

Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Distres, Depresyon ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi

The Relationship Between Perceived Social Support Level and Distress, Depression and Sleep Quality in Pregnant Women

Hacer ALAN DİKMEN^a

^aSelçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Konya, TÜRKİYE

ÖZET Amaç: Bu çalışma, gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyinin gebelerin distres, depresyon ve uyku kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı türde olan çalışmanın verileri 1 Temmuz 2019-15 Ağustos 2019 tarihlerinde kişisel bilgilerin yer aldığı kişisel bilgi formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile 259 gebeden toplandı. İstatistiksel verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte Spearman korelasyon analizi, Linear ve çok değişkenli regresyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,92±5,75, gebelik haftası ortalaması 32,75±5,91 idi. Çalışmamızda, gebelerin ÇBASDÖ ile PUKİ-uyku bozukluğu (p=0,018) ve TGDÖ-olumsuz duygulanım alt boyutu arasında anlamlı, zayıf, negatif yönlü (p=0,016), ÇBASDÖ ile TGDÖ-eş katılımı alt boyutu ve BDE arasında negatif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,001). **Sonuç:** Çalışmada, gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yükseldikçe uyku kalitesinin de yükseldiği, TGDÖ-olumsuz duygulanım, TGDÖ-eş katılımı ve depresyon düzeylerinin düştüğü saptandı. Kadın sağlığı hemşireleri ve ebeler doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini, uyku kalitelerini, distres ve depresyon düzeylerini mutlaka değerlendirmeli ve risk altında olan gebeleri erken tanı ve tedavileri konusunda bilgilendirmelidir.

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between perceived social support level of pregnant women with distress, depression and sleep quality. **Material and Methods:** Data of the descriptive study were collected from 259 pregnant women via a personal information form including personal information, Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS), Beck's Depression Inventory (BDI), Multidimensionally Perceived Social Support Scale (MDPSSS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), between July 1st-August 15th, 2019. In the analysis of the statistical data, descriptive statistics, Spearman's correlation analysis, Linear and multivariate regression analysis were used. **Results:** The mean age of the pregnant women was 27.92±5.75 and the mean gestational week was 32.75±5.91. There was a significant, weak and negative correlation between the pregnant women's MDPSSS and PSQI-sleep disorder (p=0.018) and the TPDS-negative affection lower dimension (p=0.016) and a negative, moderate and statistically significant correlation between the MDPSSS and the TPDS-partner participation lower dimension and the BDI (p<0.001). There was a significant and positive correlation between the PSQI and the TPDS (p=0.005) and the BDI (p<0.001). There was a significant and positive correlation between the TPDS-partner participation lower dimension and the BDI (p<0.001). **Conclusion:** It was determined that as perceived social support levels of the pregnant women increased, sleep quality increased; whereas the TPDS-negative affection, TPDS-partner participation and depression levels decreased. As the pregnant women's sleep quality worsened, their distress and depression levels increased. Women's health nurses and midwives should certainly evaluate perceived social support levels, sleep quality, distress and depression levels of pregnant women and inform those under risk concerning early diagnosis and treatments, within the scope of prenatal care services.

Anahtar Kelimeler: Depresyon; distres; gebelik; hemşire; sosyal destek; uyku

Keywords: Depression; distress; pregnancy; nurse; social support; sleep

Gebelik, kadının yaşamında özel bir süreçtir.^{1,2} Kadının bu süreçle baş edebilmesi ve uyum sağlayabilmesi için sosyal destek sistemlerinin iyi ve yeterli

olması gerekir.³ Sosyal destek sistemleri, kişinin sevdiği ve değer verdiği sosyal ağlardan elde edilen zihinsel ve maddi destek olarak tanımlanır.⁴ Sosyal

Correspondence: Hacer ALAN DİKMEN
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Konya, TÜRKİYE/TURKEY
E-mail: alanhacer@selcuk.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 1 Oct 2019

Received in revised form: 18 Apr 2020

Accepted: 24 Apr 2020

Available online: 17 Dec 2020

2536-4391 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

destek sistemleri, bireyin psikososyal sağlığı, iyi oluşuğu, yaşadığı stresli duruma uyum sağlaması ve bu durumla baş edebilmesi için önemli bir role sahiptir ve son yıllarda önemli bir araştırma alanı olmuştur.^{2,3,5} Çalışmalar, sosyal destek sistemlerinin varlığının psikososyal distresi azalttığını, kortizol seviyesini düşürdüğünü, bireyin yaşam kalitesini yükselttiğini gösterirken, sosyal destek sistemlerinin yetersizliğinin veya olmamasının sağlığı olumsuz etkilediğini belirtmektedir.^{4,6-9}

Gebelik döneminde algılanan sosyal destek, kadının gebeliğe uyumunu artırırken, stres düzeyini düşürmektedir.^{10,11} Çalışmalarda, sosyal destek eksikliği, gebelik ve doğum sonu depresyon ile ilişkili bulunmuştur.^{3,12,13} Gebelikte stresin ve depresyonun, anne ve fetal sağlık üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yüksek stres düzeyi, preterm eylem riskini artıran faktörlerden biridir.¹⁴ Gebelikte görülen depresyon nöroendokrin değişikliklere sebep olarak (norepinefrin ve kortizol düzeyinin yükselmesi gibi) uterusu giden kan akımını azaltmaktadır. Bu durum hem gebede hem de fetüs üzerinde ciddi obstetrik komplikasyonlara neden olmaktadır.^{10,15-17} Bu komplikasyonlar; fetüste büyüme-gelişme geriliği, annede bulantı-kusma, ağrı, dispne, taşikardi, kanama, preterm eylem riski, intihar düşünceleri, yorgunluk, libido kaybı, iştah ve uykuda azalma veya artma olarak kendini gösterir.^{11,15,16,18,19}

Gebelik döneminde yaşanan depresyon, uyku bozukluklarına sebep olurken, yine gebelikteki uyku problemleri de gebenin depresyon riskini yükseltmektedir.²⁰ Gebelik sırasında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal semptomlarla uyku arasında yakın bir ilişki vardır.^{21,22} Literatürde depresyon yaşayan gebelerin farklı tiplerde uyku sorunları yaşadığı bildirilmektedir.^{19,23,24}

Kadınların, gebelik döneminde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. Çalışmalar, sosyal desteğin gebenin ruhsal durumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu ortaya koyarken, ruhsal bozukluklarla uyku problemlerinin de bir arada değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.^{3,10,12,21,22,24} Literatürde, gebelikte anksiyete, depresyon ve uyku problemlerini araştıran çalışmalar mevcuttur. Ancak sosyal destek, depresyon, distres ve

uyku kalitesini bir arada değerlendiren bir çalışmaya literatür taramasında rastlanmamıştır.¹⁹⁻²⁴ Hemşireler ve ebeler gebenin sosyal destek sistemlerini geliştirmede ve gebede var olan ruhsal problemlerle uyku sorunlarını belirlemede en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Bu çalışmada, gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyinin distres, depresyon ve uyku kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMA SORULARI

- Gebelikte algılanan sosyal destek düzeyi ile gebelerin distres düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
- Gebelikte algılanan sosyal destek düzeyi ile gebelerin depresyon düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
- Gebelikte algılanan sosyal destek düzeyi ile gebelikteki uyku kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Veri Toplama Yöntemi

Çalışma, Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Polikliniğinde yapıldı. Veriler, 1 Temmuz 2019-15 Ağustos 2019 tarihleri arasında toplandı. Gebeler, veri toplama formlarını 30-40 dk'lık sürede doldurdu. Çalışma verileri, hastanede özel bir odada mahremiyet içerisinde toplandı. Verilerin toplandığı odanın ılık, aydınlık ve araştırmacı dışında diğer gebe ve sağlık personelinin girişine izin verilmeyecek şekilde olması planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler:

- Gebelerin yaş, öğrenim durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri,
- Gebelerin obstetrik özellikleri,
- Gebelerin algıladığı sosyal destek ölçek puanı.

Bağımlı Değişkenler:

- Gebelerin distres ölçek puanı,
- Gebelerin depresyon ölçek puanı,
- Gebelerin uyku kalitesi ölçek puanı.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Benzer çalışmalarda, etki büyüklüğü hesaplanmadığı için çalışmamızda örneklem büyüklüğü, G*Power programı ile 0,20 (medium) etki büyüklüğü, istatistiksel güç %85 ve α hata olasılık seviyesi 0,05 olacak şekilde 238 gebe olarak hesaplandı.^{2,25,26} Çalışmada, veri kayıpları da göze alınarak, 238 gebenin %10 daha fazlasının (261 gebe) örnekleme alınmasına karar verildi. Çalışma tamamlandıktan sonra veri kontrollerinde 2 gebenin veri toplama formunu eksik doldurduğu saptanmıştır. Bu nedenle istatistiksel analizlere 259 gebe dâhil edilmiştir.

KATILIMCILAR

Çalışmaya alınma ölçütleri

- En az okuryazar olan,
- 18-49 yaşları arasında olan,
- 2. veya 3. trimesterde olan,
- Tek fetüsü olan,
- Preterm eylem tanısı olmayan,
- İletişim kurulabilenler (mental yetersizliği bulunmamak, görme/işitme engeli bulunmamak).

Çalışma dışı bırakılma ölçütleri

- İnfertilite tedavisi ile gebe kalmış olan,
- Kronik hastalığı olan,
- Gebeliği tehdit eden hipertansiyon, diyabet, izlem ve tedavi gerektiren akut komplikasyonları olan.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler; kişisel bilgilerin yer aldığı kişisel bilgi formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile toplandı.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Araştırmacı tarafından literatür incelemeleri sonucu hazırlanan kişisel bilgi formu; gebelerin sosyodemografik özelliklerini (9 soru) ve gebeliğe ilişkin bilgilerini (7 soru) değerlendiren toplam 16 sorudan oluştu.^{27,28}

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

ÇBASDÖ'yü Zimet ve ark. geliştirmiştir.²⁹ Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Eker ve ark. yaptı.³⁰ Ölçek, 7'li Likert tipte, her biri 1-7 puan arasında puanlanan 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan her biri 4 maddeden oluşan aile (3, 4, 8, ve 11. maddeler), arkadaş (6, 7, 9, ve 12. maddeler) ve özel bir insan (flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire gibi) (1, 2, 5, ve 10. maddeler) olmak üzere 3 alt grubu bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28, toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.³⁰ ÇBASDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,80-0,95 olarak saptanmıştır, bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.³⁰

TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Pop ve ark. tarafından geliştirilen ölçek 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, "olumsuz duygulanım" ve "eş katılımı" olmak üzere 2 alt boyutu vardır.³¹ Olumsuz duygulanım alt boyutu 11, eş katılımı 5 maddeden oluşmaktadır. Olumsuz duygulanım alt boyutundan alınabilecek puanlar 0-33, eş katılımı alt boyutundan alınabilecek puanlar 0-15'tir. Olumsuz duygulanım alt boyutu anne adaylarının gebeliğe, bebek sağlığına ve doğuma yönelik endişe ve korkularını ölçerken, eş katılımı alt boyutu eşle birlikte gebelikten keyif alma durumunu, gebelik sürecinde eş desteğini ve eş uyumunu ölçmektedir.^{25,31} TGDÖ, 4'lü Likert tiptedir (çok sık=0 puan, oldukça sık=1 puan, ara sıra=2 puan, nadiren veya hiç=3 puan). Ölçeğin toplam puanı 0-48 arasında değişmektedir. TGDÖ, 12 hafta ve üzeri gebeliği olanlara uygulanmaktadır. Ölçeğin toplamı için >17 (olumsuz duygulanım >12, eş katılımı >7) kesme noktasıdır. Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (depresyon, anksiyete, stres) açısından risk altında olan gebelerin tanınmasını sağlamaktadır.³¹ Çapık ve Pasinlioğlu tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,83 olarak bulunmuştur, bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,83'tür.²⁵

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Depresyon riskini ölçmek üzere geliştirilen BDE, 4'lü Likert tipte, her biri 0-3 puan arasında puanlanan 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan 0-63'tür.³² Ölçeğin kesme puanı 17'dir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,86'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak hesaplanmıştır.³³ Bu çalışma için BDE Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir,

PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

PUKİ, Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş, Ağar-gün ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.^{34,35} PUKİ, son bir aylık dönemdeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğu hakkında bilgi sağlar. Toplam 24 sorudan oluşan ölçeğin 19 sorusu puanlanmaktadır. PUKİ, 7 alt boyut içerir (öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu). Öznel uyku kalitesi alt boyutu bireyin son 1 haftaki uyku kalitesini nasıl değerlendirdiğini ölçerken (çok iyi-oldukça iyi-oldukça kötü-çok kötü), uyku latensi alt boyutu bireyin uykuya dalışının ne kadar zaman aldığını (dk olarak), uyku süresi alt boyutu bireyin son 1 aylık geceleri toplam uyku süresini ölçmektedir. Alışılmış uyku etkinliği alt boyutu bireyin toplam uyku süresinin yatakta geçirilen süreye oranıdır. Yüzde olarak ifade edilmektedir. Uyku bozukluğu alt boyutu bireyin uyku bölünmelerini, uyku sırasında rahat nefes alıp alamadığını, kötü rüyalar görme ve horlama durumu gibi özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Uyku ilacı kullanımı alt boyutu isminden de anlaşılacağı gibi bireyin uyumasına yardımcı olması için uyku ilacı alıp almadığını, gündüz işlev bozukluğu alt boyutu ise günlük işler sırasında (yemek yerken, araba sürerken gibi) uyuklama durumu ile günlük işlevleri ne kadar istekli yaptığını sorgulamaktadır.^{34,35} Her bir alt boyut 0-3 puan, toplam ölçek toplam puanı 0-21'dir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80'dir.³⁵ Bu çalışmada, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırma öncesinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurul (Tarih; 2019/Karar No; 476) ve araştırmanın yapıldığı Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinden (Tarih: 8.4.2019/Karar no.: 94723667-806.01.03) izin alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada, tanımlayıcı istatistiklerle (yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en yüksek değer) birlikte Spearman korelasyon analizi, Linear ve çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Gebelerin yaş ortalaması 27,92±5,75 gebelik haftası ortalaması 32,75±5,91'idi (Tablo 1, Tablo 2). Gebelerin %92,3'ü şuan ki gebeliğinin istemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Gebelerin ÇBASDÖ puan ortalaması 65,32±18,24, PUKİ puan ortalaması 7,04±5,27, TGDÖ puan ortalaması 22,27±9,06 ve BDE puan ortalaması 8,16±8,50'idi (Tablo 3).

Çalışmamızda, gebelerin toplam ÇBASDÖ ile PUKİ-uyku bozukluğu (p=0,018) ve TGDÖ-olumsuz duyulanım alt boyutu arasında anlamlı, zayıf, negatif yönlü (p=0,016), toplam ÇBASDÖ ile TGDÖ-eş katılımı alt boyutu ve BDE arasında negatif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (p<0,001). Toplam ÇBASDÖ ile toplam PUKİ ve toplam TGDÖ arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 4).

ÇBASDÖ-aile alt boyutu ile PUKİ-alışılmış uyku etkinliği ve PUKİ-uyku ilacı kullanımı alt boyutları arasında anlamlı, pozitif, zayıf (p=0,028), ÇBASDÖ-aile alt boyutu ile TGDÖ-eş katılımı alt boyutu ve BDE arasında anlamlı, negatif, orta düzeyde ilişki saptandı (p<0,001). ÇBASDÖ-arkadaş alt boyutu ile PUKİ-öznel uyku kalitesi (p=0,028) ve PUKİ-uyku bozukluğu alt boyutları arasında anlamlı,

TABLO 1: Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=259).

	Ortalama±SS	Ortanca (minimum-maksimum)
Yaş	27,92±5,75	28 (18-43)
Eşin yaşı	31,45±6,34	30 (18-52)
Evlilik süresi	6,38±5,18	5 (1-23)
	Sayı (yüzde)	
Öğrenim durumu		
İlköğretim	134 (51,7)	
Lise ve üzeri	125 (48,3)	
Eşin öğrenim durumu		
İlköğretim	133 (51,4)	
Lise ve üzeri	126 (48,6)	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	71 (27,4)	
Çalışmıyor	188 (72,6)	
Aile tipi		
Çekirdek aile	201 (77,6)	
Geniş aile	58 (22,4)	
Gelir durumu algısı		
İyi	87 (33,6)	
Orta	162 (62,5)	
Kötü	10 (3,9)	
En uzun süre yaşanan yer		
Köy/ilçe	53 (20,5)	
İli	206 (79,5)	

SS: Standart sapma.

TABLO 2: Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=259).

	Ortalama±SS	Ortanca (minimum-maksimum)
Gebelik haftası	32,75±5,91	34 (16-40)
Gebelik sayısı	2,41±1,55	2 (1-11)
Yaşayan çocuk sayısı	1,16±1,16	1 (0-6)
	Sayı (yüzde)	
Abortus/küretaj öyküsü		
Evet	58 (22,4)	
Hayır	201 (77,6)	
Gebeliği isteme durumu		
Evet	239 (92,3)	
Hayır	20 (7,7)	
Gebeliğin planlanması		
Evet	219 (84,6)	
Hayır	40 (15,4)	
Gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşama		
Evet	132 (51)	
Hayır	127 (49)	

SS: Standart sapma.

TABLO 3: ÇBASDÖ, PUKİ, TGDÖ ve BDE puan ortalamaları ve ortancaları.

	Ortalama±SS	Ortanca	Minimum-Maksimum
ÇBASDÖ	65,32±18,24	72	12-84
Aile	24,11±5,54	26	4-28
Arkadaş	20,48±7,83	24	4-28
Özel bir insan	20,72±7,99	24	4-28
PUKİ	7,04±5,27	6	0-21
Öznel uyku kalitesi	1,29±0,78	1	0-3
Uyku latensi (gecikmesi)	2,19±1,93	2	0-6
Uyku süresi		0	0-3
Alışılmış uyku etkinliği	0,58±0,89	0	0-3
Uyku bozukluğu	0,44±0,88	1	0-21
Uyku ilacı kullanımı		0	0-3
Gündüz işlev bozukluğu	1,63±2,83	1	0-3
	0,12±0,44		
	0,76±0,83		
TGDÖ	22,27±9,06	24	0-44
Olumsuz duygulanım	13,84±7,46	14	0-31
Eş katılımı	4,47±3,23	4	0-15
BDE	8,16±8,50	6	(0-45)

SS: Standart Sapma; ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği; PUKİ: Pittsburgh uyku kalitesi indeksi; TGDÖ: Tilburg gebelikte distres ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri.

negatif, zayıf ilişki saptandı ($p=0,042$). ÇBASDÖ-arkadaş alt boyutu ile TGDÖ-olumsuz duygulanım alt boyutu arasında anlamlı, negatif, zayıf ($p=0,001$), TGDÖ-eş katılımı alt boyutu ve BDE arasında anlamlı, negatif, orta düzeyde ilişki saptandı ($p<0,001$). ÇBASDÖ-özel bir insan alt boyutu ile PUKİ-uyku bozukluğu alt boyutu arasında anlamlı, negatif, zayıf ($p=0,017$), TGDÖ-eş katılımı alt boyutu ve BDE arasında anlamlı, negatif, orta düzeyde ilişki saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4).

Korelasyon analizinde birbiri ile ilişkili bulunan 2 değişken arasında yapılan Linear regresyon analizi sonucuna göre PUKİ-özel uyku kalitesi puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ-arkadaş alt boyutu ($p=0,004$), PUKİ-alışılmış uyku etkinliği puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ-aile alt boyutu ($p=0,030$) ve PUKİ-uyku ilacı kullanımı puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ-aile alt boyutu ($p=0,002$) etkilemekteydi. Korelasyon analizinde birbiri ile ilişkili bulunan 2'den fazla değişken arasında yapılan çok değişkenli regresyon analizi sonucuna göre TGDÖ-olumsuz duygulanım puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ-ar-

TABLO 4: ÇBASDÖ, PUKİ, TGDÖ ve BDE puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=259).

	Öznel uyku kalitesi	Uyku latensi	Uyku süresi	Uyku etkiniği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	TGDÖ	Olumsuz duygulanım	Eş katılımı	BDE
ÇBASDÖ	r	-0,113	-0,009	0,104	-0,147	-0,018	-0,028	0,009	-0,149	-0,342	-0,381
	p	0,0543	0,864	0,095	0,018	0,769	0,648	0,879	0,016	<0,001	<0,001
Aile	r	-0,016	-0,055	0,036	-0,078	-0,137	0,056	-0,066	-0,099	-0,425	-0,241
	p	0,796	0,379	0,562	0,212	0,028	0,372	0,293	0,111	<0,001	<0,001
Arkadaş	r	-0,080	-0,055	-0,014	-0,127	0,010	-0,089	0,064	-0,198	-0,290	-0,326
	p	0,201	0,379	0,825	0,042	0,873	0,152	0,305	0,001	<0,001	<0,001
Özel bir insan	r	-0,006	-0,021	0,000	-0,148	-0,025	0,044	-0,061	-0,032	-0,264	-0,358
	p	0,929	0,740	0,994	0,017	0,684	0,483	0,324	0,613	<0,001	<0,001

Spearman korelasyon analizi.

SS: Standart sapma; ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği; PUKİ: Pittsburg uyku kalitesi indeksi; TGDÖ: Tübingen gebelikte distres ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri.

kadaş alt boyutu ($p=0,007$), TGDÖ-eş katılımı puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ-aile alt boyutu ($p<0,001$) ve BDE puanını anlamlı düzeyde ÇBASDÖ toplam puanı ($p<0,001$) etkilemekteydi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyi ile distres, depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmamızda, gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksektir (ÇBASDÖ puan ortalaması=65,32±18,24). Ülkemizde, gebelerin algıladığı sosyal desteği inceleyen benzer çalışmalarda da ÇBASDÖ puan ortalaması 61,68±20,05 ve 66,70±15,54 olarak saptandı.^{36,37} Ülkemizde, neslin devamını sağlamadaki öneminden dolayı gebelik istendik ve önemsenen bir durumdur. Bu dönemde gebe kadın, ailesi ve eşi tarafından daha fazla desteklenir.³⁶ Bu nedenle Türk toplumunda gebelik döneminde, kadınların algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, gebelerin kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptandı (PUKİ puan ortalaması 7,04±5,27). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar sonucumuzu desteklemektedir.^{27,37-40} Gebelikte uyku problemleri ciddi bir sorundur. Uyku problemleri ile baş etmek, anne ve fetal sağlığın yükseltilmesi için önemlidir.⁴¹ Kadın sağlığı hemşireleri ve ebeler doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelerin uyku kalitelerini mutlaka değerlendirmelidir.

Çalışmamızda, gebelerin distres açısından risk altında olduğu saptandı (TGDÖ puan ortalaması=22,27±9,06). Bacacı ve Ejder Apay (20,02±6,28) ile Çapık ve ark. (18,86±7,37) da çalışmalarında gebelerin distres açısından risk altında olduğunu belirtmiştir. Gebelik kadının fiziksel, sosyal ve ruhsal dengesinin değiştiği, kendisi ve doğacak bebeği için endişelendiği stresli bir yaşam dönemidir.⁴²⁻⁴⁴ Gebelikte gelişen distres hem anne hem de fetal sağlık için pek çok obstetrik komplikasyon riski taşır (intrauterin büyüme gelişme geriliği, preterm eylem, müdahaleli doğum gibi).^{45,46} Bu nedenle kadın sağlığı hemşirelerinin ve ebelerin, gebe izlemlerinde anne adaylarının distres açısından risk altında olup olmadıklarını değerlendirmeleri önemlidir.

Çalışmamızda, gebelerin BDE puan ortalaması (8,16±8,50) kesme puanının (17 puan) altındadır;

ancak %15'i klinik olarak depresyon tanısına uyaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelerde depresyon insidansı %14-27 arasında değişirken, dünyada yapılan benzer çalışmalarda oranlar %8-30 arasında değişmektedir.⁴⁷⁻⁵³ Gebelik döneminde depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarının artmasına, gebelerin daha az doğum öncesi bakım almasına ve postpartum depresyona neden olarak anne ve bebek sağlığının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.^{14,54} Doğum öncesi izlemlerde hemşire ve ebeler gebeleri depresyon varlığı açısından da izlemeli ve depresif anne adaylarını erken dönemde saptayarak psikiyatri uzmanına yönlendirmelidir.

Çalışmamızda, gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yükseldikçe uyku bozukluğu azalmakta ve uyku ilacı kullanımı düşmekte, uyku kalitesi daha iyi olmakta ve alışılmış uyku etkinliği yükselmekteydi (Tablo 4). ÇBASDÖ-arkadaş alt boyutu PUKİ-özel uyku kalitesi puanını, ÇBASDÖ-aile alt boyutu PUKİ-alışılmış uyku etkinliği puanını ve ÇBASDÖ-aile alt boyutu PUKİ-uyku ilacı kullanımı puanını anlamlı düzeyde etkilemekteydi (Tablo 5). Bu sonuçlara göre gebelerin algıladığı sosyal destek ile uyku kalitesi arasında ilişki vardır diyebiliriz. Literatürde gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyi ile uyku kalitesini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle çalışmamızın hemşirelik alanına yeni bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hemşireler tarafından daha geniş örneklem grubu ile gebelerin algıladığı sosyal desteğin uyku kalitesine etkisinin araştırılması önerilebilir.

Çalışmamızda, gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyi düştükçe gebelerin TGDÖ-olumsuz duygulanım ve TGDÖ-eş katılımı puanları anlamlı olarak yükselmekteydi (Tablo 4). ÇBASDÖ-arkadaş alt boyutu TGDÖ-olumsuz duygulanım puanını, ÇBASDÖ-aile alt boyutu TGDÖ-eş katılımı puanını anlamlı düzeyde etkilemekteydi (Tablo 5). Literatür, gebelerin sosyal destek düzeyi yükseldikçe annelik rolüne adaptasyonun olumlu etkilendiğini, çalışmamıza benzer olarak stres ve kaygı düzeylerinin düştüğünü göstermektedir.^{2,3,14,55} Gebelik sırasında algılanan sosyal destek, gebe kadının olumlu ruh hali geliştirmesi ve depresyondan korunması için çok önemlidir.^{5,56} Kadınların gebelik dönemindeki sosyal destek sistemlerinin varlığı anne-bebek sağlığının ge-

lişmesini, olumlu aile içi ilişkilerin artmasını ve gebelerin sosyal imkânlardan daha fazla yararlanmalarını sağlar.^{2,54} Hemşire ve ebeler doğum öncesi izlemlerde gebelerin algıladığı sosyal destek sistemlerini tanımlama ve kadınları bilinçlendirme konusunda anahtar role sahiptir. Ayrıca anne ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen gebelerdeki distres düzeylerini de mutlaka değerlendirmelidirler.

Çalışmamızda, gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyi ile depresyon düzeyi arasında da negatif bir ilişki saptandı ve sosyal destek düzeyi depresyon düzeyini etkilemekteydi (Tablo 4, Tablo 5). Bu sonucumuza paralel olarak yapılan çalışmalar da gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yükseldikçe depresyon düzeylerinin düştüğünü vurgulamaktadır.^{3,14,54} Sosyal destek eksikliği hem gebelik hem de postpartum depresyon açısından risk faktörüdür.⁵⁴

SINIRLILIKLAR

Çalışma bulguları örneklem grubu ile sınırlıdır, topluma genellenemez. Veriler öz bildirimle dayandığı için gebelerin uyku kalitesi, depresyon ve distres düzeyleri subjektif verilerdir. Çalışmaya, okuma-yazma bilmeyen gebelerin dâhil edilmemesi de başka bir sınırlılıktır.

SONUÇ

Çalışmamızda, gebelerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek, uyku kalitelerinin kötü ve distres açısından risk altında oldukları saptandı. Gebelerin %15'i klinik olarak depresyondaydı. Gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi yükseldikçe uyku kalitesinin de yükseldiği, TGDÖ-olumsuz duygulanım, TGDÖ-eş katılımı ve depresyon düzeylerinin düştüğü saptandı.

Kadın sağlığı hemşireleri ve ebeler doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini, uyku kalitelerini, distres ve depresyon düzeylerini mutlaka değerlendirmeli ve risk altında olan gebeleri erken tanı ve tedavileri konusunda bilgilendirmelidir. Hemşire ve ebe araştırmacılar tarafından daha geniş örneklem grubu ile gebelerin algıladığı sosyal desteğin düzeyinin uyku kalitesi, distres ve depresyon düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi önerilebilir.

TABLO 5: Gebelerin PUKİ, TGDÖ ve BDE puanlarına ÇBASDÖ değişkeninin etkisi (n=251).

PUKİ-öznel uyku kalitesi*									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	1,654	0,134	-0,181	12,357	<0,001	1,390	1,917	1,000	1,000
Arkadaş	-0,018	0,006		-2,943	0,004	0,006	0,006		
R= 0,181	R2= 0,033	F= 8,664	p= 0,004	Durbin Watson=1,779					
PUKİ-alışılmış uyku etkinliği*									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	-0,074	0,244		-0,304	0,761	-0,554	0,406	1,000	1,000
Aile	0,021	0,010	0,135	2,180	0,030	0,002	0,041		
R= 0,135	R2= 0,018	F= 4,753	p= 0,030	Durbin Watson=1,654					
PUKİ-uyku ilacı kullanımı*									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	,499	,123		4,071	<0,001	,258	,740		
Aile	-,016	,005	-,192	-3,143	0,002	-,025	-,006	1,000	1,000
R= ,192	R2= ,037	F= 9,877	p= 0,002	Durbin Watson= 1,898					
TGDÖ-olumsuz duygulanım**									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	16,040	1,788		8,969	<0,0010,	12,519	19,562		
ÇBASDÖ	0,075	,055	0,184	1,366	173	0,183	0,183	0,206	4,857
arkadaş	-0,347	0,128	-,364	-2,709	0,007	-0,095	-0,095	0,206	4,857
R= ,217	Adjusted R2= ,040	F= 6,338	p= 0,002	Durbin Watson= 1,745					
TGDÖ-eş katılımı**									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	10,596	0,816		12,980	<0,001	8,989	12,204		
Aile	-0,195	0,040	-0,335	-4,890	<0,001	-0,274	-0,117	0,674	1,483
Arkadaş	-0,022	0,033	-0,053	-0,659	0,511	-0,087	0,044	0,487	2,054
Özel bir insan	-0,047	0,032	-0,115	-1,462	0,145	-0,109	0,016	0,512	1,953
R= ,441	Adjusted R2= ,185	F= 20,488	p< 0,001	Durbin Watson= 2,155					
BDE**									
Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	Beta	t	p değeri	%95 Güven aralığı		Colinearity istatistikleri	
						Alt sınır	Üst sınır	Tolerans	VIF
(Sabit)	22,443	2,110		10,636	<0,001	18,288			
ÇBASDÖ	-0,345	0,082	-0,741	-4,199	<0,001	-,507	-0,457	0,098	10,169
Aile	0,102	0,146	0,067	0,703	0,483	-0,184	-0,353	0,339	2,951
Arkadaş	0,284	0,149	0,261	1,909	0,057	-0,009	-0,363	0,163	6,130
R= ,469	Adjusted R2= ,211	F= 23,995	p< 0,001	Durbin Watson= 1,883					

*Linear regresyon analizi **Çoklu regresyon analizi

SS: Standart sapma; ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği; PUKİ: Pittsburgh uyku kalitesi indeksi; TGDÖ: Tilburg gebelikte distres ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyesi veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Kazemi F, Nahidi F, Kariman N. Disorders affecting quality of life during pregnancy: a qualitative study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(4):QC06-QC10.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. [Evaluation of perceived social support levels in pregnancy and postpartum periods]. *J Psy Nurs.* 2010;1(2):71-6.[Link]
- Li T, Guo N, Jiang H, Eldadah M, Zhuang W. Social support and second trimester depression. *Midwifery.* 2019;69:158-62.[Crossref] [PubMed]
- Xia LX, Liu J, Ding C, HollonSD, Shao BT, Zhang Q. The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. *Personality and Individual Differences.* 2012;52(2):156-60.[Crossref]
- Moshki M, Cheravi K. Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *Int J Soc Psychiatry.* 2016;62(2):148-55.[Crossref] [PubMed]
- Xu J, Chen P, Ma X. The relationship among preconception depression, anxiety, and social support of the reproductive-aged women in China. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(4):429-36.[Crossref] [PubMed]
- Giesbrecht GF, Poole JC, Letourneau N, Campbell T, Kaplan BJ; APRON study team. The buffering effect of social support on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during pregnancy. *Psychosom Med.* 2013;75(9):856-62.[Crossref] [PubMed]
- Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB. Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Soc Sci Med.* 2017;192:134-42.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Thompson T, Rodebaugh TL, Pérez M, Struthers J, Sefko JA, Lian M, et al. Influence of neighborhood-level factors on social support in early-stage breast cancer patients and controls. *Soc Sci Med.* 2016;156:55-63.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev.* 2009;85(1):65-70.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Marakoğlu K, Şahsivar MŞ. [Depression in pregnancy: review]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2008;28(4):525-32.[Link]
- Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.* 2013;17(4):616-23.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- O'Neill P, Cycon A, Friedman L. Seeking social support and postpartum depression: a pilot retrospective study of perceived changes. *Midwifery.* 2019;71:56-62.[Crossref] [PubMed]
- Şen E, Şirin A. [The factors affecting depression, anxiety and perceived social support level of pregnant women who have the diagnosis of preterm labor]. *Gaziantep Medical Journal.* 2013;19(3):159-63.[Crossref]
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev.* 2010;33(1):23-9.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(4):771-88, ix-x. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link--a review of the literature. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(9):1566-75.[Crossref] [PubMed]
- Field T, Diego M, Delgado J, Medina L. Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *J Bodyw Mov Ther.* 2013;17(4):397-403.[Crossref] [PubMed]
- Okun ML, Kiewra K, Luther JF, Wisniewski SR, Wisner KL. Sleep disturbances in depressed and nondepressed pregnant women. *Depress Anxiety.* 2011;28(8):676-85.[Crossref] [PubMed] [PMC]
- Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med.* 2014;15(8):853-9.[Crossref] [PubMed]
- Rumble ME, White KH, Benca RM. Sleep disturbances in mood disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2015;38(4):743-59.[Crossref] [PubMed]
- Volkovich E, Tikotzky L, Manber R. Objective and subjective sleep during pregnancy: links with depressive and anxiety symptoms. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(1):173-81.[Crossref] [PubMed]
- Marques M, Bos S, Soares MJ, Maia B, Pereira AT, Valente J, et al. Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology? *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):272-80.[Crossref] [PubMed]
- Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(2):198-206.[Crossref] [PubMed]
- Çapık A, Pasinlioglu T. Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(4):260-9.[Crossref] [PubMed]
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.[Crossref] [PubMed]
- Çoban A, Yanikkerem E. [Sleep quality and fatigue in pregnant women]. *Ege Tıp Dergisi.* 2010;49(2): 87-94.[Link]
- Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. [The determination of the physical health problems experienced during pregnancy summary]. *Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi.* 2006;3(10):35-42.[Link]

29. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. [Crossref]
30. Eker D, Arkar H, Yaldız H. [Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of perceived social support] *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;12:17-25. [Link]
31. Pop VJ, Pommer AM, Pop-Purceleanu M, Wijnen HA, Bergink V, Pouwer F. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:80. [Crossref] [PubMed] [PMC]
32. PG, Kutlu Y, Üstün B. [Psychosocial problems-depression]. Can G, editör. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtı Dayalı Bakım. 2. Baskı.* İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2010. p.282-9.
33. Hisli N. [A reliability and validity study of beck depression inventory in a university student sample]. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23):3-13. [Link]
34. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. [Crossref] [PubMed]
35. Ağargun MY, Kara H, Anlar Ö. [The validity and reliability of the pittsburgh sleep quality index]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(2):107-15. [Link]
36. Gümüşdaş M, Ejder Apay S. [The relationship between the marital adjustment and social support in pregnancy]. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2016;3(1):1-8. [Crossref]
37. Çelik F, Köse M. [The relationship between sleep quality and trimester of pregnancy]. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2017;18(3):85-8. [Crossref]
38. Şahin Köybaşı E, Yeşiltepe Oskay Ü. [Effects of pregnancy process on the quality of sleep]. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2017;59:1-5. [Crossref]
39. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* 2015;16(4):483-8. [Crossref] [PubMed]
40. Yang Y, Mao J, Ye Z, Zeng X, Zhao H, Liu Y, et al. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: a cross-sectional survey. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(22):2980-5. [Crossref] [PubMed]
41. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep Med Rev.* 2010;14(2):107-14. [Crossref] [PubMed] [PMC]
42. Bacacı H, Ejder Apay S. [Correlation Between Body Image Perception and Distress Among Pregnant Women]. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2018;8(2):76-82. [Link]
43. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. [Determination of The Level of Distress in Pregnant Women]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2015;18(3):196-203. [Crossref]
44. Schuurmans C, Kurrasch DM. Neurodevelopmental consequences of maternal distress: what do we really know? *Clin Genet.* 2013;83(2):108-17. [Crossref] [PubMed]
45. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med.* 2006;68(5):747-53. [Crossref] [PubMed]
46. Zhu P, Tao F, Hao J, Sun Y, Jiang X. Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birthweight. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(1):34.e1-8. [Crossref] [PubMed]
47. Çelik F, Nadişgöl Köken G, Yılmaz M. [Prevalence of depression during pregnancy and the affecting factors]. *Anatol J Clin Investig.* 2013;7(2):110-7. [Link]
48. Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. [Effects of depression and anxiety disorders in pregnant women on obstetrics outcomes and newborn]. *Anatol J Clin Investig.* 2012;6(1):10-6.
49. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery.* 2009;25(4):344-56. [Crossref] [PubMed]
50. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G. [Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy]. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2008;45(1):9-13. [Link]
51. Bödecs T, Horváth B, Kovács L, Diffellné Németh M, Sándor J. Várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán [Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample]. *Orv Hetil.* 2009;150(41):1888-93. Hungarian. [Crossref] [PubMed]
52. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071-83. [Crossref] [PubMed]
53. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olsson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(7):805-15. [Crossref] [PubMed] [PMC]
54. Yeşilççek Çalık K, Aktaş S. [Depression in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(1):142-62. [Link]
55. Taşkın L. [Evaluation of the mother during pregnancy]. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016. p.153.
56. Ngai FW, Chan SW. Learned resourcefulness, social support, and perinatal depression in chinese mothers. *Nurs Res.* 2012;61(2):78-85. [Crossref] [PubMed]