saptanmıştır.

Bebeğin uykuya dalma süresi ile ilgili olarak; bebeklerin %22'sinin 1 saatten uzun sürede, %12,2'sinin 31-60 dakika arasında, %30,5'inin 16-30 dakika arasında, %32,9'unun 5-15 dakika arasında ve %2,4'ünün ise 5 dakikadan daha az sürede uykuya daldığı anneler tarafından bildirilmiştir. Aynı soruya babaların verdiği yanıtlar incelendiğinde ise bebeklerin %23,5'inin 1 saatten uzun sürede, %8,6'sının 31-60 dakika arasında, %28,4'ünün 16-30 dakika arasında, %34,6'sının 5-15 dakika arasında ve %4,9'unun ise 5 dakikadan daha az sürede uykuya daldığı rapor edilmiştir.

Bebeğin yatma zamanındaki zorluk değerlendirildiğinde annelerin %3,7'si bebeğin uykusunu çok zor, %19,5'i bir dereceye kadar kolay, %42,7'si ne kolay ne zor, %20,7'si bir dereceye kadar zor ve %13,4'ü ise çok kolay olarak nitelendirmiştir. Babaların ise %2,5'inin bebeğin uykusunu çok zor, %20'sinin bir dereceye kadar kolay, %24'ünün ne kolay ne zor, %26'sının bir dereceye kadar zor ve %11,1'inin ise çok kolay olarak nitelendirdiği tespit edilmiştir.

Bebeğin uykuya dalmasındaki zorlanma sıklığı ile ilgili olarak, annelerin %7,3'ü her gece, %4,9'u haftada 5-6 gece, %25,6'sı haftada 3-4 gece, %45,1'i haftada 1-2 gece ve %7,3'ü ise ayda bir kereden daha az olmak üzere bebeklerinin uyku sorunu yaşadığını bildirmiştir. Babaların ise %2,5'i her gece, %3,7'si haftada 5-6 gece, %18,5'i haftada 3-4 gece, %45'i haftada 1-2 gece ve %12,3'ü ayda bir kereden az olmak üzere bebeklerinin uykuya dalmada zorlanma yaşadığını bildirmiştir. Annelerin %9,8'i ve babaların %7,4'ü bebeklerinin uykuya dalmada hiç zorlanma yaşamadığını rapor etmiştir.

Bebeklerin gece boyunca uyanma sıklığı ile ilgili olarak, annelerin %61'i her gece, %8,4'ü haftada 5-6 gece, %9,8'i haftada 3-4 gece, %12,2'si haftada 1-2 gece ve %6,1'i ayda

bir kereden az olmak üzere bebeklerinin gece uyandığını bildirmiştir. Aynı soruya babaların verdiği cevaplar incelendiğinde; bebeklerin %45,7'sinin her gece, %17,3'ünün haftada 5-6 gece, %17,3'ünün haftada 3-4 gece, %12,3'ünün haftada 1-2 gece ve %6,2'sinin ise ayda bir kereden az gece uyandığı babalar tarafından rapor edilmiştir. Annelerin %2,4'ü ve babaların %1,2'si bebeklerinin gece boyunca hiç uyanmadığını bildirmiştir.

Bebeğin uyku kalitesi ile ilgili olarak annelerin %13,4'ü bebeklerinin uyku kalitesini çok iyi, %51,8'i iyi, %20,7'si oldukça iyi, %6,1'i oldukça kötü ve %7,3'ü kötü olarak bildirmiştir. Babaların ise %15,9'u bebeklerinin uyku kalitesini çok iyi, %43,9'u iyi, %31,7'si oldukça iyi, %7,3'ü oldukça kötü ve %1,2'si kötü olarak değerlendirmiştir (Tablo 6.6).

Tablo 6.6. Çalışmaya katılan bebeklerin uykusu ile ilgili anne ve babaların problem algısı

Uyku Problem Algısı		**Anne**		**Baba**	
		n	**%**	**n**	**%**
Yatma zamanı rutini sıklığı	Hiçbir zaman	4	4,9	2	2,5
	Haftada 1-2 gece	12	14,6	14	17,2
	Haftada 3-4 gece	24	29,3	19	23,5
	Haftada 5-6 gece	25	30,5	23	28,4
	Her gece	17	20,7	23	28,4
Uykuya dalma süresi	5 dakikadan az	2	2,4	4	4,9
	5-15 dakika	27	32,9	28	34,6
	16-30 dakika	25	30,5	23	28,4
	31-60 dakika	10	12,2	7	8,6
	1 saatten fazla	18	22,0	19	23,5
Yatma zamanında zorluk	Çok kolay	11	13,4	9	11,1
	Bir dereceye kadar kolay	17	20,7	26	32,1
	Ne kolay ne zor	35	42,7	24	29,6
	Bir dereceye kadar zor	16	19,5	20	24,7
	Çok zor	3	3,7	2	2,5
Uykuya dalmada zorlanma sıklığı	Her gece	6	7,3	2	2,5
	Haftada 5-6 gece	4	4,9	3	3,7
	Haftada 3-4 gece	21	25,6	15	18,5
	Haftada 1-2 gece	37	45,1	45	55,6
	Ayda bir kereden az	6	7,3	10	12,3
	Hiçbir zaman	8	9,8	6	7,4
Gece boyunca uyanma sıklığı	Her gece	50	61,0	37	45,7
	Haftada 5-6 gece	7	8,4	14	17,3
	Haftada 3-4 gece	8	9,8	14	17,3
	Haftada 1-2 gece	10	12,2	10	12,3
	Ayda bir kereden az	5	6,1	5	6,2
	Hiçbir zaman	2	2,4	1	1,2
Çocuğun uyku kalitesi	Çok iyi	11	13,4	13	15,9
	İyi	43	51,8	36	43,9
	Oldukça iyi	17	20,7	26	31,7
	Oldukça kötü	5	6,1	6	7,3
	Kötü	6	7,3	1	1,2

6.3.5. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi'ne Göre Uykunun Değerlendirilmesi

GKBUA'da bebeklerin gece boyunca uyanma sayısı, gece uyanık kalma süresi ve toplam uyku süresi ile ilgili anne ve babaların verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Anneye göre bebeklerin %71,1'i gece boyunca 3 ve daha az sayıda uyanıyor iken %28,9'unın ise 3'ten fazla sayıda uyanıyor olduğu rapor edilmiştir. Babaya göre bebeklerin %70'i gece boyunca 3 ve daha az sayıda uyanıyor iken %30'unun 3'ten fazla sayıda uyandığı rapor edilmiştir. Bu soruya 3 babanın cevap vermediği tespit edilmiştir. Anneye göre bebeklerin %90,2'sinin gece boyunca uyanık kalma süresinin 60 dk ve altında olduğu, %9,8'inin ise 60 dk üzerinde olduğu bildirilmiştir. Bu soruya bir annenin cevap vermediği tespit edilmiştir. Babaya göre bebeklerin %85'inin gece boyunca uyanık kalma süresinin 60 dk ve altında olduğu, %15'inin ise 60 dk üzerinde olduğu bildirilmiştir. Üç babanın bu soruya cevap vermediği görülmüştür. Anneye göre toplam uyku süresi 10 saat altında olanların oranı %27,7 iken 10 saat ve üzeri olanların oranı ise %72,3'tür. Babaya göre toplam uyku süresi 10 saat altında olanların oranı %20 iken 10 saat ve üzeri olanların oranı ise %80'dir. Üç babanın bu soruya yanıt vermediği tespit edilmiştir.

GKBUA'ya göre çocuk gece 3 defadan fazla uyanıyorsa ve gece 1 saatten fazla uyanık kalıyorsa veya toplamda 10 saatten az uyuyorsa (gündüz ve gece toplam) "kötü uyuyan" olarak kabul edilir. Bu değerlendirmeye göre; annelerin verdiği yanıtlarda bebeklerin %28,9'unun, babaların verdiği yanıtlarda ise bebeklerin %25'inin kötü uyuyan bebek olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir.

Ankette çocuğun uyku sürecinin değerlendirilmesi ile ilgili olarak yer alan soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; annelerin %57,3'ü bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendirmiş, %42,7'si ise bebeklerinin uykusunun sorunsuz olduğunu bildirmiştir. Babaların ise %52,4'ünün bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendirdiği, %47,6'sının ise bebeklerinin uykusunun sorunsuz olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir (Tablo 6.7). Bir anne ve bir baba bu soruya cevap vermemiştir.

Tablo 6.7. Anne ve babalara göre bebeklerin gece boyunca uyanma sayısı, gece uyanık kalma süresi ve toplam uyku süresi

		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Bebeğin gece boyunca uyanma sayısı	≤3	59	71,1	56	70,0
	>3	24	28,9	24	30,0
Bebeğin gece boyunca uyanık kalma süresi	≤60	74	90,2	68	85,0
	>60	8	9,8	12	15,0
Bebeğin toplam uyku süresi (gece ve gündüz)	<10	23	27,7	16	20
	≥10	60	72,3	64	80
Bebeğin kötü uykulu olması	Kötü uykulu olan	24	28,9	20	25,0
	Kötü uykulu olmayan	59	71,1	60	75,0
Anne ve baba algısına göre çocuğun uyku süreci	Sorunlu	47	57,3	43	52,4
	Sorunsuz	35	42,7	39	47,6

6.4. Anne ve Babaların Uyku Durumlarının Değerlendirilmesi

PUKİ'ye göre anne ve babaların uyku kaliteleri incelendiğinde; PUKİ toplam puan ortanca değerinin annelerde 6,00 iken babalarda 4,00 olduğu saptanmıştır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre toplam PUKİ puanı 0-4 puan aralığında ise "iyi uyku kalitesi", 5–21 puan aralığında ise "kötü uyku kalitesi" olarak değerlendirildiğinde; annelerin %22,9'unun, babaların ise %51,8'inin iyi uyku kalitesine sahip olduğu, buna karşın annelerin %77,1'inin babaların ise %48,2'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir.

Subjektif uyku kalitesi incelendiğinde; annelerin %16,9'unun uyku kalitesini çok iyi, %54,2'sinin oldukça iyi, %26,5'inin oldukça kötü ve %2,4'ünün ise kötü olarak rapor ettiği tespit edilmiştir. Babaların ise %21,7'sinin uyku kalitesini çok iyi, %55,4'ünün oldukça iyi, %16,9'unun oldukça kötü ve %6'sının ise kötü olarak rapor ettiği belirlenmiştir.

Annelerin uykuya dalma süresi incelendiğinde; %56,7'sinin 15 dk ve altında, %32,5'inin 16-30 dakikada, %9,6'sının 31-60 dakikada ve %1,2'sinin ise 60 dakikada uykuya daldığı öğrenilmiştir. Babaların uykuya dalma süresi incelendiğinde; %75,9'unun 15 dakika ve altında, %22,9'unun 16-30 dakikada, %1,2'sinin ise 31-60 dakikada uykuya daldığı öğrenilmiştir.

Annelerin günlük toplam uyku süresi incelendiğinde; %60,3'ünün 7 saat altında uyuduğu, %37,3'ünün 7-9 saat ve %2,4'ünün ise 9 saat üzerinde uyuduğu tespit edilmiştir. Babaların

günlük toplam uyku süresi incelendiğinde; %51,8'inin 7 saat altında, %44,6'sının 7-9 saat ve %3,6'sının ise 9 saat üzerinde uyuduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.8).

Tablo 6.8. Anne ve babaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek puanları ve kategorileri

		Anne		**Baba**	
		Ort±SS Ortanca (min-maks)		Ort±SS Ortanca (min-maks)	
PUKİ toplam puan		7,16±3,72 6,00 (1,00-15,00)		5,33±3,13 4,00 (,00-14,00)	
		n	%	n	%
Uyku kalitesi	İyi uyku (0-4)	19	22,9	43	51,8
	Kötü uyku (5-21)	64	77,1	40	48,2
Subjektif uyku kalitesi	Çok iyi	14	16,9	18	21,7
	Oldukça iyi	45	54,2	46	55,4
	Oldukça kötü	22	26,5	14	16,9
	Kötü	2	2,4	5	6,0
Uykuya dalma süresi	≤15 dk	47	56,7	63	75,9
	16-30 dk	27	32,5	19	22,9
	31-60 dk	8	9,6	1	1,2
	>60 dk	1	1,2	0	,0
Uyku süresi	<7 saat	50	60,3	43	51,8
	7-9 saat	31	37,3	37	44,6
	>9 saat	2	2,4	3	3,6

6.5. Anne ve Babaların Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi

EDSDÖ'ye göre anne ve babaların depresyon tarama durumları incelendiğinde; ölçekten alınan toplam puan ortanca değerinin annelerde 7,00, babalarda 4,00 olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte yüksek depresyon skorunu gösteren kesme değeri olarak 12 puan alındığında; annelerin %15,7'sinin, babaların ise %4,8'inin yüksek depresyon skoruna sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 6.9). Yüksek depresyon skoruna sahip anne sıklığının babalardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.9. Anne ve babaların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon ölçek puanları ve kategorileri

		Anne		Baba	
		Ort±SS Ortanca (min-maks)		Ort±SS Ortanca (min-maks)	
EPNDÖ toplam puan		6,99±5,05 7,00 (0,00-19,00)		4,65±4,02 4,00 (0,00-20,00)	
		n	**%**	**n**	**%**
Depresyon varlığı	Var (>12)	13	15,7	4	4,8
	Yok (≤12)	70	84,3	79	95,2

6.6. Anne ve Babaların Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi

YAB-7 Testine göre anne ve babaların anksiyete durumları incelendiğinde; annelerin testten aldıkları toplam puanın ortanca değeri 4,00 iken babaların ortanca değerinin ise 3,00 olduğu saptanmıştır. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenlik çalışmasında YAB-7 testi için kesme değeri 8 puan olarak alınmış olup çalışmamıza katılan annelerin %13,3'ünde, babaların ise %10,8'inde anksiyete olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.10). Annelerde anksiyete sıklığının babalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.10. Anne ve babaların Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 ölçek puanları ve kategorileri

		Anne		Baba	
		Ort±SS Ortanca (min-maks)		Ort±SS Ortanca (min-maks)	
YAB-7 toplam puan		3,84±3,70 4,00 (0,00-19,00)		3,39±3,55 3,00 (0,00-16,00)	
		n	%	n	%
Anksiyete varlığı	Var (≥8)	11	13,3	9	10,8
	Yok (<8)	72	86,7	74	89,2

6.7. Ebeveynlerin Yorgunluk Durumlarının Değerlendirilmesi

YÇBDÖ'ye göre anne ve babaların yorgunluk durumları incelendiğinde; annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ortanca değerinin 24,00, babaların ise 17,36 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.11). Annelerin yorgunluk puanlarının babalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.11. Anne ve babaların Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği puanları

	Anne	**Baba**
	Ort±SS Ortanca (min-maks)	Ort±SS Ortanca (min-maks)
Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği toplam puan	25,32±10,31 24,00 (7,50-49,60)	20,67±9,01 17,36 (7,41-45,82)

6.8. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

GKBUA'ya annenin verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile olmama durumu arasında çocuğun yaşı, cinsiyeti ve doğum şekli açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.12).

Tablo 6.12. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=24)		**Kötü uykulu olmayan (n=59)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (ay)		8,71±2,48 9,00 (6,00-12,00)		8,64±2,26 9,00 (6,00-12,00)		U=710,0	*0,983*
		N	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet	Erkek	15	62,5	39	66,1	χ^2 =0,097	*0,755*
	Kız	9	37,5	20	33,9		
Doğum şekli	C/S	13	54,2	35	59,3	χ^2 =0,186	*0,666*
	NSVY	11	45,8	24	40,7		

U: Mann Whitney U testi
χ^2: Ki-kare Test/Fisher's Exact test

GKBUA'ya annenin verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında anne yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, anne eğitim sewviyesi, anne çalışma durumu, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.13). İstatistiksel farklılık saptanmamakla birlikte, kötü uykulu olan bebeklerin annelerinin %41,7'sinin, diğer bebeklerin annelerinin ise %57,6'sının üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, annenin verdiği yanıtlara göre kötü uykulu olarak belirlenen bebeklerin %25'inin annesinin çalıştığı, buna karşın kötü uykulu olmayan bebeklerin ise %42,4'ünün annesinin çalıştığı tespit edilmiştir. İstatistiksel farklılık saptanmamakla birlikte, annenin verdiği yanıtlara göre kötü

uykulu olarak tarif edilen bebeklerin %41,7'sinin, kötü uykulu olmayan bebeklerin ise %55,9'unun ailesinde 2 veya daha fazla çocuk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.13. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=24)		**Kötü uykulu olmayan (n=59)**		**Test istatistiği**	**p**
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Anne yaşı (yıl)		32,12±5,51 31,00 (23,00-41,00)		31,27±4,46 31,00 (21,00-42,00)		U=664,0	0,658
Evde yaşayan kişi sayısı		3,54±,66 3,00 (3,00-5,00)		3,73±,64 4,00 (3,00-5,00)		U=823,5	0,198
		N	%	n	%		
Anne eğitim durumu	Lise ve altı	14	58,3	25	42,4	χ^2 =1,745	0,187
	Üniversite ve üzeri	10	41,7	34	57,6		
Anne çalışma durumu	Ev hanımı	18	75,0	34	57,6	χ^2 =2,200	0,138
	Çalışıyor	6	25,0	25	42,4		
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	14	58,3	26	44,1	χ^2 =1,391	0,238
	≥2 çocuk	10	41,7	33	55,9		
Ev tipi	Apartman dairesi	22	91,7	57	96,6	χ^2 =0,909	0,575
	Müstakil	2	8,3	2	3,4		
Aile tipi	Çekirdek aile	23	95,8	55	93,2	χ^2 =0,206	1,000
	Geniş aile	1	4,2	4	6,8		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.9. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

GKBUA'ya babanın verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti ve doğum şekli açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.14). İstatistiksel farklılık saptanmamakla birlikte, babaya göre kötü uykulu olan bebeklerin %70'inin, kötü uykulu olmayan bebeklerin ise %51,7'sinin doğum şeklinin sezaryen olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.14. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=20)		**Kötü uykulu olmayan (n=60)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (ay)		8,25±2,43 7,00 (6,00-12,00)		8,68±2,25 9,00 (6,00-12,00)		U=660,5	*0,484*
		N	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet	Erkek	14	70,0	38	63,3	χ^2 =0,293	*0,588*
	Kız	6	30,0	22	36,7		
Doğum şekli	C/S	14	70,0	31	51,7	χ^2 =2,049	*0,152*
	NSVY	6	30,0	29	48,3		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

GKBUA'ya babanın verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında baba yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, baba eğitim seviyesi, baba çalışma durumu, evde yaşayan çocuk sayısı ve aile tipi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.15). Diğer yandan, babaya göre bebeğin kötü uykulu olma ve olmama durumu arasında ev tipi açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,046). Babaya göre kötü uykulu olan bebeklerin ailelerinin %85'inin apartman dairesinde ve %15'inin müstakil evde yaşamakta olduğu, kötü uykulu olmayanların ise %98,3'ünün apartman dairesinde, %1,7'sinin müstakil evde yaşamakta olduğu belirlenmiştir.

İstatistiksel farklılık saptanmamakla birlikte, babaya göre kötü uykulu olan bebeklerin babalarının %50'sinin, kötü uykulu olmayan bebeklerin babalarının ise %66,7'sinin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, babanın verdiği yanıtlara göre kötü uykulu olarak tarif edilen bebeklerin %45'inin, kötü uykulu olmayan bebeklerin ise %51,7'sinin ailesinde 2 veya daha fazla çocuk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.15. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=20)		**Kötü uykulu olmayan (n=60)**		**Test istatistiği**	**p**
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Baba yaşı (yıl)		35,05±5,17 35,00 (26,00-44,00)		33,72±5,08 33,00 (20,00-50,00)		U=486,0	0,204
Evde yaşayan kişi sayısı		3,65±,67 4,00 (3,00-5,00)		3,67±,66 4,00 (3,00-5,00)		U=609,0	0,912
		N	%	n	%		
Baba eğitim durumu	Lise ve altı	10	50,0	20	33,3	χ^2 =1,778	0,182
	Üniversite ve üzeri	10	50,0	40	66,7		
Baba çalışma durumu	Çalışmayan	0	,0	1	1,7	χ^2 =0,338	1,000
	Çalışan	20	100,0	59	98,3		
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	11	55,0	29	48,3	χ^2 =0,267	0,606
	≥2 çocuk	9	45,0	31	51,7		
Ev tipi	Apartman dairesi	17	85,0	59	98,3	χ^2 =5,614	**0,046**
	Müstakil	3	15,0	1	1,7		
Aile tipi	Çekirdek aile	18	90,0	57	95,0	χ^2 =0,640	0,594
	Geniş aile	2	10,0	3	5,0		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.10. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da anneye göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti ve doğum şekli açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.16).

Tablo 6.16. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=47)		**Sorunsuz (n=35)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (ay)		8,51±2,32 9,00 (6,00-12,00)		8,77±2,28 9,00 (6,00-12,00)		U=877,0	*0,595*
		N	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet	Erkek	31	66,0	22	62,9	χ^2 =0,084	*0,771*
	Kız	16	34,0	13	37,1		
Doğum şekli	C/S	29	61,7	18	51,4	χ^2 =0,865	*0,352*
	NSVY	18	38,3	17	48,6		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

GKBUA'da annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında anne yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.17).

Annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında anne eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,01). Annenin algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin annelerinin %34'ünün lise ve altı, %66'sının ise üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu; uykusu sorunsuz olan bebeklerin annelerinin ise %62,6'unun lise ve altı, %37,1'inin ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan, annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında anne çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Annenin algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin %48,9'unun annesinin ev hanımı, %51,1'inin annesinin ise çalışmakta olduğu belirlenmiş iken, uykusu sorunsuz olan bebeklerin %80'inin annesinin ev hanımı olduğu, %20'sinin annesinin ise çalıştığı tespit edilmiştir.

İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, annenin algısına göre uykusu sorunlu olan bebeklerin %46,8'inin, uykusu sorunlu olmayan bebeklerin ise %57,1'inin ailesinde 2 veya daha fazla çocuk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.17. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=47)		**Sorunsuz (n=35)**		**Test istatistiği**	**p**
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Anne yaşı (yıl)		32,06±4,63 31,00 (24,00-42,00)		30,83±5,00 31,00 (21,00-41,00)		U=730,5	0,387
Evde yaşayan kişi sayısı		3,60±,61 4,00 (3,00-5,00)		3,77±,69 4,00 (3,00-5,00)		U=931,5	0,257
		N	%	n	%		
Anne eğitim durumu	Lise ve altı	16	34,0	22	62,9	χ^2 =6,698	**0,010**
	Üniversite ve üzeri	31	66,0	13	37,1		
Anne çalışma durumu	Ev hanımı	23	48,9	28	80,0	χ^2 =8,233	**0,004**
	Çalışıyor	24	51,1	7	20,0		
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	25	53,2	15	42,9	χ^2 =0,858	0,354
	≥2 çocuk	22	46,8	20	57,1		
Ev tipi	Apartman dairesi	44	93,6	34	97,1	χ^2 =0,537	0,632
	Müstakil	3	6,4	1	2,9		
Aile tipi	Çekirdek aile	44	93,6	33	94,3	χ^2 =0,016	1,000
	Geniş aile	3	6,4	2	5,7		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.11. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebek Özelliklerine ve Ailenin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebek yaşı, bebeğin cinsiyeti ve doğum şekli açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.18).

Tablo 6.18. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin bebek özelliklerine göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=43)		**Sorunsuz (n=39)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yaş (ay)		8,93±2,25 9,00 (6,00-12,00)		8,28±2,32 9,00 (6,00-12,00)		U=695,5	*0,167*
		n	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet	Erkek	28	65,1	25	64,1	χ^2 =0,009	*0,924*
	Kız	15	34,9	14	35,9		
Doğum şekli	C/S	23	53,5	24	61,5	χ^2 =0,542	*0,462*
	NSVY	20	46,5	15	38,5		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

GKBUA'da babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında baba yaşı, baba eğitim durumu, baba çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.17). Diğer yandan, babanın algısına göre bebekte sorunlu uykunun olup olmama durumları arasında ev tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p=0,047) (Tablo 6.19). Babanın algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin hepsi apartman dairesinde yaşıyor olup uykusu sorunsuz olan bebeklerin ise %89,7'sinin apartman dairesinde ve %10,3'ünün ise müstakil evde yaşadıkları belirlenmiştir.

Babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında baba eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,03). Babanın algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin babalarının %27,9'unun lise ve altı, %72,1'inin ise üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu; uykusu sorunsuz olan bebeklerin babalarının ise %51,3'ünün lise ve altı, %48,7'sinin ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.19. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin aile özelliklerine göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=43)		Sorunsuz (n=39)		Test istatistiği	p
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Baba yaşı (yıl)		34,74±4,79 34,00 (26,00-50,00)		33,44±5,34 33,00 (20,00-46,00)		U=686,0	0,156
Evde yaşayan kişi sayısı		3,60±,62 4,00 (3,00-5,00)		3,74±,68 4,00 (3,00-5,00)		U=927,5	0,360
		N	%	n	%		
Baba eğitim durumu	Lise ve altı	12	27,9	20	51,3	χ^2 =4,696	**0,03**
	Üniversite ve üzeri	31	72,1	19	48,7		
Baba çalışma durumu	Çalışmayan	0	,0	1	2,6	χ^2 =1,116	0,476
	Çalışan	43	100,0	38	97,4		
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	22	51,2	18	46,2	χ^2 =0,205	0,650
	≥2 çocuk	21	48,8	21	53,8		
Ev tipi	Apartman dairesi	43	100,0	35	89,7	χ^2 =4,636	**0,047**
	Müstakil	0	,0	4	10,3		
Aile tipi	Çekirdek aile	41	95,3	36	92,3	χ^2 =0,330	0,665
	Geniş aile	2	4,7	3	7,7		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.12. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da anneye göre bebeğin kötü uykuya sahip olması ve olmaması arasında bebeğin aile ile oda veya yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.20).

Tablo 6.20. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=24)		Kötü uykulu olmayan (n=59)		Test istatistiği	*p*
		n	**%**	**n**	**%**		
Aile ile oda paylaşımı	Var	19	79,2	47	79,7	χ^2 =0,003	*1,000*
	Yok	5	20,8	12	20,3		
Aile ile yatak paylaşımı	Var	3	12,5	8	13,6	χ^2 =0,017	*1,000*
	Yok	21	87,5	51	86,4		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.13. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da babaya göre bebeğin kötü uykuya sahip olması ve olmaması arasında bebeğin aile ile oda veya yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.21). İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, babaya göre kötü uykulu olan bebeklerin %85'inin aile ile aynı odada uyuduğu, bu oranın kötü uykulu olmayan bebeklerde %76,7 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.21. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin anneye göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=20)		**Kötü uykulu olmayan (n=60)**		***Test istatistiği***	***p***
		n	**%**	**n**	**%**		
Aile ile oda paylaşımı	Var	17	85,0	46	76,7	*χ^2 =0,622*	*0,540*
	Yok	3	15,0	14	23,3		
Aile ile yatak paylaşımı	Var	3	15,0	6	10,0	*χ^2 =0,376*	*0,684*
	Yok	17	85,0	54	90,0		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.14. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da annenin algısına göre bebeğin sorunlu ve sorunsuz uykuya sahip olması arasında bebeğin aile ile oda veya yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.22). İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, anne algısına göre uyku sorunu olan bebeklerin %83'ünün, uyku sorunu olmayan bebeklerin ise %77,1'inin aile ile aynı odada uyuduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.22. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babaya göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=47)		**Sorunsuz (n=35)**		**Test istatistiği**	***p***
		n	**%**	**n**	**%**		
Aile ile oda paylaşımı	Var	39	83,0	27	77,1	χ^2 =0,435	*0510*
	Yok	8	17,0	8	22,9		
Aile ile yatak paylaşımı	Var	6	12,8	5	14,3	χ^2 =0,04	*1,000*
	Yok	41	87,2	30	85,7		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.14. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Bebeğin Aile ile Oda/yatak Paylaşması Durumuna Göre Karşılaştırılması

GKBUA'da babanın algısına göre bebeğin sorunlu ve sorunsuz uykusunun olması arasında aile ile oda ve yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.23). İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, babanın algısına göre uyku sorunu olan bebeklerin %83,7'sinin, uyku sorunu olmayan bebeklerin ise %74,4'ünün aile ile aynı odada uyuduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.23. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babaya göre bebeğin aile ile oda/yatak paylaşması durumuna göre karşılaştırılması

		Sorunlu (n=43)		Sorunsuz (n=39)		Test istatistiği	*p*
		n	%	n	%		
Aile ile oda paylaşımı	Var	36	83,7	29	74,4	χ^2 =1,091	*0,296*
	Yok	7	16,3	10	25,6		
Aile ile yatak paylaşımı	Var	5	11,6	5	12,8	χ^2 =0,027	*1,000*
	Yok	38	88,4	34	87,2		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.15. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Anne Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da anneye göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin uyku kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,776) (Tablo 6.24).

Tablo 6.24. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin anne uyku durumu açısından karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=24)		Kötü uykulu olmayan (n=59)		Test istatistiği	p
		N	%	n	%		
Anne PUKİ	İyi uyku	5	20,8	14	23,7	χ^2 =0,081	0,776
	Kötü uyku	19	79,2	45	76,3		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.16. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Baba Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında babanın uyku kalitesi açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p=0,897) (Tablo 6.25).

Tablo 6.25. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin baba uyku durumu açısından karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=20)		Kötü uykulu olmayan (n=60)		Test istatistiği	p
		N	%	n	%		
Baba PUKİ	İyi uyku	10	50,0	31	51,7	χ^2 =0,017	0,897
	Kötü uyku	10	50,0	29	48,3		

χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.17. Anneye Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Annede Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da anneye göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.26).

Tablo 6.26. Anneye göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin annede depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumları açısından karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=24)		Kötü uykulu olmayan (n=59)		Test istatistiği	*p*
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yorgunluk		25,26±9,18 24,05 (7,70-47,80)		25,34±10,81 24,00 (7,50-49,60)		U=699,5	*0,932*
		n	**%**	**n**	**%**		
Depresyon	Var	3	12,5	10	16,9	χ^2 =0,256	*0,748*
	Yok	21	87,5	49	83,1		
Anksiyete	Var	2	8,3	9	15,3	χ^2 =0,711	*0,497*
	Yok	22	91,7	50	84,7		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.18. Babaya Göre Kötü Uykulu Olan ve Olmayan Bebeklerin Babada Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında babada yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.27). İstatistiksel farklılık bulunmamakla birlikte, kötü uykulu olan bebeklerin babalarının %10'unda, kötü uykulu olmayanların babalarının ise %3,3'ünde depresyon saptanmıştır. Benzer olarak, istatistiksel farklılık olmamakla birlikte, kötü uykulu olan bebeklerin babalarının %20'sinde, kötü uykulu olmayanların babalarının ise %8,3'ünde anksiyete durumu saptanmıştır.

Tablo 6.27. Babaya göre kötü uykulu olan ve olmayan bebeklerin babada depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumları açısından karşılaştırılması

		Kötü uykulu olan (n=20)		**Kötü uykulu olmayan (n=60)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yorgunluk		19,81±9,86 15,93 (9,28-41,27)		21,16±8,82 20,70 (7,41-45,82)		U=669,5	*0,440*
		N	**%**	**n**	**%**		
Depresyon	Var	2	10,0	2	3,3	χ^2 =1,404	*0,259*
	Yok	18	90,0	58	96,7		
Anksiyete	Var	4	20,0	5	8,3	χ^2 =2,045	*0,217*
	Yok	16	80,0	55	91,7		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.19. Annenin Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Annede Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede yorgunluk ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.28). Diğer yandan, annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,030). Annenin algısına göre uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde depresyon görülme sıklığı %23,4 iken uykusu sorunsuz olanların annelerinde depresyon görülme sıklığı %5,7 bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte, annenin algısına göre uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde anksiyete görülme sıklığı %17 iken uykusu sorunsuz olanların annelerinde ise anksiyete görülme sıklığı %8,6 bulunmuştur. Benzer olarak, uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde yorgunluk puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (ortancalar sırayla 25 ve 22,10).

Tablo 6.28. Annenin algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin annede depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması

		Uykusu sorunlu (n=47)		**Uykusu sorunsuz (n=35)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yorgunluk		26,85±9,48 25,00 (7,70-49,60)		23,39±11,28 22,10 (7,50-47,80)		U=649,5	*0,105*
		N	%	n	%		
Depresyon	Var	11	23,4	2	5,7	χ^2 =4,706	***0,030***
	Yok	36	76,6	33	94,3		
Anksiyete	Var	8	17,0	3	8,6	χ^2 =1,233	*0,338*
	Yok	39	83,0	32	91,4		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.20. Babanın Algısına Göre Uyku Sorunu Olan ve Olmayan Bebeklerin Babada Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu Açısından Karşılaştırılması

GKBUA'da babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında babada yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.29). Annelere benzer olarak, istatistiksel farklılık gözlenmemekle birlikte uykusu sorunlu olan bebeklerin babalarında yorgunluk puanlarının uykusu sorunlu olmayan bebeklerin babalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (ortancalar sırayla 22,39 ve 16,77).

Tablo 6.29. Babanın algısına göre uyku sorunu olan ve olmayan bebeklerin babada depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu açısından karşılaştırılması

		Uykusu sorunlu (n=43)		**Uykusu sorunsuz (n=39)**		**Test istatistiği**	***p***
		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)		Ort ± SS Ortanca (Min-Maks)			
Yorgunluk		22,35±9,75 22,39 (7,41-45,82)		19,06±7,87 16,77 (7,59-37,86)		U=686,0	*0,157*
		N	**%**	**n**	**%**		
Depresyon	Var	3	7,0	1	2,6	χ^2 =0,858	*0,617*
	Yok	40	93,0	38	97,4		
Anksiyete	Var	5	11,6	4	10,3	χ^2 =0,039	*1,000*
	Yok	38	88,4	35	89,7		

U:Mann Whitney U testi
χ^2 : Ki-kare Test/Fisher's Exact test

6.21. Anneye Göre Bebeğin Kötü Uykulu Olmasını ve Anne Algısına Göre Sorunlu Uykuya Sahip Olmasını Yordayan Değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları)

GKBUA'da anneye göre bebeğin kötü uykulu olma durumunu ve anne algısına göre bebeğin uyku sorunu olma durumunu yordayan belirleyicileri belirlemek amacıyla yapılan univariate lojistik regresyon analizine göre; annenin çalışması ve annede depresyon varlığı annenin algısına göre bebekte uyku sorunu olması durumunu yordayan belirleyiciler olarak saptanmıştır. Univariate analizde anlamlı çıkanlar multivariate regresyon analizine koyulduğunda annenin çalışma durumu ve annenin uyku kalitesi bebekte uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyiciler olarak bulunmuştur (Tablo 6.30).

Tablo 6.30. Anneye göre bebeğin kötü uykulu olmasını ve anne algısına göre sorunlu uykuya sahip olmasını yordayan değişkenler

		Kötü uykulu olan	OR (%95 GA)	AOR (%95 GA)	**Sorunlu uykusu olan**	OR (%95 GA)	AOR (%95 GA)
Yaş (ay)				1,012 (0,823-1,245)			0,951 (0,785-1,153)
Cinsiyet	Erkek	15 (27,8)	0,855 (0,319-2,293)		31 (58,5)	1,145 (0,459-2,854)	
	Kız	9 (31,0)	1,00		16 (55,2)	1,00	
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	14 (35,0)	1,777 (0,680-4,643)		25 (62,5)	1,515 (0,628-3,657)	
	≥2 çocuk	10 (23,3)	1,00		22 (52,4)	1,00	
Anne eğitim durumu	Lise ve altı	14 (35,9)	1,904 (0,728-4,982)		16 (42,1)	1,00	1,00
	Üniversite ve üzeri	10 (22,7)	1,00		31 (70,5)	**3,279 (1,315-8,173)**	1,707 (0,600-4,855)
Anne çalışma durumu	Ev hanımı	18 (34,6)	2,206 (0,765-6,357)		23 (45,1)	1,00	1,00
	Çalışıyor	6 (19,4)	1,00		24 (77,4)	**4,174 (1,526-11,420)***	**3,476 (1,082-11,170)***
Oda paylaşımı	Var	19 (28,8)	0,970 (0,301-3,131)		39 (59,1)	1,444 (0,483-4,322)	
	Yok	5 (29,4)	1,00		8 (50,0)	1,00	
Yatak paylaşımı	Var	3 (27,3)	0,911 (0,220-3,771)		6 (54,5)	0,878 (0,245-3,148)	
	Yok	21 (29,2)	1,00		41 (57,7)	1,00	
Uyku kalitesi	İyi uyku	5 (26,3)	0,846 (0,267-2,680)		6 (31,6)	1,00	1,00
	Kötü uyku	19 (29,7)	1,00		41 (65,1)	**4,038 (1,348-12,098)***	**3,931 (1,142-13,536)***
Depresyon	Var	3 (23,1)	0,700 (0,175-2,804)		11 (84,6)	**5,042 (1,040-24,451)***	0,344 (0,065-1,815)
	Yok	21 (30,0)	1,00		36 (52,2)	1,00	1,00
Anksiyete	Var	2 (18,2)	0,505 (0,101-2,532)		8 (72,7)	2,188 (0,536-8,934)	
	Yok	22 (30,6)	1,00		39 (54,9)	1,00	
Yorgunluk				0,999 (0,954-1,047)			1,034 (0,989-1,081)

*İstatistiksel anlamlılık tabloda şu şekilde verilmiştir *p < 0.05; **p < 0.001.*

6.22. Babaya Göre Bebeğin Kötü Uykulu Olmasını ve Baba Algısına Göre Sorunlu Uykuya Sahip Olmasını Yordayan Değişkenler (Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları)

GKBUA'da babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumunu ve baba algısına göre bebeğin uyku sorunu olma durumunu yordayan belirleyicileri belirlemek amacıyla yapılan univariate lojistik regresyon analizine göre; babanın eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olması babanın algılanan uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunmuştur (Tablo 6.31).

Tablo 6.31. Babaya göre bebeğin kötü uykulu olmasını ve baba algısına göre sorunlu uykuya sahip olmasını yordayan değişkenler

		Kötü uykulu olan	OR (%95 GA)	AOR (%95 GA)	**Sorunlu uykusu olan**	OR (%95 GA)	AOR (%95 GA)
Yaş (ay)				0,918 (0,730-1,153)			1,135 (0,935-1,378)
Cinsiyet	Erkek	14 (26,9)	1,351 (0,454-4,022)		28 (52,8)	1,045 (0,422-2,587)	
	Kız	6 (21,4)	1,00		15 (51,7)	1,00	
Evde yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	11 (27,5)	1,307 (0,473-3,609)		22 (55,0)	1,222 (0,513-2,912)	
	≥2 çocuk	9 (22,5)	1,00		21 (50,0)	1,00	
Baba eğitim durumu	Lise ve altı	10 (33,3)	2,000 (0,716-5,590)		12 (37,5)	1,00	
	Üniversite ve üzeri	10 (20,0)	1,00		31 (62,0)	**2,719 (1,088-6,793)***	
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor	0 (,0)	,000 (,000--)		0 (,0)	,000 (,000--)	
	Çalışıyor	20 (25,3)	1,00		43 (53,1)	1,00	
Oda paylaşımı	Var	17 (27,0)	1,725 (0,440-6,756)		36 (55,4)	1,773 (0,601-5,236)	
	Yok	3 (17,6)	1,00		7 (41,2)	1,00	
Yatak paylaşımı	Var	3 (33,3)	1,588 (0,358-7,042)		5 (50,0)	0,895 (0,238-3,360)	
	Yok	17 (23,9)	1,00		38 (52,8)	1,00	
Uyku kalitesi	İyi uyku	10 (24,4)	1,00		18 (42,9)	1,00	
	Kötü uyku	10 (25,6)	1,069 (0,388-2,942)		25 (62,5)	2,222 (0,917-5,384)	
Depresyon	Var	2 (50,0)	3,222 (0,423-24,536)		3 (75,0)	2,850 (0,284-28,606)	
	Yok	18 (23,7)	1,00		40 (51,3)	1,00	
Anksiyete	Var	4 (44,4)	2,750 (0,660-11,466)		5 (55,6)	1,151 (0,286-4,635)	
	Yok	16 (22,5)	1,00		38 (52,1)	1,00	
Yorgunluk				0,983 (0,928-1,042)			1,043 (0,992-1,098)

*İstatistiksel anlamlılık tabloda şu şekilde verilmiştir *p < 0.05; **p < 0.001.*

7. TARTIŞMA

7.1. Bebeklerin Uyku Özellikleri

7.1.1. Uyku Süresi

Çalışmamıza katılan çocukların günlük toplam uyku sürelerinin annelerin verdiği cevaplara göre ortalama 11,24 saat ve babaların verdiği cevaplara göre ortalama 11,55 saat olduğu görülmüştür. Marmara Üniversitesi'ne başvuran bebekler ile yapılmış ve 157 bebeğin dahil edildiği bir tez çalışmasında 6-12 ay arası bebeklerin günlük toplam uyku sürelerinin ortalama 12 saat olduğu görülmüştür (215). Boran ve arkadaşlarının ülkemizde yürütmüş olduğu çok merkezli bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde 6-12 ay arası bebeklerin günlük toplam uyku süresinin ortalama 11,5 saat olduğu tespit edilmiştir (184). Çalışmamızda yer alan bebeklerin günlük uyku sürelerinin ülkemiz çocuklarının uyku sürelerini yansıttığı saptanmıştır. Uluslararası literatür incelendiğinde bebeklerin toplam uyku süreleri ile ilgili olarak farklı sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. Mindell ve ark. yaptığı bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri, Asya ülkeleri, Avustralya, Brezilya, Kanada, Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda'da 6-12 ay arası 29 287 bebek çok merkezli olarak ayrı ayrı incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bebeklerin total uyku sürelerinin Japonya'da 11.6 saat ve Yeni Zelanda'da 13.3 saat olduğu gözlenmiştir (216). Çalışmamızdaki bebeklerin hem Asya hem de beyaz ırk ülkelerindeki aynı yaş grubu bebeklerden daha az uyuduğu görülmektedir (216). Sadeh ve ark. Amerika ve Kanada'da yürüttüğü bir çalışmada 0-2 yaş bebek grubunda total uyku süresinin 14,3 saat olduğu saptanmış ve çalışmamız sonuçlarına göre bu bebeklerin daha fazla uyuduğu gözlenmiştir (126). Çalışmalar incelendiğinde özellikle ilk 6 aylık süreçte dünya genelinde bebeklerin günlük toplam uyku sürelerinin birbirine yakın olduğu görülmekle birlikte kültürel açıdan farklı ülkeler/bölgeler arasında küçük çocukların uyku düzenlerinde farklılıklar olduğu gözlenmektedir (126, 216, 217). Bebek uykusu ilk aylarda fizyolojik ve biyolojik faktörlerden etkilenmekte olup ilk aylarda dünya genelinde bebek uyku sürelerinin birbirine benzer olması beklenen bir durumdur. Ancak ilerleyen zamanlarda çevresel ve kültürel etmenlerin etkisindeki artış ve uyku eğitimlerinin verilmesi gibi dışsal etkenlerin bebeklerin günlük toplam uyku süresinde değişikliklere yol açtığı düşünülebilir.

7.1.2. Uyku Ortamı

Çalışmada anne ve babalara bebeğin uyku ortamı ile ilgili 3 soru yöneltilmiştir. Bu sorular ile bebeğin evin hangi odasında, hangi yatakta ve hangi pozisyonda uyuduğu ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Çalışmamızda bebeklerin büyük çoğunluğunun (annelerin verdiği cevaplarda %79,5 ve babaların verdiği cevaplarda %79,3) ebeveyn ile aynı odada uyuduğu görülmüştür. Ülkemizde ve Asya ülkelerinde yapılan başka çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde 6-12 ay arası bebeklerin çoğunlukla ebeveyn ile aynı odada uyuduğu görülmüştür (184, 216-218). Amerika, Kanada ve beyaz ırklarda yürütülen çalışmalarda ise bizim çalışmamızın aksine bebeklerin büyük çoğunluğunun kendi odalarında yattığı gösterilmiştir (85, 126, 216). Mindell ve ark. yaptığı çalışmada ebeveyn ile aynı odayı paylaşma sıklığı beyaz ırkta %21,95, Asya ırkında ise %86,47 bulunmuştur (216). Bu sonuçlar çalışmamızdaki bebeklerin Asya ülkelerine benzer şekilde genellikle ebeveyn ile aynı odayı paylaştığını göstermektedir. Bu durum farklı kültürlerin bebek bakımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının farklı olması ile açıklanabilir. Örneğin; Japon anneler bebekleriyle bir arada uyumanın bebeklerin duygusal güvenliğini olumlu etkilediğine inanırken, bağımsızlığını etkilemediğini düşünmektedirler (219). Amerikalı anneler ise bireyselciliğe daha çok önem vererek çocukların erken yaşta bağımsızlık kazanmaları, kötü alışkanlıklardan korunmaları ve özel yaşamlarını korumaları için uyku paylaşımını tercih etmemektedirler (220).

7.1.3. Uyku Düzeni

Çalışmamızda hem anne hem babaların bebeklerini uyutmak için uyku zamanı rutini uyguladıkları görülmüştür. Çalışmamızda ebeveynlerin en sık kullandığı uyku zamanı rutinlerinin biberon ile beslemek (annelerin %60,2'si ve babaların %70,9'u), sallamak (annelerin %47'si ve babaların %45,6) ve banyo yaptırmak (annelerin %22,9'u ve babaların %32,9'u) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hem anne hem de babaların verdikleri cevaplara göre bebeklerin çoğunlukla emzirilirken (annelerin %65,1'i ve babaların %64,2'si), sallanırken (annelerin %49,4'ü ve babaların %56,8'i) veya kucakta tutulurken (annelerin %28,9'u ve babaların %32,1) uykuya daldığı saptanmıştır. Bebekler gece uyandıklarında uykuya tekrar dalmaları için anneler en sık emzirme yöntemini kullanmaktayken (%73,5) babaların ise sıklıkla emzik verme (%77,5), sallama (%50) ve biberon ile beslemeyi (%25) tercih ettikleri belirlenmiştir.

Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde 6-12 ay arası bebeklerin sıklıkla emzirilerek ve sallanırken uykuya daldığı gösterilmiştir. Yine bu çalışmalarda bebeklerin sıklıkla kendi beşiklerinde ebeveyn odasında uyuduğu ve gece uyandıklarında uykuya tekrar dalmaları için emzirildikleri gösterilmiştir (217, 218). Kahraman ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada sallanarak (%29) ve emzirilerek (%17.7) uykuya dalan bebeklerin sıklığı bizim çalışmamızdan daha az gözükmektedir. Bunun sebebi ise çalışmaların farklı kurgulanmış olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızda ebeveynler "çocuğunuz çoğu zaman nasıl uykuya dalar?" sorusuna birden fazla cevap verebilirken Kahraman ve ark. çalışmasında katılımcılardan bu soruya tek bir cevap vermeleri istenmiştir.

Literatür incelendiğinde Asya ülkelerinde yaşayan 6-12 ay bebeklerin de ülkemize benzer şekilde uykuya sıklıkla emzirilerek ve kucakta tutularak daldığı ve gece uyandıklarında tekrar uykuya dalmaları için emzirildikleri veya kucakta sallandıkları görülmüştür (221, 222). Sadeh ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise 6-12 ay arası bebeklerin çalışmamızdan farklı olarak sıklıkla beşiklerinde ve odada yalnız (6-8 ay arası %48,17 ve 9-11 ay arası %52,73), kucakta tutularak (6-8 ay arası %36,38 ve 9-11 ay arası %32,45) uykuya daldığı bulunmuşken, daha az bir kısmının emzirilerek (6-8 ay %27,81 ve 9-11 ay %21,82) uykuya daldığı saptanmıştır. Yine bu çalışmada bebeklerin gece uyanmaları durumunda uykuya tekrar dalmaları için ailelerinin sıklıkla birkaç dakika beklediği ve benzer sıklıklarda beşikte pışpışlama, biberon ile besleme ve emzirme yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (126).

Literatür incelendiğinde ülkemiz ve Asya ülkelerinin uyku düzeni alışkanlıklarının ve uyku rutinlerinin birbirine benzer olduğu görülmüştür. Avrupa ülkeleri, Amerika ve Avustralya'da yapılan çalışmalar incelendiğinde ise bu ülkelerdeki uyku düzeni alışkanlıklarının ülkemizden farklı olduğu görülmüş, sallama, emzirerek uykuya dalma veya emzik kullanma gibi durumların bu ülkelerde uyku rutini olarak daha az kullanıldığı belirlenmiştir. Bu durum farklı kültür ve hayat tarzına sahip olan ebeveynlerin bebek bakımı konusunda farklı bilgi ve tutumlara sahip olması ile açıklanabilir.

7.2. Bebeğin Kötü Uykulu Olması ve Ebeveyn Algısına Göre Sorunlu Uykulu Olması

Çalışmamızdaki bebekler uyku kalitesi açısından kötü uykulu olan/kötü uykulu olmayan ve ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olan/ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olmayan bebekler olarak kategorize edilmiştir. GKBUA'ne göre annelerin verdiği yanıtlarda bebeklerin %28,9'unun, babaların verdiği yanıtlarda ise bebeklerin %25'inin kötü uyuyan bebek olduğu tespit edilmiştir. Bebeğin uyku süreci ebeveyn algısına göre değerlendirildiğinde ise annelerin

%57,3'ünün ve babaların %52,4'ünün bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendirdiği görülmüştür.

Literatür incelendiğinde Mindell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; çocuklarında uyku problemi olduğunu algılayan ebeveynlerin yüzdesinin geniş bir aralıkta olduğu saptanmıştır (Tayland'da %11, Çin'de %76) (216). Ebeveynin bebekte uyku sorunu algısı ile ilgili olarak, sosyokültürel etmenlerin, ebeveynin çocuğu ile ilgili genel algısının ve bebekte başka sorunların varlığının bebekte uyku sorunu tariflenmesi ile ilgisi olduğu düşünülmektedir. Harskamp-von Ginkel ve ark. yürüttüğü bir çalışmada BISQ anketine göre tanımlanan kötü uyku ve ebeveyn algısına göre problemli uykunun karşılaştırıldığı görülmektedir. Bu çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde annelerin algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin yüzdesinin ankete göre tanımlanan kötü uykulu bebeklerin yüzdesinden fazla olduğunu görmekteyiz. Çalışma 0-24 ay arası 1471 anne/bebek katılımı ile gerçekleştirilmiş ve katılımcılar arasındaki 594 bebeğin yaşlarının 12 ay olduğu görülmüştür. 12 aylık bebeklerin %11'inde ankete göre kötü uyku saptanırken %31'inin annesi bebeklerinin uykusunu problemli olarak değerlendirmiştir (223). Çalışmamız ile kıyaslandığında kötü uyuyan ve anne algısına göre sorunlu uykusu olan bebeklerin bizim çalışmamızda sıklık olarak daha fazla olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızda 6-12 ay arası bebekler değerlendirilmiş olup çalışmaya katılan bebeklerin yaş ortalaması 8,66±2,30 ay bulunmuştur. Harskamp-von Ginkel ve ark. tarafından yürütülen çalışma ile çalışmamız arasındaki fark bizim çalışmamıza katılan bebeklerin yaş ortalamasının daha küçük olması ile açıklanabilir. Boran ve ark. tarafından ülkemizde yürütülen çalışmada ise 6-36 ay arası 2434 bebeğin uykusu anneleri tarafından değerlendirilmiştir. Bu bebekler kendi içinde yaş gruplarına ayrılmış. 6-8 ay arası bebeklerin (n: 386) %23'ünün kötü uyuyan ve %35'inin anne algısına göre sorunlu uykulu olduğu, 9-11 ay arası bebeklerin (n: 286) ise %30,8'inin kötü uyuyan ve %39,5'inin anne algısına göre sorunlu uykulu olduğu tespit edilmiştir (184). Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Literatür incelendiğinde bebeğin kötü uykulu olması ve baba algısına göre sorunlu uykulu olması arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatüre baba perspektifi ile ilgili veri sunmasını çalışmamızın güçlü yönlerinden olduğunu düşünmekteyiz.

7.3. Bebek Uykusunu Etkileyen Sosyodemografik ve Çocuk ile İlgili Etmenler

Çalışmamızdaki bebekler uyku kalitesi açısından kötü uykulu olan/kötü uykulu olmayan ve ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olan/ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olmayan bebekler olarak kategorize edilmiştir. Buna göre uykuyu etkileyen sosyodemografik ve çocuk ile ilgili etmenler her iki kategori için ayrı ayrı incelenmiştir.

Çalışmamızda annelerin ve babaların verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile olmama durumu arasında çocuğun yaşı, cinsiyeti ve doğum şekli açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Benzer bir şekilde bebeğin kötü uykulu olma durumu ile olmama durumu arasında anne/baba yaşı, anne/baba eğitim durumu, evde yaşayan çocuk sayısı ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşanılan ev tipi ve bebeğin kötü uykulu olma durumu ile olmama durumu karşılaştırıldığında annelerin verdiği cevaplara göre anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) babaların verdiği cevaplara göre ise anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,046$). Apartman dairesinde oturan ailede babaya göre bebeklerin daha kötü uykulu olduğu belirlenmiştir. Olgu sayısının az olması nedeniyle bu bulgu hakkında yorum yapmak güçtür.

Çalışmamızda anneye göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, anne yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Diğer yandan annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında anne eğitim durumu ($p=0,01$) ve anne çalışma durumu ($p=0,004$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre bebeklerinin uykusunda sorun olduğunu düşünen annelerin üniversite ve üzeri eğitim grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Anneler ev hanımı ve çalışan olarak gruplandırıldığında ise bebeklerinin uykusunda sorun olduğunu düşünen annelerin çalışan anne grubunda daha fazla olduğu görülmüştür ve aynı zamanda annenin çalışma durumu annenin algısına göre bebekte uyku sorunu olması durumunu yordayan belirleyici olarak saptanmıştır. Ülkemizde Taşdemir ve Temel tarafından İzmir'de yürütülen bir çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile bebeklerinin uyku kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (224). Buna karşın, Boran ve ark. tarafından yürütülen çalışmada çalışmamız ile benzer şekilde, bebeklerinin uykusunda sorun olduğunu düşünen annelerin üniversite ve üzeri eğitim grubunda daha fazla olduğu görülürken, annelerin çalışma durumu ve bebek uykusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (184). Boran ve ark. tarafından yürütülen çalışma ile bizim çalışmamızda sübjektif olarak annenin algısına göre uyku ile eğitim düzeyi karşılaştırılmıştır. Ancak Taşdemir ve Temel tarafından yürütülen çalışmada bebeklerin

uyku kalitesi objektif olarak BISQ anketine göre değerlendirilmiştir. Taşdemir ve Temel tarafından yürütülen çalışma ile bizim çalışmamızın sonuçları arasında farklılık olması bebek uykusundaki değerlendirmenin farklı olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda babaya göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, baba yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı, baba çalışma durumu ve aile tipi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Diğer yandan babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında baba eğitim durumu ($p=0,03$) ve ev tipi ($p=0,047$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre bebeklerinin uykusunda sorun olduğunu düşünen babaların üniversite ve üzeri eğitim grubunda daha fazla olduğu görülmüştür Ev tipine göre yapılan değerlendirmede ise bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendiren babaların apartman dairesi grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Univariate lojistik regresyon analizine göre ise; babanın eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olması babanın algılanan uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunmuştur. Lin ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada; bizim çalışmamızın aksine baba eğitim düzeyi yükseldikçe bebeklerdeki uyku probleminin azaldığı görülmüştür (225). Bu farklılık sosyokültürel özellikler ve bebek uykusundaki değerlendirmenin farklı olması ile açıklanabilir. Nitekim bizim çalışmamızda bebek uykusu sübjektif veriler ile değerlendirilmiş ancak Lin ve ark. yaptığı çalışmada objektif kriterler ile değerlendirildiği görülmüştür.

7.4. Bebek Uykusu ve Ebeveyn ile Oda Paylaşımı Arasındaki İlişki

Çalışmamızdaki bebekler uyku kalitesi açısından kötü uykulu olan/kötü uykulu olmayan ve ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olan/ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olmayan bebekler olarak kategorize edilmiştir. Oda paylaşımı ve her iki kategori arasındaki ilişki ayrı ayrı incelenmiştir.

Çalışmamızda anneye göre bebeğin kötü uykuya sahip olması ve olmaması arasında bebeğin aile ile oda paylaşımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$) Her iki grupta da ebeveyn ile oda paylaşım oranları birbirine benzerdir. (Kötü uykulu bebeklerde aile ile oda paylaşımı %79,2, kötü uykulu olmayan bebeklerde aile ile oda paylaşımı %79,7). Çalışmamızda annenin algısına göre bebeğin sorunlu ve sorunsuz uykuya sahip olması arasında bebeğin aile ile oda paylaşımı açısından da anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, anne algısına göre uyku sorunu olan bebeklerin

%83'ünün, uyku sorunu olmayan bebeklerin ise %77,1'inin aile ile aynı odada uyuduğu tespit edilmiştir.

Paul ve ark. yaptıkları bir çalışmada bebeklerin uyku durumu ile oda paylaşımı arasındaki ilişkiyi BISQ anketi kullanarak incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda ebeveynlerinden farklı odada uyuyan bebeklerin, ebeveynleri ile aynı odada uyuyanlara göre toplam gece uykusu süresi ile gece uyanmadan uykuda geçirilen zamanının daha uzun olduğu ve gece daha az sayıda uyandığı görülmüştür (226). Mindell ve ark. tarafından Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya, Büyük Britanya, Brezilya ve Yeni Zelanda'da yürütülen bir başka çalışmada da BISQ anketi kullanılarak bebeklerin uyku düzeni değerlendirilmiş ve bebeklerin yaklaşık %50'sinin kendi odasında uyuduğu görülmüştür. Bu çalışma sonucunda ebeveynlerinden farklı odada uyuyan bebeklerin, ebeveynleri ile aynı odada uyuyanlara göre toplam gece uykusu süresi ile gece uyanmadan uykuda geçirilen zamanının daha uzun olduğu ve gece daha az sayıda uyandığı görülmüştür (227). Volkovich ve ark. yürüttüğü bir çalışmada ise ebeveynleri ile aynı odada uyuyan bebeklerin uyku kaliteleri objektif ve sübjektif olarak değerlendirilmiştir. Buna göre oda paylaşımı ile objektif kriterlere göre bebeğin uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki gösterilmemiştir. Ancak annenin sübjektif değerlendirmesine göre aile ile oda paylaşımı olan bebeklerin gece daha sık uyandığı gösterilmiştir (228). Chae ve ark. Güney Kore'de 20 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada ise bebeklerin %85'inin ebeveynleri ile aynı odayı paylaştığı ve annelerin %90'ının bebeğinin uykusunu iyi olarak değerlendirdiği gösterilmiştir (229). Boran ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada ise oda paylaşımı ve bebeğin uyku kalitesi arasında doğrudan bir ilişki bulunmamıştır (184).

Çalışmamızdaki bebeklerin %79,5'i ebeveyn ile aynı odada uyumaktadır. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de ebeveyn ile oda paylaşım oranının %60 ile 90 arasında değiştiği görülmektedir (218, 230, 231). Bu veriler göz önüne alındığında Türkiye'de bebekler ile ailenin oda paylaşımının kültürel bir gereklilik olarak görüldüğü ve bu durumun aileler tarafından normal karşılandığı düşünülmektedir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda oda paylaşımı ile bebek uyku kalitesi arasında bir ilişki bulunmaması çalışmaya katılan bebeklerin çoğunluğunun ebeveyn ile aynı odada kalması, bu nedenle istatistiksel olarak yeterli sayıda bebeğin karşılaştırılamaması ve ülkemizde oda paylaşımının aileler tarafından normal karşılanıyor olması nedeniyle bebeğin uykusu ile ilgili algıyı değiştirmemesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda babaya göre bebeğin kötü uykuya sahip olması ve olmaması arasında bebeğin aile ile oda paylaşımı açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

İstatistiksel farklılık olmamakla birlikte, babaya göre kötü uykulu olan bebeklerin %85'inin aile ile aynı odada uyuduğu, bu oranın kötü uykulu olmayan bebeklerde %76,7 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda babanın algısına göre bebeğin sorunlu ve sorunsuz uykusunun olması arasında da aile ile oda paylaşımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde aile ile oda paylaşımı ve babaya göre bebeğin uykusu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız literatürdeki bu boşluğa katkı sağlayan ilk çalışma olması nedeniyle değerlidir.

7.5. Ebeveyn Uyku Kalitesi ve Bebek Uykusu ile İlişkisi

Çalışmamızda anneye göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin uyku kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızın verileri ile multivariate lojistik regresyon analizi yapıldığında ise annenin uyku kalitesi bebekte uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunmuştur. Çalışmamızda babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında babanın uyku kalitesi açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Literatürde doğum sonrası kadınların uyku kalitesinin kötü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (136-139). Hall ve ark. tarafından 235 örneklem ile yürütülen bir çalışmada uyku problemi olan bebeklerin anne ve babalarına uyku eğitimi verilmiş ve eğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde ebeveyn uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre eğitim öncesi kötü uyuyan bebeklerin ebeveyn uyku kalitesi kötüyken eğitim sonrası hem bebeklerin uyku kalitesinde hem de ebeveyn uyku kalitesinde düzelme olmuştur (232). Yine Hall ve ark. tarafından 455 örneklem ile yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde uyku eğitimi verilen grupta hem bebek uykusunda hem de ebeveyn uyku kalitesinde iyileşme olduğu görülmüştür (35). Bu çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak babaların uyku kalitesinin de bebeklerin uyku kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Türk toplumunda baba evin geçimini sağlayan, disiplin uygulayan ancak çocuk bakımında fazla rol üstlenmeyen bir figür olup birçok baba evin geçimi için maddi olanak sağlaması halinde babalık görevini tamamladığını düşünmektedir. (233, 234) Çalışmamızda babaların uyku kalitesi ile bebeğin uyku kalitesi arasında ilişki bulunmaması babaların bebeğe birincil bakım veren olmaması ile açıklanabilir. Lin ve ark. tarafından Çin'de 513 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada ise bizim çalışmamız ile benzer şekilde annelerin uyku kalitesi ile bebek uykusu arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür, ancak aynı çalışmada bebek uykusu ile baba uykusu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (225).

7.6. Ebeveyn Depresyon, Anksiyete ve Yorgunluk Durumu ve Bebek Uykusu İle İlişkisi

Çalışmamızdaki bebekler uyku kalitesi açısından kötü uykulu olan/kötü uykulu olmayan ve ebeveyn algısına göre sorunlu uykulu olan/sorunlu uykulu olmayan bebekler olarak kategorize edilmiştir. Ebeveyn depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumunun her iki kategori ile olan ilişkisi ayrı ayrı incelenmiştir. Çalışmamızda anneye göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmışken ($p=0,03$), univariate lojistik regresyon analizine göre annede depresyon varlığı annenin algısına göre bebekte uyku sorunu olması durumunu yordayan belirleyici olarak saptanmıştır. Çalışmamızda annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede yorgunluk ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel fark olmamakla birlikte annenin algısına göre uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde anksiyete görülme sıklığı uykusu sorunsuz olanların annelerinden daha fazladır. Benzer olarak, uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde yorgunluk puanlarının da diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Brezilya'da yürütülen ve 397 annenin dahil edildiği bir çalışmada doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinin diğer bebeklere kıyasla gece daha az uyudukları ve daha sık uyandıkları görülmüştür (119). Başka bir çalışmada da benzer şekilde doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebeklerinin diğerlerine kıyaslandığında daha sorunlu uykuya sahip oldukları görülmüştür (120). Hiscock ve arkadaşlarının 738 bebek ve anneleri ile yürüttükleri bir çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde bebeğinin uykusunun sorunlu olduğunu düşünen annelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (235). Orhon ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada ise depresyon puanı yüksek olan annelerin diğer annelere göre bebeklerinin uykusunu daha sorunlu olarak değerlendirdiği gösterilmiştir (166). Boran ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise bebeklerin uyku durumu hem objektif hem de sübjektif kriterler ile değerlendirilmiştir. Buna göre annede depresyon varlığı objektif ve sübjektif kriterlere göre kötü uykunun belirleyici faktörü olarak bulunmuştur (184). Bu çalışmalardaki bulgular bizim bulgularımıza benzer olup bebekte uyku sorunu varlığının annede depresyon durumunu artırabileceğini veya annede var olan duygu durum bozukluğu nedeniyle bebeğinin uykusunu kötü olarak algılayabileceğini göstermektedir. Diğer yandan, Pennestri ve ark. yaptığı bir çalışmada ise çalışmamızın aksine bebek uykusu ile annenin

depresyon skoru arasında bir ilişki bulunmamıştır (236). Bu çalışmada gece uyanmaları durumunda ebeveyn desteğine ihtiyaç duymadan tekrar uykuya dalarak 6-8 saat uyuyan bebekler iyi uykulu olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda ise bebeklerin uykusu BISQ anketi ile değerlendirilmiştir. Çalışmamız ve literatürdeki diğer çalışmaların Pennestri ve ark. çalışmasının sonuçlarından farklı olması bebek uykusunu değerlendirmek için kullanılan kriterlerin farklı olması ile açıklanabilir. Benzer olarak, Thomas ve Spieker tarafından yürütülen bir çalışmada 4-8-12 ve 32. haftalarda bebeklerin uykusu ve annenin depresyonu arasındaki ilişki incelenmiş ve bebek uyku durumu ile anne depresyon durumunun birbirini etkilemediği görülmüştür (36). Bu çalışmada elde edilen sonuçların bizim çalışmamızdan farklı olması çalışmalara dahil edilen bebeklerin yaş gruplarının farklı olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda annenin anksiyete durumu ile bebeğin kötü uykulu olup olmaması ve annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde bebeğin uyku durumu ile annelerin anksiyetesi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Dias ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada 6 aylık bebekler ve anneleri değerlendirilmiş ve kötü uykulu bebeklerin annelerinin anksiyete düzeyinin iyi uykulu bebeklerin annelerinin anksiyete düzeyine göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (169). Ystrom ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada annelerde anksiyete varlığı ve bebek uykusu arasındaki ilişki çift taraflı incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda anksiyetesi olan annelerin bebeklerinin anksiyetesi olmayan annelerin bebeklerine göre daha kötü uyuduğu görülmüştür. Çalışmaya göre bebeklerin kötü uykulu olup olmaması ise annelerin anksiyete durumunu etkilememektedir (237). Symon ve ark. yaptıkları bir çalışmada uyku eğitiminin anne ve bebek üzerindeki etkilerini değerlendirmişlerdir. Çalışmada eğitim öncesi bebeklerin kötü uyuduğu ve annelerin anksiyete düzeyinin yüksek olduğu görülmüş, eğitim sonrası bebeklerin uykusunda istatistiksel anlamlı düzelme olduğu ve bunun da annelerin anksiyetesinin de düzelmesini sağladığı bildirilmiştir (238). Lin ve ark. ise çalışmalarında annede doğum sonrası anksiyete varlığının bebeğin kötü uykulu olmasında risk faktörü olduğunu göstermişlerdir (225). Türkiye'de yapılan ve geniş katılımlı olan bir çalışmada ise Boran ve ark. maternal anksiyetenin kötü uyku ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (184). Çalışmamızda, istatistiksel anlamlı farklılık olmamakla birlikte, annenin algısına göre uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde anksiyete görülme ihtimalinin uykusu sorunsuz olanların annelerinde anksiyete görülme ihtimalinden daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda annenin yorgunluk durumu ile bebeğin kötü uykulu olup olmaması ve annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Thomas ve Spieker tarafından yürütülen çalışmada çalışmamız ile benzer bir şekilde bebeğin kötü uykulu olmasının annenin yorgunluk düzeyini etkilemediği görülmüştür (36). Dennis ve Ross'un yaptıkları bir çalışmada ise 0-2 aylık bebekleri ve anneleri değerlendirilmiş ve kötü uykulu bebeklerin annelerinin yorgunluk puanlarının kötü uykulu olmayan bebeklerin annelerinin yorgunluk puanından istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (34). Hall ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada ise 6-8 aylık bebeklerin uyku kalitesi ve anne/baba uyku kalitesi, anne/baba yorgunluk durumu ve anne baba depresyon durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada uyku problemi olan bebeklerin ailelerine uyku eğitimi verilmiş ve davranışsal müdahale sonrasında hem bebeklerin uykusunda hem de annelerin yorgunluk durumunda düzelme gözlenmiştir (232). Çalışmamızda istatistiksel olarak farklılık olmamakla birlikte uykusu sorunlu olan bebeklerin annelerinde yorgunluk puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürle benzerdir fakat istatistiksel olarak fark gösterilememiştir.

Literatürde bebeğin uyku durumunun babada depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumuna etkisini gösteren çok az çalışma mevcut olup çalışmamız bu açıdan önemli bir çalışmadır. Çalışmamızda babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında babada yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). İstatistiksel farklılık bulunmamakla birlikte, kötü uykulu olan bebeklerin babalarının %10'unda, kötü uykulu olmayanların babalarının ise %3,3'ünde depresyon saptanmıştır. Benzer olarak, istatistiksel farklılık olmamakla birlikte, kötü uykulu olan bebeklerin babalarının %20'sinde, kötü uykulu olmayanların babalarının ise %8,3'ünde anksiyete durumu saptanmıştır. Çalışmamızda babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında babada yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) Annelere benzer olarak, istatistiksel farklılık gözlenmemekle birlikte uykusu sorunlu olan bebeklerin babalarında yorgunluk puanlarının uykusu sorunlu olmayan bebeklerin babalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (ortancalar sırayla 22,39 ve 16,77).

Hall ve ark. yaptığı bir çalışmada 6-8 aylık bebeklerin anne ve babalarına uyku eğitimi verilmiş, eğitim öncesi ve sonrası bebek uykusu ile baba depresyon düzeyi ve yorgunluk düzeyi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Eğitim verilen grupta bebeklerin uyku kalitesinde artış gözlenmiş ve aynı zamanda bu gruptaki babaların depresyon skorlarında da istatistiksel olarak anlamlı düşüş görülmüştür (35). Philpott ve Corcoran tarafından İrlanda'da 100 baba ve bebeği ile yapılan bir çalışma, bebeklerde uyku problemi varlığının babada depresyon gelişimi için risk faktörü olduğunu göstermiştir (239). Lin ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada da babada depresyon varlığı ve bebeğin kötü uykulu olması arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (225). Çalışmamızdaki bulgular bu araştırmalardan farklı görünmekte olup örneklem sayısının az olması ve toplumumuzda babaların bebek bakımına çok fazla katılmaması gibi sosyokültürel etmenlerle açıklanabilir.

Yapılan bir metaanalizde babalarda postnatal anksiyete prevelansı ile ilgili 1995-2020 yılları arasında yürütülmüş 23 çalışma incelenmiş ve babalarda postnatal anksiyete görülme ihtimalinin %10 olduğu gösterilmiştir (185). Literatür incelendiğinde babaların anksiyete durumu ve bebeklerin uykusu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışma olmadığı görülmüştür. Bu sebeple çalışmamız babaların anksiyete durumu ve bebeklerin uykusu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma olarak literatüre önemli katkı sağlamaktadır.

Literatürde babaların yorgunluk durumu ve bebeklerin uykusu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çok fazla çalışma olmadığı görülmüştür. Ancak son yıllarda babalarda doğum sonrası yorgunluk için risk faktörlerini araştıran çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda babanın uyku kalitesi, yaşı, stres durumu ve ailenin geliri gibi durumlar babalarda doğum sonrası yorgunluk için risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (240-243). Hall ve ark. tarafından yürütülen çalışmada davranışsal müdahale sonrasında hem bebeklerin uyku kalitesinde iyileşme hem de babaların yorgunluk skorlarında azalma olduğu gözlenmiştir (232). Literatürdeki verilerin aksine çalışmamız bebeğin uyku kalitesi ve baba depresyon durumu ve bebeğin uyku kalitesi ile babanın yorgunluk skoru arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

Bu araştırmada anne ve babaların bebeklerinin uyku kalitesi ile ilgili algılarının benzer olduğu gösterilmiştir. Annenin depresyon durumunun bebekte uyku sorunu için belirleyici olarak bulunması doğum sonrası dönemde annelerin desteklenmesinin ve ebeveyne bebeği ile ilgili uyku eğitimi verilmesinin önemini göstermektedir. Çalışmamızda babaların uyku kalitesi, bulunmaması babaların bebeğe birincil bakım veren olmaması ve toplumdaki sosyokültürel

yapı ile açıklanabilir. Anne ve babaların aile içindeki rolü toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Günümüzde babaların bebek bakımına olan katılımı artmış olup hem anne hem de babanın yer alacağı ve ebeveyn özelliklerinin bebek uykusu ile ilişkisini inceleyecek ve olgu sayısı artırılarak yapılacak araştırmalar literatürdeki verileri güçlendirecektir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

1) Çalışmamıza term doğan ve sağlık sorunu olmayan, yaşları 6-12 ay arası olan (yaş ortalaması 8,66±2,30 ay) 83 bebek ve ebeveynleri dahil edilmiş olup, bebeklerin 54'ü erkek 29'u kız cinsiyette idi.

2) Bebeklerin günlük toplam uyku sürelerinin annelerin verdiği cevaplara göre ortalama 11,24 saat ve babaların verdiği cevaplara göre ortalama 11,55 saat olduğu görülmüştür.

3) Bebeklerin büyük çoğunluğunun (annelerin verdiği cevaplarda %79,5 ve babaların verdiği cevaplarda %79,3) ebeveyn ile aynı odada uyuduğu ve çoğunlukla emzirilirken, sallanırken veya kucakta tutulurken uykuya daldığı saptanmıştır.

4) Çalışmaya katılan annelerin %28,9'u (n: 24) ve babaların %25'i (n: 20) bebeklerini kötü uyuyan olarak değerlendirmiştir.

5) Çalışmaya katılan annelerin %57,3'ü (n: 47) ve babaların %52,4'ü (n: 43) bebeklerinin uykusunu sorunlu olarak değerlendirmiştir.

6) Anne ve babalara uygulanan PUKİ ölçeğinde annelerin %77,1'inin (n: 64) ve babaların %48,2'sinin (n: 40) uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.

7) Anne ve babalara uygulanan EPDS ölçeğinde annelerin %15,7'sinin (n: 13) ve babaların %4,8'inin (n: 4) depresyon puanının 12 üzerinde olduğu görülmüştür.

8) Anne ve babalara uygulanan YAB-7 ölçeğinde annelerin %13,3'ünde (n: 11) ve babaların %10,8'inin (n: 9) anksiyete saptanmıştır.

9) Anne ve babalara uygulanan YÇBDÖ'ye göre annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması 25,32±10,31 (ortanca 24, min. 7,5, maks. 49,6); babaların ölçekten aldıkları puan ortalaması 20,67±9,01 (ortanca 17,36, min. 7,41, maks. 45,82) bulunmuştur.

10) GKBUA'ya annenin verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında anne yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, anne eğitim durumu,

anne çalışma durumu, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

11) GKBUA'ya babanın verdiği yanıtlara göre bebeğin kötü uykulu olma ve olmama durumu arasında ev tipi açısından anlamlı farklılık saptanırken (p=0,046), bebeğin yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, baba yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, baba eğitim durumu, baba çalışma durumu, evde yaşayan çocuk sayısı ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

12) Annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebeğin yaşı, cinsiyeti, doğum şekli, anne yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı, ev tipi ve aile tipi açısından anlamlı farklılık görülmezken (p>0,05) anne çalışma durumu (p=0,004) ve anne eğitim durumu (p=0,01) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışan ve eğitim düzeyi üniversite ve üzeri annelerin çocuklarının daha sorunlu uyuduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

13) Babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu ve sorunsuz bulunma durumu arasında bebek yaşı, bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, baba yaşı, baba eğitim durumu, baba çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşayan çocuk sayısı ve aile tipi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Diğer yandan, babanın algısına göre bebekte sorunlu uykunun olup olmama durumları arasında ev tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p=0,047).

14) Babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması arasında baba eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,03). Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan babaların çocuklarının daha sorunlu uyuduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

15) GKBUA'da anne ve babaya göre bebeğin kötü uykuya sahip olması ve olmaması arasında bebeğin aile ile oda veya yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

16) Annenin ve babanın algısına göre bebeğin sorunlu ve sorunsuz uykuya sahip olması arasında bebeğin aile ile oda veya yatak paylaşımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

17) GKBUA'da anneye ve babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin ve babanın uyku kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,776).

18) GKBUA'da anneye ve babaya göre bebeğin kötü uykulu olma durumu ile kötü uykulu olmama durumu arasında annenin ve babanın yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

19) Annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede yorgunluk ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Diğer yandan, annenin algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında annede depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,030).

20) Babanın algısına göre bebeğin uykusunun sorunlu olması ve olmaması durumları arasında babada yorgunluk, depresyon ve anksiyete durumları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

21) Univariate lojistik regresyon analizine göre; annenin çalışması ve annede depresyon varlığı annenin algısına göre bebekte uyku sorunu olması durumunu yordayan belirleyiciler olarak bulunmuştur.

22) Multivariate regresyon analizine göre annenin çalışma durumu ve annenin uyku kalitesi bebekte algılanan uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyiciler olarak saptanmıştır.

23) Univariate lojistik regresyon analizine göre; babanın eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olması babanın algılanan uyku sorunu olasılığını yordayan belirleyici olarak bulunmuştur.

Çocuk sağlığı izlemlerinde bebek ve çocukların uyku düzeni ve uyku sorunu varlığı ile ilgili sorular sorulması ve ebeveyne uyku hijyeni ile ilgili rehberlik yapılması izlemin önemli bir bileşenidir. Çünkü doğum sonrası dönem ebeveynin bebeğin bakımı, beslenmesi ve büyümesi gibi alanlarda endişeler yaşayabileceği ve çeşitli ruhsal sorunların ortaya çıkabileceği bir dönemdir. Özellikle bebeklerin uykusunun ve uyku düzeninin sadece kendisini değil aileyi etkileyen bir süreç olduğu, uyku sorunu varlığında ebeveynde de yorgunluk, kaygı ve depresyon gibi durumların gelişebileceği literatürde belirlenmiştir. Buna karşın, literatür incelendiğinde ebeveyn uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu ile bebeğin uyku durumu

arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğunlukla annelerde yapıldığı, sadece babaları içeren ya da anne ve babayı birlikte inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Çalışmamız babalarda uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu ile bebeğin uyku durumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma olup bu alanda kısıtlı araştırmanın yapıldığı literatüre katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda anne ve babaların bebeklerinin uykusu ile ilgili farklı düşüncelerde olduğu ve anne ve babaların bebeklerinin uyku özelliklerinden farklı şekillerde etkilendiği gösterilmiş olup bu bulgu çalışmamızın güçlü yanlarındandır. Bu çalışmanın kısıtlılığı tek merkezde yapılmış olmasıdır. Tek merkezli olması sebebiyle çalışmaya belli sosyoekonomik seviyedeki aileler katılmış olup veriler toplumun genelini yansıtmamaktadır. Bebek bakımına hem anne hem babanın dahil olduğu günümüzde ebeveynlere bebek bakımı konusunda eğitimlerin verilebilmesi için bebeğin uyku kalitesi ve uyku özelliklerinin ebeveyn ruhsal durumu ile ilişkisini inceleyecek yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Tablo 8.1. Çalışmanın kısıtlı ve güçlü yanları

Kısıtlılıklar	Güçlü Yanları
Bu çalışmanın kısıtlılığı tek merkezde yapılmış olmasıdır. Tek merkezli olması sebebiyle çalışmaya belli sosyoekonomik seviyedeki aileler katılmış olup veriler toplumun genelini yansıtmamaktadır.	Literatür incelendiğinde ebeveyn uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu ile bebeğin uyku durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğunlukla annelerde yapıldığı, sadece babaları içeren ya da anne ve babayı birlikte inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmüştür Çalışmamız babalarda uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk durumu ile bebeğin uyku durumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma olup bu alanda kısıtlı araştırmanın yapıldığı literatüre katkı sağlayacaktır.

9. KAYNAKLAR

1. Ednick M, Cohen AP, McPhail GL, Beebe D, Simakajornboon N, Amin RS. A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. Sleep. 2009;32(11):1449-58.

2. Sun W, Li SX, Jiang Y, Xu X, Spruyt K, Zhu Q, et al. A Community-Based Study of Sleep and Cognitive Development in Infants and Toddlers. J Clin Sleep Med. 2018;14(6):977-84.

3. Fuller PM, Gooley JJ, Saper CB. Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. J Biol Rhythms. 2006;21(6):482-93.

4. Benington JH, Kodali SK, Heller HC. Stimulation of A1 adenosine receptors mimics the electroencephalographic effects of sleep deprivation. Brain Res. 1995;692(1-2):79-85.

5. McCarley RW. Neurobiology of REM and NREM sleep. Sleep Med. 2007;8(4):302-30.

6. Mindell JA, Owens JA, Carskadon MA. Developmental features of sleep. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 1999;8(4):695-725.

7. France KG, Blampied NM. Review Article: Infant sleep disturbance: Description of a problem behaviour process. Sleep Medicine Reviews. 1999;3(4):265-80.

8. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. J Pediatr Health Care. 2004;18(2):65-71.

9. Meltzer LJ, Johnson C, Crosette J, Ramos M, Mindell JA. Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. Pediatrics. 2010;125(6):e1410-8.

10. International Classification of Sleep Disorders. 3 ed: American Academy of Sleep Medicine; 2014.

11. Meltzer LJ. Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night wakings in young children. Behav Sleep Med. 2010;8(3):172-89.

12. Mindell JA, Owens JA. A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2009.

13. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A. Parenting and infant sleep. Sleep Med Rev. 2010;14(2):89-96.

14. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A, American Academy of Sleep M. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep. 2006;29(10):1263-76.

15. Tham EK, Schneider N, Broekman BF. Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. Nat Sci Sleep. 2017;9:135-49.

16. Gözüm S, Kiliç D. Health problems related to early discharge of Turkish women. Midwifery. 2005;21(4):371-8.

17. Cattarius BG, Schlarb AA. How the Sleep of Couples Changes from Pregnancy to Three Months Postpartum. Nat Sci Sleep. 2021;13:251-61.

18. Stremler R, Hodnett E, Kenton L, Lee K, Weiss S, Weston J, et al. Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial. Bmj. 2013;346:f1164.

19. Nishihara K, Horiuchi S. Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: relationships to their infants' movements. Percept Mot Skills. 1998;87(3 Pt 1):1043-56.

20. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT, Tuohy JF. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47(1):16-22.

21. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord. 2015;175:34-52.

22. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health (Lond). 2019;15:1745506519844044.

23. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics. 2009;123(4):e736-51.

24. Farías-Antúnez S, Xavier MO, Santos IS. Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. J Affect Disord. 2018;228:143-52.

25. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(3):604-14.

26. Groer MW, Davis MW, Hemphill J. Postpartum stress: current concepts and the possible protective role of breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(4):411-7.

27. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. J Affect Disord. 2021;286:158-65.

28. Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, Meaney MJ, Girard AW. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. J Hum Lact. 2014;30(1):102-9.

29. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. J Affect Disord. 2020;263:491-9.

30. Elek SM, Hudson DB, Fleck MO. Couples' Experiences with Fatigue during the Transition to Parenthood. Journal of Family Nursing. 2002;8(3):221-40.

31. Badr HA, Zauszniewski JA. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. Appl Nurs Res. 2017;36:122-7.

32. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Dagher R, Ukestad L, McCaffrey D, et al. Mothers' health and work-related factors at 11 weeks postpartum. Ann Fam Med. 2007;5(6):519-27.

33. Kushnir T, Israeli-Tedgi S, Urkin J. Do fathers suffer from postpartum fatigue? The roles of sleep quality and stress. Sleep Medicine. 2013;14:e175.

34. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. Birth. 2005;32(3):187-93.

35. Hall WA, Moynihan M, Bhagat R, Wooldridge J. Relationships between parental sleep quality, fatigue, cognitions about infant sleep, and parental depression pre and post-intervention for infant behavioral sleep problems. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):104.

36. Thomas KA, Spieker S. Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016;41(2):104-9.

37. Kotagal S. Sleep disorders in childhood. Neurol Clin. 2003;21(4):961-81.

38. Saper CB, Scammell TE, Lu J. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. Nature. 2005;437(7063):1257-63.

39. Sheldon SH. Anatomy of sleep. Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine: Elsevier Inc; 2005. p. 35-41.

40. Espana RA, Scammell TE. Sleep neurobiology from a clinical perspective. Sleep. 2011;34(7):845-58.

41. Borbely A, Tobler I. Brain mechanisms of sleep. Raven, New York. 1985:35-44.

42. Moore-Ede M, Fm S, Fuller C. The Clocks That Time Us: Physiology of the Circadian Timing System1982.

43. Mistlberger RE. Circadian regulation of sleep in mammals: role of the suprachiasmatic nucleus. Brain Res Brain Res Rev. 2005;49(3):429-54.

44. Reppert SM, Weaver DR, Rivkees SA, Stopa EG. Putative melatonin receptors in a human biological clock. Science. 1988;242(4875):78-81.

45. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(2):29-42.

46. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Allan Rechtschaffen and Anthony Kales, editors. Kales A, Rechtschaffen A, University of California LABIS, Network NNI, editors. Bethesda, Md: U. S. National Institute of Neurological Diseases and Blindness, Neurological Information Network; 1968.

47. Roehrs T. Sleep physiology and pathophysiology. Clin Cornerstone. 2000;2(5):1-15.

48. Berry RB, Brooks R, Gamaldo CE, Harding SM, Marcus C, Vaughn BV. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events. Rules, Terminology and Technical Specifications, Darien, Illinois, American Academy of Sleep Medicine. 2012;176:2012.

49. Adair RH, Bauchner H. Sleep problems in childhood. Curr Probl Pediatr. 1993;23(4):147-70; discussion 2.

50. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. Sleep Med Rev. 2012;16(3):213-22.

51. Coons S. Development of sleep and wakefulness during the first 6 months of life. Sleep and its disorders in children. 1987:17-27.

52. Sheldon S. Development of Sleep in Infants and Children. Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine: Second Edition. 2012:17-23.

53. Hoppenbrouwers T. Sleep in infants. Sleep and its Disorders. 1987.

54. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9793):804-14.

55. Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Oken E, Gunderson EP, Gillman MW. Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(4):305-11.

56. Taveras EM, Gillman MW, Peña MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. Pediatrics. 2014;133(6):1013-22.

57. Bell JF, Zimmerman FJ. Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(9):840-5.

58. Kim TW, Jeong JH, Hong SC. The impact of sleep and circadian disturbance on hormones and metabolism. Int J Endocrinol. 2015;2015:591729.

59. Zhou Y, Aris IM, Tan SS, Cai S, Tint MT, Krishnaswamy G, et al. Sleep duration and growth outcomes across the first two years of life in the GUSTO study. Sleep Med. 2015;16(10):1281-6.

60. Lampl M, Johnson ML. Infant growth in length follows prolonged sleep and increased naps. Sleep. 2011;34(5):641-50.

61. Dang-Vu TT, Desseilles M, Peigneux P, Maquet P. A role for sleep in brain plasticity. Pediatr Rehabil. 2006;9(2):98-118.

62. Mirmiran M, Scholtens J, van de Poll NE, Uylings HB, van der Gugten J, Boer GJ. Effects of experimental suppression of active (REM) sleep during early development upon adult brain and behavior in the rat. Brain Res. 1983;283(2-3):277-86.

63. Tarullo AR, Balsam PD, Fifer WP. Sleep and Infant Learning. Infant Child Dev. 2011;20(1):35-46.

64. Horvath K, Myers K, Foster R, Plunkett K. Napping facilitates word learning in early lexical development. J Sleep Res. 2015;24(5):503-9.

65. Seehagen S, Konrad C, Herbert JS, Schneider S. Timely sleep facilitates declarative memory consolidation in infants. Proc Natl Acad Sci U S A. 2015;112(5):1625-9.

66. Gomez RL, Bootzin RR, Nadel L. Naps promote abstraction in language-learning infants. Psychol Sci. 2006;17(8):670-4.

67. Smithson L, Baird T, Tamana SK, Lau A, Mariasine J, Chikuma J, et al. Shorter sleep duration is associated with reduced cognitive development at two years of age. Sleep Med. 2018;48:131-9.

68. Bernier A, Carlson SM, Bordeleau S, Carrier J. Relations between physiological and cognitive regulatory systems: infant sleep regulation and subsequent executive functioning. Child development. 2010;81(6):1739-52.

69. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. Gökçay G, editor: Nobel Tıp Kitapevleri; 2020.

70. Simola P, Liukkonen K, Pitkäranta A, Pirinen T, Aronen ET. Psychosocial and somatic outcomes of sleep problems in children: a 4-year follow-up study. Child Care Health Dev. 2014;40(1):60-7.

71. Touchette E, Cote SM, Petit D, Liu X, Boivin M, Falissard B, et al. Short nighttime sleep-duration and hyperactivity trajectories in early childhood. Pediatrics. 2009;124(5):e985-93.

72. Huhdanpää H, Morales-Muñoz I, Aronen ET, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Paunio T, et al. Sleep Difficulties in Infancy Are Associated with Symptoms of Inattention and Hyperactivity at the Age of 5 Years: A Longitudinal Study. J Dev Behav Pediatr. 2019;40(6):432-40.

73. Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrom E, Hysing M. Later emotional and behavioral problems associated with sleep problems in toddlers: a longitudinal study. JAMA Pediatr. 2015;169(6):575-82.

74. Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD. Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. Sleep Med. 2009;10(7):771-9.

75. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. 2015;1(4):233-43.

76. JF H. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents.: American Academy of Pediatrics; 2008.

77. Ferber R. Solve Your Child's Sleep Problems. 2 ed2006. 464 p.

78. Henderson JM, France KG, Blampied NM. The consolidation of infants' nocturnal sleep across the first year of life. Sleep Med Rev. 2011;15(4):211-20.

79. Moore T, Ucko LE. Night waking in early infancy. I. Arch Dis Child. 1957;32(164):333-42.

80. Henderson JM, France KG, Owens JL, Blampied NM. Sleeping through the night: the consolidation of self-regulated sleep across the first year of life. Pediatrics. 2010;126(5):e1081-7.

81. Esposito S, Laino D, D'Alonzo R, Mencarelli A, Di Genova L, Fattorusso A, et al. Pediatric sleep disturbances and treatment with melatonin. J Transl Med. 2019;17(1):77.

82. Waldhauser F, Weiszenbacher G, Tatzer E, Gisinger B, Waldhauser M, Schemper M, et al. Alterations in nocturnal serum melatonin levels in humans with growth and aging. J Clin Endocrinol Metab. 1988;66(3):648-52.

83. Kennaway DJ, Stamp GE, Goble FC. Development of melatonin production in infants and the impact of prematurity. J Clin Endocrinol Metab. 1992;75(2):367-9.

84. Arslanoglu S, Bertino E, Nicocia M, Moro GE. WAPM Working Group on Nutrition: potential chronobiotic role of human milk in sleep regulation. J Perinat Med. 2012;40(1):1-8.

85. Sadeh A. Sleep and melatonin in infants: a preliminary study. Sleep. 1997;20(3):185-91.

86. Carr R, Wasdell MB, Hamilton D, Weiss MD, Freeman RD, Tai J, et al. Long-term effectiveness outcome of melatonin therapy in children with treatment-resistant circadian rhythm sleep disorders. J Pineal Res. 2007;43(4):351-9.

87. Gitto E, Aversa S, Reiter RJ, Barberi I, Pellegrino S. Update on the use of melatonin in pediatrics. J Pineal Res. 2011;50(1):21-8.

88. Jan JE, O'Donnell ME. Use of melatonin in the treatment of paediatric sleep disorders. J Pineal Res. 1996;21(4):193-9.

89. Jan J, Wasdell M, Reiter R, Weiss M, Johnson K, Ivanenko A, et al. Melatonin Therapy of Pediatric Sleep Disorders: Recent Advances, Why it Works, Who are the Candidates and How to Treat. Current Pediatric Reviews. 2007;3:214-24.

90. Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. Sleep. 2009;32(5):599-606.

91. Galland BC, Mitchell EA. Helping children sleep. Arch Dis Child. 2010;95(10):850-3.

92. Mindell JA, Leichman ES, Lee C, Williamson AA, Walters RM. Implementation of a nightly bedtime routine: How quickly do things improve? Infant Behav Dev. 2017;49:220-7.

93. Mindell JA, Li AM, Sadeh A, Kwon R, Goh DY. Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. Sleep. 2015;38(5):717-22.

94. Tsai SY, Lee CC, Tsai HY, Tung YC. Bedtime routines and objectively assessed sleep in infants. J Adv Nurs. 2022;78(1):154-64.

95. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, Jr., et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep. 2006;29(10):1277-81.

96. Sadeh A. Sleeping Like a Baby: Yale University Press; 2011.

97. Weissbluth M. Healthy Sleep Habits, Happy Child: Ballantine Books; 2003.

98. Jenik AG, Vain N. The pacifier debate. Early Human Development. 2009;85(10, Supplement):S89-S91.

99. Field T. Infant sleep problems and interventions: A review. Infant Behav Dev. 2017;47:40-53.

100. Palmstierna P, Sepa A, Ludvigsson J. Parent perceptions of child sleep: a study of 10,000 Swedish children. Acta Paediatr. 2008;97(12):1631-9.

101. Medicine AAoS. International Classification of Sleep Disorders 3rd Edition. american Academy of Sleep Medicine. 2014.

102. Meltzer LJ, Mindell JA. Sleep and sleep disorders in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am. 2006;29(4):1059-76; abstract x.

103. Vriend J, Corkum P. Clinical management of behavioral insomnia of childhood. Psychol Res Behav Manag. 2011;4:69-79.

104. Reid GJ, Huntley ED, Lewin DS. Insomnias of childhood and adolescence. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;18(4):979-1000.

105. Mason TB, 2nd, Pack AI. Pediatric parasomnias. Sleep. 2007;30(2):141-51.

106. Fantini ML, Ferini-Strambi L, Montplaisir J. Idiopathic REM sleep behavior disorder: toward a better nosologic definition. Neurology. 2005;64(5):780-6.

107. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? Pediatrics. 2003;111(1):e17-25.

108. Remulla A, Guilleminault C. Somnambulism (sleepwalking). Expert Opin Pharmacother. 2004;5(10):2069-74.

109. Kaynak H, Ardıç S. Uyku fizyolojisi ve hastalıkları: Türk Uyku Tıbbı Derneği; 2011.

110. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Nightmares: familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. Am J Med Genet. 1999;88(4):329-36.

111. Levin R, Fireman G. Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. Sleep. 2002;25(2):205-12.

112. Katz ES, Marcus CL. Diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome in infants and children. Principles and practice of pediatric sleep medicine. 2005;2:321-2.

113. Picchietti DL, England SJ, Walters AS, Willis K, Verrico T. Periodic limb movement disorder and restless legs syndrome in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Child Neurol. 1998;13(12):588-94.

114. Kaley F, Reid V, Flynn E. Investigating the biographic, social and temperamental correlates of young infants' sleeping, crying and feeding routines. Infant Behav Dev. 2012;35(3):596-605.

115. Teti DM, Shimizu M, Crosby B, Kim BR. Sleep arrangements, parent-infant sleep during the first year, and family functioning. Dev Psychol. 2016;52(8):1169-81.

116. Bathory E, Tomopoulos S, Rothman R, Sanders L, Perrin EM, Mendelsohn A, et al. Infant Sleep and Parent Health Literacy. Acad Pediatr. 2016;16(6):550-7.

117. Helseth S, Misvær N, Småstuen M, Andenæs R, Valla L. Infant colic, young children's temperament and sleep in a population based longitudinal cohort study. BMC Pediatr. 2022;22(1):163.

118. Chang YS, Chou YT, Lee JH, Lee PL, Dai YS, Sun C, et al. Atopic dermatitis, melatonin, and sleep disturbance. Pediatrics. 2014;134(2):e397-405.

119. Pinheiro KA, Pinheiro RT, Silva RA, Coelho FM, Quevedo Lde Á, Godoy RV, et al. Chronicity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: a population-based cohort study in southern Brazil. Infant Behav Dev. 2011;34(2):371-3.

120. Gress-Smith JL, Luecken LJ, Lemery-Chalfant K, Howe R. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. Matern Child Health J. 2012;16(4):887-93.

121. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Med. 2005;6(1):63-9.

122. Ersu R, Boran P, Akın Y, Bozaykut A, Ay P, Yazar AS. Effectiveness of a sleep education program for pediatricians. Pediatr Int. 2017;59(3):280-5.

123. Spruyt K, Gozal D. Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a review of currently available instruments. Sleep Med Rev. 2011;15(1):19-32.

124. Thomas KA, Burr RL. Accurate assessment of mother & infant sleep: how many diary days are required? MCN Am J Matern Child Nurs. 2009;34(4):256-60.

125. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. Pediatrics. 2004;113(6):e570-7.

126. Sadeh A, Mindell JA, Luedtke K, Wiegand B. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. J Sleep Res. 2009;18(1):60-73.

127. Boran P, Ay P, Akbarzade A, KÜÇÜK S, Ersu R. Genişletilmiş "Bebek Kısa Uyku Anketi"nin Türkçe'ye çevirisi ve bebeklerde uygulanması. Marmara Medical Journal. 2014;27:178.

128. So K, Buckley P, Adamson TM, Horne RS. Actigraphy correctly predicts sleep behavior in infants who are younger than six months, when compared with polysomnography. Pediatr Res. 2005;58(4):761-5.

129. Littner M, Kushida CA, Anderson WM, Bailey D, Berry RB, Davila DG, et al. Practice parameters for the role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms: an update for 2002. Sleep. 2003;26(3):337-41.

130. Swaiman KF. Swaiman's pediatric neurology : principles and practice. 5th ed. [Edinburgh]: Elsevier Saunders; 2012.

131. Kotagal S, Nichols CD, Grigg-Damberger MM, Marcus CL, Witmans MB, Kirk VG, et al. Non-respiratory indications for polysomnography and related procedures in children: an evidence-based review. Sleep. 2012;35(11):1451-66.

132. McArdle N, Ward SV, Bucks RS, Maddison K, Smith A, Huang RC, et al. The prevalence of common sleep disorders in young adults: a descriptive population-based study. Sleep. 2020;43(10).

133. McArdle N, Reynolds AC, Hillman D, Moses E, Maddison K, Melton P, et al. Prevalence of common sleep disorders in a middle-aged community sample. J Clin Sleep Med. 2022;18(6):1503-14.

134. Erçel Ö, Süt HK. Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku ve Yaşam Kalitesi. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2020;7(1).

135. GÜLTEPE KK. Postpartum Dönemdeki Kadınların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;4(2):197-204.

136. Ko YL, Lee HJ. Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartumwomen. Midwifery. 2014;30(1):60-4.

137. Ko H, Shin J, Kim MY, Kim YH, Lee J, Kil KC, et al. Sleep disturbances in Korean pregnant and postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012;33(2):85-90.

138. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. Midwifery. 2011;27(2):181-6.

139. Bei B, Milgrom J, Ericksen J, Trinder J. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. Sleep. 2010;33(4):531-8.

140. Insana SP, Montgomery-Downs HE. Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: a field- and laboratory-based multimethod assessment. Dev Psychobiol. 2013;55(4):361-72.

141. Öztürk MO, A. U. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları2015.

142. Depression and Other Common Mental Disorders: World Healt Organization; 2017.

143. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. Sci Rep. 2018;8(1):2861.

144. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med. 2011;9:90.

145. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2009;119(1-3):52-8.

146. Türkiye kronik hastaliklar ve risk faktörleri sikliği çalişmasi

: Sağlık Bakanlığı; 2013.

147. Stewart D. Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 2005;51(8):1061-7.

148. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Soc Sci Med. 2010;71(2):305-13.

149. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Depress Anxiety. 2010;27(4):351-64.

150. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Jama. 1996;276(4):293-9.

151. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3-21.

152. Hindorff LA, Sethupathy P, Junkins HA, Ramos EM, Mehta JP, Collins FS, et al. Potential etiologic and functional implications of genome-wide association loci for human diseases and traits. Proc Natl Acad Sci U S A. 2009;106(23):9362-7.

153. Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders: Johns Hopkins University Press; 1990.

154. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000;157(10):1552-62.

155. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. Am J Psychiatry. 2006;163(1):109-14.

156. Dowrick C, Shiels C, Page H, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Dalgard OS, et al. Predicting long-term recovery from depression in community settings in Western Europe: evidence from ODIN. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(2):119-26.

157. Moser K. Inequalities in treated heart disease and mental illness in England and Wales, 1994-1998. Br J Gen Pract. 2001;51(467):438-44.

158. Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. Soc Sci Med. 2001;53(4):441-53.

159. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. N Engl J Med. 2016;375(22):2177-86.

160. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2005(119):1-8.

161. Ayvaz S. HÇ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelik İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):243-51.

162. AT. S. Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevelansı ve Risk Faktörü. Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi. 2006;3(1):26-31.

163. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, Içelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(3):125-9.

164. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr. 2020;53:102353.

165. F. A. Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000-2017 araştırma sonuçları. j Psychiatric Nurs. 2018;9(3):147-52.

166. Orhon FŞ, Ulukol B, Soykan A. Bir sağlıklı çocuk polikliniğinde doğum sonrası depresyonda risk faktörleri: Anneye ve bebeğe ait özellikler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2008;61(1):7-12.

167. Aksoy YE, Fatma Ü, İNÇKE G, Gülay Ç, Kübra O, YILMAZ T, et al. Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):90-6.

168. Çankaya S, YILMAZ SD, Ruveyde C, Kodaz ND. Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017(4):232-40.

169. Dias CC, Figueiredo B. Mother's prenatal and postpartum depression symptoms and infant's sleep problems at 6 months. Infant Ment Health J. 2020;41(5):614-27.

170. Hughes A, Gallagher S, Hannigan A. A Cluster Analysis of Reported Sleeping Patterns of 9-Month Old Infants and the Association with Maternal Health: Results from a Population Based Cohort Study. Matern Child Health J. 2015;19(8):1881-9.

171. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. J Adv Nurs. 2004;45(1):26-35.

172. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. Jama. 2010;303(19):1961-9.

173. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Affect Disord. 2021;293:51-63.

174. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol. 2015;125(5):1268-71.

175. Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. Pediatrics. 2019;143(1).

176. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(3):409-19.

177. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med. 2019;70:183-96.

178. Simpson W, Glazer M, Michalski N, Steiner M, Frey BN. Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale

as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. Can J Psychiatry. 2014;59(8):434-40.

179. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res. 2012;21(3):169-84.

180. Alonso J, Lépine JP. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:3-9.

181. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. JAMA Psychiatry. 2017;74(5):465-75.

182. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. Eur Psychiatry. 2004;19(8):459-63.

183. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017;210(5):315-23.

184. Boran P, Ergin A, Us MC, Dinleyici M, Velipaşaoğlu S, Yalçın SS, et al. Young children's sleep patterns and problems in paediatric primary healthcare settings: a multicentre cross-sectional study from a nationally representative sample. J Sleep Res. 2022;31(6):e13684.

185. Leiferman JA, Farewell CV, Jewell J, Rachael L, Walls J, Harnke B, et al. Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2021;42(2):152-61.

186. Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. Int J Womens Health. 2012;4:191-200.

187. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. Pediatrics. 2013;131(4):e1218-24.

188. Bell AF, Carter CS, Davis JM, Golding J, Adejumo O, Pyra M, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. Archives of Women's Mental Health. 2016;19(2):219-27.

189. Britton JR. Postpartum anxiety and breast feeding. J Reprod Med. 2007;52(8):689-95.

190. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Factors influencing full breastfeeding in a southwestern ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. J Hum Lact. 2006;22(3):292-304.

191. Tietz A, Zietlow AL, Reck C. Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. Archives of Women's Mental Health. 2014;17(5):433-42.

192. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, et al. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. J Abnorm Psychol. 2012;121(4):795-809.

193. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-7.

194. Vogazianos P, Motrico E, Domínguez-Salas S, Christoforou A, Hadjigeorgiou E. Validation of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in Cypriot pregnant and postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):841.

195. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. N Engl J Med. 2017;376(23):2255-64.

196. Hoppe LJ, Ipser J, Gorman JM, Stein DJ. Panic disorder. Handb Clin Neurol. 2012;106:363-74.

197. Swain MG. Fatigue in chronic disease. Clin Sci (Lond). 2000;99(1):1-8.

198. Taylor J, Johnson M. How women manage fatigue after childbirth. Midwifery. 2010;26(3):367-75.

199. Doering J, Durfor SL. The process of "persevering toward normalcy" after childbirth. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011;36(4):258-65.

200. Qian J, Sun S, Liu L, Yu X. Effectiveness of nonpharmacological interventions for reducing postpartum fatigue: a meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):622.

201. Piper BF, editor Fatigue: Current Bases for Practice1989.

202. Tornquist EM, Funk SG, editors. Key Aspects of Comfort: Management of Pain, Fatigue, and Nausea1989.

203. Milligan RA, Parks PL, Kitzman H, Lenz ER. Measuring women's fatigue during the postpartum period. J Nurs Meas. 1997;5(1):3-16.

204. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross C, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum Health of Employed Mothers 5 Weeks After Childbirth. Annals of family medicine. 2006;4:159-67.

205. Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(4):436-43.

206. McQueen A, Mander R. Tiredness and fatigue in the postnatal period. J Adv Nurs. 2003;42(5):463-9.

207. Fairbrother N, Hutton EK, Stoll K, Hall W, Kluka S. Psychometric evaluation of the Multidimensional Assessment of Fatigue scale for use with pregnant and postpartum women. Psychol Assess. 2008;20(2):150-8.

208. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.

209. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7(2):107-15.

210. Konkan R, Senormancı O, Guclu O, Aydin E, Sungur M. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2013;50:53-8.

211. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

212. Edmondson OJ, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. J Affect Disord. 2010;125(1-3):365-8.

213. Belza BL. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. J Rheumatol. 1995;22(4):639-43.

214. Yildirim Y, Ergin G. A validity and reliability study of the Turkish Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) scale in chronic musculoskeletal physical therapy patients. J Back Musculoskelet Rehabil. 2013;26(3):307-16.

215. Öztürk M. Erken çocukluk dönemi uyku sorunlari aile eğitiminin etkinliği 2016.

216. Mindell JA, Sadeh A, Wiegand B, How TH, Goh DY. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. Sleep Med. 2010;11(3):274-80.

217. S. G. 0 – 5 yaş arasi çocuklarin uyku özelliği ve bunu etkileyen faktörler. Yükseköğretim kurulu tez merkezi: ankara üniversitesi; 2016.

218. Kahraman Ö, Ceylan Ş. 0-3 Yaş Grubu Çocukların Uyku Alışkanlıklarının Belirlenmesi / Determining the Sleeping Habits of Toddlers Aged 0-3. Journal of History Culture and Art Research. 2018;7:607.

219. Yunus Sa. Childcare practices in three Asian countries. International Journal of Early Childhood. 2005;37:39-56.

220. Berk EL. Infants and Children, Prenatal Through Middle Childhood: SAGE Publications, Inc; 2022.

221. Ahn Y, Williamson AA, Seo HJ, Sadeh A, Mindell JA. Sleep Patterns among South Korean Infants and Toddlers: Global Comparison. J Korean Med Sci. 2016;31(2):261-9.

222. Mindell JA, Sadeh A, Kohyama J, How TH. Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. Sleep Med. 2010;11(4):393-9.

223. Harskamp-van Ginkel MW, Imkamp NLE, van Houtum L, Vrijkotte TGM, Ben Haddi-Toutouh Y, Chinapaw MJM. Parental Discontent with Infant Sleep During the First Two Years of Life. Behav Sleep Med. 2023;21(6):727-40.

224. Hemşire U, Daşdemir F, Ayla B, Temel A, Uz Ç, Hastalıkları, et al. Yaşamin ilk üç yılında uyku sorunlari ve etkili uyku ekolojisi etmenleri sleep problems and ecological factors of sleep in the first three years of life. 2015.

225. Lin X, Zhai R, Mo J, Sun J, Chen P, Huang Y. How do maternal emotion and sleep conditions affect infant sleep: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):237.

226. Paul IM, Hohman EE, Loken E, Savage JS, Anzman-Frasca S, Carper P, et al. Mother-Infant Room-Sharing and Sleep Outcomes in the INSIGHT Study. Pediatrics. 2017;140(1).

227. Mindell JA, Leichman ES, Walters RM. Sleep location and parent-perceived sleep outcomes in older infants. Sleep Med. 2017;39:1-7.

228. Volkovich E, Ben-Zion H, Karny D, Meiri G, Tikotzky L. Sleep patterns of co-sleeping and solitary sleeping infants and mothers: a longitudinal study. Sleep Med. 2015;16(11):1305-12.

229. Chae S-M, Yeo J-Y, Chung N-r. A qualitative study of the sleep ecology of infants under 2 years old and their mothers in South Korea. Sleep Health. 2022;8(1):101-6.

230. Erdoğan Ç, Turan T. Yenidoğanlarda Güvenli Uyku Açısından Annelerin Tercihleri Mothers' Preferences for Safe Sleep in Newborns. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2018;5:58-61.

231. Celik Y, Meral C, Ozturk B, Purisa S. Assessment of Sleeping Positions of İnfants in Pediatric Outpatient Clinic. Tuberculin Skin Test in Children. 2013;10:179-82.

232. Hall WA, Hutton E, Brant RF, Collet JP, Gregg K, Saunders R, et al. A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. BMC Pediatr. 2015;15:181.

233. Kara M, Cetinkaya S. Türk Toplumunda Babalık Kavramı ve Baba-Bebek Bağlanmasında Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2019;11.

234. ZeybekoĞLu Ö. Günümüzde Erkeklerin Gözünden Babalık ve Aile. Mediterranean Journal of Humanities. 2013;3:297-.

235. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. Pediatrics. 2001;107(6):1317-22.

236. Pennestri MH, Laganière C, Bouvette-Turcot AA, Pokhvisneva I, Steiner M, Meaney MJ, et al. Uninterrupted Infant Sleep, Development, and Maternal Mood. Pediatrics. 2018;142(6).

237. Ystrom E, Hysing M, Torgersen L, Ystrom H, Reichborn-Kjennerud T, Sivertsen B. Maternal Symptoms of Anxiety and Depression and Child Nocturnal Awakenings at 6 and 18 Months. J Pediatr Psychol. 2017;42(10):1156-64.

238. Symon B, Bammann M, Crichton G, Lowings C, Tucsok J. Reducing postnatal depression, anxiety and stress using an infant sleep intervention. BMJ Open. 2012;2(5).

239. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. Midwifery. 2018;56:121-7.

240. Loutzenhiser L, McAuslan P, Sharpe DP. The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. Clinical Psychologist. 2015;19(1):15-27.

241. Gay CL, Lee KA, Lee SY. Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. Biol Res Nurs. 2004;5(4):311-8.

242. Giallo R, Rose N, Cooklin A, McCormack D. In survival mode: Mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2013;31.

243. Cooklin AR, Giallo R, Rose N. Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. Child Care Health Dev. 2012;38(5):654-64.

10. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın anne/baba,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılması planlanan " Sağlıklı çocuk izleminde 6 aylık bebeklerin uyku düzeninin anne ve babaların uyku kalitesi, yorgunluk durumu ve depresyonu üzerine etkisi " adlı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz. Bu çalışmanın amacı uyku problemi olan bebeklerin anne ve babalarının bur durumdan ne kadar ne nasıl etkilendiğini araştırmaktır. Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal pediatri polikliniğine rutin çocuk sağlığı kontrolüne başvuran bebekler ve ebeveynleri dahil edilecektir. Çalışmaya katılan ebeveynlerden Genişletilmiş Bebek Kısa Uyku Anketi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Yorgunluğun çok boyutlu değerlendirilmesi ölçeği ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu – 7 ölçeğini doldurmaları istenecektir

Çalışmada kullanılan ölçekler dünya standartlarında hazırlanmış olup uygun çalışmalar ile geçerliliği desteklenmiştir. Bu ölçekler ile bebeğinizin uyku düzeni ile birlikte sizin depresyon durumunuz, anksiyete durumunuz, uyku kaliteniz ve yorgunluk durumunuz değerlendirilecektir

Bu anketleri cevaplandırmanız yaklaşık 15-20 dakika kadar sürecektir.

Bu çalışma sadece bir kez ebeveynler tarafından doldurulacak olan formlardan oluşmaktadır. Araştırma kapsamında sizden ek bilgi veya tetkik talep edilmeyecektir. Gerek araştırma yürütülürken gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyecek ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz sonuçla karşılaşmayarak çalışmadan ayrılabileceksiniz.

Önceki sayfada yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Tarih:

Çocuğun,
Adı-Soyadı:
İmzası:

Ebeveynin,
Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmacının,
Adı-Soyadı: Dr. Gülreyhan Sonuç Kartal
Adres: Ankara Üniversitesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çankaya, Ankara
e-mail:
İmzası:

Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda lütfen iletişime geçiniz.

Araştırmacının,
Adı-Soyadı: Dr. Gülreyhan Sonuç Kartal
Adres: Ankara Üniversitesi Cebeci Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çankaya, Ankara
e-mail:
imzası:

Toplam 2 sayfadan oluşan bu aydınlatılmış onam formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası gönüllüye teslim edilmiştir.

Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Tarih:
Telefon Numarası:
Dosya Numarası:

1. Adı soyadı:
2. Yaşı:
3. Gebelik sayısı:
4. Yaşayan çocuk sayısı:
5. Eğitim durumu:
    - ◊ Okur-yazar değil
    - ◊ İlkokul mezunu
    - ◊ Ortaokul mezunu
    - ◊ Lise mezunu
    - ◊ Üniversite mezunu
    - ◊ Doktora-master sahibi

6. Mesleği:

7. İşi – çalışma durumu:
    - ◊ Tam zamanlı çalışan
    - ◊ Kısmi zamanlı çalışan
    - ◊ Doğum izninde
    - ◊ Ev hanımı
    - ◊ İşsiz
    - ◊ Diğer

8. Ne tip bir evde oturuyorsunuz?
    - ◊ Gecekondu
    - ◊ Apartman dairesi
    - ◊ Müstakil ev

9. Oturduğunuz ev sizin mi?
    - ◊ Evet
    - ◊ Hayır

10. Evde toplam kaç kişi yaşıyor?

11. Otomobiliniz var mı?

- ◊ Var
- ◊ Yok

12. Aile tipi:

- ◊ Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar)
- ◊ Geniş aile (büyük anne/baba ve/veya diğer akrabaların birlikte yaşadığı aile)
- ◊ Parçalanmış aile (Anne baba ayrı veya en az biri sağ değil)

13. Sağlık güvencesi:

- ◊ Yok
- ◊ SSK
- ◊ Yeşil Kart
- ◊ Emekli sandığı
- ◊ Özel sigorta

14. Evlilik durumu:

- ◊ Evli
- ◊ Ayrı yaşıyor
- ◊ Boşanmış

15. Eşi ile akrabalık durumu:

- ◊ Var
- ◊ Yok

16. Sağlık problemi var mı?

- ◊ Hayır
- ◊ Evet

Ek 3. Genişletilmiş Kısa Bebek Uyku Anketi

GENİŞLETİLMİŞ KISA BEBEK UYKU ANKETİ

1. Çocuğunuz çoğu zaman nerde uyur? (Birini işaretleyin)
   1)Kendi odasında
   2)Ebeveyn odasında
   3)Kardeş ya da başkasının odasında
   4)Evin başka bir odasında
   5)Diğer, lütfen açıkça belirtiniz

2. Çocuğunuz çoğu zaman aşağıdakilerden hangisinde uyur?
   1)Beşik
   2)Kendi yatağı
   3)Ebeveyn yatağı
   4)Sepette
   5)Salıncakta
   6)Diğer, lütfen açıkça belirtiniz

3. Çocuğununz çoğu zaman ne pozisyonda uyur ? (Birini işaretleyin)
   1)Yüz üstü
   2)Yan
   3)Sırt üstü

4. Çocuğunuz için aşağıdakilerden hangisi gecelerin çoğunda yatma zamanından önceki saat içerisinde çoğunlukla olur? (Uygun olan hepsini işaretleyin)
   1)Banyo
   2)Masaj
   3)Ona kitap okunur
   4)Sallanır
   5)Televizyon izler
   6)Akşam yemeği ya da atıştırmalık yer
   7)Biberon içer veya emer
   8)Müzik dinler
   9)Diğer, lütfen açıkça belirtiniz

5. Çocuğunuz çoğu zaman nasıl uykuya dalar?(Uygun olan hepsini işaretleyin)
   1)Biberonla beslenirken
   2)Emzirilirken
   3)Sallanırken
   4)Kucakta
   5)Televizyon izlerken
   6)Salıncakta ya da bebek arabasında
   7)Kendi beşiğinde/yatağında odada tek başına
   8)Ebeveyn yatağında tek başına
   9)Ebeveyn yatağında ve odada bir ebeveyn ile
   10)Evin başka bir odasında
   11)Diğer, lütfen açıkça belirtiniz

6. Çocuğunuz gece uyandığında ne yaparsınız? (Uygun olan hepsini işaretleyin)
   1)Çocuğumu alır ve uyuyana kadar tutar/sallarım
   2)Çocuğumu alır ve halen uyanıkken sırt üstü geri koyarım
   3)Çocuğu ovar ya da okşarım fakat kucağa almam ya da beşikten çıkarmam
   4)Uykuya dönmesi için bebeği biberonla beslerim
   5)Uykuya dönmesi için çocuğu emziririm
   6)Çocuğuma emzik veririm

7. Çocuğunuzun yatma zamanı rutinini çoğunlukla ne zaman başlatırsınız?

8. Çocuğunuzu çoğunlukla gece ne zaman yatağa koyarsınız? (ışığı kapatma saati)

9. Çocuğunuz gece boyunca kaç kere uyanır?

10. Tipik bir gecede çocuğunuz gece boyunca ne kadar uyanık kalır?
    …….. saat …… dakika
11. Tipik bir gecede çocuğunuzun gece boyunca uyanmadan uykuda geçirdiği en uzun süre nedir ?
    …….. saat ……. Dakika

12. Gece boyu çocuğunuz uyuyarak ne kadar süre geçirir? (akşamüstü 19:00 sabah 08:00 arası)

    …….saat …… dakika

13. Tipik bir günde çocuğunuz kaç kere kestirir? (sabah 08:00 akşamüstü 19:00 arası)

    …. Kestirme

14. Gün boyunca çocuğunuz uyuyarak ne kadar süre geçirir? (sabah 08:00 akşamüstü 19:00 arası)

    ….. saat ….dakika

15. 7 günlük bir hafta içerisinde, çocuğunuz ne sıklıkla tamı tamına aynı yatma zamanı rutinine sahiptir?

    1)Hiçbir zaman
    2)Haftada 1-2 gece
    3)Haftada 3-4 gece
    4)Haftada 5-6 gece
    5)Her gece

16. Tipik olarak, gece çocuğunuzun uyuması ne kadar sürer?

    1)5 dakikadan az
    2)5-15 dakika
    3)16-30 dakika
    4)31-60 dakika

17. Tipik olarak, çocuğunuz için yatma zamanı ne kadar zordur? Örneğin huzursuzluk, ağlama, protesto etme?

    1)Çok kolay
    2)Bir dereceye kadar kolay
    3)Ne kolay ne zor
    4)Bir dereceye kadar zor
    5)Çok zor

18. Eğer olursa, çocuğunuzun gece uykuya dalmasında zorlanma ne sıklıkla olur?

1)Her gece
2)Haftada 5-6 gece
3)Haftada 3-4 gece
4)Haftada 1-2 gece
5)Ayda 1 kereden az
6)Hiçbir zaman

19. Eğer olursa, çocuğunuz gece boyunca ne sıklıkla uyanır?
1)Her gece
2)Haftada 5-6 gece
3)Haftada 3-4 gece
4)Haftada 1-2 gece
5)Ayda 1 kereden az
6)Hiçbir zaman

20. Lütfen gece boyunca çocuğunuzun ne kadar iyi uyuduğunu değerlendirin. (
Aşağıdakilerden birini seçin)
1)Çok iyi
2)İyi
3)Oldukça iyi
4)Oldukça kötü
5)Kötü
6)Çok kötü

21. Çocuğunuzun uykusunu bir sorun olarak görüyor musunuz?
1)Çok ciddi sorun
2)Küçük bir sorun
3)Hiç sorun değil

Ek 4. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS)

EDINBURG DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EPDS)

Yakın zamanda bebeğiniz oldu. Size daha iyi bir yardım sunabilmemiz için nasıl hissettiğinizi anlayabilmemiz gerek. Lütfen son 7 gün içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçin.

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Artık pek o kadar değil
2. Artık kesinlikle o kadar değil
3. Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

0. Her zaman olduğu kadar
1. Her zamankinden biraz daha az
2. Her zamankinden kesinlikle daha az
3. Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Çok sık değil
0. Hayır hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum

0. Hayır, hiçbir zaman
1. Çok seyrek
2. Evet, bazen
3. Evet, çoğu zaman

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

3. Evet, çoğu zaman
2 Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
1. Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor

3. Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
2. Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
1. Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum
0. Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, bazen
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Hayır, çok sık değil
0. Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

3. Evet, çoğu zaman
2. Evet, oldukça sık
1. Çok seyrek
0. Hayır, hiçbir zaman

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

3. Evet, oldukça sık
2. Bazen
1. Hemen hemen hiç
0. Asla

Ek 5. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi

PITTSBURGH UYKU KALİTE İNDEKSİ

1. Geçen ay geceleri ne zaman yattınız? …….

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

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

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

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

	Haftada	**Hiç**	**1'den az**	**1-2 kez**	**3'ten çok**
A	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	**0**	**1**	**2**	**3**
B	Gece yarısı veya sabah erken uyandınız	**0**	**1**	**2**	**3**
C	Tuvalete gittiniz	**0**	**1**	**2**	**3**
D	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	**0**	**1**	**2**	**3**
E	Aşırı derecede üşüdünüz	**0**	**1**	**2**	**3**
F	Aşırı derecede sıcak hissettiniz	**0**	**1**	**2**	**3**
G	Kötü rüyalar gördünüz	**0**	**1**	**2**	**3**
H	Ağrı duydunuz	**0**	**1**	**2**	**3**
İ	Diğer nedenler	**0**	**1**	**2**	**3**
J	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	**0**	**1**	**2**	**3**

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

- ◊ Çok iyi (0)
- ◊ Oldukça iyi (1)
- ◊ Oldukça kötü (2)
- ◊ Çok kötü (3)

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla ilaç (reçeteli veya reçetesiz) kullandınız?

- ◊ Hiç (0)
- ◊ Haftada 1'den az (1)
- ◊ Haftada 1-2 kez (2)
- ◊ Haftada 3'ten fazla (3)

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

- ◊ Hiç (0)
- ◊ Haftada 1'den az (1)
- ◊ Haftada 1-2 kez (2)
- ◊ Haftada 3'ten fazla (3)
- ◊

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

- ◊ Hiç problem oluşturmadı (0)
- ◊ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu (1)
- ◊ Bir dereceye kadar problem oluşturdu (2)
- ◊ Çok büyük problem oluşturdu (3)

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

- ◊ Yok (0)
- ◊ Diğer odada bir partneri ya da oda arkadaşı var (1)
- ◊ Partneri aynı odada ama aynı yatakta değil (2)
- ◊ Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşınız ya da partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Haftada	**Hiç**	**1'den az**	**1-2 kez**	**3'ten çok**
A	Gürültülü horlama	**0**	**1**	**2**	**3**
B	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	**0**	**1**	**2**	**3**
C	Uyurken bacaklarda seğirme ya da sıçrama	**0**	**1**	**2**	**3**
D	Uyku esnasında uyumsuzluk ve şaşkınlık	**0**	**1**	**2**	**3**
E	Diğer huzursuzluklarınız	**0**	**1**	**2**	**3**

Ek 6. Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Ölçeği

YORGUNLUĞU ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu sorular, yorgunluk ve yorgunluğun faaliyetleriniz üzerine etkisi ile ilgilidir. Aşağıdaki sorulardan her biri için geçtiğimiz 7 gün boyunca neler hissetmiş olduğunuzu en yakından gösteren rakamı daire içine alın.

1. Ne derece yorgunluk hissettiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç									çok fazla

2. Yaşadığınız yorgunluğun şiddeti neydi?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hafif									Ağır

3. Yorgunluk sizi ne ölçüde sıkıntıya soktu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sıkıntı yok							Çok miktarda sıkıntı		

Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluğun, aşağıda sıralanan faaliyetlerden her birini yapabilmenizi ne derecede engellediğini en iyi gösteren rakamı daire içine alın. Geçtiğimiz 7 gün içinde yorgunluk dışındaki nedenlerle yapmadığınız faaliyetlerin sol yanındaki kutucuğu işaretleyin.

☐ 4. Günlük ev işlerini yürütme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 5. Yemek pişirme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 6. Yıkanma ve yıkama.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 7. Giyinme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 8. İş yerinde çalışma.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 9. Aile ve arkadaşlarınızı ziyaret etme veya onlarla sosyal ilişki kurma.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ Cinsel faaliyetler ile uğraşma.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 10. Boş zamanları değerlendirme ve yenilenme faaliyetleri ile uğraşma.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç.								Büyük ölçüde	

☐ 11. Alışveriş yapma ve ayak işlerini yürütme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 12. Yürüyüş yapma.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

☐ 13. Egzersiz yapma (yürüyüş dışında)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç								Büyük ölçüde	

14. Geçtiğimiz 7 gün boyunca ne sıklıkta yorgun hissettiniz?

4. Her gün. 3. Her gün değilse de çoğunlukla. 2. Çoğu gün olmasa da ara sıra
1. Pek az gün.

15. Geçtiğimiz 7 gün boyunca yorgunluğunuz ne ölçüde değişkendi?

4. Arttı 3. Yorgunluk bazen arttı, bazen azaldı. 2. Aynı kaldı
1. Azaldı.

Ek 7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu - 7

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU - 7

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

	Hiç	**Sadece birkaç gün**	**Günlerin yarısından fazlasında**	**Hemen hemen hergün**
1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama				
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
4. Gevşeyip rahatlayamama				
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşamak				