

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE UYUM
BOZUKLUĞU'NDA UYKU KALİTESİ

Dr. Güzde GÜNDOĞDU MEYDANERİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2016

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE UYUM
BOZUKLUĞU'NDA UYKU KALİTESİ

Dr. GÖzde GÜNDOĞDU MEYDANERİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI

Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU

ESKİŞEHİR

2016

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Gözde GÜNDOĞDU MEYDANERİ'ye ait ''Major Depresif Bozukluk ve Uyum Bozukluğu'nda Uyku Kalitesi'' adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nuntarih vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alparslan BİRDANE

Rektör Yardımcısı

Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlama sürecinde ve uzmanlık eğitimimde önemli katkıları olan, bilgisi ve deneyimlerini her fırsatta aktaran, tez çalışması sürecinde yakın desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, tez çalışmam sırasında büyük emeği olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, eğitimime katkılarından dolayı Prof. Dr. Gülten SEBER, Prof. Dr. Gökay AKSARAY, Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ, Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ, Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU, ve Yrd. Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ' e en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Meydaneri Gündoğdu G. Major depresif bozukluk ve uyum bozukluğunda uyku kalitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2016. Bu çalışmada ön planda majör depresif bozukluk (MDB) ile uyum bozukluğu (UB) arasındaki uyku kalitesi açısından olan farklılıkların araştırılması planlanmıştır. Ayrıca somatik belirtileri ön planda olan majör depresif bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesinin, ön planda diğer belirtilerle seyreden majör depresif bozukluğu olan kişilerle karşılaştırılması, hafif şiddette seyreden depresif belirtileri olan kişilerin uyku kalitesinin şiddetli seyreden depresif belirtileri olan kişilerle karşılaştırılması, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğundaki uyku kalitesinin diğer uyum bozukluğu alt tipleriyle karşılaştırılması da amaçlanmıştır. Çalışmaya DSM-IV eksen-1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmeye (SCID-1) göre majör depresif bozukluğu olan 31, uyum bozukluğu olan 33, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan, sosyodemografik açıdan benzer özelliklere sahip kontrol grubu olarak 31 kişi dahil olmak üzere toplam 95 kişi katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) uygulanmıştır. Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğunun her ikisinde de uyku kalitesinin sağlıklı gruba göre bozulduğu, majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu arasında uyku kalitesini global olarak değerlendiren toplam Pittsburg puanı açısından fark olmadığı, MDB’de UB’ye göre uyku süresinin daha kısa, uyku etkinliğinin daha düşük olduğu saptandı. Somatik yakınmaların şiddetli olduğu MDB’de uyku kalitesinin, diğer belirtilerin ön planda olduğu MDB ile benzer olduğu, depresif belirtilerin şiddetinin hafif olduğu katılımcılarda uyku kalitesinin kontrol grubundan farklı olmadığı, depresif belirtilerle giden UB’de uyku kalitesinin diğer UB alttürlerinden farklı olmadığı sonuçlarına ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Major depresif bozukluk ve uyku, uyum bozukluğu ve uyku,

uyku kalitesi

ABSTRACT

Meydaneri Gündoğdu G. Sleep Quality in Major Depressive Disorder and Adjustment Disorder, Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Psychiatry Department, Thesis of Specialization in Medicine, Eskisehir, 2016. In this study, the first aim is to determine the differences of sleep quality between major depressive disorder and adjustment disorder. Besides that, to compare patients with major depressive disorder who have more somatic symptoms than other patients with major depressive disorder in terms of sleep quality, comparing the quality of sleep of people with mild depressive symptoms in people with severe depressive symptoms, and comparing the quality of sleep of patients that have adjustment disorder with depressive symptoms in patients that have an other adjustment disorder subtypes. According to Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-1), meeting the criteria for major depressive disorder of the 31 patients, 33 patients with adjustment disorder, and 31 participant without a psychiatric disorder who have same characteristics in terms of sociodemographically with others as a control group, a total of 95 people. Participants were administered the following scales: Sociodemographic data form, Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression Inventory, Global Assessment Scale, Hamilton Depression Inventory. Participants in major depressive disorder and adjustment disorder, two of the groups have poorer sleep quality than the healthy control group, there is no difference between major depressive disorder and adjustment disorder when looking to total Pittsburgh point that globally evaluates the sleep quality. Patients with major depressive disorder have less sleep time and less efficiency than adjustment disorder. In the patients with major depressive disorder, who have more somatic symptoms like the other patients with major depressive disorder in terms of sleep quality. There is no difference about sleep quality between with mild depressive symptoms and control group, and there is no sleep quality difference in adjustment disorder with depressive symptoms and other subtypes.

Key Words: major depressive disorder and sleep, adjustment disorder and sleep,

sleep quality

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1.Hipotezler	2
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanım ve tarihçe	4
2.1.1. Major depresif bozukluk tanımı ve tarihçesi	4
2.1.2. Uyum bozukluğu tanımı ve tarihçesi	5
2.2. Epidemiyoloji	6
2.2.1. Major depresif bozukluğun epidemiyolojisi	6
2.3. Etiyoloji	7
2.3.1. Major depresif bozukluğun etiyolojisi	7
2.3.2. Uyum bozukluğunun etiyolojisi	8
2.4. Klinik özellikler	9
2.4.1. Major depresif bozuklukta klinik özellikler	9
2.4.2. Uyum bozukluğunda klinik özellikler	9
2.5. DSM 5 Tanı ölçütleri	10
2.5.1. Major depresif bozukluk DSM 5 tanı ölçütleri	10
2.5.2. Major depresif bozukluk için DSM IV ve DSM 5' in karşılaştırılması	12
2.5.3. Uyum bozuklukları DSM 5 tanı ölçütleri	12
2.5.4. Uyum bozuklukları için DSM IV ve DSM 5'in karşılaştırılması	13
2.6. Uykuyla ilgili bilgiler	13
2.6.1. Normal uyku yapısı	13

	Sayfa
2.6.2. Psikiyatrik rahatsızlıklar ve uyku	15
2.6.3. Major depresif bozuklukta uykuya ilgili belirtiler	16
2.6.4. Uyum Bozukluklarında uykuya ilgili belirtiler	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Örneklem	18
3.2. Yöntem	18
3.3. Veri Toplama Araçları	19
3.3.1. Sosyodemografik veri formu	19
3.3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1)	19
3.3.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	20
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği	20
3.3.5. Global Değerlendirme Ölçeği	20
3.3.6. Hamilton Depresyon Ölçeği	21
3.4. Verilerin Analizi	22
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40

KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Sosyodemografik veri formu

EK 2: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

EK 3: Pittsburg Uyku Kalite İndeksinin Değerlendirilmesi

EK 4: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

EK 5: Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ)

EK 6: Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BŞN	Boşanmış
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabı)
GD	Gelir düzeyi
GDÖ	Global Değerlendirme Ölçeği
Gİ	Gündüz işlevselliği
HDÖ	Hamilton Depresyon Ölçeği
İA	İlaç alımı
İÖ	İlköğretim
K	Kontrol grubu
Lİ	Lise
MDB	Major depresif bozukluk
NREM	Non-REM
OY	Okuryazar
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
PTSB	Post-travmatik stres bozukluğu
REM	Rapid Eye Movement
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin)

Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
SUK	Subjektif uyku kalitesi
TL	Türk Lirası
TP	Toplam PUKİ puanı
UB	Uyum bozukluğu
UE	Uyku etkinliği
UL	Uyku latansı
US	Uyku süresi
UYB	Uyku bozukluğu
ÜNİ	Üniversite

TABLÖLAR

	Sayfa
4.1. Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri	24
4.2. Grupların PUKİ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	27
4.3. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda PUKİ alt ölçek p değerleri	27
4.4. BDÖ puanlarına göre 4 alt kategoriye ayrılan katılımcıların uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği ve toplam PUKİ puanlarının karşılaştırılması	29
4.5. Grupların PUKİ, BDÖ, GDÖ, HDÖ puanlarının karşılaştırılması	31
4.6. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğunun diğer uyum bozukluğu alttürleri ile PUKİ ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılması	32

1.GİRİŞ

Uyum bozukluğu tanısı, kişinin yaşamış olduğu stresli yaşam olayına verdiği reaktif duygusal tepkinin niteliğine göre konur. Bu yaşam olayları genellikle eşlik eden tıbbi hastalık, maddi sorunlar, ilişkilerle ilgili problemler, yaşamdaki stresörler (sevilen birinin kaybı gibi...) olabilir ve etkilenen kişide davranışsal ve ruhsal belirtilerin yaşam olayından sonraki 3 ay içinde başlaması gereklidir (1,3). Uyum bozuklukları, Ruh Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. Baskısında alttıplere ayrılmıştır (DSM-5). Bunlar; depresif(çökkün) duygudurum ile giden, kaygıyla giden, kaygılı ve depresif duygudurum karışımıyla giden, davranım bozukluğuyla giden, duygu ve davranım bozukluğu karışımıyla giden ve tanımlanmamış olmak üzere altı tiptir (2). Tetikleyici etkenlere verilen ruhsal ve davranışsal tepkilerden sınıflandırılmayanlar tanımlanmamış uyum bozukluğu kategorisine dahil edilirler. Kişiyi etkileyen ve uyum bozukluğuna neden olan bu stresörler ortadan kalkınca belirtiler altı aydan daha kısa sürer (3).

Major depresif bozukluk üzüntülü, çökkün duygudurumla birlikte olan, fizyolojik işlevlerde ve düşünce hızında yavaşlama, düşünce içeriğinde değersizlik, yetersizlik, umutsuzluk, karamsarlığın olduğu, kişinin daha önce ilgi duyduğu ve severek yaptığı aktivitelere karşı isteksizliğin hakim olduğu bir tablodur (4). Majör depresif bozukluk en az iki hafta sürmeli ve birtakım belirtilerin en az dördünü kapsamalıdır. Bu belirtiler; enerji azlığı, iştah ve kilo değişikliği, suçluluk duyguları, uykuyla ilgili belirtiler, aktivite değişiklikleri, düşünme ve karar alma sürecinde güçlükler, suisid düşünceleridir (1). DSM-5'e göre major depresyon bozukluğu, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu gibi alt kategorilere ayrılmıştır (2).

Uyku, yaşam için gerekli olan, insan hayatının yaklaşık üçte birini kapsayan evrensel bir davranıştır. Uyku, kişinin sağlık durumunun önemli göstergelerinden olup beden ve ruh sağlığı bozulan kişilerde uykuyla ilgili yakınmalar oldukça sık görülmektedir. Uyku bozuklukları, uykuyla ilişkili semptomlar hemen tüm

psikiyatrik hastalıklarla yakından ilişkilidir fakat başka bir rahatsızlığa bağlı olmayan, kendi başına sendrom sayılabilecek uyku bozukluğu türleri vardır. Uykuyla alakalı belirtiler uykuya dalarken, uyku süresinde (uykunun bölünmesi...), uyanma sırasında (erken uyanma, geç uyanma...) olabilir (1,4).

Uyum bozukluğu ve majör depresif bozukluk toplumumuzda oldukça yaygın görülen, çoğu kez kişilerin yardım alma ihtiyacını farklı nedenlerden ötürü dile getirmekten sakınabildikleri (toplum baskısı, psikiyatrik tedavi aldıklarına dair etiketlenme kaygısı, sosyokültürel ve ekonomik nedenler, yeterince önemsememe, kendi kendine geçer diye düşünme vb.) bozukluklardır. Birçok hekim tarafından aynı kategoride değerlendirilebilen bu iki bozukluk aslında oluş nedenleri, belirtiler ve gidişleri göze alındığında birçok açıdan farklılıklar göstermektedir. Bu iki bozukluk arasında uyku kalitesi açısından farklılıklar olabilir. Bu çalışmada majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğunun uyku kalitesi (Pittsburg Uyku Kalite İndeksi ile saptanan) açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1.1. Hipotezler

1.Major depresif bozukluk tanısı alan hastalarda uyku kalitesi sağlıklı kontrol grubuna göre bozulmuştur.

2.Uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda uyku kalitesi sağlıklı kontrol grubuna göre bozulmuştur.

3.Major depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan hastaların uykuya dalma süreleri açısından fark vardır.

4.Somatik yakınmaları ön planda olan majör depresif bozukluğu olan kişilerde uyku kalitesi, duygusal ve bilişsel yakınmaları ön planda olan majör depresif bozukluğu olan hastalara göre daha kötüdür.

5. Major depresif bozukluğu olan kişilerin uyku süresi uyum bozukluğu olan kişilerden daha fazla kısalmıştır.

6. Hafif şiddetli depresif belirtileri olan katılımcılarda da uyku kalitesi bozulmuştur.

7. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğunda uyku kalitesi diğer uyum bozukluğu alttürlerine göre daha kötüdür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Tarihçe

2.1.1. Major Depresif Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi

Eski çağlardan beri bazı kişilerin anormal davranışlar gösterdikleri fark edilmiş, bu davranışların ruhsal bozukluklara bağlı olabileceği düşünülmüş ve kişiler bu bozuklukları tanımlama ve sınıflandırma çabaları içine girmiştir.

Eski Hint ve Arami metinlerde günümüzdeki depresyon ya da maniye benzer şekilde keder, elem, geçici aşırı neşe halleri gösteren kişilerle ilgili bilgilere rastlanmıştır, eski Mısır metinlerinde melankoli benzeri durumlar ifade edilmiştir. Homeros'un İlyada'sındaki Aias'ın intiharı, Eski Ahitte yer alan Kral Şaul'un öyküsü depresif tabloları tanımlamaktadır (1,5,8). MÖ 4. yüzyılda Hipokrat mani ve melankoli terimlerini kullanmış, bu belirtileri beyinle ilişkilendirmiş, kara safranın ruhu karartarak melankoliye yol açtığını ifade etmiştir. Kan, lenf, sarı safra ve kara safra olarak adlandırılan 4 salgının insan sağlığı üzerinde etkisi olduğunu savunan Hipokrat ekolüne göre melankoli, taşkınlık ve şüphenin kara safra ve lenfle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bunun yanında Hipokrat, süreğen üzüntünün melankoli olduğunu ifade etmiştir (5,6). MS 30 yıllarında Romalı hekim Celcus De Re Medicina melankolinin kara safra nedeniyle oluştuğunu eserinde belirtmiştir (1,7). MS 1. yüzyılda Galen melankoli terimini kullanmaya devam etmiş, çağdaşı Kapadokya civarında yaşayan Arateaus mani ve melankolinin birbiriyle ilişkili durumlar olduklarını öne sürmüştür (5). Ortaçağda batıda Hipokrat ve Galen'in görüşleri hakim iken doğuda İbn-i Sina "Tıbbın İlkeleri" adlı eserinde melankoli, mani, taşkınlık terimlerini kullanmıştır ve doğu tıbbı bu dönemde ruhsal hastalıklar konusunda söz sahibi olmaya başlamıştır (7). Depresyon kelimesi 16. yüzyıldan beri kullanılmakta olup bugünkü anlamına en yakın ve kapsamlı olarak Burton'un 1621 de yazdığı Melankolinin Anatomisi adlı eserinde tanımlanmıştır (5).

Duygudurum bozuklukları ve depresyonun bugünkü kapsamına en yakın şekilde tanımlanması 19. Yüzyılda Kahlbaum ve Kraepelin ile olmuştur. Kraepelin, manik depresif psikoz ve geç yetişkinlikte başlayan şiddetli belirtilerle seyreden involüsyonel depresyon terimlerini ortaya atmış, Kahlbaum ise siklotimi terimini

kullanıp mani ve depresyonun aynı hastalığın farklı evreleri olduğuna dikkat çekmiştir (1,8).

2.1.2. Uyum Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi

Kişiler gündelik hayatta stresli olaylarla karşılaşabilir ve bunun sonucunda sıkıntı yaşayabilirler, bu sıkıntılar kişilerin baş etme kapasitelerini aştığında bir takım ruhsal belirtiler saptanabilir, bu kişiler genellikle tanı alan uyum bozukluğu belirtileri gösteren kişilerdir. Bazı araştırmacılar stresli yaşam olayları sonrasında oluşan psikolojik, davranışsal yanıtın depresyondan ayrılması gerektiğini ifade etmiştir (21,22). Horowitz strese verilen yanıtı bireyin kendi baş etme yollarını kullanmasına rağmen baş edememesi sonucu ortaya çıkan patolojik belirtiler olarak kabul eder (24).

Günümüzde uyum bozukluğu, kısa sürmesi ve kişiyi nispeten daha az etkilemesi bakımından gelip geçici, müdahale gerektirmeyen, önemi daha az bir tanı olarak algılanıyor görünmektedir (16). Bazı yazarlar, uyum bozukluğu belirtileri ile normal uyum tepkileri arasında net bir ayırım olmadığına vurgu yaparken, birçok yazar tarafından uyum bozukluğu tanımında yetersizliğin var olduğuna vurgu yapılmaktadır (18,19). Bazı yazarlar da bu tanının yeterince kanıtlandığını, yapısı ve tanı ölçütlerinde değişiklikler yapılarak, daha kullanışlı hale getirilerek daha sık kullanılması gerektiğini öne sürmektedir (15,20).

Gündelik yaşam olaylarına reaktif gelişen ruhsal belirtiler ile ilgili olarak 1944 yılında psikiyatr Eric Lindemann tarafından kriz kavramı öne atılmıştır (11). Sonrasında kriz kavramı, hoş olmasa da yaşam döngüsü içinde büyüme ve gelişme için gerekli kabul edilmiş, psikopatoloji sayılmamış, psikofarmakolojik müdahaleden çok günlük yaşantı içinde ve kişinin doğal çevresinde destekleyici psikolojik yardımla tedavi edilmesi önerilmiştir. Uyum bozukluğu kavramı ise DSM-II'de geçici durumsal bozukluk ifadesiyle yer almış, ilk kez uyum bozukluğu adıyla DSM-III'te anksiyete bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır. ICD-10 ise uyum bozukluğunu reaktif depresyon kavramı yerine eklemiştir (11). Bir bakış açısına göre uyum bozuklukları krizin bir çeşidi olup tedavisi de krize müdahale gibi ele alınmalıdır (23).

2.2. Epidemiyoloji

2.2.1. Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Tüm psikiyatrik bozukluklar düşünüldüğünde depresif bozuklukların yaygınlığının genel toplumda oldukça yüksek oranda olduğu, konudaki geniş kapsamlı çalışmaların azlığı, tanı araçlarında ve sağlık sistemlerinde ülkeler arası farklılıklar gibi nedenlerle yaygınlık oranlarının toplumlar arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (1,9).

Majör depresif bozukluk, orta yaşta kadınlarda iki kat daha yüksektir (5). Kadınlarda %17.1, erkeklerde %9.01 oranında gözlenir. 18-29 yaşları arasında %12.02, 30-44 yaşları arasında %14.03, 45-64 yaşları arasında %15.91, 65 yaş ve üstünde %8.9 oranında olduğu saptanmıştır. Medeni durumlarına bakıldığında majör depresif bozukluğu olan kişilerin %18.8'i dul, ayrı ya da boşanmış, %12.07'si evli, %11.99'u bekar olup yine bu kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında ise %14.35'i üniversite, %12.13'ü lise, %11.32'sinin ise lise altı mezuniyetinin olduğu saptanmıştır (40).

Ruhsal hastalıklar açısından Türkiye nüfusunu temsil eden bir çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları en yaygın bozukluklardan olup majör depresif bozukluğun bir yıllık yaygınlığının % 4 olduğu saptanmıştır (10). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise majör depresif bozukluğun yaygınlığı %8-20 olarak saptanmıştır (41). Yaşamları boyunca neredeyse 4 kadından biri ve 6 erkekten biri majör depresif bozukluk geçirmektedir (130).

Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluğun dünyadaki işgücü kaybına neden olan ilk on hastalıktan biri olduğu saptanmıştır, bir başka çalışmada ise üçüncü sırada olduğu ortaya konulmuştur (27,31).

Majör depresif bozukluğun işgücü kaybı bakımından 2020'li yıllarda koroner arter hastalığından sonra ikinci sırada geleceği öngörülmektedir (5).

2.2.2. Uyum Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Bu grupta şimdiye kadar kapsamlı bir çalışma yapılmış olmamakla beraber yaygınlığının %2-8 arasında olduğu, ayaktan ruh sağlığı hizmeti alan yetişkinlerde ise bu oranın %5-21 arasında olduğu (13), sıklığının toplumlara göre değiştiği tahmin edilmektedir (14,15). Çocuk ve ergenlerde cinsiyetler arası fark bulunmamakta, yetişkinlikte kadınlarda daha sık saptanmaktadır. Tüm yaş grupları düşünüldüğünde en sık yaygınlık oranının ergenlerde olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık dışında bir hastalık nedeniyle hastanede yatmakta olan ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastalarda en sık konulan psikiyatrik tanılardandır (1,12).

2.3. Etiyoloji

2.3.1. Major Depresif Bozukluğun Etiyolojisi

Depresyon etiyolojisinde rol oynayan faktörler biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak 3 grupta incelenebilir.

Biyolojik faktörlere bakıldığında tarihsel süreçte, odak noktası monoamin nörotransmitterler olan dopamin, serotonin, noradrenalin gibi tek nörotransmitter sistemleri iken günümüzde bu odak daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarına ve nöral devrelere kaymıştır (1). Daha önce yapılan çalışmalarda anatomik olarak major depresif bozuklukta hipokampal hacmin ve hipokampus ile korteks arası bağlantıların azaldığının saptanmış olduğu gözlemlendi(89).

Major depresif bozukluğun genetik yüklülüğün olup olmadığı konusu pek çok araştırmacının ilgisini çekmiştir. Bu konuda yapılmış evlat edinme, aile ve ikiz çalışmaları bize majör depresif bozukluğun oluşumunda genetiğin rolü olduğunu düşündürmektedir. Major depresif bozukluğun birinci derece akrabalarda görülme oranının %10 ile %50 arasında bildirilmektedir (1,126).

Psikososyal etkenlere dahil olan uzun süreli stresin beyin yapısında sinaps kaybı, nöron ölümü, nörotransmitter miktarında oynamalar gibi çeşitli değişikliklere yol açarak majör depresif bozukluğun gelişimine katkıda bulunuyor olabileceği öne sürülmüş. Bunun yanında kişilik yapısının da majör depresif bozukluk gelişiminde önemli rol oynadığı, obsesif, histrionik, borderline kişilik örgütlenmesine sahip

kişilerin majör depresif bozukluk geliştirme açısından antisosyal ve paranoid kişilik örgütlenmesi olan kişilere göre daha fazla risk taşıdıkları saptanmış. Yine de majör depresif bozukluk gelişimi açısından en güçlü yordayıcının yakın zamanda yaşanmış stresli olaylar olduğu bulunmuş (1).

Majör depresif bozuklukta psikodinamik etkenler hususunda dört temel noktaya vurgu yapılmıştır, bunlar: 1) oral evrede anne-çocuk arasındaki ilişki; 2) depresif belirtilerin gerçek veya imgesel obje kaybıyla ilişkili olabildiği; 3) kayıp nesnelerin içe atımının nesne kaybıyla başa çıkmak için kullanılan bir savunma mekanizması olduğu; 4) kaybedilen nesnede sevgi ve nefretin bir arada bulunması nedeniyle öfkenin içe yöneltmesidir (1).

Bilişsel teoriye göre majör depresif bozukluk, depresyon oluşturucu şemalar olarak isimlendirilen bilişsel çarpıtmalardan kaynaklanır. Beck'e göre; negatif benlik algısı, dış dünyayı saldırgan ve talepkar olarak algılama eğilimi, gelecekle ilgili acı çekme ve başarısızlık beklentisi majör depresif bozuklukta bilişsel üçlüyü oluşturur.

Öğrenilmiş çaresizlik teorisinin majör depresif bozukluğa uyarlanması sonucunda bu teori, olumsuz yaşam olaylarının ardından içsel nedensel açıklamaların benlik değerinde düşmeye yol açması, bu durumun da MDB gelişimine yatkınlık oluşturması şeklinde açıklanmıştır (1).

2.3.2. Uyum Bozukluğu Etiyolojisi

Uyum bozukluğunda prognozu ve bozukluk gelişimini belirleyen temel iki faktör stresörün şiddeti ve kişilik yapısı olsa da bu bozukluğun seyri, bunların yanında stresör yapısı, stresli yaşam olayının sürüp sürmemesi, geri dönüşümlü olması, çevresel faktörler gibi pek çok belirleyicinin ortak etkileşimiyle belirlenir. Stresörler sevilen birinin ya da yakınının kaybı, iş kaybı, iflas etme gibi nedenlerin yanında yoksulluk, kronik hastalık gibi sürekli nitelikte olabilirler. Savaş, doğal afet gibi toplumsal etkisi olan yaşam olaylarıyla gelişebilirler (1).

Bir stresörün bireye ne derece tesir edeceğini belirleyen 3 ana faktör stresörün yapısı, o olayın birey için bilinçli ve bilinç dışı anlamları, ve kişinin duyarlılığıdır. Stresörden sonra toparlanma süreçlerinin niteliğini kişinin savunma mekanizmalarının olgunluk derecesi belirler. Genetiğin rolüne bakılacak olursa tek yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalarda uyum bozukluğu gelişiminde bazı kişilerin risk altında olduklarını ortaya koyan çalışmalar vardır (1,132).

DSM'de uyum bozukluğu, akut stres bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu tanılarından olağandışı tehdit edici yaşantılara verilen cevap değil de, gündelik sıkıntı verici olaylara verilen yanıt olmasıyla ayrırt edilir (11). Günümüzde uyum bozukluğu konusunda yapılmış araştırmalarda halen yetersizlik mevcuttur (17).

2.4. Klinik Özellikler

2.4.1. Major Depresif Bozuklukta Klinik Özellikler

Major depresif bozuklukta klinik özellikler başlıca duygulanım, duygudurum, bilişsel, vejetatif, sirkadyen ritm ve davranışsal alanlarda görülür. Çökkün duygudurum temel özellik olup anhedoni, karamsarlık, umutsuzluk, hüzün, ağır depresyonlarda yoğun anksiyeteye bağlı ajitasyon görülebilir. Bilişsel işlevlerden frontal lob fonksiyonlarında yavaşlama, dikkat, bellek, yürütücü işlevlerde bozulma, konsantrasyon güçlüğü saptanır. Psikomotor yavaşlama ve düşünce akışında yavaşlama, konuşmama, düşünce içeriğinde suçluluk, değersizlik, %10'unda duygudurumla uyumlu hezeyanlar, kararsızlık, hipokondriak uğraşlar, somatik yakınmalar, suisid düşünceleri saptanabilir. Vejetatif belirtilerden iştah azalması, kilo kaybı veya alımı, enerji azlığı, cinsel istek kaybı, uyku düzensizlikleri, sirkadyen ritm bozuklukları sıktır (5).

2.4.2. Uyum Bozukluğunda Klinik Özellikler

Uyum bozukluğu, stresli yaşam olayını takiben 3 ay içerisinde gelişen belirtilerle karakterize bir bozukluktur. Stresör ortadan kalksa dahi belirtiler sürebilir, hatta kronikleşebilir. Yetişkinlerde depresif, anksiyöz ve karma(depresif ve anksiyete belirtilerinin olduğu) belirtilerle seyreden uyum bozukluğu yaygındır. Fiziksel

belirtiler ise yaşı ve çocuklarda daha sıktır. Belirtiler çok geniş ve değişkendir. Depresif duygudurumla giden alt türünde kolay ağlama, hüzün, depresif belirtiler hakimdir. Kaygıyla giden alt türünde çarpıntı, sinirlilik, ajitasyon, anksiyeteye ve depresif duygudurumla giden karma alt türde ise her iki kümenin belirtileri ortak görülmekte olup, davranış bozukluğuyla giden alt türünde kurallara uymama, saldırganlık, dikkatsiz araç kullanma, kuralları ihmal, intihar davranışı gözlenebilir. Karma duygu ve davranış bozukluğuyla giden ve sosyal çekilme gibi alışıldık olmayan belirtilerin bulunduğu tanımlanmamış alt türleri de mevcuttur . Bu kişilerin sosyal ve mesleki alanda uyumları bozulmuştur ve stresöre karşı beklenenden daha fazla tepki gösterirler. Genelde 3 ay içerisinde belirtilerin yatışması beklenir (1,131).

2.5. DSM-5 Tanı Ölçütleri

2.5.1. Major Depresif Bozukluk DSM 5 Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsanmaz.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: çocuklarda bekleyen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyuları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. Yas, batkılık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğeri bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.5.2. Major Depresif Bozukluk için DSM IV ve DSM-5' in

Karşılaştırılması

DSM IV deki ‘‘Duygudurum Bozuklukları’’ bölümü kaldırılarak yerine ‘‘İki Uçlu ve İlgili Bozukluklar’’ ve ‘‘Depresif Bozukluklar’’ adıyla iki ayrı bölüm oluşturulmuş olup Major Depresif Bozukluk ‘‘Depresif Bozukluklar’’ grubuna dahil edilmiştir.

DSM IV’ deki majör depresif atağın E tanı ölçütündeki, depresif semptomların yastan sonra 2 aydan daha uzun sürmesi ölçütü kaldırılmıştır. Bunun nedeni pek çok araştırmada yastan 2 aydan daha uzun sürebildiğine tanık olunmasıdır.

2.5.3. Uyum Bozuklukları DSM 5 Tanı Ölçütleri

A. Tanımlanabilir tetikleyici etken(ler)e tepki olarak bu etken(ler)in ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde, duygusal ya da davranışsal belirtiler gelişmesi.

B. Bu belirtiler ya da davranışlar, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi ile belirli olduğu üzere, klinik açıdan önemlidir:

1. Belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı.

2. Toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğeri işlevsellik alanlarında işlevsellikte ileri derecede düşme.

C. Tetikleyici etkenle ilişkili bu bozukluk başka bir ruhsal hastalığın tanı ölçütlerini karşılamaz ve daha önceden var olan bir ruhsal bozukluğun yalnızca bir alevlenmesi değildir.

D. Belirtiler olağan yası göstermez.

E. Tetikleyici etken ya da bunun getirdiği sonuçlar bir kez ortadan kalkınca, belirtiler bir altı aydan daha uzun bir süre daha sürmez.

2.5.4. Uyum Bozuklukları İçin DSM-IV ve DSM-5'in Karşılaştırılması

Uyum bozuklukları, DSM-IV'de ayrı bir kategori iken DSM 5'de ‘‘ Stres ve Travmayla İlişkili Bozukluklar’’ kategorisine alınmıştır.

2.6. Uykuyla İlgili Bilgiler

2.6.1. Normal Uyku Yapısı

Canlıların yaşamsal öneme sahip davranışlarından birisi de uykudur ve insan hayatının yaklaşık üçte biri uykuda geçmektedir. Uyku, beynin düzenli işleyişi için gerekli olup, uzun süreli uyku yoksunluğu ölüme neden olabilir. Uykuda rolü olan talamus, hipotalamus, lokus sereleus, tegmentum, rafe çekirdeği gibi anatomik bölgeleri retiküler aktive edici sistem birbirine bağlar ve bu sistemin bileşenleri uykunun oluşumu, sürdürülmesi, uyku-uyanıklık döngüsünün oluşturulmasında kritik öneme sahiptir(138). Ön hipotalamusa ulaşan bazı uyarılar, hipotalamustaki ventrolateral preoptik çekirdeğin uykuyu başlattığı kabul edilirken, uyanıklığı lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik, beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik aktivasyonun artması ve arka hipotalamustan gelen histaminerjik uyarılar sağlar(134).

Temel olarak uyku, REM ve non-REM olmak üzere 2 yapıdan oluşur. Bu dönemler EEG, göz hareketleri, kas tonusundaki değişiklikler göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Her iki uyku evresinde azalmış motor aktivite saptanırken bu evreler beyin metabolizması, nörotransmitterler ve talamik fonksiyonlar açısından farklılık gösterir (133,134,137). REM uykusunu ilk kez 1957'de Dement ve Kleitman tanımlamış ve uykunun periyodik olarak birbirini

izleyen dönemlerden oluşan heterojen bir yapısı olduğunu vurgulamışlardır (135). REM döneminde asetilkolin baskın nörotransmitter iken NREM döneminde tüm nöroregülatörler düşük seviyededir (136,137). REM ve NREM döngüsünün kontrolünde beyin sapının mezopontin çekirdekleri rol oynamaktadır (138).

İnsanlarda uyku NREM ile başlar, bu yapı 4 evrede incelenir. Bu evrelerin süresi yaşla birlikte değişkenlik gösterir. 1. ve 2. evre yüzeysel uyku, 3. ve 4. evre yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır (138). Fiziksel olarak dinlenmeyi, hücre onarımı ve yenilenmesini sağlayan uyku evresinin NREM'in derin uyku olarak da adlandırılan 3. ve 4. evresi olduğu kabul edilir (139).

Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi oluşur, REM uykusuna paradoksal uyku, desenkronize uyku da denir. Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar olan süreye uyku siklusu denir, genel olarak 90-120 dakika arasında değişir ve bir gecede 4-6 kez tekrar eder. REM döneminde sempatik sistem aktivasyonu sonucunda kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı artar ve düzensizleşir(138). REM uykusu nöronlarda membran stabilizasyonunu sağlar ve türe özgü genetik hafızanın programlanmasında etkilidir (134).

Normalde günlük uykunun toplam süresi 6-9 saattir (1). Işıkların kapanmasından (uykunun başlangıcı), NREM evre 2'nin ortaya çıkmasına kadar olan süreye uyku latansı denir ve bu süre ortalama 15 dakikadır. Kişinin bir gecede uyanma sıklığının üçe kadar normal olduğu kabul edilir. Toplam uyku süresinin yatakta geçirilen süreye oranı hesaplanarak uyku etkinliği elde edilir ve bu değer %95 ve üzerinde olması kaliteli bir uykunun belirleyicilerindedir (1,140).

Uyku, daha önce de bahsedildiği gibi birkaç temel mekanizmayla düzenlenir ve bu sistemlerin herhangi birindeki aksama uyku bozukluklarıyla sonuçlanır. Genel olarak dünyada uyku bozukluklarının %17-26 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (95,96,97).

2.6.2. Psikiyatrik Rahatsızlıklar ve Uyku

Dinlendirici bir uyku, kişiye fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal alanda birçok fayda sağlar(44,45,49). Dolayısıyla uykunun bir bölümündeki bozukluk kişinin günlük işlevlerinde ve diğer alanlardaki bozulmaları tetikleyebilir (43,46,47). Bu ilişki özellikle ruhsal alanda ve başlıca duygudurum üzerinde belirgindir (50).

Sirkadyen ritm organizmada 24 saat içerisindeki farklı biyolojik fonksiyonları kontrol eden, hipotalamustaki suprakiazmatik çekirdek tarafından organize edilen bir sistemdir, uyku da büyük oranda bu sistem tarafından kontrol edilir (25).

Sirkadyen sistemin nöronal aktivite kontrolünü de kapsadığından yola çıkarak sirkadyen ritm, uyku aktivitesi ve mental bozukluklar arasında güçlü bir bağlantının olduğu tespit edilmiştir (28,29). Psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin neredeyse %30-40'ı uykusuzluktan yakınmaktadır (54,58,68). Sirkadyen ritimdeki herhangi bir sapma duygudurumla ilgili bozukluklara neden olabilir(26). Suprakiazmatik çekirdekte melatonin ve 5HT_{2C} reseptörlerinin depresyon oluşumu ve sirkadyen ritimle ilgili ortak düzenleyici bölgeler olabileceği düşünülmektedir(5,51). Bir çalışmada bipolar duygulanım bozukluğu olan hastalarda toplam uyku süresindeki düzensizliğin 5 yıllık sürede daha fazla depresif dönem geçirilmesiyle ilişkili olduğu saptanmış (90). Bu durumla ilgili olarak nöbetli işlerde çalışan kişilerde uyku kalitesinin yaşam kalitesini ve duygu durumlarını yakından etkilediği bulunmuş, sonuçta hangi psikiyatrik bozukluk olursa olsun uykuya ilgili belirtilerin tedavisi tam bir iyileşme için zorunlu kabul edilmeye başlanmıştır (30,38,73,74).

2.6.3. Major Depresif Bozuklukta Uykuya İlgili Belirtiler

Uykuya ilgili belirtilerden uykusuzluğun psikiyatrik bozukluklardan en fazla major depresif bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuş ve uykusuzluk genellikle majör depresif bozukluğun ön belirtisi olduğu kabul edilmiştir. Majör depresif bozuklukta uyku bozukluğu sıklığı %75, uykuya dalmada güçlük %90, aşırı uyuma %6-36 oranındadır (39,52,57). Objektif uyku kalitesinin kötü olduğu kişilerin majör depresif bozukluğun yinelemesi açısından risk altında oldukları yönünde yayınlar

ortaya konmuştur (59,60). Majör depresif bozuklukta uykuya dalma gücü genelde gençlerde gözlenirken yaşlılarda daha çok uykuyu sürdürmede güçlük saptanır. Atipik seyirli depresyonlarda uykusuzluğun aksine aşırı uyuma gözlenebilir. Yine sık uyanma, uykuya dalma süresinde uzama (uyku latansı), sirkadyen ritimde ve uyku bütünlüğünde bozulma majör depresif bozuklukta görülen uykuya ilgili belirtilerdir (5,98). Majör depresif bozukluk ve uyku arasındaki ilişki her yaşta çift yönlüdür (35,36). Depresif duygudurumun uyku kalitesini bozmasının yanında uyku bozukluğu da duygudurumda değişikliklere neden olabilir (33,34). Uyku bozukluğu ya da psikiyatrik bozukluğun birinde sağlanan düzelme diğerinin de düzelmesine neden olmaktadır (53,75). Uykuya ilişkili belirtiler bir ön belirti olabileceği gibi, tetikleyici bir faktör olarak da kabul edilebilir(39). Majör depresif bozukluk için yıllardır çeşitli risk faktörleri tanımlanmış olsa da uyku niteliklerinin bu rahatsızlıkla ilişkisi son on yıldır araştırmacıların ilgisini çekmektedir(32). Birçok çalışma uyku bozukluklarının majör depresif bozukluğun başlangıcı, direnci ve yinelemesi açısından risk faktörü olduğunu iddia etmiştir (33,34).

Majör depresif bozuklukta uyku yapısında REM latansında uzama, ilk REM evresinin süresinde uzama, REM yoğunluğunda ve bu evredeki fazik hareketlerde azalma, ilk non-REM dönemi delta aktivite amplitüdünde azalma, inter ve intrahemisferik beta-delta koheransında azalmanın saptanmış olduğu gözlemlendi (5,71,72).

Bir çalışmada, majör depresif bozuklukta uykuya ilgili belirtilerin özellikle konsantrasyon gücü ve suçluluk hislerini arttırmayla ilişkili olduğunun bulunduğu (37), bir başka çalışmaya göre de majör depresif bozukluk için karakteristik olan bir bulgunun da sabah uykusuzluğu olduğunun vurgulandığı gözlemlendi (5).

2.6.4. Uyum Bozukluğunda Uykuya İlgili Belirtiler

Uyum bozukluğu hastalarında uykuya alakalı çalışmalar literatürde henüz yeterli sayıda olmamakla birlikte stresin uyku üzerine etkilerine dair çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Uyum bozukluğunda bazı kaynaklarda insomnianın görülebileceğine dair bilgiler mevcuttur (1). Strese maruz kalan bireylerde hastalık düzeyinde ruhsal belirti gelişsin gelişmesin, uyku bozukluklarının bağımsız ortaya

çıkabildiği saptanmıştır. DSM 5'te uyum bozukluğu tanı kriterlerinde direkt olarak uykuyla ilişkili belirtilerden söz edilmemekte fakat klinikte uyum bozukluğu tanısı almış hastalarda uykuyla ilgili belirtiler sık dile getirilmektedir (129).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmaya Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Eylül 2015 - Mart 2016 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1) uygulanarak majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan 18-65 yaş arası, en az 5 yıl eğitim süresi olan ve okuma yazma bilen, düzenli sedatif/hipnotik/anksiyolitik veya sedatif özellikli ilaç kullanımını olmayan (ilaçsız takip edilen), primer nörolojik bozukluk, kognitif mental bozukluk, mental retardasyon, geçirilmiş kafa travması veya operasyonu bulunmayan, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olmayan, antipsikotik kullanmayan ve gebe olmayan 95 gönüllü dahil edilmiştir. Bu 2 tanıdan herhangi birini alanlar, çalışma sonrasında uygun destek ve tedavi amacıyla bu konuda bilgilendirilerek ilgili polikliniklere yönlendirilmiştir.

Kontrol grubu daha önce ve şimdi herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan, hastane personeli ve yakınlarını kapsayan, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve sosyoekonomik durum yönünden hasta grubuyla benzer özelliklerde olan 31 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır.

3.2. Yöntem

Klinik görüşmeyi yapan doktor tarafından sosyodemografik veri formu, Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği ve global değerlendirme ölçeği (GDÖ) formu doldurulmuş, katılımcıların doldurması gereken ölçeklerle (Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, Beck Depresyon Ölçeği) ilgili olarak ölçekler ve nasıl doldurulacaklarıyla ilgili hastalar bilgilendirilmiştir. Uygulama öncesi katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş, çalışmanın amaçları anlatılmış, onamları alınmıştır. Çalışma 29.12.2014 tarih ve 336 sayılı yazı uyarınca Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'na onaylanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Tüm katılımcılara aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacılar tarafından geliştirilmiş olup kişinin cinsiyeti, yaşı, eğitim ve medeni durum, gelir düzeyi, mesleği, eşlik eden tıbbi durumları ve kullandıkları ilaçları içeren sorular bulunmaktadır. (Ek-1)

3.3.2. DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1)

DSM-IV'e göre eksen-1'de yer alan bozuklukların değerlendirilmesi ve tanı konulması amacıyla 1997'de First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (141). Çalışmamızda Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği 1999'da yapılan Türkçe formu kullanıldı (142).

3.3.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburg Uyku Kalite İndeksi, katılımcının kendi cevapladığı, 19 sorudan oluşan ve son 1 aylık süre içerisinde sübjektif uyku kalitesini ve diğer uyku alanlarındaki nitelikleri ölçen bir testtir. Alt ölçekler; sübjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uykuya alakalı ilaç alımı, gündüz işlevsellik durumlarını puanlandıran alanları kapsar. Her ölçek kendi içinde değerlendirilerek toplam puan elde edilir (Ek-3). Toplam puan 0-21 arasındadır, puanın yükselmesi uyku kalitesinde düşmeye, 5 ve üzeri puanlar uyku kalitesinin bozulduğuna işaret eder, PUKİ uluslararası kullanılan ve sübjektif uyku kalitesini ölçmede kullanılan güvenilir bir ölçektir. Toplam PUKİ puanının beşten büyük olması %89.6 duyarlılık ve %86.5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmektedir (42,43). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80). (Ek-2)

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, depresyon belirtilerini ölçen katılımcının kendi bildirimlerine dayanan 21 sorudan oluşan bir ölçektir. Tanı koymaktan ziyade semptomların şiddetini belirleme amaçlı oluşturulmuştur. Bu 21 maddenin iki maddesi duygulara, on bir maddesi bilişlere, iki maddesi davranışlara, beş maddesi bedensel belirtilere, bir maddesi de kişiler arası belirtilere ayrılmıştır (65). Her sorunun karşılığında 4 farklı seviyede cevap vardır, toplamda daha yüksek puanlar depresyon şiddetinin daha fazla olduğunu gösterir. 17 puan ve üstü tedavi gerektirecek depresyonu %90'ın üzerinde doğrulukla tespit eder (79). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 1980'de Tegin K, 1988'de Hisli Şahin tarafından yapılmıştır (77,78). (Ek-4)

3.3.5. Global Değerlendirme Ölçeği

Kişinin psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Fiziksel veya çevresel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmaları ayrı ayrı değerlendirilememektedir. Ölçekle yapılan değerlendirme, o sıradaki veya geçmişteki bir dönem için klinisyen tarafından 1-100 arasında bir puan verilerek yapılır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kişinin işlevselliğinin yüksek olduğunu gösterir (81). (Ek-5)

3.3.6. Hamilton Depresyon Ölçeği

Hamilton ve arkadaşları tarafından 1960 yılında klinik araştırma amaçlı geliştirilmiş depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir testtir. 21 ve 17 maddelik formları vardır. Klinisyen tarafından doldurulur. Puanın artması depresif belirtilerin şiddetlenmesine işaret eder. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82,83). 21 maddelik formunda ek olarak depersonalizasyon belirtilerini ve rahatsızlığın şiddetinden ziyade hastanın belirtilerinin günlük değişimini sorgulayan sorular vardır bu nedenle günlük pratikte daha çok 17 maddelik formun kullanılması önerilmiştir (163). Bizim çalışmamızda 17 maddelik Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılmıştır (Ek-6). Akdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre 17 maddelik formunun güvenilirlik katsayısı 0.87-0.98 arasında olup geçerliliğinde ise Beck Depresyon

Ölçeği kullanılmış ve korelasyon katsayısı 0.48 olarak hesaplanmıştır (161). Ölçekten en yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermekte olup en yüksek 53 puan alınmaktadır (160). Düzeltme için Hamilton Depresyon Ölçeğinde 7 puan ve altı kesme puanı olarak belirlenmiştir (162).

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Bölümünden destek alındı. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21 programından yararlanıldı. Verilerin normal dağılım varsayımına uygunluğunu test etmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri, normal dağılım göstermeyen değişkenler için medyan ve Q1-Q3 25 ve 75. Yüzdelik değerler tanımlayıcı istatistikler olarak belirtildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U, Kruskal-Wallis H testi, normal dağılım gösteren sürekli verilerin karşılaştırılmasında T test, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA One way Analysis of Variance) kullanıldı. Tek yönlü varyans analizinde varyansların eşit olduğu durumda gruplar arası karşılaştırma testlerinden Tukey, varyansların eşit olmadığı durumlarda Tamhane testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05^*$ değerı kriter kabul edildi.

4.BULGULAR

Araştırmaya major depresif bozukluğu olan 31, uyum bozukluğu olan 33 kişi ile psikiyatrik bozukluğu olmayan ve kontrol grubu olarak dahil edilen 31 kişi olmak üzere toplam 95 katılımcı alınmıştır.

Katılımcıların 58'i kadın, 37'si erkekti. Kadınların %34.5'u majör depresif bozukluk(n:20), %32.8'i uyum bozukluğu(n:19), %32.8'i kontrol (n:19) grubundaydı. Erkeklerin ise %29.7'si majör depresif bozukluk (n: 11), %37.8'i uyum bozukluğu(n:14), %32.4'ü kontrol(n:12) grubundaydı. Grupların cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p =0.85) (Tablo-1).

Her 3 grubun yaşları incelendiğinde tüm grubun yaşlarının median değerinin 41, majör depresif bozukluğu olanların yaşlarının median değeri 42, uyum bozukluğu olanların yaşlarının median değeri 41, kontrol grubunda ise yaşların median değerinin 41 olduğu saptandı. Üç grubun yaşları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p =0.84) (Tablo-1).

Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde %1.1'inin okur yazar(n:1) olup, %32.6'sı ilköğretim(n:31), % 44.2'si lise (n:42), % 22.1'i üniversite (n: 21) mezunu idi. Majör depresif bozukluk tanısı alan grubun % 1.1'inin (n:1) okur yazar, % 12.6'sının (n: 12) ilköğretim mezunu, %12.6'sının (n:12) lise mezunu, %6.3'ünün (n:6) üniversite mezunu olduğu saptandı. Uyum bozukluğu tanısı alan grubun %21.2'sinin(n:9) ilköğretim, % 17.9'unun (n: 17) lise, %7.4 'ünün (n: 7) üniversite mezunu olduğu saptandı. Kontrol grubunun ise %10.5'i (n:10) ilköğretim, %13.7'si (n:13) lise, %8.4'ü (n:8) üniversite mezunu idi. Her 3 gruptaki katılımcıların öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p =0.72) (Tablo-1).

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %25.3'ünün (n:24) bekar, %50.5'unun (n: 48) evli, %15.8'inin (n: 15) boşanmış, % 8.4'ünün (n: 8) dul olduğu saptandı. Majör depresif bozukluğu olanların %7.4'ü (n: 7) bekar, %16.8'i (n: 16) evli, %5.3'ü (n:5) boşanmış, %3.2'si (n:3) duldu. Uyum bozukluğu grubunda %7.4'ü (n:7) bekar, %16.8'i (n:16) evli, %7.4'ü (n:7) boşanmış, %3.2'si (n:3) duldu. Kontrol grubunun ise %10.5'u (n:10) bekar, %16.8'i (n:16) evli, 3.2'si (n:3)

boşanmış, %2.1'i (n:2) duldu. Çalışmaya katılan gruplar arasında medeni durumları açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0.86$) (Tablo-1).

Katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında, %5.3' ünün (n: 5) herhangi bir işte çalışmadığı, %18.9'unun (n:18) öğrenci, %16.8'inin (n: 16) memur, %10.5'unun (n: 10) işçi, %30.5'unun (n: 29) ev hanımı, %12.6'sinin (n: 12) serbest çalışan ve %5.3' ünün (n: 5) de diğer alanlarda çalışan kişiler olduğu saptandı. Major depresif bozukluğu olanların %2.1'inin (n: 2) çalışmadığı, %7.4' ünün (n: 7) öğrenci, %3.2'sinin (n:3) memur, %2.1'inin (n:2) işçi, %10.5'unun (n:10) ev kadını, %4.2'sinin (n:4) serbest çalışan , %3.2'sinin (n:3) de diğer meslek gruplarında çalıştığı saptandı. Uyum bozukluğu olanların %2.1'inin (n:2) çalışmadığı, %6.3' ünün (n: 6) öğrenci, %6.3' ünün (n: 6) memur, % 5.3' ünün (n: 5) işçi, % 10.5' unun (n: 10) ev kadını, %4.2'sinin (n:4) serbest meslek çalışanı olduğu saptandı. Kontrol grubunun ise %1.1' inin (n:1) çalışmadığı, %5.3' ünün (n: 5) öğrenci, %7.4' ünün (n: 7) memur, %3.2'sinin (n:3) işçi, % 9.5' unun (n:9) ev kadını, %4.2' sinin (n: 4) serbest çalışan, %2.1' inin (n: 2) diğer mesleklerde çalışan kişiler olduğu saptandı. Gruplar arasında meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.88$) (Tablo-1).

Katılımcıların gelir düzeyine göre dağılımlarına bakıldığında %58.9'unun (n: 56) 1000 TL altında, %37.9'unun (n: 36) 1000 TL - 5000 TL arası, %3.2'sinin (n: 3) ise 5000 TL ve üstü gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Major depresif bozukluğu olanların % 23.2'sinin (n: 22) 1000 TL altında, %9.5'unun (n: 9) 1000 TL - 5000 TL arasında gelir düzeyine sahip olduğu, 5000 TL ve üzerinde gelir düzeyine sahip olan katılımcının olmadığı saptandı. Uyum bozukluğu olanların %18.9'unun (n: 18) 1000TL altında, %13.7'sinin (n: 13) 1000 TL - 5000 TL arası, %2.1'inin (n: 2) ise 5000 TL ve üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu görüldü. Kontrol grubunun %16.8'inin (n: 16) 1000 TL altında, %14.7'sinin (n: 14) 1000 TL -5000 TL arasında, %1.1' inin (n:1) 5000 TL ve üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu saptandı. Grupların gelir düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.39$) (Tablo-1).

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri

		MDB (n:31)		UB (n:33)		K (n:31)		P
		median	25-75	median	25-75	median	25-75	
Yaş		42	32-51	41	30.5-48.5	41	35-52	0.84
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	K	20	34.5	19	32.8	19	32.8	0.85
	E	11	29.7	14	37.8	12	32.4	
Eğitim	OY	1	1.1	0	0	0	0	0.72
	İÖ	12	12.6	9	9.5	10	10.5	
	Lİ	12	12.6	17	17.9	13	13.7	
	ÜNİ	6	6.3	7	7.4	8	8.4	
Medeni durum	bekar	7	7.4	7	7.4	10	10.5	0.86
	evli	16	16.8	16	16.8	16	16.8	
	BŞN	5	5.3	7	7.4	3	3.2	
	dul	3	3.2	3	3.2	2	2.1	
Meslek	yok	2	2.1	2	2.1	1	1.1	0.88
	öğrenci	7	7.4	6	6.3	5	5.3	
	memur	3	3.2	6	6.3	7	7.4	
	işçi	2	2.1	5	5.3	3	3.2	
	Ev hn.	10	10.5	10	10.5	9	9.5	
	serbest	4	4.2	4	4.2	4	4.2	
	diğer	3	3.2	0	0	2	2.1	
GD (TL)	<1000	22	23.2	18	18.9	16	16.8	0.39
	1000-5000	9	9.5	13	13.7	14	14.7	
	>5000	0	0	2	2.1	1	1.1	

Her üç gruba uygulanan klinik ölçekler değerlendirildiğinde toplam Pittsburg puanı açısından veriler normal dağılım sağlamaktaydı, katılımcıların PUKİ puan ortalaması majör depresif bozukluk grubunda 10.12 ± 3.37 , uyum bozukluğu grubunda 8.54 ± 2.39 , kontrol grubunda ise 4.41 ± 1.68 olarak saptandı (Tablo-2). Bu 3 grup arasında toplam PUKİ puanları açısından majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p = 0.104$), fakat majör depresif bozukluk ve kontrol grubu arasındaki farklılığın ve uyum bozukluğu ile kontrol grubu arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo-3).

PUKİ alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde; subjektif uyku kalitesinde majör depresif bozukluk ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı düzeydeydi ($p < 0.001$), majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu ($p = 0.246$), uyum bozukluğu ve kontrol grubu ($p = 0.203$) arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo-3).

PUKİ alt ölçeklerinden uyku latansının median değeri majör depresif bozukluk grubunda 30 dk, uyum bozukluğu grubunda 20 dk, kontrol grubunda ise 12 dk olarak saptandı. Tanı grupları ile uyku latansı değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo-2), İkili karşılaştırmalara bakıldığında bu farkın majör depresif bozukluk ile kontrol grubu ($p < 0.001$) ve uyum bozukluğu ile kontrol grubu arasında anlamlı ($p = 0.004$) olduğu, majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu arasında anlamlı olmadığı saptandı ($p = 0.157$) (Tablo-3).

Uyku sürelerine bakıldığında majör depresif bozuklukta toplam uyku süresinin median değeri 6 saat, uyum bozukluğunda 7 saat, kontrol grubunda ise bu değer 8 saat olduğu saptanmıştır. Her üç grubun toplam uyku süreleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo-2). İkili karşılaştırmalarda ise majör depresif bozukluk ile kontrol grubu ($p < 0.001$) ve majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu ($p = 0.011$) arasındaki uyku süreleri farkının anlamlı olduğu, uyum bozukluğu ile kontrol grubu arasındaki uyku süreleri farkının anlamlı olmadığı ($p = 0.451$) saptandı. (Tablo-3).

Üç grup uyku etkinliği açısından değerlendirildiğinde majör depresif bozukluk grubunda uyku etkinliği median değeri %75, uyum bozukluğu grubunda %87, kontrol grubunda ise %91 olarak bulundu. Buna göre, majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu arasında uyku etkinliği açısından olan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.033$), majör depresif bozukluk ile kontrol grubu ($p = 0.001$) ve uyum bozukluğu ile kontrol grubu ($p = 0.008$) arasında uyku etkinliği açısından anlamlı fark vardır (Tablo-3). Majör depresif bozukluktaki uyku etkinliği uyum bozukluğuna göre daha düşüktür. Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğunun her ikisinde uyku etkinliği bozulmuştur.

PUKİ'de uyku düzensizliği nedeniyle ilaç alımını saptayan alt ölçeğe bakıldığında majör depresif bozukluğu olan kişiler ($p < 0.01$) ve uyum bozukluğu olan kişilerin ($p < 0.01$) kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılık gösterdikleri, majör depresif bozukluğu olan ve uyum bozukluğu olan kişiler arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır (Tablo-3). Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğuna sahip kişiler kontrol grubuna göre uyku düzenini sağlamak için daha çok ilaca başvurumaktadırlar.

Gündüz işlevsellik durumunu değerlendiren PUKİ alt ölçek puanları incelendiğinde majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu arasındaki farkın ($p < 0.05$), majör depresif bozukluk ile kontrol grubu arasındaki farkın ($p < 0.05$), ve uyum bozukluğu ile kontrol grubu arasındaki farkın her üçünün de anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.002$) (Tablo-3). Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğuna sahip kişilerin uyku problemleri nedeniyle gün içi işlevsellik durumları olumsuz yönde etkilenmiştir, bu etkilenme majör depresif bozukluğu olan kişilerde daha fazladır.

Grupların toplam BDÖ puanlarına bakıldığında majör depresif bozukluk için BDÖ puanı median değeri 32, uyum bozukluğu için 19, kontrol grubu için 7 olarak saptanmıştır. Katılımcılarda depresyon şiddetini ölçen BDÖ puanlarına kategorik olarak bakıldığında ise 23 kişinin 0-9 (depresyon yok), 17 kişinin 10-16 (hafif depresyon), 32 kişinin 17-29 (orta depresyon), 23 kişinin 30-63 (şiddetli depresyon) puan aralığında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Grupların PUKİ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MDB (n: 31)		UB (n: 33)		K (n: 31)		P
	Ortanca	25-75	Ortanca	25-75	Ortanca	25-75	
SUK	2	1-2	1	1-2	1	1-2	0.002
UL	30	20-40	20	12.5-35	12	10-17	<0.001
US	6	5-7	7	6-8	8	7-8	<0.001
UE	75	62-86	87	73-91	91	87-95	<0.001
UYB	1	1-1	1	1-1	1	1-1	0.19
İA	0	0-2	0	0-1	0	0	0.001
Gİ	2	1-2	2	1-3	1	0-2	0.007
	ortalama	±SD	ortalama	±SD	ortalama	±SD	
TP	10.1	3.37	8.5	2.39	4.4	1.68	0.007

Tablo 4.3. Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda PUKİ alt ölçek p değerleri

	SUK	UL	US	UE	İA	Gİ	TP
MDB-K	0.001 *	0.001 *	0.001 *	0.001 *	0.01 *	0.002 *	<0.05 *
UB-K	0.20	0.004 *	0.45	0.008 *	0.01 *	<0.05 *	<0.05 *
MDB-UB	0.24	0.15	0.01 *	0.03 *	>0.05	<0.05 *	0.10

P <0.05, * = Anlamlı

BDÖ puanlarına göre PUKİ alt birimleri incelendiğinde depresyonu olmayan kişilerde uyku latansı median değeri 10, hafif depresyonu olan kişilerde uyku latansı median değeri 17, orta depresyonu olan kişilerde uyku latansının median değeri 20, şiddetli depresyonu olan kişilerde uyku latansının median değeri 35 olarak saptandı. İstatistiksel açıdan bu 4 grup arasında sadece depresyonu olmayan kişilerle orta ve şiddetli depresyonu olan kişiler arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.003$, $p < 0.001$). BDÖ puanlarına göre depresyon orta ve şiddetli ise uyku latansı uzamıştır.

Uyku süresine bakıldığında BDÖ'ye göre 0-9 puan (depresyon yok) aralığında olan kişilerde uyku süresinin median değeri 8 saat, 10-16 puan (hafif depresyon) aralığında olan katılımcıların uyku süresinin median değeri 7 saat, 17-29 puan (orta depresyon) aralığındaki katılımcıların uyku süresinin median değeri 6.5 saat, 30-63 puan (şiddetli depresyon) aralığındaki katılımcıların uyku süresinin median değeri 6 saat olarak saptandı ve sadece BDÖ'ye göre depresyonu olmayan ile şiddetli depresyonu olan kişiler arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

BDÖ puanlarına göre uyku etkinliği açısından 4 gruba bakıldığında BDÖ puanı 0-9 aralığında olan katılımcıların uyku etkinliğinin median değeri %90, 10-16 puan aralığında olanların uyku etkinliğinin median değeri %90, 17-29 puan aralığında olanların uyku etkinliğinin median değeri %86.5, 30-63 puan aralığında olanların uyku etkinliğinin median değeri %75 olarak saptanmıştır. Buradaki kategorilerin karşılaştırılmasında uyku etkinliği açısından sadece depresyonu olmayan ve hafif depresyonu olan kişilerle şiddetli depresyonu olan kişilerin uyku etkinlikleri arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$), Şiddetli depresyonu olan kişilerde uyku etkinliği sağlıklı kişilere göre daha düşüktür, hafif – orta depresyonu olanlarla sağlıklı kişiler arasında uyku etkinliği açısından fark yoktur.

BDÖ puanlarına göre 4 gruba ayrılan katılımcıların toplam PUKİ puanlarına baktığımızda 0-9 puan aralığında olanların toplam PUKİ puanlarının ortalama değeri 4.17 ± 1.72 , 10-16 puan aralığında olanların 7.11 ± 3.12 , 17-29 puan aralığında olanların 8.34 ± 2.29 , 30-63 puan aralığında olanların ise 10.82 ± 3.28 olarak saptandı. Bu 4 grubun PUKİ puanları ayrı ayrı incelendiğinde sadece orta ve şiddetli

depresyonu olanların PUKİ puan farklılıklarının anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.003$, $p < 0.001$). Buradan yola çıkılarak orta ve şiddetli depresyonu olan kişilerin sağlıklı kişilere göre uyku kalitesinin bozuk olduğu, hafif depresyonu olan kişilerin ise uyku kalitesindeki bozulmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı düşünülebilir (Tablo-4).

BDÖ puanları ve toplam PUKİ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında korelasyon katsayısının 0.667 olduğu, BDÖ puanları ile toplam PUKİ puanları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). BDÖ puanları arttıkça PUKİ puanları da artmakta olup, depresif belirtilerin şiddeti arttıkça uyku kalitesi bozulmaktadır.

Tablo 4.4. BDÖ puanlarına göre 4 alt kategoriye ayrılan katılımcıların uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği ve toplam PUKİ puanlarının karşılaştırılması

BDÖ	Depresyon yok		hafif		orta		şiddetli		p
	ortanca	25-75	ortanca	25-75	ortanca	25-75	ortanca	25-75	
UL	10	10-17	17	10-27.5	20	15-33.7	35	20-40	<0.001
US	8	7-8	7	6-8	6.5	6-7.7	6	5-7	<0.001
UE	90	87-95	90	84-95	86.5	71-90	75	61-85	<0.001
	ortalama	±SD	ortalama	±SD	ortalama	±SD	ortalama	±SD	
TP	4.1	1.7	7.1	3.1	8.3	2.2	10.8	3.2	<0.001

Katılımcıların genel işlevselliklerini ölçen global değerlendirme ölçeği puanı median değeri majör depresif bozukluk için 65 puan, uyum bozukluğu için 75 puan, kontrol grubu için ise 88 puan olarak bulunmuştur. Her 3 grup global değerlendirme ölçeği puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu GDÖ puanları açısından karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.001$), majör depresif bozukluk ($p < 0.001$) ve uyum bozukluğu ($p < 0.001$) grupları GDÖ puanları açısından ayrı ayrı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşıldı. Majör depresif bozuklukta uyum bozukluğuna göre GDÖ puanları daha düşüktür, her 2 rahatsızlık grubunun da sağlıklı kişilere göre GDÖ puanı daha düşüktür. Majör depresif bozuklukta işlevsellik uyum bozukluğuna göre daha çok bozulmakla beraber uyum bozukluğunda da kontrol grubuna göre işlevsellik daha düşüktür (Tablo-5).

Her 3 grupta Hamilton Depresyon Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında majör depresif bozukluk tanısı alan kişilerin olduğu grupta Hamilton depresyon ölçeği puanının median değeri 13 puan, uyum bozukluğu grubunda 5 puan, kontrol grubunda ise 3 puan olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak bu 3 grubun Hamilton depresyon ölçeği toplam puanları arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Tanı gruplarının ikili karşılaştırılmasında majör depresif bozukluk ile uyum bozukluğu arasındaki toplam Hamilton depresyon ölçeği puanları açısından olan farkın anlamlı olduğu ($p < 0.001$), majör depresif bozukluk ($p < 0.001$) ve uyum bozukluğu ($p = 0.02$) grubunun kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her ikisinin kontrol grubuyla arasındaki toplam Hamilton depresyon ölçeği puanları arasında olan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Tablo 4.5. Grupların PUKİ, BDÖ, GDÖ, HDÖ puanlarının karşılaştırılması

	MDB (n:31)		UB (n:33)		K (n:31)		p
	Ortanca	25-75	Ortanca	25-75	Ortanca	25-75	
BDÖ	32	30-35	19	16-21	7	4.5-10.5	<0.05
GDÖ	65	62-71	75	71-80	88	83-90	<0.001
HDÖ	13	9-17	5	4-8	3	1-5	<0.001
	Ortalama	±SD	Ortalama	±SD	Ortalama	±SD	
PUKİ	10.1	3.37	8.5	2.39	4.4	1.68	0.007

HDÖ’de yer alan somatik belirtilerle alakalı soruların (11, 12 ve 13. Sorular) puanları göz önünde bulundurulduğunda majör depresif bozukluğu olan hastalara bu açıdan uygulanan analiz sonucunda (Spearman) korelasyon katsayısı 0.09 olarak saptanmış olup somatik belirtilerin toplam PUKİ puanına olan etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.63$).

Uyum bozukluğu tanısı alan grup uyum bozukluğu alttiplerine göre 6 gruba ayrılmış olup hepsinin uyku kalitesi incelenmiştir. Bu grupta depresif duygudurumla giden alt grupta 20 kişi, anksiyete belirtileriyle giden alt grupta 9 kişi, depresif duygudurum ve anksiyete belirtileriyle giden alt grupta 3 kişi, davranım bozukluğuyla giden alt grupta 1 kişi vardır, duygu ve davranım bozukluğu ile giden alt grup ve tanımlanmamış alt grupta hiç katılımcı bulunmamaktadır. Çalışmada depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun diğer alt türlerle uyku kalitesi açısından karşılaştırması yapılmıştır. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ile diğer alt gruptaki uyum bozuklukları arasında sadece uyku süresi ($p = 0.006$) ve

uyku etkinliğinde ($p = 0.015$) anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup toplam PUKİ puanında bu iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p = 0.07$) (Tablo-6). Sonuç olarak depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu alt türünde uyku süresi diğer alt türlerden daha kısadır, uyku etkinliği daha azdır, toplam uyku kalitesi açısından depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ile diğer uyum bozukluğu alt türleri arasında fark yoktur.

Tablo 4.6. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğunun diğer uyum bozukluğu alttürleri ile PUKİ ve alt ölçekleri açısından karşılaştırılması

	Depresif duygudurumla giden UB (n: 20)		Diğer alt türlere dahil olan UB (n: 13)		p
	Ortanca	25-75	Ortanca	25-75	
SUK	1	1-2	2	1-2	0.2
UL	20	11.2-35	20	15-30	0.7
US	7.5	6.5-8	6	6-6	0.006
UE	90	86-93.5	75	71-85	0.015
UYB	1	1-1	1	1-1	0.09
İA	0	0-0.5	0	0-0.1	0.48
	Ortalama	±SD	Ortalama	±SD	
Gİ	2.45	1.73	2	1.63	0.46
TP	7.95	2.64	9.46	1.66	0.07

5. TARTIŞMA

Sağlıklı bir uyku, kişilerin yaşam kalitesini ve duygu durumlarını yakından etkileyen bir gereklilik olmakla birlikte uyku kalitesinde bozulma birçok psikiyatrik bozukluk ile de yakından ilişkilidir ve uykuyla ilgili belirtilerin tedavisi eşlik eden psikiyatrik bozukluğun belirtilerindeki düzelme ile koreledir (38,74).

Çalışmamızda da majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğunun her ikisinde de uyku kalitesinin sağlıklı kişilere göre bozulduğu saptandı. Majör depresif bozukluğu olan hastaların ise neredeyse %80'inde uykuyla ilgili yakınmalar vardır, kötü uyku kalitesinin majör depresif bozukluk ile yakın ilişkisine değinen çok sayıda araştırma mevcuttur (99,100,101) ve bu hastalar klinik değerlendirmede çoğunlukla uykusuz kaldıklarından, yeterince iyi uyuyamadıklarından söz ederler (55,56,97). İşlevsiz uyku ve depresif semptomların birbirlerini yakından etkilediklerine, aralarında çift yönlü ilişki olduğuna yönelik kanıtların gün geçtikçe arttığına dair yayınlar mevcuttur (85,143). Uyku düzeninin bozulmasının depresif belirtilere olan yatkınlığı arttırdığına dair çok sayıda araştırma yapılmıştır (159).

Saat (clock) genler üzerindeki tek nükleotid polimorfizminin melatonin üzerinden sirkadyen ritmi bozduğu ve uykuyla ilişkili belirtiler yanında depresif belirtilere de yol açtığı yönünde yeni yayınlar vardır (158). Bir başka longitudinal çalışmada ise sirkadyen ritm bozukluğuna bağlı uyku düzensizliklerinin depresif semptomların şiddetini arttırdığı bulunmuş (86).

Uyum bozukluğunda uykuyla ilgili çalışma sayısı kısıtlı olsa da stresin uyku üzerine etkilerine dair literatürde pek çok çalışma vardır. Uyum bozukluğu ile benzer olarak yine stresle tetiklenen ve DSM-5'de örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar grubunda yer alan bir başka rahatsızlık olan akut stres bozukluğunda sağlıklı kişilere göre daha fazla uykuyla ilişkili şikayetlerin bildirildiğine, hayvanlarda da stresin REM uykusunu değiştirdiğine, yavaş dalga uyku amplitudunu azalttığına dair bulguların olduğu çalışmalar mevcuttur (91,92, 123,124).

Stresin uyku üzerine olan etkileri stresin niteliğiyle değişmektedir. Akut stresin uyku üzerine olan etkisi 1-3 gün içerisinde başlamakta olup, tetikleyici

faktörün ya da bu etkilenmenin kişide kronisite göstermemesi protein sentezini etkilememektedir. Tetikleyici faktörlere tekrarlayan maruziyet anksiyete bozukluğu ya da majör depresif bozukluk gelişimine neden olmaktadır (157).

Travmaya ve strese maruz kalmış bireylerde klinik PTSTB kriterlerini karşılamasalar da ciddi uyku bozuklukları geliştiğinin saptanmış olduğu yayınlar vardır(127, 128). Bir başka çalışmada ise stresle tetiklenen sempatik aktivasyonun PAI-1 düzeyini arttırdığına, bu akut faz reaktanının sirkadyen ritmi etkileyerek uyku düzenini bozduğuna ve bu kişilerdeki depresif semptomların yüksek PAI-1 seviyeleri ile ilişkili olduğuna değinilmiş olduğu gözlemlendi (155). Kişilerde stresli yaşam olaylarından sonra gelişen uykusuzluk, uykuya dalma güçlüğü gibi belirtilerin kronikleşmesi, depresif belirtiler ve nihayetinde majör depresif bozukluk gelişimi açısından risk teşkil etmektedir (153).

Uykuya dalma güçlüğü, toplam REM süresinde azalma, uyku latansında uzama, uykuda bölünmeler, erken kalkma gibi belirtilerin majör depresif bozukluk için karakteristik olduğunu iddia eden çalışmalar mevcuttur (117, 118). Araştırmamızda bu bulgularla örtüşen, majör depresif bozukluğu olan hastalarda uyku latansında uzama, sık bu kişilerde uykunun sık bölünmesine bağlı olarak uyku etkinliğinde azalma, gündüz işlevsellik durumlarında olumsuz yönde etkilenme saptandı.

Araştırmamızda majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan kişiler uyku latansı açısından kıyaslanacak olursa majör depresif bozukluk grubunda uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu (MDB: 30 dk, UB: 20 dk.) bulgusuna ulaşıldı, fakat bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Her iki grubun da uykuya dalma sürelerinin sağlıklı kişilere göre daha uzun olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Sonuçta her iki bozuklukta uykuya dalma süreleri sağlıklı kişilere göre uzamış fakat iki bozukluk arasında uykuya dalma süresi açısından anlamlı farkın olmadığı saptandı.

Her ne kadar literatürde uykuyla ilgili değişkenlerden özellikle uykusuzluğun ve uzun dönemli uyku düzensizliğinin somatik belirtileri arttırabileceğine (114,115,124,125), yine bu kişiler arasında majör depresif bozukluk tanısının yaygın

olduğu yönünde çalışmalar mevcut olsa da (111,112,113,116), çalışmamızda somatik yakınmaları ön planda olan majör depresif bozukluk hastalarında uyku kalitesinin daha kötü olduğuna dair bir sonuca ulaşılmadı.

Bu araştırmada majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan hastaların toplam uyku sürelerinin sağlıklı kişilere göre daha az olduğu fakat bu iki bozukluk arasında bu açıdan fark olmadığı saptandı. Literatürde majör depresif bozuklukta ve travmaya maruz kalmış kişilerde toplam uyku süresinin azaldığına dair bulgular olmakla birlikte bu 2 bozukluğu bu açıdan karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır (67, 117,118,157).

Çalışmamızda majör depresif bozuklukta depresif semptomların hafif (BDÖ'ye göre) seyrettiği durumlarda uyku kalitesinin bozulmadığı, depresif belirtilerin şiddeti arttıkça uyku kalitesindeki bozulmanın ortaya çıktığı saptandı. Uykuyla ilgili semptomların fazla olması ile çökkün duygudurumun inatçı nitelikte olmasıyla yakın ilişkili olduğunu öne süren iddiaların yanında (151), uyku kalitesindeki bozulmanın, majör depresif bozuklukta tedaviye kötü cevap ve suisid düşüncelerinin fazla olmasıyla da ilişkili olduğuna değinen yayınlar vardır (62,63,64).

Bizim çalışmamızda uyku kalitesindeki bozulmanın depresif belirtilerin şiddetinin artmasıyla (BDÖ puanı) paralel olduğu bulgusu elde edildi. Uykuyla ilişkili belirtilerin depresif semptomların şiddetiyle büyük oranda ilişkili olduğu, depresif belirtilerin yinelemesi ve kötü gidişle birlikte seyrettiği yönünde güçlü kanıtlar mevcut olup kişide ne kadar depresif depresif semptom varsa uyku kalitesinin o kadar kötü olduğu ve depresif semptom şiddetiyle uyku kalitesinin öngörülebileceğini iddia eden çalışmalar mevcuttur (61,84).

Çok sayıda çalışmada toplam uyku süresindeki azalmanın şiddetli seviyedeki depresyonla ilişkili olduğu saptanmış (107). Çalışmamızda sadece BDÖ'ye göre şiddetli depresif semptomları olan kişilerde uyku süresindeki azalmanın anlamlı olduğu bulgusu bu çalışmanın sonucuyla uyumludur.

Bu araştırmada, subjektif uyku kalitesinin sadece majör depresif bozukluk grubunda sağlıklı kişilere göre daha kötü olduğunun saptanması, majör depresif

bozuklukta kişilerin olumsuz düşünmeye daha yatkın olmalarının bir sonucu olabilir. Bu bulgu, sübjektif uyku kalitesiyle depresif semptomlar arasında güçlü bağlantı olduğuna değinen daha önce yapılmış çalışmaların bulgularıyla da örtüşmektedir (151,152). Önceki çalışmalarda da major depresif bozukluğu olan kişilerin neredeyse %90'ının sübjektif uyku kalitesinin düşük olduğuna değinilmiştir (154).

Literatürde uykuyla ilgili değişkenlerin objektif ve/veya sübjektif ölçüm metotlarıyla ölçülmesine göre sonuçların değişebildiğine dair yayınlar mevcuttur (102,103,104, 105,106). Örneğin, bir çalışmada hastalar uykuyla ilişkili sübjektif şikayet belirtmezken objektif ölçüm parametrelerinde uykuyla alakalı sıkıntılarının olduğu saptanmış (110).

Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu olan kişilerin daha fazla uykuyla ilgili ilaç alımına başvurmalarının nedeni daha fazla uykuyla ilgili sıkıntı çekmelerinin sonucu olabilir, nitekim bu iki grubun uyku kalitesi sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur, çalışmamızda ortaya çıkan bu iki bulgu birbirini destekler niteliktedir.

Major depresif bozuklukta semptomların çoğuna PUKİ alt ölçeklerinde sorgulandığına ve majör depresif bozuklukta bu alt ölçeklerle ilgili belirtilerin çoğunun görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (88).

Major depresif bozukluk ile uykusuzluk, uyku süresinin azlığı ve gün içi uykulu olma hali gibi durumlarla ilişkili olduğuna dair yayınların yanında toplam uyku süresinin değişkenlik göstermesinin de gelecek iki yıl içerisinde gelişecek majör depresif bozukluğu öngördüğüne dair yayınlar da vardır (66,67).

Çalışmamızda majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu hastalarında gündüz işlevsellik durumlarının kontrol grubuna göre daha kötü olduğu saptandı, literatürde bu konuya değinen ve çalışmamızdaki bulguları destekler nitelikte olan çok sayıda yayın mevcuttur (146,147,148). Uyku düzensizliklerinin de gün içi fonksiyonellik düzeyinde bozulmalara neden olduğu yönünde de birçok çalışma mevcuttur (48,43), çalışmamızda kullandığımız PUKİ ölçeğinde de gündüz işlevsellik puanı uyku kalitesini yansıtan toplam PUKİ puanını etkilemektedir. Çalışmamızda majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan kişilerde

PUKİ ölçeğinde yer alan gündüz fonksiyonlarını ölçen sorunun puanlarının da yüksek saptanması bu bulgularla uyumludur. Bizim çalışmamızda gün içi faaliyet ve işlevsellik düzeyini yansıtan GDÖ ölçeğine göre genel işlevsellik düzeyine bakıldığında majör depresif bozukluğu olan kişilerin işlevsellikleri uyum bozukluğu olan kişilerden daha düşük saptandı, bu durum da daha önce yapılan çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir (81). Sonuç olarak, majör depresif bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi ve uykuyla ilgili semptomların tedaviyle düzelterek, ertesi gün oluşacak uyku kalitesindeki bozulmayla ilgili işlevsellik azalmasının önüne geçebilir (76).

Araştırmamızda majör depresif bozukluk grubunda uyku latansında uzama, toplam uyku süresinde azalma saptandı. Bu konudaki benzer bir başka çalışmada ise major depresif bozukluğu olanlarda toplam uyku süresinin azaldığı, uyku latansının uzadığı, toplam uyku kalitesinin azaldığı fakat uyku etkinliğinde anlamlı bir farkın olmadığı saptanmış olmakla birlikte bu değişkenler aynı çalışmada objektif ölçümler kullanıldığında uyku süresi, uyku etkinliği ve uyku latansında majör depresif bozukluğu olan ve olmayanlar arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmış (95). Bizim çalışmamızda sözü edilen çalışmadan farklı olarak majör depresif bozukluğu olan kişilerde uyku etkinliğinde azalma saptandı.

Bu çalışmada majör depresyonu olan ve uyum bozukluğu olan katılımcılardan her iki grupta da uyku etkinliğinde sağlıklı kişilere göre azalma saptandı. Majör depresyonda uyku etkinliğinde azalma olduğuna dair yayınlar olup (149,150), bu kişilerde gün içi kişiye özel egzersiz programlarının uyku etkinliğini arttırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur (70, 87).

Nöronal ve endokrinolojik süreçlerin, örneğin kortizol, melatonin, büyüme hormonu, BDNF, alfa-amilaz gibi, uyku kalitesi ve depresif semptomlar üzerine etkili olabileceği düşünülürse (43,69) bizim çalışmamızın bu nitelikleri kapsamaması kısıtlılıklardan biriydi.

Bir diğer husus da, majör depresif bozukluğu ve uyum bozukluğu olan kişilerde uyku kalitesi sosyal ve çevresel faktörlerden de etkilenebilir (108,109), biz her ne kadar çalışmamıza bu faktörlerden uyku kalitesini kesin olarak

etkileyebileceği düşünölenlere maruz kalanları dahil etmesek de, bu faktörlerin hepsini (örn. mevsim, ışık durumu,..) kontrol etmek mümkün değildi.

Ek olarak sirkadyen ritm anormallikleri majör depresif bozuklukta bildirilmiş (119,120,121), uykunun da bu ritmin komponentlerinden biri olduğu düşünölrse bu komponentlerin hepsini kapsayan çalışmaların önemi açıktır.

Objektif uyku ölçüm parametreleri (polisomnografik yöntemler, EEG, EMG,..) uykuyla ilgili daha objektif sonuçlar elde etmeye imkan verebilir. Bizim çalışmamızda uyku kalitesi ve depresyon semptomlarının şiddeti katılımcıların kendi bildirimlerine dayanmaktaydı. Bu durum katılımcıların vereceği cevapları etkilemiş ve sonuçlarda sapmaya neden olmuş olabilir.

Örneklem boyutunun görece olarak büyük olmaması uyku ve uyum bozukluğu, majör depresif bozukluk arası ilişkiyi belirleme gücünü azaltmış olabilir. Daha sonraki çalışmalar daha büyük örneklem grubuyla gerçekleştirilebilir.

Çalışmamızdaki bir başka kısıtlılık da, uyum bozukluğu tanısı alan grupta stresli yaşam olayından itibaren geçen zamanın ruhsal belirtilerle ilişkisi, zamanın bu belirtilere olan etkisi ve tetikleyici faktörün niteliği göz ardı edildi, sonraki çalışmalarda bu durum göz önünde bulundurulursa daha net sonuçlar elde edilebilir.

Gelecekte uykuyla ilgili değişkenlerin daha çok elektronik enstrumantasyona dayanan objektif ölçümlerini içeren longitudinal çalışmalarla, duygudurum değişiklikleri, majör depresif bozukluk, uyum bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla uyku arasındaki ilişki açıklığa kavuşturulabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Major depresif bozukluk tanısı alan kişilerde uyku kalitesi sağlıklı kontrol grubuna göre bozulmuştur.

2. Uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda uyku kalitesi sağlıklı kontrol grubuna göre bozulmuştur.

3. Majör depresif bozukluk ve uyum bozukluğu tanısı alan hastaların uykuya dalma süreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

4. Somatik yakınmaların fazla olduğu majör depresif bozukluk tanısı alan kişilerde bu yakınmalarla uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

5. Major depresif bozukluğu olan kişilerin toplam uyku süresi uyum bozukluğu olan kişilerden daha fazla kısalmıştır.

6. Hafif şiddette seyreden depresif belirtileri olan kişilerde uyku kalitesindeki bozulma anlamlı değildir.

7. Depresif duygudurumla giden uyum bozukluğunda uyku kalitesi diğer uyum bozukluğu alttürleri ile anlamlı düzeyde farklı değildir.

Sonuç olarak bu konuda daha büyük örneklem grubuyla, objektif ölçüm metotları (özellikle polisomnografi, biyolojik parametreler,..) kullanılarak yapılacak çalışmaların bu bozukluklarla uyku arasındaki ilişkiyi aydınlatmada bize daha fazla yardımcı olacağı aşikardır.

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Editors: Bozkurt A, Gündoğar D (Çev. Ed.) Türkçe. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016; p. 347 - 386
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev. ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
3. Köroğlu E, Depresyon Bozuklukları, Klinik Psikiyatri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2015; p. 171 - 211
4. Öztürk MO., Uluşahin NA, Uyku Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2015; p. 476 - 484
5. Işık E, Işık U, Işık Taner Y, Depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri, Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar, Rotatıp Kitabevi, 2013; p. 21 - 35
6. Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 7-13
7. Gölceğiz Gül I; Karlıdağ R. Dünden Bugüne Depresyon. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı. 2012; 5(2): 1-6
8. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock VA, Editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005. P. 1559-25
9. Doğan O. Bölüm 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas Esform Ofset; 2011: 267-283

10. Kılıç C(1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı
11. Gil T. Krizden Uyum Bozukluğu'na: Bir Kavramın Tıbbileştirilmesi mi? Türk Psikiyatri Dergisi 2013; 24(1): 58 - 62
12. Pollock D, Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: Adjustment disorder among medical inpatients. Soc Sci Med, 1992; 35: 25 - 35
13. Jones R, Yates WR, Williams S ve ark. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. J Affect Dis. 1999; 55: 55 - 61
14. Ayuso – Mateos JL, Vazquez – Barquero JL, Dowrick C et al The ODIN group: Depressive Disorders in Europe: Prevalance figures from the ODIN study. Brit J Psychiat 179: 308 – 16.
15. Strain JJ, Newcorn J, Wolf D et al. Considering changes in adjustment disorder. HOSP. Comm Psychiat 44: 5 – 13.
16. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. Am J Psychiat. 1995; 152: 459 - 61
17. Despland JN, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. Comp Psychiat 1995; 36: 60 - 454
18. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. Brit J Psychiat 2001; 179: 81 - 479
19. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorder as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medikal sample. Psychopathology 2007;40: 46 - 135

20. Linden M. Posttraumatic embittermentdisordre. *Psychoter Psychosom*, 2003; 72: 195 - 202
21. De figueiredo JM. Depression and demoralization: Phenomenological differences and research perspectives, *Comp Psychiat* 1993; 34: 11 - 308
22. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*. 1999; 40: 9 - 325
23. Battegay R. Psychoanalytic aspects of crisis intervention. 1995; *Zeitchrift fur Psychosomatic Medicine und Psychoanalysis*. 1995; 41: 1 - 16
24. Horowitz MJ. Stress response syndromes. 3. Baski, Northvale, Aronson, 1997.
25. Valenzuela FJ, Vera J, Venegas C, Munos S et al. Evidences of polimorfism associated with circadian system and risc of pathologies: a review of the literatüre, *International Journal of Endocrinology*, 2016.
26. S.M.W. Rajaratnam, M.E. Howard, and R. R. Grundstein, "Sleep loss and circadian disruption in shift work: health burden and management". *The Medical Journal of Australia*, vol. 199, no.8, pp. S11 - S15, 2013.
27. D. Nettle and M. Bateson, "The evalutionary origins of mood and its disorders", *Current Biology*, vol. 22, no.17, pp. R717 - R721, 2012.
28. I. Campos Costa, H. Nagueire Carualho, and L. Fernandes, "Aging, circadian rythms and depressive disorders: a review", *American Journal of Neurodegenerative Disease*, vol. 2, no. 4, pp. 228 – 246, 2013
29. C. A. Mc Clung, "Circadian rythms and mood regulation: insights from pre-

- clinical models'', European Neuropsychopharmacology, vol.21, supplement 4, pp. S683 – S693, 2011
30. Palhares VC, Corrente JE, Matsubara BB. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Rev Saude Publica*; 2014; 48(4): 597 – 601
31. World Health Organization. Fact Sheet No. 369: Depression. 2015
32. Cho HJ, Lauretsky H, Olmstead R, Levin MJ, Oxman MN, Irvin MR, Sleep disturbance and depression recurrence in community – dwelling older adults: A prospective study. *Am J Psychiat*. 2008 ; 165: 1543 – 1550
33. Pandi – Perumal SR, Moscovitch A, Srinivasan V, Spence DW, Cardinali DP, Brown GM. Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: Lessons from agomelatine. *Prag Neurobiol*. 2009; 88: 264 – 71
34. Sbarra DA, Allen JB. Decomposing depression: On the perspective and reciprocal Dynamics of mood and sleep disturbances. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118: 171 – 182
37. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderhalzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: A metaanalytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*. 2011; 135: 10 – 19
38. Stahl SM, Çev. Ed. Alkın T, Stahl'ın temel psikofarmakolojisi, sinirbilimsel temeli ve pratik uygulaması, İstanbul Tıp Kitabevi, 4. Baskı, 2015; p. 370 - 387
39. Yetkin S, Aydın H. Bir semptom ve bir hastalık olarak uykusuzluk. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2014; 1: 1 - 8
40. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS ve ark. (2005) Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions *Arch Gen Psychiatry*, 62: 1097 – 1106

41. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas: 15 – 20
42. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiat Res.* 1989; 28: 193 – 213
43. Rahimi A, Ahmadpanah M, Shamsaei F et al. Effect of adjuvant sleep hygiene psychoeducation and lorazepam on depression and sleep quality in patients with major depressive disorders: results from a randomized three-arm intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2016; 12: 1507 - 1515
44. Bayon U, Leger D, Gomez – Merino D, Vecchierini MF, Chennaoui M. Sleep debt and obesity. *Ann Med.* 2014; 46(5): 264 – 272
45. Brand S, Kirov R, Kalak N, et al. Poor sleep is related to lower emotional competence among adolescents. *Behav Sleep Med.* 2015: 1 – 13
46. Genzel L, Ahrberg K, Roselli C, et al. Sleep timing is more important than sleep length or quality for medical school performance. *Chronobiol Int* 2013; 30(6): 766 – 771
47. Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L, Sleeploss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev.* 2006; 10(5): 323 – 337
48. Hunter P. Sophisticated sleep improves our brains: our advanced cognitive and social skills might derive from the evolution of improved sleep quality; today, sleep therapy could help with mental health issues and learning, *EMBO Rep.* 2016; 17(3): 296 – 299
49. Franzen PL, Buysse DJ, Dahl RE, Thompson W, Siegle GJ. Sleep deprivation alters pupillary reactivity to emotional stimuli in healthy young adults. *Biol Psychol.* 2009; 80(3): 300 – 305
50. Buysse DJ, Chang Y, Germain A, et al. Night to night sleep variability in older adults with and without chronic insomnia. *Sleep Med.* 2010; 11(1): 56 – 64

51. Srinivasan V, Pandi-Perumal SR, Trakht I, et al. Pathophysiology of depression: role of sleep and the melatonergic system. *Psychiatry Res.* 2009; 165(3): 201 – 214
52. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008; 10(3): 329 – 336
53. Hatzinger M, Hemminger LM, Brand S, Ising M, Holsboer - Trachsler E. Electroencephalographic sleep profiles in treatment course and long-term outcome of major depression: association with DEX/CRH-test response. *J Psychiatr Res.* 2004; 38(5): 453 – 465
54. Menza M, Marin H, Opper RS. Residual symptoms in depression; can treatment be symptom specific? *J. Clin Psychiatry* 2003; 64(5): 516 – 523
55. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of insomnia, depression and anxiety. *Sleep.* 2005; 28(11): 1457 – 1464
56. Van Mill JG, Hoogendijk WJ, Vogelzangs N, Van Dyck R, Penninx BW. Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *J. Clin Psychiatry.* 2010; 71(3): 239 – 246
57. Lovato N, Gradisar M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Med Rev.* 2014; 18(6): 521 – 529
58. Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder; therapeutic implications. *Am J Psychiatry.* 2008; 165(7): 830 – 843
59. Breslaw N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol. Psychiatry.* 1996; 39(6): 411 – 418
60. Krakow B, Ribeiro JP, Ulibarri VA, Krakow J, Joiner TE Jr. Sleep disturbances and suicidal ideation in sleep medical center patients. *J Affect Disord.* 2011; 131(1-3): 422 – 427

61. Rumble ME, White KH, Benca RM. Sleep disturbances in mood disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2015; 38(4): 743 – 759
62. Buysse DJ, Tu XM, Cherry CR, et al. Pretreatment REM sleep and subjective sleep quality distinguish depressed psychotherapy remitters and nonremitters. *Biol. Psychiatry.* 1999; 45(2): 205 – 213
63. Bjorngaard JH, Bjekeset O, Romundstad P, Gumell D. Sleeping problems and suicide in 75.000 Norwegian adults: a 20 year follow-up of the HUNT 1 study. *Sleep.* 2011; 34(9): 1155 – 1159
64. Gengwisch JE, Babiss LA, Malaspina D, Turner JB, Zammit GK, Posner K. Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *Sleep.* 2010; 33(1): 97 – 106
65. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mack J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4: 561 – 571
66. Fava M. Daytime sleepiness and insomnia as a correlates of depression. *J. Clin Psychiatry.* 2004; 65(suppl 16): 27 – 32
67. Harvey AG. Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep onset insomnias and good sleepers. *Br J Clin Psychol.* 2000; 39(3): 275 – 286
68. Harvey AG. Sleep hygiene and sleep-onset insomnia. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188(1): 53 – 55
69. Steiger A, Dresler M, Kluge M, Schüssler P. Pathology of sleep, hormones and depression. *Pharmacopsychiatry.* 2013; 46(1): 30 – 35
70. Brand S, Kalak N, Gerber M, Kirov R, Pühse U, Holsboer – Trachsler E. High self-perceived exercise exertion before bedtime to associated with greater objectively assessed sleep efficiency. *Sleep Med.* 2014; 15(9): 1031 – 1036
71. Hori H, Koga N, Hidese S, et al. 24-h activity rhythm and sleep in depressed outpatients. *J Psychiatr Res.* 2016; 77: 27 – 34

72. Steiger A, Kimura M. Wake and sleep EEG provide biomarkers in depression. *J Psychiatr Res.* 2010; 44(4): 242 – 252
73. Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Combining mindfulness meditation with cognitive behaviour therapy for insomnia: a treatment development study. *Behav. Ther.* 2008; 39(2): 171 – 182
74. Marin LM, Vallieres A, Guay B, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia; a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009; 30(19): 2005 – 2015
75. Aki A, Tomotake M. Change of levels of depression and quality of life after short-term cognitive behavioral educational programme for adolescent students in health class. *J Med Invest.* 2015; 62(3-4): 204 – 208
76. Fava M, Asnis GM, Shrivastava RK, et al. Improved insomnia symptoms and sleep-related next day functioning in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia following concomitant zolpidem extended-release 12.5 mg and escitalopram treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2011; 72(7): 914 – 928
77. Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *N Hisli, Psikoloj Dergisi*, 1988
78. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi* 1989; 7-3-13
79. *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*, HYB, 2012. Edit: Aydemir Ö, Köroğlu E, 6. Baskı
80. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 107 – 111
81. Semiha Tufan Temiz, Gülcan Güleç, Cem Kaptanoğlu, Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğunun Klinik Açından Major Depresif Bozukluk ile Karşılaştırılması, Yıl: 2012, Cilt: 49 Sayı: 1, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*

82. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neuropsychiatry* 1960; 23: 56 – 62
83. Asena Akdemir, Sibel Dönbak Örsel, İhsan Dağ, M. Hakan TÜRKÇAPAR, Nalan İşcan, Haluk Özbay, Hamilton depresyonu değerlendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı
84. Seidel S, DAI-Bianco P, Pablik E, et al. Depressive symptoms are the main predictor for subjective sleep quality in patients with mild cognitive impairment – a controlled study. *Plos One*, 2015
85. Ju YE, Mclelland JS, Toedebusch CD, Xiong C, Fagan AM, Dunttay SP et al. (2013) Sleep quality and preclinical Alzheimer disease. *JAMA Neurol* 70: 587 – 593
86. Smagula SF, Ancoli-Israel S, Blackwell T, Boudreau R, Stefanick ML, Paudel ML et al. (2014) Circadian Rest-Activity Rhythms Predict Future Increases in Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Men. *Am J Geriatr Psychiatry*
87. Patrin O, Lorrain D, Forget H, Dube M, Grenier S, Preville M et al. (2012) Sleep quality and 1 year incident cognitive impairment in community dwelling older adults. *Sleep* 35: 491 – 499
88. Mc Kinnon A, Terpening Z, Hickie IB, Batchelor J, Grunstein R, Lewis SJ et al. (2014) Prevalance and predictors of poor sleep quality in mild cognitiv eimpairment. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 27: 204 – 211
89. Zheng C, Zhang T (2015). Synaptic plasticity-relatedneural oscillations on hippocampus-prefrontal cortex pathway in depression. *Neuroscience*.
90. Ng TH, Chung KF, Ng TK, Lee CT, Chan MS. Correlates and prognostic relevance of sleep irregularity in inter-episode bipolar disorder, *Compr Psychiatry*. 2016.
91. Grossman ES, Hoffman YS, Shrira A. Trauma related context increases slepp disturbances in people with acute stress disorder symptoms, John Wiley & Sons, 2016.

92. Hegde P, Singh K, Chaplot S, Shankaranarayana Rao BS, Chattarji S, Kutty BM, Laxmi TR. Stress-induced changes in sleep and associated neuronal activity in rat hippocampus and amygdala.
93. M. A. Menza and R. C. Rosen, ‘‘Sleep in Parkinson’s disease. The role of depression and anxiety’’ *Psychosomatics*, vol. 36, no. 3, pp. 262 – 266, 1995
94. Fan JY, Chang BL, Wu YR. Relationships among depression, anxiety, sleep and quality of life in patients with Parkinson disease in Taiwan, Hindawi Publishing Corporation, 2016
95. Orta OR, Barbosa C, Velez JC et al. Associations of self-reported and objectively measured sleep disturbances with depression among primary caregivers of children with disabilities, *Nature and science of sleep*, 2016:8
96. Montero RF, Martinez PL, Gomez RR, Baltra RA, Castillo GR. Sleep disorders in the adult population of Santiago of Chile and its association with common psychiatric disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 32(9): 664 – 670
97. Strangez S, Tigbe W, Gomez - Olive FX, Thorogood M, Kandala NB. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO – SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep*. 2012, 35(8): 1173 – 1181
98. Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams MA. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 237.
99. Tsuna N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(10): 1254 – 1269
100. Zhai L, Zhang H, Zhang D. Sleep duration and depression among young adults: a meta-analysis of prospective studies. *Depress Anxiety*. 2015; 32(9): 664 – 670
101. Maglione JE, Ancoli Israel S, Peters KW, et al; Study of osteoporotic research group. Subjective and objective sleep disturbance and longitudinal risk of depression in a cohort of older women. *Sleep*. 2014; 37(7): 1179 – 1187

102. Argyropoulos SV, Hicks JA, Nash JR, et al. Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatry Res.* 2003; 57(3): 259 – 264
103. Rotenberg VS, Indursky P, Kayimov L, Sirota P, Melamed Y. The relationship between subjective sleep estimation and objective sleep variables in depressed patients. *Int J Psychophysiol.* 2000; 37(3): 291 – 297
104. Lauderdale DS, Knutson KL, Yan LL, Liu K, Rathouz PJ. Self-reported and measured sleep duration: how similar are they? *Epidemiology.* 2008; 19(6): 838 – 845
105. Baker FC, Maloney S, Driver HS. A comparison of subjective estimates of sleep with objective polysomnographic data in healthy men and women. *J Psychosom Res.* 1999; 47(4): 335 – 341
106. Tsuchiyama K, Nagayama H, Kudo K, Kojima K, Yamada K. Discrepancy between subjective and objective sleep in patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003; 57(3): 259 – 264
107. Argyriou AA, Karanasios P, Assimakapoulos K, et al. Assessing the quality of sleep in Greek primary caregivers of patients with secondary progressive multiple sclerosis: a cross-sectional study. *J Pain Symptom Manage.* 2011; 42(4): 541 – 547
108. Billings AG, Cronkite RC, Moos RH. Social environmental factors in unipolar depression; comparisons of depressed patients and non-depressed controls. *J Abnorm Psychol.* 1983; 92(2): 119 – 133
109. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1984; 41(1): 72 – 80
110. Vitello MV, Larsen LH, Moe KE. Age-related sleep change: gender and estrogen effects on the subjective, objective sleep quality relationships of

- healthy, non-complaining older men and women. *J Psychosom Res.* 2004; 56(5): 503 – 510
111. Rodrigues-de-souza DP, Fernandez-de-las oenas C, Martin-vallejo FJ et al. Differences in pain perception, health related quality of life, disability, mood and sleep between Brazilian and Spanish people with chronic nonspecific low back pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2015: 3(3)
112. van de Water AT, Eadie J, Hurley DA. Investigation of sleep disturbance in chronic low back pain; an age and gender matched case control study over a 7 night period.
113. O' Donoghue GM, Fox N, Heneghan C, Hurley DA. Objective and subjective assesment of sleep in chronic low back pain patients compared with healthy age and gender matched controls: a pilot study. *BMC Musculoscelet Disord.* 2009; 10(1): 122
114. Smith MT, Haythornthwaite JA. How do sleep disturbance and chronic pain interrelate? Insights from the longitudinal and cognitive behavioural clinical trials literature. *Sleep Med Rev.* 2004; 8(2): 119 – 132
115. Richter K, AcKer J, Adam S, Niclewski G. Prevention of fatigue and insomnia in shift workers – a review of non-pharmacological measures. *The EPMA Journal*, 2016; 7: 16
116. Sullivan MJ, Reesor K, Mikail S, Fisher R. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. *Pain.* 1992; 50(1): 5 – 13
117. Adrien J, Neurobiological bases fort he relation between sleep and depression. *Sleep Med Rev.* 2002; 6: 341 – 351
118. Benca R, Kryger M, Roth T, Dement W, Principles and practice of sleep medicine. *Mood Disorders.* Saunders: Philadelphia, 2000; pp. 1140 – 1158
119. Bunny WE, Bunney WG, Moluculer clock genes in man and lower animals, possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacology*, 2000; 22: 335 – 345

120. Avery DH, Shah SH, Eder DN, Wildschiodtz G. Nocturnal sweating and temperature in depression. *Acta Psychiatry Scand.* 1999; 100: 295 – 301
121. Sautre E, Salvati E, Belugou SL, Pringuey D, Candito M, Krebs B et al. Circadian rhythms in depression and recovery: evidence for blunted amplitude as the main chronobiological abnormality. *Psychiatry Res.* 1989; 28: 263 – 278
122. Popa D, Yacoubi ME, Vaugeois JM, Hamon M, Adrien J. Homeostatic regulation of sleep in a genetic model of depression in the Mouse: effects of muscarinic and 5HT1A receptor activation, *Neuropsychopharmacology*, 2006; 31: 1637 - 1646
123. El Yaroubi M, Bouali S, Popa D, Naudon L, leroux – Nicollet I, Hamon M et al, Behavioral, neurochemical and electrophysiological characterization of a genetic mouse model of depression. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2003; 100: 6227 – 6232
124. Robinson RL, Grabner M, Rao Palli S, Faries D, Stephenson JJ. Covariates of depression and high utilizers on healthcare: impact on research use and costs. *Journal of psychosomatic res.* 2016: 35 - 43
125. Clark AJ, Jorgensen TS, Bonke J et al. Sleep impairment is a threat to good health, *Ugeskr Laeger*, 2016; 9: 178 (19)
126. Işık E. Duygudurum Bozukluklarının etiyolojisi. *Depresyon ve Bipolar bozukluklar.* Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
127. Zayfert C, De Diva JC. Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *J. Trauma stress* (2004) 17(1): 69 – 73
128. Gabuski TE, Mnson C, Bruce SE, Resick PA. Does cognitive behavioral thearapy fot PTSD improve perceived health and sleep impairment? *J Trauma Stress*, 2009; 22(3): 197 – 204
129. Newton TL, Fernandez – Botran R. Promoting health by improving subjective sleep quality? Reduction in ndepressive symptoms and inflamation as potential mechanisms and implications for trauma – exposed persons. *Frontiers in Psychiatry*, 2016; 27(4): article 76

130. Beutel ME, Jünger C, Klein EM et al. Noise annoyance is associated with depression and anxiety in the general population: The contribution of aircraft noise. *Plos One* 2016; 19(5): 1 - 10
131. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA*. 2013; 310(4): 416 – 423
132. Kim – Cohen J, Turkewitz R. Resilience and measured gene – environment interactions. *Dev Psychopathol*. 2012; 24(4): 1297 – 1306
133. Ertuğrul A, Rezaki M. Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyat, Dergisi* 2001; 15: 300 – 308
134. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 22(1): 93 - 98
135. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. W.B. Saunders Company, Philadelphia 2000; 1 – 168
136. Siegel JM. Do all animals sleep? *Neurosci* 2008; 31: 208 – 213
137. Mc Cormick DA. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamo-cortical activity. *Prag Neurobiol* 1992; 39: 337 – 388
138. Guyton AC. Textbook of Medical Physiology (11th ed). Beyin etkinlik durumları, uyku, beyin dalgaları, epilepsi, psikozlar. Merck yayıncılık, İstanbul 2001; 689 – 691
139. Chaudhary BA, Blanchard AR. Sleep mechanics. In: Calton NA, Philips BA(Eds). *Sleep Medicine* 2002; pp 1 – 11
140. Karacan İ, Özmen E. Uyku: Etkileyen ilaçlar, nörokimyasal temel uyku bozukluklarının sınıflandırılması, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1990; 1(1): 18 - 25
141. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-1/CV). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997

142. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 33 – 6
143. Avis KT, Shen J, Weaver P, Schwebel DC. Psychosocial characteristics of children with central disorders of hipersomnolence versus matched healthy children, *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015; vol. 11, no. 11.
144. Reimer MA, Flemmons WW. Quality of life in sleep disorders. *Sleep Med Rev* 2003; 7: 335 – 49
145. Jennum P, Ibsen R, Petersen ER, Knudsen S, Kjeilberg J. Health, social and economic consequences of narcolepsy: a controlled national study evaluating the societal effect on patients and their partners. *Sleep Med*. 2012; 13: 93 – 1086
146. Jansen NWH, van Amelsvoort LGPM, Kristensen TS, van den Brandt PA, Kant II. Work schedules and fatigue: a prospective cohort study. *Occup Environ Med*. 2003; 60: 47 – 53.
147. Fernandes – Junior SA, Ruiz FS, Antonietti LS, Tufik S, Mello MT. Sleep, fatigue and quality of life: a comparative analysis among night shift workers with and without children. *Plos One*, 2016.
148. Folkard S, Tucker P. Shift work, safety and productivity. *Occup Med*. 2003; 53: 95 – 101
149. Murray CB, Murphy LK, Palermo TM, Clarke GM. Pain and sleep-wakedisturbances in adolescents with depressive disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012; 41(4): 482 – 90.
150. Iorfino F, Hickie IB, Lee RSC et al. The underlying neurobiology of key functional domains in young people with mood and anxiety disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 156

151. Huang V, Peck K, Mallya S, Lupien SJ, Fiocco AJ. Subjective sleep quality as a possible mediator in the relationship between personality traits and depressive symptoms in middle-aged adults, *Plos One*, 2016.
152. Nyer M, Farabaugh AF, Fehling K, Soskin D et al. Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety and functioning in college students. *Depress anxiety*. 2013; 30: 80 – 837.
153. Ellis JG, Perlis ML, Bastien CH et al. The natural history of insomnia: Acute insomnia and first-onset depression, *SLEEP*, 2014; vol. 37, no. 1
154. Sarberg M, Bladh M, Svanborg E, Josefsson A. Postpartum depressive symptoms and its association to daytime sleepiness and restless legs during pregnancy, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016; 16: 137
155. Elomaa AP, Koivumaa-Honkanen H, Niskanen L et al. Self-reported sleep disturbance is associated with elevated levels of PAI-1 in individuals with a recorded history of depressive symptoms, *Neuropsychopharmacol Biol psychiatry*, 2013; 47: 46 – 51.
156. Chauvette S, Seigneur J, Timofeev I et al. Sleep oscillations in the thalamocortical system induce long-term neuronal plasticity. *Neuron* 75, 2012; 1105 – 1113
157. Gronli J, Soule J, Bramham JR. Sleep and protein synthesis dependent synaptic plasticity: impacts of sleep loss and stress, *Behavioral Neuroscience*, 2014; vol.7 art.224
158. Hua P, Liu W, Chen D. et al. Cryl and Tef gene polymorphisms are associated with major depressive disorder in the Chinese population, *Journal of affective disorders*, 2014; vol. 157: pp. 100 – 103
159. Guerre PC, Oliveira NF, Len CA et al. Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units, *Jornal of school of nursing*, 2016; 50(2). 277 – 283

160. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 1978; 45: 742 – 7
161. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli T. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygudurumu Bozukluğu Versiyonunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. Psychiatry in Türkiye. 2006; Vol. 8, no.1
162. Aydemir Ö. Major depresif bozuklukta tedavi hedefleri ve tedavinin izlenmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011; 21: S.1 – 9.
163. Kılınç S, Torun F. Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Gazetesi, 2011; 1: 39 – 47.

