



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE UYKU DURUMUNUN DOĞUM VE POSTPARTUM
DÖNEME İLİŞKİN ENDİŞE DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA ÇAKIR

DANIŞMAN

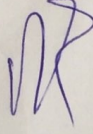
DOÇ. DR. FATMA DENİZ SAYINER

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

Fatma Çakır'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe İle İlişkisinin İncelenmesi ” başlıklı çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek “**KABUL**” edilmiştir.

Üye : Doç.Dr.Fatma Deniz Saymer

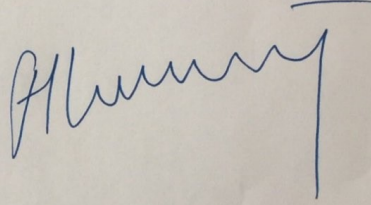


10.11.2017

Üye : Doç.Dr.Gökhan Açmaz

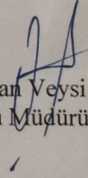


Üye : Yard.Doç.Dr.Fatma Başar



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 16.11.2017 tarih ve 1148/5610 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü



ÖZET

Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma, gebelikte uyku kalitesinin doğum ve postpartum döneme yönelik endişe ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: 16 Kasım 2014 – 31 Ağustos 2015 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran, 3. trimester de olan 200 gebe kadın ile bir kez doğum yapmış ve şu an gebe olmayan 200 kadın katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada; araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan gebe kadınlarda 31 ve gebe olmayan kadınlarda 28 soruluk anket formu, kadınlarda doğum ve postpartum endişeyi belirlemek amacıyla doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeler ölçeği, uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKİ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gebe kadınların %32'sinin ilkokul mezunu, %87'sinin ev hanımı olduğu, %47'sinin aile gelir durumunun kötü olduğu, gebe olmayan kadınların %29.5'inin ilkokul mezunu, %67'sinin ev hanımı, %40'ının aile gelir durumunun orta olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %73'ünün gebe olmayan kadınların %47'sinin uyku kalitesi kötü olarak saptanmıştır ($p<0.001$). Gebe kadınların uyku kalitesi, uykuya dalma, uyku bozuklukları bileşenlerden ve toplamda alınan puan ortalamalarının gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Primipar gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalaması 5.36 ± 1.30 , multiparların 5.43 ± 1.24 ve primipar gebelerin DDSEÖ puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliğinde sırt ağrısı, bacak krampları olan gebelerin DDSEÖ puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının primipar gebelerde travay öncesi endişeler, multipar gebelerde ise sezeryan olma endişesi olduğu, ölçek alt boyutlarından alınan en düşük puan ortalamasının primipar ve multipar gebelerde doğum sonrası bebek ve loğusa sağlığına ilişkin endişeler olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınlarda doğum eylemine ilişkin endişeler, doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi ve travay öncesi endişeler ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gebe olmayan kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebe olmayan

kadınların sezeryan olma endişesi ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının gebe kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmanın geneline bakıldığında gebelerin uyku kalitelerinin gebe olmayan kadınlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Nullipar gebelerin endişelerinin multipar gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin uyku kalitesini artıracak ve endişelerini azaltacak eğitimlerin yapılması ve kadınlara danışmanlık verilmesi önemli bir konudur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, uyku kalitesi, endişe, postpartum dönem.

SUMMARY

This is the examination of sleeping quality and relationships with anxiety level in the period of pregnancy during the birth and postpartum period

Aim: This study was prepared to examine sleeping quality relationship with anxiety in the period of pregnancy during the birth and postpartum period.

Material and Method: This is an illustrative and cross-sectional study prepared between 16 November 2014 and 31 August 2015. This study was actualized with 200 pregnant women in the third trimester, who applied for gynecological diseases and birth clinics in Health Sciences University Kayseri Training and Research Hospital once giving birth and not pregnant 200 pregnant women. For pregnant women prepared for literature knowledge by researcher 31, for non-pregnant women 28 question survey form, the anxiety scale of the birth and after postpartum period to determine the birth and postpartum anxiety in women, Pittsburg sleeping quality index to evaluate the quality of sleeping were used. The data was collected using face to face by researchers. The obtained data were evaluated in computerized SPSS (version 20.0) statistical package program.

Results: It was determined that compared to the percentage of pregnant women, %32 are primary school graduated, %87 are housewives, %47 are poor because of their income and compared to the percentage of non-pregnant women, %29.5 are primary school graduated, %67 are housewives, %40 are middle income people. It was determined that the sleep quality of %73 of pregnant women is worse than %47 of non-pregnant women ($P < 0.001$). It was determined that the sleep quality, dozing off and sleeping problems of pregnant women are higher than non-pregnant women compared constituent parts and average of total point ($P < 0.05$). Primiparous pregnant women's average of total point from DDSEO is 5.63 ± 1.30 , multiparous are 5.43 ± 1.24 and DDSEO scale point of primiparous pregnant women being higher was determined. It was determined that the average of DDSEO points of pregnant women having backache and leg cramps is higher ($P < 0.05$). It was determined that the highest point average of sub-dimension scale in the primiparous pregnant is pre-bearing worry, being caesarean in the multiparous pregnant women and the minimum point average of sub-dimension scale, being anxiety about during birth, to be supported after birth by husbands and before bearing higher than non-pregnant women compared to the minimum point average of sub-dimension area. The anxiety level of nonpregnant women's point average of sub-dimension areas is more than pregnant women's.

Conclusion: According to general state of this research, the sleeping quality of pregnant women is worse than non-pregnant women's sleeping quality. This research shows that the level of anxiety of nulliparous pregnant women more than multiparous pregnant women. In sum, training to enhance the sleeping quality and to decrease women's apprehension and consulting to the women is an important issue.

Keywords: Pregnancy, sleeping quality, anxious, postpartum period.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Uyku	3
2.1.1. Uykunun Tanımı ve İşlevleri.....	3
2.1.2. Uykunun Fizyolojisi	4
2.1.3. Uykunun Evreleri.....	4
2.1.3.1. Yavaş Dalga Uykusu - NREM	5
2.1.3.2. Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu.....	6
2.1.4. Uyku Gereksinimi	6
2.1.5. Uyku Kalitesi.....	7
2.1.6. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	7
2.1.6.1. Yaş	8
2.1.6.2. Cinsiyet	8
2.1.6.3. Hastalık	8
2.1.6.4. Alkol ve Diğer Uyarıcılar	9
2.1.6.5. İlaçlar	9
2.1.6.6. Yaşam Biçimi	10
2.1.6.7. Egzersiz ve Yorgunluk	10
2.1.6.8. Anksiyete ve Stres	10
2.1.6.9. Diyet.....	10
2.1.6.10. Çevre	11
2.2. Gebelik ve Uyku	11

2.2.1. Gebelikte Yaygın Görülen Uyku Sorunları	13
2.2.1.1. Uykuda Solunum Bozuklukları (SDB) ve Gebelik	13
2.2.1.2. Obstuktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)	13
2.2.1.3. Huzursuz Bacak Sendromu	14
2.2.1.4. İnsomnia	16
2.2.1.5. Parasomnia.....	17
2.2.2. Gebelikte Uyku Bozukluklarına Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı	17
2.3. Endişe	19
2.3.1. Endişeyi Etkileyen Faktörler	20
2.3.2. Gebelik ve Endişe	20
2.3.3. Doğum Eylemi ve Endişe	23
2.3.4. Postpartum Dönem ve Endişe	23
2.3.5. Endişenin Giderilmesinde Sağlık Profesyonellerinin Rolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni	25
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.3.3. Örneklem Dahil EdilmeKriterleri	26
3.4. Verilerin Toplanması.....	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Şekli	28
3.6. Verilerin Analizi	29
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	43

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	57
8. EKLER DİZİNİ	68
9. ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Uyku Evrelerinin Yaşa Göre Dağılımı	8
Tablo 4.1.1. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
Tablo 4.1.2. Gebelerin Bazı Obstetrik Özellikleri	33
Tablo 4.1.3. Gebe Olmayan Kadınların Bazı Obstetrik Özellikleri	34
Tablo 4.2.1. PUKİ Ölçek Puanının Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı	35
Tablo 4.2.2. İyi ve Kötü Uyku Kalitesinin Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı	35
Tablo 4.2.3. PUKİ Ölçek Bileşenlerinin Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı	36
Tablo 4.2.4. Gebelerin PUKİ Ölçek Bileşen Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.2.5. Gebelerde İyi ve Kötü Uyku Kalitesine Sahip Olanların Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Alışkanlıklara Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.2.6. Gebelerde İyi ve Kötü Uyku Kalitesine Sahip Olanların Gebelikte Sık Yaşanan Sorunlara Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.3.1. Gebelerin DDSEÖ Puanları	39
Tablo 4.3.2. Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.3.3. Gebelerin DDSEÖ Puan Ortalamalarının Gebelikleri Süresince Sık Yaşadıkları Bazı Sorunlara Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların DDSEÖ Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.3.5. Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Puanların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı	42

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Veri Toplama Akış Şeması.....	29
--	----

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

RAS	: Retiküler Aktivasyon Sistemi
BSR	: Bulber Senkronize Edici Bölge
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrookülografi
NREM	: Hızlı Olmayan Göz Hareketleri
REM	: Hızlı göz hareketleri
OUAS	: Obstruktif Uyku Apne Sendromu
HBS/RLS	: Huzursuz Bacak Sendromu
CPAP	: Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı
GFR	: Glomerular Filtrasyon Oranı
IRLSSG	: Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu
PUKi/PSQI	: Pittsburg Uyku Kaliteİndeksi
DDSEÖ	: Doğum ve Doğum Sonrası Endişeler Ölçeği
RAS	: Retiküler Aktivasyon Sistemi
Sd	: Standart Sapma
SDB	: Sleep Disordered Breathing
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum eylemi fizyolojik bir durum olmasının yanı sıra çoğu zaman psikolojik ve sosyal yönü ile ebeveyn adaylarında özellikle de kadınlarda kaygı ve stres oluşturan önemli bir durumdur. Doğum eyleminin tıbbi bir olay olmasıyla beraber kadın için gebe olduğu andan itibaren başlayıp doğum ve doğum sonrası döneme kadar devam eden ihtiyaç duyduğu aile ve profesyonel desteği kapsayan, mutluluk, sevinç, endişe ve korkuların yaşandığı bir süreçtir (Çoban & Yanıkkerem, 2010; Ortaarık, Tekgöz, Ak, Kaya, 2012; Guedes vd., 2016).

Gebeliğin her trimesterinde o trimestere özgü uyum süreci vardır. Çünkü her trimester farklı psikolojik sorunları ortaya çıkarmaktadır. İlk trimesterde anne adayı gebeliğe ve yeni duruma uyum çabası içindeyken son trimesterde doğum korkusu daha baskındır (Kuğu & Akyüz, 2001). Gebelik kadınlarda değişen durumla ilgili olarak beden imajından iş ve aile ilişkisine kadar birçok konuda ambivalan duygular yaratan çatışma ve çelişkileri oluşturan bir süreç olarak yaşanabilir. Kadın yeni bir canlı dünyaya getirmenin gururu ile birlikte değişen çatışma ve çelişkilerle duygusal değişiklikler yaşayabilmektedir (Kuğu & Akyüz, 2001; Seller, 2012).

Gebelik kadının psikolojik durumu üzerinde etkiler yaratırken, kişinin ruhsal durumu ve yaşantısı da gebeliğin fizyolojisi ve psikolojisi üzerinde etkiler yaratır. Gebelikte meydana gelen bulantı, kusma, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel rahatsızlıklar kadında psikolojik değişiklik ve rahatsızlığı etkilemektedir (Akbaş, 2006, s. 103; Kuğu & Akyüz, 2001). Gebeliğin on altıncı haftasından sonra anne fetüsün hareketlerini hissetmeye başladığından dolayı aralarında psikolojik ve duygusal açıdan bir bağ kurulur ve anne bebeği ile yaşadığı bağlanmayı daha güçlü hisseder. Annelerin çoğu bu dönemde doğmamış bebekleriyle konuşurlar. Fetüsle konuşma erken anne-bebek bağlanmasını sağlarken aynı zamanda annenin, fetüsün sağlığını geliştirme ve koruma çabalarını da arttırır (Seller, 2012). Son trimesterde anne adayları gebelikten sıkıntı duyma, bebeğini görmek isteme ancak doğumun yaklaşmasından dolayı doğum eyleminden korkma ve nasıl gerçekleşeceği düşüncesi, bebeğin sağlığı ile sorun olup olmayacağına yönelik duygular yaşamaktadırlar (Seller, 2012; Şahin, Dinç & Dişsiz, 2009; Serçekuş, 2005, s. 69). Kadınları özellikle doğum ve doğum sonrası döneme yönelik yaşadıkları kaygı ve endişe olumsuz yönde etkilemektedir (Erdem, 2009).

Doğuma yönelik korkuların nedenleri farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda doğum esnasında sancı yaşama, doğum yaptıracak personele güvensizlik, doğum da kontrolünü kayıp etme ve kontrolsüz çıkılık atma, doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceğini bilmeme ve eylem boyunca yanında yakınının olmaması, doğum sırasında bebeğin zarar görmesi yada ölmesi, malformasyonlu doğması, sezaryen doğumun gerekli olması ve ölüm düşüncesi gibi birçok neden bulunmaktadır (Serçekuş, 2005; Üst, 2012). Literatürde ilk gebeliği olan kadınlarda yaşanan

korkunun nedeni bilinmezlik iken, iki ve daha fazla gebeliği olan kadınlarda ise önceki gebeliklerinde yaşanan olumsuz bir durumun tekrar yaşanacağı endişesi olduğu belirtilmektedir (Taşkın, 2003).

Gebelikte yaşanan hormonal ve fizyolojik değişimlerden dolayı uyku bozuklukları gebeliğin ilk trimesterinden başlayarak üçüncü trimesterde daha da artmaktadır; ancak gebelikte yaşanan uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir (Taşkıran, 2009; Pien & Schwab, 2004; Skouteris, Germano, Wertheim, Paxton, Milgrom, 2008; Ko, Chang & Chen, 2010). Sharma ve Franco yaptıkları çalışmada gebeliğin üçüncü trimesterindeki kadınların uyku bozukluğunu %97 olarak belirlemiştir (Sharma & Franco, 2004). Uyku sorunları birinci trimesterde bulantı-kusma ve yorgunlukla ilişkili iken, üçüncü trimesterde daha çok artan anksiyete ile birlikte östrojen ve progesteron seviyelerindeki artışa bağlı olarak gelişen hormonal değişiklikler ve doğumun nasıl olacağına yönelik yaşanan korku ve kaygılar, fizyolojik değişikliklere bağlı olarak büyüyen fetüsün mesane ve diyafragmaya yaptığı baskı sonucu artan abdominal rahatsızlıklar ve noktüri, sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu, bacak krampları gibi rahatsızlıklar gebenin uyku kalitesini ve alışkanlıklarını etkilemektedir. Pınar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 1. ve 2. trimesterde olanlara göre 3. trimesterde olan gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir (Pınar vd., 2014).

Çalışmanın amacı; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebeliğin 3. trimesterinde olan gebeler ile gebe olmayan kadınların Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi İle İlişkisini değerlendirmektir.

1.1. Araştırmanın Soruları

1. Gebeliğin uyku kalitesine etkisi var mıdır?
2. Gebe ve gebe olmayan kadınlarda uyku kalitesi arasında fark var mıdır?
3. Gebelerde uyku kalitesi ile doğum ve doğum sonrası döneme yönelik endişe ile ilişkisi var mıdır?
4. Gebe olmayan annelerde devam eden doğum ve doğum sonrası döneme yönelik endişe var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku

2.1.1. Uykunun Tanımı ve İşlevleri

Uyku, hareketsizlik durumu olmasının yanında, canlıların dinlenmesini sağlayan farklı ve tekrarlayan evrelerden oluşan, belli dönemlerinde beyinin uyanıklıktaki gibi aktif olduğu, solunum, kardiyak işlev, kas tonüsü, vücut ısı, hormon salgısı ve kan basıncı gibi yaşamsal değişikliklerle beraber, dış uyaranlara cevabın azaldığı, yeterli düzeyde uyaran olduğu zaman bilinç durumuna geri dönebilen bilinçsizlik ve seçici yanıtsızlık özelliği gösteren bir süreçtir (Özkan, 2012; Taşkiran, 2009; Köybaşı, 2013; Kiper, 2008; Sönmez, 2006; Eryavuz, 2007).

İnsanlar fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleriyle bir bütündür. Fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı birey olması için ihtiyacı olan temel gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir (Özkan, 2012; Karagözoğlu, Çabuk, Tahta & Temel, 2007; Öztürk, 2007; Ertekin, 1998; Köybaşı, 2013). Fizyolojik gereksinimlerden biri olan uyku sağlıklı yaşamın en önemli ihtiyaçlarından biridir ve karşılanmadığı zaman bozulur. Uyku bireyin sağlığı açısından önemli bir değişkendir ve yaşam kalitesi ile iyilik halini etkileyen önemli bir durumdur (Ertekin, 1998; Eryavuz, 2007; Köybaşı, 2013).

İnsanlar için yemek yemek, nefes almak, boşaltım gibi temel ve vazgeçilmez gereksinimlerden biri uykudur (Özkan, 2012; Karagözoğlu, vd., 2007; Eryavuz, 2007; Ertekin, 1998). Uyku bireyin yaşam kalitesini, iyilik halini, üretkenlik, verimlilik, hafıza, konsantrasyon gibi bilişsel işlevleri etkilemekte, enerjinin korunmasını, beyin detoksifikasyonu, fiziksel ve psikolojik onarıma katkı sağlamaktadır. Böbreklerden fosfat salgılanması, yaralı bölgelerin iyileşmesi, büyüme ve adrenal bezi hormonlarının salgılanması, vitamin kullanımı, deri onarımı ve doku hücrelerinin yenilenmesi gece uykusunda gerçekleşir (Öztürk, 2007; Güneş, Körükcü & Özdemir, 2009; Özkan, 2012; Eryavuz, 2007).

Kişinin uykusuz bir gecenin ardından, kendini huzursuz, gergin hissetmesi, işine konsantre olmakta güçlük çekmesi sıkça gözlenir. Çünkü; uyku ile öğrenme ve emosyonel durum arasında ilişki vardır (Erdem, 2005; Güneş vd., 2009; Özkan, 2012). Uyku ihtiyacı fiziksel egzersiz, hastalık ve gebelik gibi durumlarda artmaktadır. Günlük aktivitelerini devam ettirmek için yorgun ve bitkin kişiler daha fazla uykuya ihtiyaç duymaktadırlar. Gebelikte hipertansiyon, pre-eklampsi, pulmoner hipertansiyon, gestasyonel diyabet, fetal gelişme geriliği, fetal ölüm gibi faktörlerle uyku bozukluğunun ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Erdem, 2005; Ursavaş, 2011; Özkan, 2012).

2.1.2. Uykunun Fizyolojisi

Fizyolojik bir süreç olan uyku insan yaşamının yaklaşık üçte birini kapsamaktadır. Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrol ettiği iki özel alan vardır. Bu alanlar; 1) Beyin sapında, spinal kord ve serebral korteksde yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve 2) Medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR)'dir. Bu iki sistem birlikte çalışır. Aralıklı olarak beyin merkezleri baskılanır ve aktive olur. Ağrı, dokunma, görme, işitme gibi uyarıları RAS cevaplandırır. Bu uyarılar serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olur ve RAS uyarılır. Bu durum uyanıklık boyunca devam eder. Uykunun gelmesiyle birlikte BSR aktivitesinde artma görülür. Kişi uyuma girişiminde bulunduğu anda, RAS'a gelen uyarılar azalır eğer çevresel koşullar da uygunsa RAS'ın aktivasyonu azalır. BSR uyarılarının artması, uykuya dalmaya neden olur. Bu durum kişi uyanıncaya kadar devam eder, RAS'ın tekrar uyarılmasıyla birlikte kişi uyanır (Ertekin, 1998; Taşkiran, 2009; Köybaşı, 2013; Bingöl, 2006).

Uyku, aktif bir inhibisyon sürecini kapsamaktadır. Uyanıklık süresince retiküler aktive edici sistem (RAS), yorulmakta ve bir süre sonra inaktif hale geçmektedir. Retiküler aktive edici sistem ve bulber senkronize edici bölge uykunun doğal siklusunu kontrol etmede beraber çalışmaktadır. RAS, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktiviteler ile birlikte refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu da sağlamaktadır. Uyku sırasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyarıları algılayabilir ve bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyarıların azalması sistemin aktivasyonunu azaltmaktadır. Dışarıdan gelen ağrı, gürültü, basınç gibi uyarılar RAS'ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine neden olur. Uykuyu bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması başlatır. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçişi sağlamaktadır (Taşkiran, 2009; Kiper, 2008).

2.1.3. Uykunun Evreleri

Uyku, beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalogram (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunu ölçen elektromiyogram (EMG) polisomnograf ile değerlendirilir (Ertekin, 1998; Köybaşı, 2013; Öztuna, 2013). Bu değerlendirmeler uyku laboratuvarlarında gerçekleştirilir. Uyku ve evrelerini belirlemede EEG bulguları kullanılır. Uykuya dalmanın latent dönemi uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki dönemdir. Değişim dönemleri latent dönemden sonra başlar. Yapılan araştırmalarda uykunun iki majör evresi tanımlanmıştır.

1. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku dönemi (non rapid eye movement, NREM)

2. Hızlı göz hareketli uyku dönemi (rapid eye movement, REM) (Köybaşı, 2013; Ertekin, 1998; Taşkiran, 2009; Çelik, 2011; Kiper, 2008; Bingöl, 2006).

2.1.3.1. Yavaş Dalga Uykusu - NREM

Normal uyku NREM ile başlar, psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı, hızlı göz hareketlerinin olmadığı uykunun ilk saatlerindeki derin, dinlendirici uyku durumudur. Dört evreyi içermektedir; yüzeysel yavaş dalga uykusu 1. ve 2. evreye, derin yavaş dalga uykusu 3.ve 4. evreye denilmektedir (Eryavuz, 2007; Kiper, 2008; Taşkiran, 2009; Köybaşı, 2013).

Evre I: Uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş dönemidir. Normal bir uyku esnasında evre 1, yarım dakika ile 7 dakika arasında sürer. Gece uykusunun %2-5'ini oluşturur. Kişi ses, dokunma ve diğer duyumsal uyaranlarla uyandırılabilir. Kalp atımı, vücut ısısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Uykunun bu ilk evresi, gece içinde zaman zaman tekrar ortaya çıkar (Taşkiran, 2009; Eryavuz, 2007; Köybaşı, 2013; Çelik, 2011; Özgen, 2001).

Evre II: Gerçek uykunun başladığı ilk evredir. I. evreye göre daha derindir. Kişiyi rahatsız eden herhangi bir durum yoksa II. evreye hemen girilir. Kişi uykuya geçmiştir. Kalp atım hızı ve solunum sayısı yavaş yavaş azalmaya başlar, vücut ısısı düşer (Köybaşı, 2013; Kiper, 2008; Taşkiran, 2009; Özkan, 2012). Kas tonüsü azalmaya devam eder. Bu evre tüm uykunun %40-45'ini kapsar ve yaklaşık 10-20 dakika sürer (Ertekin, 1998; Taşkiran, 2009; Bingöl, 2006; Köybaşı, 2013).

Evre III: Derin uykuya başlama aşamasıdır. Bu evre de uyuyan birey daha güçlü uyaran ile uyandırılır (Özgen, 2001; Sönmez, 2006; Özkan, 2012). Parasempatik sinir sisteminin etkisiyle nabız ve solunum hızı oldukça yavaş ve düzenlidir. Kaslar gevşek ve vücut ısısı düşüktür. Bu evre tüm uykunun yaklaşık %10'unu kapsar ve 15-30 dakika sürer (Bingöl, 2006; Köybaşı, 2013; Taşkiran, 2009; Ertekin, 1998; Sönmez, 2006).

Evre IV: Bu evrenin tipik özelliği EEG'de yüksek voltajlı ve yavaş frekanslı delta dalgalarının görülmesidir. Bu nedenden dolayı bu evredeki uykuya delta uykusu da denir. Bu evre özellikle asıl uykunun olduğu evre olup sağlık açısından gerekli bir bölümdür. Uykunun en derin ve onarıcı evresidir. Bu evre de kaslar gevşer ve dinlenme sağlanır, oksijen tüketimi ile kan basıncı, nabız, solunum hızı normalin altına düşer (Taşkiran, 2009; Bingöl, 2006; Ertekin, 1998; Eryavuz, 2007). Bu evre gecenin erken saatlerinde gerçekleşir ve 10-15 dakika kadar kısa sürelidir ve sonrasında uykunun derinliği azalarak, ilk REM uykusu dönemine girilir. Tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturur (Kiper, 2008; Ertekin, 1998).

Evre III ve IV fiziksel dinlenmenin sağlandığı evrelerdir. Bu nedenle yavaş dalga uykusunun yeterince uyutulmadığı ya da ortadan kaldırıldığı durumlarda insanların fiziksel anlamda dinlenemedikleri için bu durum beden sağlığını yakından etkilemektedir (Kiper, 2008; Taşkıran, 2009).

Evre III ve IV çocuklarda büyüme hormonunun yüksek miktarda salındığı erişkinlerde ise hücre yenilenmesinin ve organizmanın onarımının hızlandığı evrelerdir (Taşkıran, 2009; Eryavuz, 2007). NREM ile başlayan uyku, birbirini takip eden evrelerden geçerek NREM evre IV'e ulaşır. Dördüncü evreden ortalama 45 dakika sonra, ilk REM dönemi başlar ve ortalama 90 dakika sürer. Bu dönemde kişi kısa süre uyuduğunda dinlenmiş olarak kalkar. Uyku esnasında gözlerde hızlı hareketler, boyun kaslarında atoni, parmak uçlarında seyirmeler, kalp atışlarında düzensizlik görülür. NREM uykusuna göre daha derin olan REM uykusundan kişileri uyandırmak daha da zor olmakla birlikte, sabahları spontan uyanma bu fazda gerçekleşir. REM uykusu, günlük performans için önemlidir ve hafızayı güçlendirmeye katkıda bulunur (Özkan, 2012).

2.1.3.2. Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu

Hafif korteks uykusu olan ve uyanıklığa çok yakın döneme REM uykusu denilmektedir. Normal bir gece uykusunda 5-20 dakika süren paradoksal uyku periyotları ortalama 90 dakikada bir ortaya çıkar. Solunum hızı, kan basıncı, kalp atımı ve bazal metabolizma artar, gastrik sekresyonlar artmakta, kas-iskelet tonüsü, baş-boyun ve derin tendon refleksi baskılanır. Yetişkinlerde gece uykusunun %20-25'ini kapsar. Bu evrede göz kapaklarının altında göz iki yana hareket eder ve bu durum dışarıdan gözlenebilir. Gece içinde normal bir erişkin 3-5 kez REM dönemi yaşar (Taşkıran, 2009; Şenel, 2005; Köybaşı, 2013). Rüya görme bu evrede gerçekleşir. Rem uykusunda beyin problem çözer, psikolojik etkenlerden kurtulur ve ruhsal olarak dinlenir (Ertekin, 1998). Normal ve sağlıklı bir uyku için bu dönemlerin belli bir sıra izlemesinin yanı sıra, gece boyunca her dönemin toplamının belli bir miktara ulaşması gerekmektedir (Taşkıran, 2009; Kiper, 2008).

2.1.4. Uyku Gereksinimi

Uyku, canlılar için vazgeçilmez olan yemek yeme, su içme, nefes alma gibi zorunlu bir ihtiyaçtır (Taşkıran, 2009; Öztuna, 2013; Kiper, 2008). İnsan hayatının yaklaşık 1/3'ü uykuyla geçmektedir. İnsanların gereksinim duydukları uyku kişiden kişiye göre değişir ve kişinin bireysel özelliklerine; yaş, cinsiyet, beslenme alışkanlığı, egzersiz yapması, sağlık durumu, çevresel ortamına göre farklılık göstermektedir ve aslında genetik olarak getirilen bir özelliktir (Taşkıran, 2009; Öztuna, 2013; Eryavuz, 2007; Ertekin, 1998). Uyku süresinin azaltılmak zorunda kalındığı durumlarda uyku yoksunluğu sonucu istenilmeyen birçok fizyolojik ve psikolojik belirtilerle karşılaşmaktadır (Köybaşı, 2013). Fiziksel çalışma, egzersiz, hastalık, gebelik, stres ve mental aktivitenin artmasıyla ilişkili

olarak uyku ihtiyacında artma söz konusu olmaktadır (Bingöl, 2006; Ertekin, 1998; Köybaşı, 2013).

Uyku için en düşük sınır 5 saattir. Yenidoğanda 20-22 saat, çocukta 10-12 saat, yetişkinlerde 6-8 saat, 60 yaş ve üzeri için ise 5-6 saat uyku normal kabul edilir (Taşkiran, 2009; Şenel, 2005; Ertekin, 1998; Kiper, 2008).

Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda toplumun büyük çoğunluğunun (%75) uyuma alışkanlığının 7-8 saat arasında olduğu ve %10’unun 6 saat uyku ile yaşamını devam ettirdiği literatürde belirtilmektedir (Taşkiran, 2009; Öztuna, 2013; Kiper, 2008).

2.1.5. Uyku Kalitesi

İnsanlar fiziksel ve mental açıdan uyku ve dinlenme dönemlerinde kendilerini rahat hissederler. Yapılan çalışmalarda NREM uykusunun fiziksel, REM uykusunun ise mental iyilik sağladığı belirtilmektedir (Ertekin, 1998). Düzenli uyuyup uyanmak, biyolojik sirkadiyen saatin düzenli çalışmasına, uykunun enerji verici, onarıcı ve canlandırıcı etkilerinin ortaya çıkmasına yardımcı olur (Özkan, 2012; Arslan & Fadiloğlu, 2009). Uyku konusunda yapılan araştırmalar, uykunun vücudu ertesi güne hazırladığı ve vücudu dinlendirdiğini göstermektedir (Kiper, 2008; Şenel, 2005; Sönmez, 2006).

Gebelik, ağrı, rahatsızlık, miksiyon ihtiyacı, tıbbi problemler, ilaç kullanımı gibi durumlarda, uyku bozuklukları bireyin uyku kalitesini etkilerken, motivasyonunun düşmesine, duygu ve düşüncesinin bozulmasına neden olmaktadır. İnsanlar yetersiz uyuduklarında fiziksel, duyuşsal ve bilişsel çökkünlük yaşayabilirler ve yorgunluğa bağlı olarak iritabilite, sinirlilik, ağrıya karşı hassasiyetin artması, mantık dışı düşünceler ve boşaltımda zorluk gibi durumlar görülebilir (Arslan & Fadiloğlu, 2009; Özkan, 2012). Gebelerin uyku kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda Pınar ve arkadaşlarının 300 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %39.6’sında, Çoban ve Yanikkerem’in yaptıkları çalışmada gebelerin %54’ünde, Taşkiran’ın yaptığı çalışmada gebelerin %86’sında, Ko ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %60’ında kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Pınar vd., 2014; Çoban & Yanikkerem, 2010; Ko vd., 2010; Taşkiran, 2009).

2.1.6. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini ve süresini çevresel faktörler, ruhsal ve fizyolojik etmenler bozmaktadır. Uykuyu etkileyen etmenler aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir.

2.1.6.1. Yaş

Yaşamın her döneminde uyku süresi değişmektedir ve erken dönemlerinde uykuda daha fazla zaman geçmektedir. Ancak, yaşın ilerlemesine bağlı olarak uyku gereksinimi azalmaktadır. Uykuya dalmada yaşlılar gençlere göre daha fazla zamana ihtiyaç duyarken, geceleyin daha çabuk ve sık uyanırlar. Yetişkinlerde uykuya dalma süresi ortalama 10–30 dakika iken, yaşlılarda bu süre 1 saat veya daha uzun sürmektedir (Taşkiran, 2009; Kiper, 2008; Eryavuz, 2007; Esenyel, 2012).

Tablo 2.1. Uyku Evrelerinin Yaşa Göre Dağılımı

Uyku evreleri	Çocuk	Genç erişkin	Yaşlı
Uyanık	5<	5	5>
REM	20-25	20-25	20-25
NonREM-1	2-5<	2-5	2-5>
NonREM-2	45-55	45-55	45-55>
NonREM-3	3-8>	3-8	3-8<
NonREM-4	10-15>	10-15	0
Toplam (saat)	10-12 saat	8-10 saat	6-8 saat

2.1.6.2. Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda cinsiyetin uyku sorununu etkilediği ve kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıkları, uyku kalitelerinin erkeklerden daha kötü olduğu ve daha fazla uykuya gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (Köybaşı, 2013; Kiper, 2008; Taşkiran, 2009).

İsveç halkının geneli üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların uyuma sürelerinin erkeklerden daha fazla olmasına rağmen, kadınların erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadıkları belirlenmiştir (Sönmez, 2006; Taşkiran, 2009; Bingöl, 2006). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda uyku bozuklukları yaşadıkları, uyku kalitesi ve süresinin sadece cinsiyet farklılığından değil, aynı zamanda kadının toplumdaki ve aile içindeki rolleri gibi sosyal faktörlerden de etkilendiği görülmektedir (Şenel, 2005).

2.1.6.3. Hastalık

Hastalıkların psikolojik ve fizyolojik faktörleri uyku kalitesini ve ritmini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık durumunda kişiler, sağlıklı bireylere göre uykuya daha fazla ihtiyaç hissetmektedirler. Uyku

problemlerine genellikle fiziksel rahatsızlık yaratan ve ağrıya neden olan, morali etkileyen kişide anksiyete ve depresyon gibi sorunlara yol açan çoğu hastalık neden olmaktadır. Başlıca hastalıklar; diyabet, reflü, beslenme ile ilgili sorunlar, fiziksel yaralanma gibi ağrı oluşturan durumlar, enfeksiyonlar, kaşıntı yaratan rahatsızlıklar, kişinin moralini ve motivasyonunu etkileyen anksiyete, depresyon gibi problemlere yol açan mizaç bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresyon vb. hastalıklar uyku problemlerine neden olmaktadır (Bingöl, 2006; Taşkiran, 2009; Sönmez, 2006; Kiper, 2008; Eryavuz, 2007).

Kiper ve Sunal'ın çalışmasında uyku kalitesi kronik hastalığı olan grupta %70.4, kontrol grubunda ise %29.6 olarak saptanmıştır (Kiper & Sunal, 2009). Gebelik dönemi ve postmenapozal ateş basması; geceleri uykudan sık sık uyanmaya, toplam uyku süresinin azalmasına ve uykuya dalma ve sürdürmede güçlüğü yol açarak uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Eryavuz, 2007).

2.1.6.4. Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Alkolün az veya orta miktarda alınması başlangıçta uyku verici etki yapmakta ve uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Fakat zaman içinde uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NonREM 4 ve REM uykusunun azalmasına neden olur (Eryavuz, 2007; Taşkiran, 2009; Köybaşı, 2013; Ertekin, 1998). Alkoliklerde derin uyku azalması ön planda olmaktadır (Karacan & Özmen, 1990).

Nikotinin uyarıcı etkisi kişinin uykuya dalmasını güçleştirir. Sigara içenler kolaylıkla uyanırlar. Alkol ve sigara kullanımı bilinen diğer etkileri dışında gebelikte uyku rahatsızlıklarının artmasıyla da ilişkilidir. İçki ve sigara kullanan gebelerde yetersiz uyku, uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü, sabah erken uyanma, kısa uyku süresi, gündüzleri aşırı uyku hali ve huzursuz bacak sendromu gibi uyku rahatsızlıkları oranının arttığı tespit edilmiştir (Özkan, 2012). Çay, kahve, kola, kakao, çikolata gibi kafein içeren içecekler merkezi sinir sistemini uyarır ve birçok insanda uykuya dalmayı güçleştirerek gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur (Özkan, 2012; Taşkiran, 2009; Ertekin, 1998).

2.1.6.5. İlaçlar

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir. Uyumak için tavsiye edilen bazı ilaçlar faydalarından çok yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Kiper, 2008; Ertekin, 1998). Bazı ilaçlar REM uykusunu etkileyerek, gün içerisinde aşırı uyuşukluğa ve enerji azalmasına sebep olurlar. Kişilerin sık sık uyanmalarına digoxin ve beta blokerler, diüretikler neden olabilir (Şenel, 2005; Erdem, 2009; Taşkiran, 2009; Öztuna, 2013; Bingöl, 2006; Karacan & Özmen, 1990).

2.1.6.6. Yaşam Biçimi

İnsanların uyku kalitesi ve düzenlerini yaşam şekli etkilemektedir. Kişinin çalışması vardiya şeklinde ise uyku programının bozulmasından dolayı değişen uyku durumuna uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerin biyolojik saatlerinde bir-iki hafta sonra kayma olur. Regestein vardiya şeklinde çalışmanın bireylerin performansına ve uyku kalitesine olumsuz etki ettiği, vardiya şeklinde çalışanların %65 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduklarını belirlemiştir (Eryavuz, 2007; Kiper, 2008; Erdem, 2009; Taşkıran, 2011; Bingöl, 2006).

2.1.6.7. Egzersiz ve Yorgunluk

İnsanların gün içerisinde yaşadıkları fiziksel egzersizin yarattığı hafif yorgunluk çoğu kez uykuya daha kolay dalmaya neden olurken stresli ve kötü bir günün neden olduğu aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirebilir (Eryavuz, 2007; Ertekin, 1998). Sürekli ve düzenli yapılan egzersizler kolay uyumayı sağlarken, düzenli yapılmayan egzersizler uykunun bozulmasına sebep olabilirler (Ertekin, 1998). Egzersiz sırasında bedende seratonin salgılanması derin dinlenmeyi ve delta uykusunun düzenlenmesini sağlamaktadır. Öğleden sonra ve akşam yapılan egzersiz zamanı uyku için en uygun zaman olup, sabah erken saatte ve yatmadan önce yapılan egzersizler ise uykuya bir yarar sağlamamaktadır (Eryavuz, 2007; Taşkıran, 2009).

2.1.6.8. Anksiyete ve Stres

Bireylerin günlük hayatlarında yaşadıkları anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan nedenidir. Gün içerisinde yaşanan stres bazı bireylerde gerginliğe sebep olmaktadır. Bazı bireylerde uykuya dalmayı güçleştirirken, bazılarında ise çabuk uyanmaya neden olabilmektedir (Kiper, 2008). Bazı bireylerde ise gereksiniminden daha fazla uyuma eğilimine neden olurken, anksiyete ve strese bağlı olarak REM süresi azalır (Taşkıran, 2009; Eryavuz, 2007). Kaygılı ve mutsuz kişilerin uykuları da huzursuz ve doyumsuz olmaktadır (Öztuna, 2013). Pınar ve arkadaşları 300 gebe ile yaptıkları çalışmada gebe kadınların algıladıkları stres ile toplam uyku kaliteleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır (Pınar vd., 2014).

2.1.6.9. Diyet

Uyku düzenine belli yiyecek ve içecekler etki etmektedir. Kahve, çay, kola, çikolata, ağır ve aşırı yemek uyku düzenini bozar. Yatmadan önce yenilen süt, yoğurt, yumurta, et, peynir gibi yüksek proteinli yiyecekler triptofan içerdiğinden dolayı uykuya dalmayı kolaylaştırır.

Kişinin kilo alıp vermesi de uyku düzenine etki etmektedir. Kilo alımı uyku süresinin uzamasına neden olurken; kilo vermek uyku süresinin

azalmasına neden olmaktadır (Kiper, 2008; Öztuna, 2013; Taşkiran, 2009; Eryavuz, 2007).

2.1.6.10. Çevre

Çevre, bazen uykuya dalmaya yardımcı bazen de uykuyu engelleyici bir etmen olabilmektedir. Gürültü uyku ile yakından ilişkilidir. Uyku gürültülü ortamlarda yüzeyseldir ve buna bağlı olarak uyku süresi azalır. İnsanlar uyumak için farklı ortamları tercih edebilirler. Bir kısmı sessiz ortamda uyumayı tercih ederken, bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler. Odanın sıcaklığı uyku kalitesini etkilemektedir. Oda sıcaklığı 24°C'den yüksek olması kişinin uykuda sık uyanmasına ve REM evresinin azalmasına, 12°C'den düşük olması görülen rüyaların olumsuz içerikli olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozabilmektedir (Bingöl, 2006; Kiper, 2008; Ertekin, 1998).

Uyku kalitesini etkileyen diğer bir etmen ise yatılan yatağın boyutu, sert ya da yumuşak olması, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etmenlerdir (Kiper, 2008; Taşkiran, 2009; Ertekin, 1998).

2.2. Gebelik ve Uyku

Gebelik dönemi boyunca meydana gelen hormonal ve fiziksel değişimler, psikolojik değişikliklerinde kaynağını oluştururken uyku ve uyku kalitesini etkileyerek önemli değişikliklere neden olmaktadır (Taşkın, 2003; Taşkiran, 2009; Üst, 2012; Özkan, 2012). Fetüsün büyümesi nedeniyle diyafragmaya yaptığı baskı sonucu abdominal rahatsızlıkların artması, sırt ağrısı, bacak krampları, noktüri, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artış nedeniyle meydana gelen hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklar gebenin uyku alışkanlıklarını ve kalitesini etkilemektedir (Taşkiran, 2009; Hedman vd., 2002; Sharma & Franco, 2004; Ursavaş, 2011; Köybaşı, 2013; Skouteris vd., 2008).

Kadının gebelikle birlikte yaşamında meydana gelen değişiklikler, kişisel deneyimleri, kültürü, yaşam felsefesi, kadının aile içindeki mutluluğu, aile bireylerinin tutumları, sosyo-ekonomik düzey, anneliğe hazırlıklı olma, ruhsal hastalıklar, abortuslar, gebelikteki riskli durumlar, çocuk sayısı, gebeliğin istenmesi ya da istenmemesi gibi durumlar gebe kadınların uykularını etkilemektedir (Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Gebelikte her trimestere özgü hormonal, fiziksel ve psikolojik nedenlerden dolayı uyku ve uyku kalitesi farklılık göstermektedir (Çoban & Yanıkkerem, 2010). Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda birinci trimesterden itibaren uyku bozukluklarının başladığı ve en yüksek değere üçüncü trimesterde ulaştığı belirlenmiştir (Taşkiran, 2009; Pınar vd., 2014).

Birinci trimester kadının gebeliğini kabullenme sürecidir ve bu dönemde sık görülen bulantı, kusma, bitkinlik, halsizlik, sık idrara çıkma, sırt ağrısı ve göğüslerde gerginlik gibi fiziksel rahatsızlıklardan dolayı uyku bölünmesi görülmektedir (Özkan, 2012; Çoban & Yanıkkerem, 2010). Progesteronun sedatize edici ve uyku verici etkisi nedeniyle gebeliğin 10. haftasından sonra uyku değişmeye başlar. Ayrıca progesteronun termojenik etkisine bağlı olarak vücut ısısı yükselir ve üriner düz kaslar üzerine inhibitor etkileri nedeniyle idrar sıklığı artar (Ulaşlı & Ünlü, 2014). Bu dönemde toplam uyku süresi, gündüz uykululuğu, insomnia ve geceleri uyanma sıklığı artmakta, NREM uykusunun 3. ve 4. evreleri ile toplam uyku kalitesi azalmaktadır (Ursavaş, 2011; Özkan, 2012; Taşkıran, 2009).

İkinci trimesterde bulantılar azalır ve hormon seviyelerinin düzelmesi ile kadınlar tuvalete gitmek için daha az kalkmaya başlar (Özkan, 2012). İkinci trimesterde toplam uyku süresi normale dönerken, gece uyanıklık artar ve NREM uykunun 3., 4. evresi ile REM uykusu azalır. Birinci trimesterde büyüyen uterusun mesaneye basısı, ikinci trimesterde uterusun pelvisten abdomene doğru büyümesiyle rahatlamaktadır. Ancak bu kez de mide ekşimeleri ve fetal hareketler nedeniyle uyku bozulmaktadır (Lee & Caughey, 2006; Ursavaş & Karadağ, 2009; Özkan, 2012).

Üçüncü trimesterde abdomenin büyümesi nedeniyle mesaneye yaptığı basıya bağlı olarak idrar sıklığının artması ve fetüsün aşırı hareket etmesi nedeniyle gebenin uyuması güçleşmektedir (Taşkın, 2003; Taşkıran, 2009).

Geceleri uyanıklılık, gündüz uykululuğu, uyku başladıktan sonra uyanma, NREM uykunun 1. evresi artarken, toplam uyku süresi, NREM uykunun 3. ve 4. evreleri ile REM uykusu azalmaktadır. Üçüncü trimesterde görülen uykusuzluk geceleri oksitosinin pik yapmasıyla açıklanmaktadır (Özkan, 2012; Ursavaş & Karadağ, 2009). Gebelerin büyük bir çoğunluğunun üçüncü trimesterde sık idrara çıkma, bacak krampları, nefes darlığı, sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu, deride kaşıntı, korkutucu rüya ve kabuslar gibi semptomlardan yakındıkları, geceleri iki veya üç kez uyandıkları ve 7,5 saat uyumalarına rağmen, bazı kadınların geceleri 3-4 saat uyudukları bildirilmektedir (Barger, Caughey & Lee, 2013).

Nihal Taşkıran'ın çalışmasında gebelerin doktora gitme sıklığı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre uyku kalitesi kötü olan gebelerin kontrollere daha sık gittikleri belirlenmiştir ve gebelerde uyku kalitesinin kötü olma nedenlerinin; gebeliğin seyri, bebeğin sağlığı, doğum gibi konulardaki bilgi eksikliğine ve bunun doğrultusunda artmış kaygı düzeyine bağlı olduğu ileri sürülmüştür (Taşkıran, 2009).

Çoban ve Yanıkkerem'in yaptığı çalışmada gebelerin %54'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışmada gün içerisinde en sık

oturarak dinlenen ve uykusunu çoğu zaman yeterli bulan gebelerin uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış olup gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Çoban & Yanikkerem, 2010).

Köybaşı'nın yaptığı çalışmada gebelik haftası ilerledikçe uyku kalitesinin bozulduğu ve gebelikte görülen bazı olağan yakınmaların gebelikte kötü uyku kalitesine neden olduğu belirlenmiştir (Köybaşı, 2013). Özkan'ın yaptığı çalışmada gebelerin %89.3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve gebelikte sırt, bel ve bacak ağrısı yaşamayanın uyku kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Travayın ikinci evre süresinin uyku kalitesi kötü olan gebelerde kısa olduğu saptanmıştır (Özkan, 2012).

2.2.1. Gebelikte Yaygın Görülen Uyku Sorunları

2.2.1.1. Uykuda Solunum Bozuklukları (SDB) ve Gebelik

Hamilelikte aşırı kilo artışı, diyaframın yukarı doğru yer değişimini içeren fizyolojik değişimler, kadınları obstuktif uyku apnesine (OSA'ya) uygun hale getirmektedir (Taşkıran, 2009; Özkan, 2012).

Östrojen ve progesteron seviyeleri hamilelik süresince önemli derecede artmaktadır. Östrojen hava akımına artan dirençle üst solunum yolu daralmasına yol açabilen hiperemi, nazofaringeal, nazofarenks mukozal ödem ve vazomotor rinit içermektedir. Burun tıkanıklığı, özellikle gece oluşan burun tıkanıklığı, genel yetişkin nüfusunda SDB için bağımsız bir risk faktörü olarak gösterilebilir. Bunun sonucu olarak, üst solunum yolu tıkanıklığı östrojen aracılı mekanizma ve/ya da hamileliğin fizyolojik hipervoleminin hamile kadınlar arasında SDB riskini artırabilmesi olasıdır. SDB için risk faktörü olan daralmış üst solunum yolu boyutu hamileliğin 3. trimesterinde kadınlar arasında kanıtlanmıştır (Venkata & Venkateshiah, 2009). Literatürde 36. gebelik haftasındaki kadınların %42'sinde nazal konjesyon ve rinit bildirilmektedir. Gebelikteki östrojen konsantrasyonunun dolaşımında artması ile rinit arasında ilişki bulunmuştur (Özkan, 2012).

Uykuda solunum bozukluğu ile gebelikteki hipertansiyon, preeklampsi, anormal fetal kalp atımı, fetal büyüme geriliği, fetal ölüm, pulmoner hipertansiyon arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Literatürde az uyuyan, kilolu ve horlayan gebelerin diyabet olma risklerinin arttığı belirtilmektedir (Edwards, Middleton, Blyton & Sullivan, 2002; Ursavaş, 2011; Ulaşlı & Ünlü, 2014).

2.2.1.2. Obstuktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)

Uyku apnesi, periferik ya da santral faktörlerin etkisi nedeniyle meydana gelen, üst hava yolu obstrüksiyonu ve uykuda hipoksemi ile karakterize solunum bozukluğudur. Kadınlarda genel popülasyonun

%2'sinde görülmektedir (Özkan, 2012; Roush & Bell, 2004; Şahin vd., 2008; Özgen, 2001).

OUAS'nun sık görülen belirtileri horlama, bölünmüş gece uykusu, bilişsel bozukluk, gün boyunca uykululuk hali ve tanıklı apnedir (Esenyel, 2012; Özkan, 2012). Yaşamı tehdit eden ani gece ölümleri, kalp krizi, inme riski, immün fonksiyonlarda bozulma, yorgunluk ve isteksizliğin olması, verimsizlik durumu, bilişsel işlevlerde bozulma ile psikiyatrik belirtilere yol açabilir (Özkan, 2012; Özgen, 2001).

Gebelikteki hormonal ve fizyolojik faktörlerin etkisiyle solunum fizyolojisinde değişiklikler görülmektedir. Ouas ve gebelikte supin pozisyon maternal hipoksiye neden olarak uykuyu olumsuz yönde etkilemektedir (Lopes vd., 2004).

Gebelik döneminde östrojen ve progesteronun artmasıyla birlikte üçüncü trimestere doğru horlama sıklığı artmaktadır (Edwards vd., 2002; Ulaşlı & Ünlü, 2014). Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların dağılımında habitüel horlaması olan gebelerde preeklampsi, gestasyonel diyabet ve kalp hastalığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Habitüel horlamanın gestasyonel diyabet için 5 kat, preeklampsi için 9 kat, kalp hastalığı için 12 kat risk oluşturduğu saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, habitüel horlama sıklığı 1. ve 2. trimestere göre 3. trimesterde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Uyku sonrası yorgunluk ise anlamlı olarak 1. trimesterde daha yüksek belirlenmiştir (Şahin vd., 2008).

2.2.1.3. Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz bacak sendromu (HBS); hastalarda, bacaklarını hareket ettirme isteği ile duyuşsal ve motor huzursuzluğa sebep olan, yaşla birlikte görülme sıklığı artan, kronik, tekrarlayıcı yada ilerleyici sensorimotor bir hastalıktır (Taşkıran, 2009; Çakmak, Metin, Karataş, Özsoy, Demirkök, 2014).

Huzursuz bacak sendromu iki şekilde gözlenmektedir. Birincil huzursuz bacak sendromu genellikle aileseldir. İkincil huzursuz bacak sendromu ise, sıklıkla üremi, nöropati ve demir eksikliği nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Esenyel, 2012). HBS'nin ortaya çıkmasında demir metabolizmasındaki regülasyon değişikliklerinin etkisi bulunmaktadır (Çetinkaya vd., 2009). Semptomlar genel olarak bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı ve simetrik olarak çoğunlukla akşamları ve geceleri oluşur, kişinin uykusunu ve günlük yaşamını etkilemektedir. HBS kişilerde uyuklama eğilimi, kronik uyku kaybı, bilişsel ve fiziksel yorgunluğa neden olmaktadır. Uzun süre hareketsiz kalındığında ortaya çıkar ve hareketle düzelir. Hastalık aralıklı dönemlerde alevlenir ve uzun süreli asemptomatik zamanlar olabilir (Taşkıran, 2009; Özkan, 2012).

Remisyon ve alevlenme belirtileri bilinmemekle beraber, semptomlarda artışa; aşırı fiziksel aktivite, çok sıcak ya da soğuğa maruz kalma ve aşırı kafein tüketiminin yol açtığı gösterilmiştir (Sharma & Franco, 2004; Taşkiran, 2009). Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tanı kriterlerine göre; özellikle bacaklarda olmak üzere ekstremitelerde zorunlu olarak hareket ettirme dürtüsü ile beraber nedeni belli olmayan motor huzursuzluk hissinin bulunması ile bu semptomların istirahat halinde ortaya çıkması, belirgin olarak geceleri artması ve hareket ile rahatlaması tanı koydurucudur (Sharma & Franco, 2004; Şahin vd., 2007a; Taşkiran, 2009).

HBS semptomlarının başlamasında ve/veya kötüleşmesinde gebelik önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Gebelikte meydana gelen hormonal (prolaktin, progesteron, östrojen seviyeleri), psikomotor ve davranışsal değişikliklerin, uyku alışkanlıklarında ve folik asit-demir düzeylerinde görülen değişikliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir (Şahin vd., 2007; Taşkiran, 2009; Çakmak vd., 2014). Bazı çalışmalar HBS'nin gebelik döneminde folat seviyesinin düşmesine bağlı olarak meydana geldiğini göstermektedir (Sharma & Franco, 2004; Filiz & Çakır, 2015).

Epidemiyolojik çalışmalara göre toplumun %1-15'inde HBS görülebilmektedir (Filiz & Çakır, 2015) ve çalışmaların çoğunda ise kadınlarda yaklaşık 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Walters, 1995; Şahin vd., 2007a; Filiz & Çakır, 2015). Hbs şiddetliği uykusuzluğun en sık nedenlerinden biridir (Şenel, 2005). Bir çalışmada nullipar kadınlar ve erkeklerde hastalık sıklığı benzerken, doğum sayısı arttıkça prevalansın da arttığı gösterilmiş ve bu nedenle paritenin bir risk faktörü olabileceği öne sürülmüştür (Walters, 1995).

Demir eksikliği anemisi ile ilişkisi nedeniyle hamile kadınların %15-25'inde gebelik sırasında RLS gelişmektedir (Ulaşlı & Ünlü, 2014). HBS'nin en sık 3. trimesterde olmak üzere, gebelerin %11-27'sinde görüldüğü bildirilmiştir (Filiz & Çakır, 2015). Genellikle doğumdan sonra bir ay içinde semptomlarda gerileme görülmektedir (Ulaşlı & Ünlü, 2014). Fetüs üzerine riskli etkilerinden dolayı dopaminerjik ya da opioidleri içeren standart RLS tedavisinden kaçınmak gerekir, ilk prenatal muayenede folattan zengin ekmek ve tahıl gevreği ile koruyucu önlemlere başlanmalıdır (Ulaşlı & Ünlü, 2014; Sharma & Franco, 2004). Ayrıca ilaç dışı tedavide masaj, sıcak ve soğuk kompresyonlar önerilmektedir (Sharma & Franco, 2004).

Gebelikte HBS prevalansını Ekbom ve arkadaşları %11, Goodman ve arkadaşları %19, Manconi ve arkadaşları %19, Jolivet ve arkadaşları %27, Wersten ve arkadaşları %12.3 olarak bildirmişlerdir (Ekbom, Goddman, Manconi & Jolivet'ten aktaran Şahin vd., 2007a; Western vd., 2014). Ülkemizde ise gebelikteki HBS sıklığını; Çakmak ve arkadaşları %15.4, Şahin ve arkadaşları %19 olarak bildirmişlerdir (Çakmak vd., 2014; Şahin vd., 2007a).

Fetus ve yenidoğana potansiyel zararlı etkileri nedeniyle gebelikte meydana gelen yorgunluğun ve artmış uykululuk durumunun nedenleri belirlenmelidir. Bazı gebe kadınlarda RLS, uyku apnesi veya insomnia gibi spesifik uyku hastalıkları gelişirken diğerlerinde postpartum depresyon gelişebilir (Ulaşlı & Ünlü, 2014). Güzel ve arkadaşlarının çalışmasında HBS'nin menopoz dönemine göre doğurganlık döneminde daha sık görüldüğü, uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda foliküler evrede hastalığın daha şiddetli algılandığını saptamışlardır (Güzel, Kurtcebe, Şencan & Turhan, 2011).

2.2.1.4. *İnsomnia*

Uykuya dalma, sürdürme güçlüğü'nün yanı sıra sonlandırmaya ilişkin sorunlar yaşanması sonucu, dinlendirici olmayan, yeterli ve kaliteli uykunun alınamaması insomnia olarak adlandırılmaktadır (Taşkiran, 2009; Şenel, 2005; Özkan, 2012; Özgen, 2001). Uykuya dalma güçlüğü, uykudan sık uyanma ve tekrar dalmada güçlük çekme, gündüz aşırı uykululuk, ertesi gün erken kalkma, kendini dinlenmiş hissetmeme, dikkat eksikliği ve irritabilite gibi belirtileri vardır (Taşkiran, 2009; Özgen, 2001).

İnsomnia toplumda en sık görülen uyku bozukluğudur (Özgen, 2001). İnsanların %50'si yaşamlarının herhangi bir döneminde uykusuzluk yaşamaktadırlar. Erişkin popülasyonda yıllık prevalansı %30-40 olup, ağır ve kalıcı uykusuzluktan yakınlara oranı %10-20'dir (Taşkiran, 2009; Özgen, 2001; Özkan, 2012; Xu vd., 2011). Uykusuzluk bir aydan uzun sürüyorsa ve dinlendirici değilse kronik insomniadan bahsedilir. Kronik insomnia, kadınlarda, yaşlılarda ve medikal/psikiyatrik sorunları olanlarda yaygındır. Kronik insomniaklar uyuduklarında yüzeysel uyuduklarını, kolaylıkla uyanıp uyumakta güçlük çektiklerini ifade etmektedirler (Özgen, 2001; Xu vd., 2011). Kronik uykusuzluğun yağ, karbonhidrat metabolizması, immün sistem, öğrenme ve bilişsel fonksiyonlar, sosyal ilişkiler, iş performansı, ruhsal sağlık, yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri vardır (Özgen, 2001; Chang, Pien, Duntley & Macones, 2010; Xu vd., 2011).

Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler uykunun bölünmesine neden olmaktadır. Gebelik insomnianın çok yaygın olduğu dönemlerden biridir ve insomnia görülme oranını artırmaktadır (Taşkiran, 2009; Sharma & Franco, 2004). Gebelikte insomniaya neden olan etmenler; birinci trimesterde gece uyanmalarının nedeni sık görülen bulantı, kusma, bel ağrısı, nöktürüdür. Birinci trimesterinde olan 25 gebe ile yapılan çalışmada gebelerin %51.4'ünde uyku bölünme sebebinin nöktürü olduğu belirtilmiştir. Üçüncü trimesterde büyüyen uterusun mesaneye baskı yapması ve diyafragmatik bası nedeniyle solunum sıkıntıları, mide ekşimesi, reflü, solunum sıkıntısı, bacak krampları, HBS, OUAS gibi hastalıkların olmasıdır (Taşkiran, 2009; Sharma & Franco, 2004).

2.2.1.5. Parasomnia

Parasomnia, uykuda ortaya çıkan istenilmeyen davranış ve fizyolojik alanlarda değişimler/bozulumları kapsar. Bu bozukluklar, otonomik sinir sistemi değişiklikleri ve iskelet kas aktivitesi ile ortaya çıkan bozukluklardır (Kiper, 2008; Taşkiran, 2009; Özgen, 2001).

Parasomnia; uyku esnasında konuşma, yürüme (uyurgezerlik) dış gıcırdatma, kabus bozukluğu ve derin uyku döneminde görülen, çılgılık atmaya ağlamanın eşlik ettiği yoğun korku ile beraber otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluk olan ve "uyku terörü" adını alan sorunları içermektedir (Sharma & Franco, 2004; Özkan, 2012; Kiper, 2008; Ertekin, 1998; Şenel, 2005; Taşkiran, 2009).

2.2.2. Gebelikte Uyku Bozukluklarına Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı

Gebelikte meydana gelen vücut pozisyonundaki değişmeye ve karın ölçülerinde büyümeye bağlı olarak uyku problemi ile gebeliğin her döneminde yorgunluk ve halsizlik yaşanabilmektedir (Çoban & Yanikkerem, 2010). Uyku ve dinlenmeye yönelik planlanan girişimlerin amacı, kişinin düzenli uyku periyodu kurabilmesi, uyku sonrası kendini dinlenmiş ve enerjik hissetmesi, uykusunu etkileyen etmenleri belirlemesi ve uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışlar edinmesidir (Taşkiran, 2009; Kiper, 2008). Kadınların birçoğunda gebeliğe bağlı uykusuzluk iyi bir uyku hijyeni ile yönetilebilir. Gebe kadınlar fiziksel yönden olduğu kadar duygusal yönden de desteklenmelidir. Sağlık profesyonelleri kadınları gebelik ve erken postpartum dönemdeki değişimler konusunda bilgilendirmeli, psikolojik sorunları olan, ağır uyku kaybı ve bozukluğu yaşayan kadınları belirlemeli endişe, stres ve uyku bozukluklarıyla baş etme becerileri kazanmada kadınlara yardımcı olmalıdır (Sertbaş, 1988; Signal vd., 2007).

Bireylerin sağlıklı ve kaliteli bir uyku uyumaları için yapmaları gereken girişimler şunlardır:

- Uyku gelmeden önce yatağa yatılmamalıdır ve yatakta uyumaya çalışılmamalıdır.
- Yattıktan sonra eğer 20-30 dk. içinde uykuya dalınamazsa yataktan kalkmalı ve uykunun gelmesini sağlayan rahatlatıcı ve gevşetici aktiviteler (ılık duş almak, kitap okumak, vs.) yapılmalıdır.
- Yalnızca uyumak amacıyla yatağa yatılmalı, kitap okumak veya televizyon seyretmek gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Sabahları uyanınca yataktan kalkmalı, biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Her zaman aynı saatte yatılmalı ve kalkılmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur.

- Düzenli ve uygun zamanda (öğle ve akşam üzeri) egzersiz yapılmalıdır. Ancak, akşam saatlerinde heyecan oluşturacak ve yorucu aktivitelerden kaçınmalıdır.
- Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalıdır.
- Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir. Çok aç ya da tok olunmamalıdır.
- Doktorun bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı alınmamalıdır
- Gün boyunca bol sıvı (özellikle su) tüketmeye özen gösterilmeli, ancak yatma zamanından önce sıvı alımı kısıtlanmalıdır.
- Uzun süre sırt üstü yatmaktan kaçınılmalı, fetüse, uterusu ve böbreklere kan akışının iyi olmasını sağlamak için, sol yan pozisyonda uyunmalıdır (yatarken dizlere, karnın altına ve sırtta bir yastık yerleştirilmesi bele olan basıncı azaltır). Sert yatakta yatılması, gebeler için yapılmış özel yastıklar ve şilteler daha iyi uyumaya yardımcı olabilir.
- Geceleri tuvalet ya da banyoyu kullanmak için ışığı yakmak yerine, buralarda gece lambası kullanılmalı.
- Gün içerisinde az ve sık yemek yenmelidir. Mide bulantılarını önlemek için kraker gibi aperatif besinler yenebilir. Mide ekşimesini önlemek için, fazla miktarda baharatlı, asitli veya kızartma türü yiyecekler yenmemeli ve mide yanması varsa uyurken baş bir yastıkla yükseltilmeli.
- Uyku sorunlarına neden olacağından kafein (kahve, çay, çikolata gibi), nikotin (tütün ürünleri) ve alkolden uzak durulmalıdır. Yatmadan önce kafeinsiz sıcak ya da ılık bir içecek içilmesi (süt gibi) faydalı olabilir.
- Eğer kabuslar ve rüyalar strese neden oluyorsa, bir terapistle yönlendirmek yararlı olabilir.
- Bacak krampları varsa gazlı soda ve içeceklerden uzak durulmalı, kalsiyum içeren besinler (süt, yoğurt, peynir, sebze, meyve gibi) tüketilmelidir. Bacağa kramp girdiyse bacağı düzeltip, ayak parmaklarını kendine doğru çekmek sorunu giderecektir.
- Gündüzleri uyumamalıdır. Gün içinde çok yorgunluk hissedilse bile uyumaktan kaçınmalı ve uykunun gece saatlerine ertelenmesi sağlanmalıdır. Aşırı çalışma ya da uzun yolculuk gibi durumlarda gün içinde şekerleme yapılabilir (Özkan, 2012; Seller, 2012; Taşkın, 2007; Taşkiran, 2009; Kiper, 2009; Özgen, 2001).

2.3. Endişe

Endişe, kişinin hayatında güven duygusu ve ihtiyaçlarının karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir durum söz konusu olduğu zaman ortaya çıkan tepki (Üst, 2012; Hayta, 2008) ve olumsuz duygularla yüklü kontrol edilemeyen düşünceler zinciridir (Tunay, 2006, s. 17).

Endişe evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir (Üst, 2012). Endişenin yaşanması bireyde belirsizlik duygusunu oluşturur ve tehlike olarak algılanabilir. Böylece, endişe düzeyinin yüksek olması belirsizliği, belirsizlik durumu da endişeyi artırabilir (Üst, 2012; Kılıçaslan, 2008, s. 11). Endişe genellikle nesnesi belli olmayan, içsel bir tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan kişi tarafından tanımlanamayan bunalıttır (Üst, 2012).

Endişe hemen her bireyde gözlenen bir olgu olup, belirli bir seviyeye kadar normal ve doğal bir duygu olarak kabul edilebilir ve kişiyi uyarır, korur ve zorlukları aşmasına yardımcı olur, kişiyi teşvik ederek performansını artırır. Endişe miktarı, ortalama seviyesini aşarak yoğun ve uzun süreli bir döneme geçtiğinde kişinin performansını azaltır, güvenini etkiler ve başarısızlığa neden olur (Köse, 2012; Okanlı, Tortumluoğlu & Kırpınar, 2003, s. 33).

Endişenin yoğunluğu, sıklığı ve aşırılığı normal ve patolojik endişeyi birbirinden ayıran temel farklılıktır (Tunay, 2006, s. 18). Normal anksiyete mantıklı, gerekli hatta yaşamsaldır. Patolojik anksiyete ise olması gereken normal seviyeden daha fazla ve şiddetli olan, uzun süren ve kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyerek ya da yetimi yaratarak kişiyi olumsuz etkileyen anksiyetedir (Peköz, 2009). Dupuy ve arkadaşları çalışmalarında; endişenin sıklığına ve yoğunluğuna odaklanmışlar ve patolojik endişenin, normal endişeye göre daha sık ve şiddetli olduğunu belirlemişlerdir (Dupuy, Beaudoin, Rheume & Dugas, 2001). Borkovec ve Prunzinskya'da olumsuz düşüncelerin patolojik endişe ile ilişkili olduğu ve patolojik endişesi olanların normal düzeyde endişesi olanlara göre daha fazla olumsuz deneyim ve konsantrasyon güçlüğü yaşadıklarını belirtmişlerdir (Üst, 2012; Tunay, 2006; Borkovec & Pruzinsky, 1990).

Endişe bilişsel, bedensel, duygusal ve hoş olmayan bir his oluşturmak için bir araya gelmiş davranışsal bileşenleri ile karakterize psikolojik ve fizyolojik bir durumdur ve endişe yaşayan bireyde fizyolojik ve psikolojik belirtiler görülmektedir (Monge, Penacoba-Puente, Morales & Abellan, 2012). Fizyolojik belirtiler solunum sayısı ve derinliğinde artma, kalp atım hızında artış ve çarpıntı, yutmakta zorluk ve ağız kuruluğu, kan basıncında yükselme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, sık idrara çıkma, sıcak basması, terleme, kızarma, titreme, bayılma hissi, kas gerginliği ve motor huzursuzluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk,

yorgunluk gibi belirtilerdir. Psikolojik belirtiler ise; kendine güvensizlik, kontrol kaybı, gerilim ya da heyecanlı olma, gevşeyememe, sabırsızlık, karar vermede zorluk, göz teması kurmaktan kaçınma, yaratıcılığın azalması, yerinde duramama, uykusuzluk, sinirlilik, çaresizlik, kötü bir şey olacakmış hissi, dikkat eksikliği gibi duygu durumlarıdır (Gündoğdu, 2013; Üst, 2012; Hayta, 2008; Günay, 2013).

2.3.1. Endişeyi Etkileyen Faktörler

Kişilik gibi faktörler endişenin başlangıcı ve arttırıcısı olabilirken (Monge vd., 2012), endişeye sebep olan diğer faktörler; kültürel baskılar, ölüm, boşanma, taşınma, göç gibi kalıcı ayrılıkların yaşanması, gebelik, ebeveyn olma, sosyal ve iş yaşamında değişiklik, başarılı ya da başarısız olma, toplumsal değişim, taciz, tecavüz, cinsel saldırı yaşanan olaylar, bedensel ve duygusal kayıplardır (Gündoğdu, 2013; Üst, 2012; Günay, 2013). Anksiyetesi artan bireyin herhangi bir konuda karar vermesi de güçleşir. Karar vermesi zorlaşan birey korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar (Gündoğdu, 2013; Üst, 2012).

Endişe ile baş etmek için bireyler bazı davranışlar gösterir. Bunlar;

- İçe-dönme (withdrawal): Endişe meydana getiren olayların psikolojik açıdan tehdit olarak algılanması sonucunda içe kapanmadır.
- Dışa vurma (acting-out): Endişenin dışa yansıtılarak, agresif davranışlarla gösterilmesidir.
- Bedene yansıtma (psikosomatization): Endişenin vücuttaki bir bölgeye yansıtılarak fizyolojik olarak belirti vermesi durumudur.
- Kaçınma (avoidance): Endişe yaratacak durumlardan kaçınarak yaşantı kontrolünün sağlanmasıdır.
- Problem çözme (problem solving): Endişenin yarattığı sorunların çözümünde bireyin anksiyete durumundan yararlanmasını sağlar. Kişinin daha önceki deneyimleri, olay ya da durumlardan anlam çıkarma, tecrübe edinme, uygun davranış ve becerileri öğrenme yoluyla aynı sorunları yaşamaktan kendini korumasını sağlar (Gündoğdu, 2013; Üst, 2012).

2.3.2. Gebelik ve Endişe

Kadının hayatında önemli bir yeri olan gebelik, psikolojik, biyolojik ve duygusal bakımdan değişimlerin yaşandığı, birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu kaygı ve stres oluşturabilecek bir dönemdir (Kitapçıoğlu, Yanikkerem, Sevil & Yüksel, 2008; Ortaarık vd., 2012; Üst, Pasinlioğlu & Özkan, 2013).

Kadının yaşadığı olaylar ya da hayata bakışı, kişisel deneyimleri, eğitim durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, aile içindeki önemi ve ilişkileri, gebeliğe karşı aile bireylerinin tutumları, istenen ya da istenmeyen bir gebelik olması ve çoğul gebelik gibi çeşitli nedenler gebeliğe karşı tutumu

etkilemektedir. Gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler anne ile beraber eşini, ailesini ve çevresindeki kişileride farklı şekillerde etkileyebilir (Annak, 2005). Bu dönem kadın için yeni bir rolü kabullenme ve hayatında değişiklikler oluşturduğu için kriz dönemi olarak görülebilir. Bazı kadınlar bu dönemde gelişim sağlarken, bazıları ise uyum güçlüğü yaşayarak sorun olarak algılayabilir (Gözüyeşil, Şirin & Çetinkaya 2003).

Gebelik trimesterlerine göre anksiyete ve depresif belirti görülme sıklığı değişmektedir. Lee ve arkadaşları çalışmalarında birinci ve üçüncü trimesterde kaygı ve depresyonun daha yaygın ve şiddetli olduğu, kaygının %54, depresyonun %37.1 oranında olduğunu belirlemişlerdir (Lee vd., 2007).

Gebelik trimesterlerine göre kadın farklı duygular yaşamakta ve farklı şekilde etkilenmektedir. Her trimestere özgü psikolojik ve fizyolojik değişimlerle birlikte farklı heyecan, endişe, korku yaşayabilmektedir (Doyurgan, 2009).

Birinci trimester, gebeliğin fizyolojik değişiklikleri psikolojik değişiklikleri ile beraberdir ve birbirlerini doğrudan etkilemektedir. Gebelikteki fiziksel ve hormon düzeylerindeki değişiklikler gebelerde duygusal dalgalanmalara neden olabilir (Gündoğdu, 2013).

Menstrüasyonun kesilmesi, mide bulantılarının başlaması, gebenin kendini yorgun ve halsiz hissetmesi, hastalık durumu olmamasına rağmen kendini iyi hissetmemesi gibi nedenler kadının ambivalan duyguları yaşamasının sebebi olabilir (Üst, 2012). Kadın gebeliği hem ister hem de kabullenmede zorluk çekebilir. Kadın gebe olduğunu öğrendiğinde hoşnutluk ve mutluluk duyuyorsa, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere ediyorsa, gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusuna sahipse ve özgüveni yüksekse kadın gebeliğini kabullenmiş demektir. Fakat kadın üzüntü ve mutsuzluk duyuyorsa, gebeliğe bağlı değişimlerden bunaldığını hissediyorsa, gebelikten dolayı evliliğinin bozulacağı veya mesleki yaşantısının olumsuz yönde etkileneceğini düşünüyorsa, gebelikten dolayı pişmanlık hissediyor ve sürekli hasta olacağı duygusuna sahipse gebeliğini kabullenmemiş demektir. Planlı olsun ya da olmasın tüm gebelikler kadın, eşi ve yakınları için stres ve anksiyeteye neden olabilir. Özellikle planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerde anksiyete artmaktadır. Gebenin iyi bir anne olup olamama ile ilişkili düşünceleri, sorumluluk almaya hazır olmaması da anksiyete nedeni olabilir. Bu dönemde gebeler bebeğinin normal ve sağlıklı olup olamayacağı ile ilgili ve kendi sağlığı ile ilgili korkular yaşarlar (Hayta, 2008; Serçekuş, 2005; Gündoğdu, 2013).

Yücel ve arkadaşları birinci trimesterdeki gebelerde anksiyete ve depresyonla ilgili yaptıkları çalışmada; mevcut gebeliği planlı olanların %20.7'sinde depresyon, %28.8'inde anksiyete belirtileri görülürken, plansız olanlarda bu oran sırasıyla %21.6 ve %42.3 bulunmuştur. İstemsiz

gebe kalanlarda depresyon belirtilerinin görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Yücel, Çayır & Yücel, 2013). Gözüyeşil ve arkadaşları çalışmalarında isteyerek gebe kalma ve depresyon puan ortalamalarını karşılaştırmış ve isteyerek gebe kalanların puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır (Gözüyeşil vd.,2003).

İkinci trimester, fizyolojik değişikliklere ilaveten anatomik değişikliklerin daha belirginleştiği ve kadın vücudunun gebe kadın görünümünü kazandığı bir dönemdir (Gündoğdu, 2013, s. 7). Bu trimesterde kendini iyi hissetmeye başlayan kadının bulantıları azalmış ya da geçmiştir, gücü yavaş yavaş artmış ve olumlu duygular hissedilen, psikolojik adaptasyonun daha fazla olduğu bir dönemdir (Taşkın, 2003; Gündoğdu, 2013; Üst, 2012). Aynı zamanda kadınların kendini fiziksel olarak en rahat hissettikleri dönemdir. Bu trimesterde anne fetüs hareketlerini hissetmeye başlar. Bunun sonucu olarak anne adayı içinde canlı olduğunu hisseder ve ilgisi kendi içine yönelir. Bu dönemde ambivalan duygular kaybolur ve gebelik durumu daha fazla benimsenir. Ancak bazen şaşırtıcı davranışlar da olabilir. Örn; ani kızgınlık, huzursuzluk, aşırı duyarlılık ya da alınganlık, büyük mutluluk, beden görünümünün değişmesine bağlı utanma ya da gurur, pasiflik, kendini beğenme gibi duygularda ani ve nedensiz değişimler görülebilir (Taşkın, 2003; Akbaş, 2006; Gündoğdu, 2013). Bu trimesterde birçok kadın bebeğini korumak için yeterliliğe sahip olmadığı hakkında endişeler yaşamaya başlayabilir (Serçekuş, 2005, s. 7) ve annelik ile bebeği hakkında bilgileri öğrenmeye isteklidir (Taşkın, 2003; Üst, 2012).

Gebeliğin son döneminde anne adayı doğuma yönelik eksiklerini tamamlamaya çalışır. Fiziksel olarak kadının vücudunun irileşmesinden dolayı daha çabuk yorulur, beden yapısına uyum sağlamakta zorlanabilir ve rahatsızlık hisseden anne gebelikten sıkıntı duymaya başlar. Son ayda gebe ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları tekrar yaşamaya başlar (Üst, 2012, s. 9; Taşkın, 2003). Doğuma psikolojik olarak hazırlanma gereksinimi vardır. Doğum ve bebeğin sağlık durumu ile ilgili korku ve kaygılarına yaşamaktadır (Kuğu & Akyüz, 2001). Kadınların birçoğu doğum zamanının belli olmaması nedeniyle doğum için hastaneye vaktinde yetişemeyeceğinden ve doğum eyleminin seyrine yönelik korku yaşamaktadırlar. Doğum zamanında olacak mı, doğumun nasıl olacağı, nerede olacağı, doğumun şekli, doğum ağrısıyla baş edemeyeceğini düşünme, doğumda kendini kaybetme ve duygusal kontrol kaybı yaşama endişesi, bebeğin sağlıklı olup olmayacağı, doğumda kendisine ve bebeğine zarar geleceği yönündeki endişeleri annede stres ve anksiyeteye neden olur. Ayrıca iyi bir anne olma ile ilgili düşünceleri ve çevresinin bu konuda kendisinden beklentilerini karşılayamama endişesi de gebenin anksiyetesini artırır. Kadınlar duygusal ve fiziksel açıdan eşinden ve yakınlarından destek almak isterler. Eşinin gebelik ve bebekle ilgili hissettiklerini bilmek isterler. Bebeğin eş ve aile tarafından heyecanla beklenmesi büyük öneme sahiptir (Taşkın, 2003; Günay, 2013; Akbaş, 2006; Gündoğdu, 2013; Üst, 2012). İlk trimesterde istenmeyen gebelikler,

3. trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetüsün sağlığı ile ilgili kuşku nedeniyle anksiyete ve depresyon yaşanabilir (Akbaş, 2006).

Demirci'nin üçüncü trimesterde ve ilk kez anne olacak kadınlarla yaptığı çalışmada %79.2'sinin bebeği ile ilgili hayaller kurduğu, %60.4'ünün doğumda bebeğinin ölmesinden korktuğu ve 45.3'ünün doğumda ölmekten korktuğunu ifade ettiklerini saptamıştır (Demirci, 1996).

2.3.3. Doğum Eylemi ve Endişe

Kadınların doğum eylemi sürecini bilmemeleri ve yaşadıklarını tam olarak algılayamamalarına bağlı endişe, anksiyete ve korku yaşamaktadırlar (Üst, 2012; Köse, 2012). İlk kez anne olan kadınlar doğum eylemin nasıl olacağını düşünürken, multipar annelerde daha önce yaşadıkları deneyimler nedeniyle yeni bir doğumun ne getireceğini düşünebilirler (Taşkın, 2003).

Doğumun sancılı, kanamalı, zor ve tehlikeli bir durum olarak algılanması nedeniyle anne adayları son üç ayında doğum eylemine odaklandığı için stres düzeyi artmaktadır (Mete, 2013). Doğum eyleminde sancı, beden kontrolünü kaybetme, fiziksel yaralanma ve alışık olmadığı durumlarla karşılaşma nedeniyle anksiyeteleri artabilir (Kitapçioğlu vd., 2008). Doğum esnasında oluşabilecek bazı risklerin bebeğe zarar verebileceği olasılığı anneleri kaygılandırır ve strese sokar (Yanikkerem, Sevil & Yüksel 2008; Taşkiran, 2009). Yaşanılan anksiyete, depresyon ve duygusal sıkıntının annede gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, erken doğuma neden olduğu, bebek sağlığını olumsuz yönde etkilediği, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (Mc Elderry, 2001; Şahin & Kılıçarslan, 2010). Ayrıca anksiyete ile uzamış ya da hızlı doğum eylemi, kanama, fetal stres riskleri artmaktadır. Bu nedenlerden dolayı eylemde annenin desteklenerek anksiyete düzeyinin azaltılması önemlidir (Üst vd., 2013).

Doğum eylemi her kadının yaşamında özel bir deneyim olmakla birlikte korku ve endişe yaratan bir durum olarak algılanmaktadır. Doğum algısı çevresel, bilişsel, dinsel, kültürel ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Kadınların ağrıyı algılamaları ve ağrıya yanıtları kişiye göre değişmektedir. Her gebe bireysel olarak değerlendirilmeli ve doğum eylemi hakkında duygu, düşünce ve kaygılarını anlatması, ihtiyacına yönelik bilgi verilmelidir (Üst, 2012; Avcıbay, 2009; Ertem & Sevil, 2005).

2.3.4. Postpartum Dönem ve Endişe

Postpartum dönem doğumdan sonra 6 haftalık süreyi kapsar ve gebelik sırasında kadının vücudunda meydana gelen değişikliklerin, gebelik öncesi halini alması durumudur (Üst, 2012; Taşkın, 2003; Şeker, 2006).

Postpartum dönem anne, bebeği, ailesi açısından fiziksel, emosyonel ve sosyal düzeyde kritik bir geçiş dönemidir. Bu dönem annede meydana gelen fizyolojik değişikliklerle beraber, anneliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği, aileye yeni bir bireyin katılması ile birlikte yaşam tarzının ve aile yapısının yeniden düzenlendiği zor bir süreçtir (Üst, 2012; şeker, 2006; Erdem, 2009).

Postpartum birinci günde doğum sürecinde yorulan anne pasiftir, uyku ve dinlenmeye ihtiyacı vardır, başkalarına bağımlılık hisseder. Anne doğuma yönelik konuşmak ister. Kendine dönük, dikkatli ve alıcı pozisyonundadır. Anne postpartum ikinci günden sonra sürece uyum sağlamaya başlamış ve ilgisi bebeğine yönelmiştir. Bebeğine sütünün yetmeyeceği, yeterince iyi bakamayacağına yönelik endişeleri olur. Bu dönemde verici konumunda olan anne bebeğine yeterli olduğu konusunda güven duymak ister (Taşkın, 2003; şeker, 2006).

Bu dönemde; annelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamak, kadının annelik rollerini öğrenmek, bebeğine bakım vermek ve iletişim kurmak, bebeğinin sorunlarına çözüm bulmak gibi sorumlulukları vardır. Bu duruma uyum sağlayamayan kadınlarda duygusal sorunlar görülebilmektedir (Beydağ, 2007). Bu dönemde anne ve bebeğe yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinin verilmemesi, fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlarla karşılaşmasına ve stres kaynağı olmasına neden olmaktadır (Türkyılmaz, 2014).

2.3.5. Endişenin Giderilmesinde Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Kadının hayatında önemli bir yeri olan gebelik biyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı, birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu, aynı zamanda kaygı ve stres oluşturabilecek bir dönemdir (Vırit, Akbaş, Savaş, Sertbaş & Kandemir, 2008; Günay, 2013; şahin vd., 2009). Bu dönemde anne ve baba adayları sevinç ve heyecanın yanı sıra kaygı, korku ve yoğun bir sorumluluk duygusu yaşamaktadırlar (şeker, 2006). Gebelik döneminde her trimestere özgü farklı psikolojik kaygı ve beklentiler yaşanmaktadır. Doğumun yakın olması nedeniyle özellikle son trimesterde doğum eylemine, bebeğin sağlığına yönelik kaygı duyma, kadının kendini kısıtlanmış hissetmesine bağlı endişe düzeyinde artış, duygusal dalgalanmaların yaşanması nedeniyle gebelerin desteklenmesi çok önemlidir (Çankaya vd., 2014). Gebe kadın için en önemli destekleyiciler eşi ve yakın akrabaları olduğu gibi hastanede gebeyi destekleyecek en yakın kişi sağlık profesyonelleridir (Tekin, 2009). Bu nedenle sağlık profesyonelleri, gebenin duygu ve düşüncelerini dile getirmesi için cesaretlendirilmeli, kadın için gebeliğin ne anlam ifade ettiği ve hangi konuda yardıma, desteklenmeye ihtiyacı olduğunu bilmelidir (Çankaya vd., 2014). Özellikle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki bir kadını izliyorsa, onun içinde bulunduğu dönemle uyumunu gözden geçirmeli ve endişeleri varsa gidermelidir.

Endişesi olan bir kadına bakım verirken;

-Kadına sakın bir biçimde yaklaşılmalı ve endişesinin düzeyi belirlenmeli.

-Kendini rahat bir biçimde ifade etmesi sağlanmalı.

-Çevresel uyaranlar azaltılmalı.

-Açık, kısa ve anlaşılır ifadeler kullanılmalı.

-Endişeye neden olan etkenler birlikte araştırılıp, risk faktörleri kontrol altına alınmalı.

-Kullandığı başetme yöntemleri tartışılmalı ve bu yöntemlerden uygun olmayanları bırakması için desteklenmeli.

-Kendi farkındalığını artırmaya yardım edilmeli.

-Kendine yardım becerileri öğretilmelidir (Üst, 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan gebe kadınlar ile en az bir kez doğum yapmış şu an gebe olmayan kadınlarda uykunun doğum ve doğum sonrası döneme yönelik endişe ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 16 Kasım 2014 – 31 Ağustos 2015 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yürütülmüştür.

3.2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Çalışmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği bölümünün yatak kapasitesi 146'dır.

İlgili hastanenin polikliniklerine günlük başvuru sayısı yaklaşık 600-700, günlük doğum sayısı yaklaşık 20-25 arasındadır. Yıllık normal doğum sayısı 4700'dür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebe kadınlar ile en az bir kez doğum yapmış şu an gebe olmayan kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi evrende açıklanan grup içinden çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar ile en az bir kez doğum yapmış şu an gebe olmayan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem hesabında uyku ile endişe arasındaki ilişkinin orta düzeyde ($r=0.5$) olacağı öngörüsü ile $\alpha=0.05$ hata payı, güç= 0.80 olacak şekilde çalışma grubunu gebeliğin üçüncü trimesterinde olan 200 gebe kadın, kontrol grubunu ise gebe olmayan 200 kadın olmak üzere 400 kişi oluşturmuştur.

3.3.3. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan ve vajinal doğum yapmış ya da yapmayı planlayan kadınlar,
- En az bir kez doğum yapmış şu an gebe olmayan kadınlar,
- Gebenin eylem, prematür eylem, preeklemsi, gebelikte diabetes mellitus veya aşikar diabetes mellitus tanıları almamış olması,
- Gebelikte rutin uygulanan multivitamin ve demir ilacı dışında herhangi bir ilaç almıyor olması,
- Gebelik öncesi cushing, troid hastalığı (hipo-hipertroidi) tanısı veya bir endokrin tanısı almamış olması,
- Kadınların 18 yaşından büyük olması.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında çalışmanın amacına uygun olarak kullanılan sorgulama formları;

- Sosyo - Demografik ve Obstetrik Özellikleri Değerlendirme Soru Formu,
- Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi,
- Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği.

3.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden faydalanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu; sosyodemografik ve obstetrik özellikleri (yaş, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, gebelik öyküsü vb.) içeren gebe kadınlarda 31, gebe olmayan kadınlarda ise 28 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK-1) (Taşkiran, 2009; Üst, 2012).

3.4.1.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları tarafından iyi ve kötü uykuyu tanımlaması amacıyla 1988 yılında geliştirilmiştir (Buyse vd., 1988). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir (Ağargün vd., 1996). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,665 olarak hesaplanmıştır.

PUKİ, geçen bir aydaki uyku kalitesini belirleyen, 19 adet kendini değerlendirme, 5 adet yatak veya oda arkadaşı tarafından değerlendirilen, toplam 24 maddeden ve 7 alt bileşenden oluşan bir ölçektir. 19. soru bir oda arkadaşı ya da eşin olması durumunu sorgulamakta ve ölçeğin puanlamasında dikkate alınmamaktadır. Son 5 madde sadece klinik bilgi için kullanılmakta, ölçek skoruna eklenmemektedir. PUKİ alt bileşenleri; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu içermektedir (Buyse vd., 1988).

18 sorunun her biri belirti sıklığına göre, 0 ile 3 arasında değişen aralıkta puanlanmaktadır.

Bileşen 1’de öznel uyku kalitesinin değerlendirmesi aşağıdaki şekilde puanlanmaktadır;

Çok iyi	0 puan
Oldukça iyi	1 puan
Oldukça kötü	2 puan
Çok kötü	3 puan

Bileşen; 2,3,4,5,6,7 aşağıdaki şekilde puanlanmaktadır;

Geçen ay boyunca hiç olmamış	0 puan
Haftada birden az	1 puan
Haftada bir veya iki kez	2 puan
Haftada üç veya daha fazla	3 puan

Bileşenlerin puanları toplanarak, 0-21 arasında değişen Global Pittsburg Uyku Kalitesi indeksi (Global PSQİ) toplam puanı elde edilir. Toplam global puanı 5’in altında olanlar iyi uyku kalitesi, 5 ve üzerinde olanlar ise kötü uyku kalitesine sahip olarak değerlendirilir (Taşkiran, 2009; Ağargün vd., 1996; Özkan, 2012; Bingöl, 2006) (Bkz. EK-2).

3.4.1.3. Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği (DDSEÖ)

Türk toplumu için Kitapçioğlu ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir.

Ölçek, kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde yaşadıkları endişeleri belirleyebilecek türde 61 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tiptedir.

Her bir ifade için en az 1, en fazla 5 puan verilmiştir. "Hiç katılmıyorum" 1 puan, "Katılmıyorum" 2 puan, "Kararsızım" 3 puan, "Katılıyorum" 4 puan, "TamamenKatılıyorum" 5 puan değerindedir. Katılımcılardan her bir ifade için bu seçeneklerden birini işaretlemeleri istenmektedir. İlgili ölçek 10 alt boyuttan oluşmaktadır.

1. Bebeğe İlişkin Endişeler; 10 ifadeden,
2. Doğum Eylemine İlişkin Endişeler; 13 ifadeden,
3. Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler; 5 ifadeden,
4. Doğum Sonrası Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi; 7 ifadeden,
5. Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler; 4 ifadeden,
6. Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler; 8 ifadeden,
7. Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi; 5 ifadeden,
8. Travay Öncesi Endişeler; 3 ifadeden,
9. Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler; 4 ifadeden,
10. Sezaryen Olma Endişesi; 2 ifadeden oluşmaktadır.

Ölçeği oluşturan faktörlere ait puanlar hesaplanmış, elde edilen puanlar toplanarak ortalamaları alınmış ve ortalama ölçek puanı elde edilmiştir. Faktörlerin her birine ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilirliği için standardizasyon uygulanmıştır.

Bu amaçla, faktörden elde edilen toplam ham puan, o faktörden alınabilecek en yüksek puana bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 arasında değişmektedir. Alt boyutların puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, alt boyut sayısına bölünüp, aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır.

Standardizasyon sonrası puanlar;

0.00-2.00: Çok düşük

2.01-4.00: Düşük

4.01-6.00: Orta

6.01-8.00: Yüksek

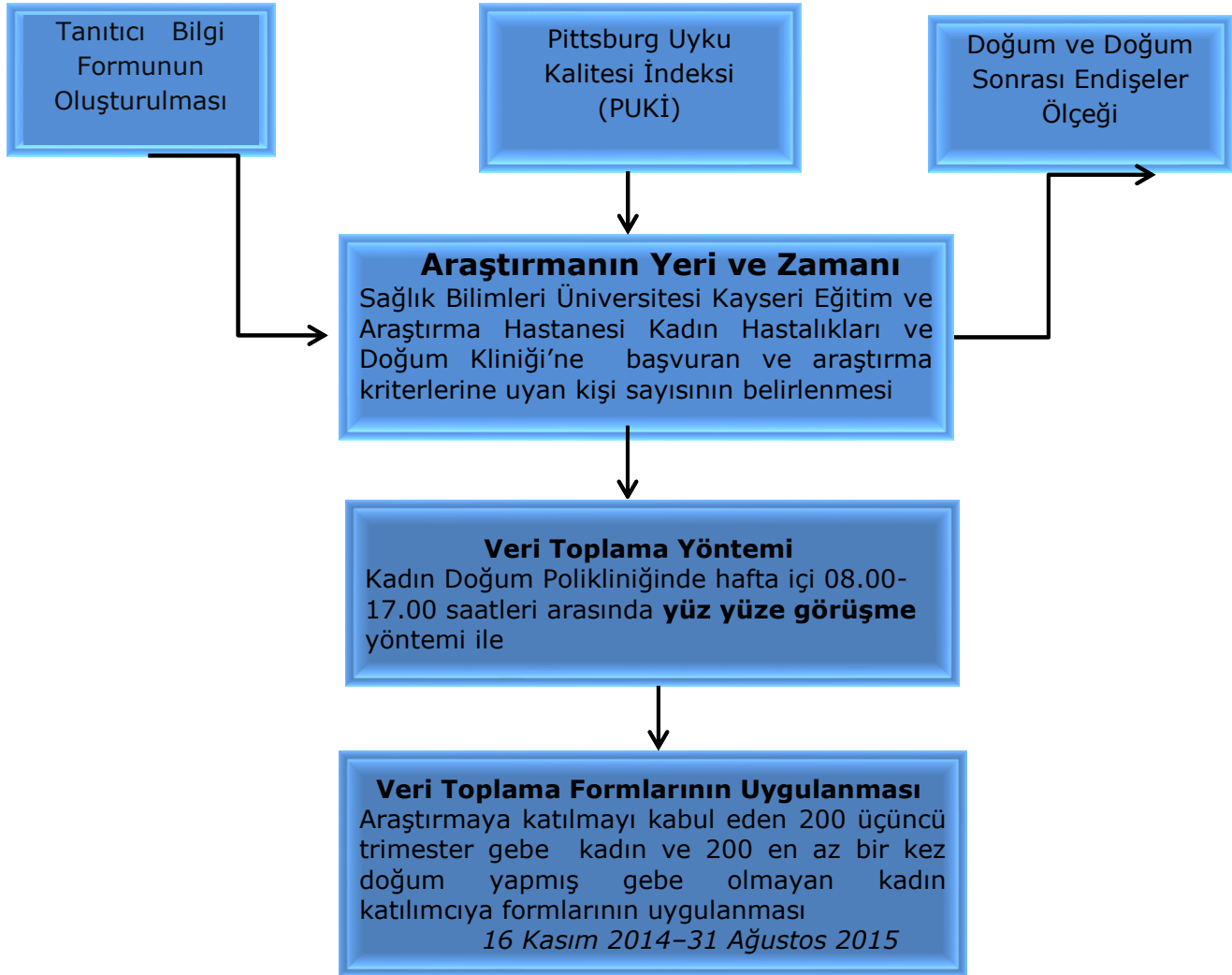
8.01-10.00: Çok yüksek

olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10, en düşük puan 0'dır. Ölçekte ters puanlanan ifadeler bulunmamaktadır. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.955 olarak hesaplanmıştır (Kitapçioğlu vd., 2008; Üst, 2012) (Bkz. EK-3). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,843 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanma Şekli

Veri toplama formları uygulanmadan önce kadınlara çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alındı. Veriler, araştırma süresi boyunca her gün hastaneye gidilerek,

muayene için bekleyen kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Her bir katılımcı ile görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Araştırmanın veri toplama akış şeması Şekil 3.1’de belirtilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Veri Toplama Akış Şeması

3.6. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Analizler için Ki-kare testi (χ^2), Fisher'in Kesin Ki-kare testi, Student t testi, Tek Yönlü Varyans analizi (F), Mann-Whitney U testi (z) ve Spearman Korelasyon Analizi (r) kullanılmıştır. Ölçüsel verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Onay tarihi ve Kodu: 2014/02) (Bkz. Ek-7).

Yasal izin ise; araştırmanın yapıldığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu'ndan alınmıştır (Bkz. Ek-8).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Katılımcıların veri toplama formlarının (1 anket ve 2 ölçek) cevaplama süresini uzun bulması (15-20 dk.), muayene sırası gelen kadınların anketi yarıda bırakması,
- Katılımcıların endişe ölçeğindeki soruları sıkıcı ve stres artırıcı bulmalarından dolayı yarıda bırakmak istemesi,
- Bekleme salonunun ya da nst odalarının dolu olması nedeniyle uygun ortamın oluşturulması ve araştırmacının çalışmayı yürütmesi açısından zorluk yaşaması.

4. BULGULAR

Çalışmamızın bulguları 3 bölümde incelenmiştir;

• **Birinci bölümde;** Çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (Tablo 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3),

• **İkinci bölümde;** Gebe olan ve gebe olmayan kadınların PUKİ ölçek puanlarının bazı parametrelerle ilişkisinin belirlenmesine ilişkin bulgular (Tablo 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5, 4.2.6),

• **Üçüncü bölümde;** Gebe olan ve olmayan kadınların DDSEÖ puanlarının bazı parametrelerle ve PUKİ ölçeği ile ilişkisinin belirlenmesine yönelik bulgular (Tablo 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4, 4.3.5, 4.3.6) yer almaktadır.

I. Bölüm

Bu bölümde; çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, gelir durumu, aile tipi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Gebeler		Gebe Olmayanlar	
		n	%	n	%
Yaş Grubu	20 ve altı	50	25.0	13	6.5
	21-24	54	27.0	32	16.0
	25-29	43	26.5	64	32.0
	30 ve üzeri	53	21.5	91	45.5
Öğrenim Durumu	İlkokul	64	32.0	59	29.5
	Ortaokul	62	31.0	39	19.5
	Lise	58	29.0	59	29.5
	Üniversite	16	8.0	43	21.5
Mesleği	Ev Hanımı	174	87.0	134	67.0
	Memur	10	5.0	36	18.0
	İşçi	11	5.5	23	1.5
	Öğrenci	2	1.0	2	1.0
	Serbest	3	1.5	5	2.5
Eşinin Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	2	1.0	1	0.5
		0	0.0	1	0.5
	Okur-yazar	58	29.0	39	19.8
	İlkokul	50	25.0	36	18.3
	Ortaokul	64	32.0	62	31.5
	Lise	26	13.0	58	29.4
Eşinin Mesleği	İşsiz	6	3.0	0	0.0
	Memur	15	7.5	48	24.4
	İşçi	120	60.0	116	58.9
	Emekli	0	0.0	2	1.0
	Serbest	57	28.5	31	15.7
	Diğer	2	1.0	0	0.0
Sosyal Güvence	Bağkur	14	7.0	22	11.0
	Sgk	145	72.5	134	67.0
	Yeşil Kart	19	9.5	9	4.5
	Emekli Sandığı	12	6.0	31	15.5
	Özel Sigorta	2	1.0	1	0.5
	Yok	8	4.0	3	1.5

Tablo 4.1.1'in Devamı

Aile Durumu	600-1000	94	47.0	79	39.5
	1000-2500	90	45.0	80	40.0
	2500-5000	10	5.0	32	16.0
	5000-↑	6	3.0	9	4.5
Aile Gelir Durumu Tanımlama	Çok kötü	10	5.0	1	0.5
	Kötü	20	10.0	39	19.5
	Orta	100	50.0	97	48.5
	İyi	69	34.5	58	29.0
	Çok İyi	1	0.5	5	2.5
Aile Tipi	Çekirdek	163	81.5	158	79.0
	Geniş	37	18.5	36	18.0
	Parçalanmış	0	0	6	3.0

Tablo 4.1.1'de çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin dağılımı verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan gebe kadınların %32'sinin (n=64) ilkokul mezunu, %87'sinin (n=174) ev hanımı, gebe olmayan kadınların %29.5'inin (n=59) ilkokul mezunu, %67'sinin (n=134) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Gebe kadınların eşlerinin %29'unun (n=58) ilkokul mezunu, %60'ının (n=120) işçi, gebe olmayan kadınların eşlerinin %31.5'inin (n=62) lise mezunu, %58.9'unun (n=116) işçi olduğu saptanmıştır. Gebe kadınların %72.5'inin (n=145) sosyal güvencelerinin sgk, %47'sinin (n=94) aylık gelir durumunun 600-1000 TL, %50'sinin (n=100) aylık gelir durumunu tanımlaması orta, gebe olmayan kadınların %67'sinin (n=134) sosyal güvencelerinin sgk, %40'ının (n=80) aylık gelir durumunun 1000-2500 TL, %48.5'inin (n=97) ailenin aylık gelir durumunu tanımlaması orta olarak belirlenmiştir. Aile tipi incelendiğinde gebe kadınların %81.5'inin (n=163), gebe olmayan kadınların %79'unun (n=158) çekirdek aile olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Gebelerin Bazı Obstetrik Özellikleri

Obstetrik özellikler	N=200	%
Gebelik sayısı		
1	89	44.5
2	41	20.5
3	29	14.5
4 ve üzeri	41	20.5
Düşük sayısı		
0	152	76.0
1	38	19.0
2 ve üzeri	10	5.0
Küretaj sayısı		
0	177	88.5
1	19	9.5
2 ve üzeri	4	2.0
Ölü doğum sayısı		
0	189	94.5
1	8	4.0
2 ve üzeri	3	1.5
Canlı doğum sayısı		
0	106	53.0
1	44	22.0
2	36	18.0
3 ve üzeri	14	7.0

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; %44.5’inin (n=89) ilk gebeliği olduğu, %19’unun (n=38) bir kere düşük, %9.5’inin (n=19) küretaj, %4’ünün (n=8) ölü doğum öyküsüne sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Gebe Olmayan Kadınların Bazı Obstetrik Özellikleri

Obstetrik özellikler	N=200	%
Düşük sayısı		
0	146	73.0
1	47	23.5
2 ve üzeri	7	3.5
Küretaj sayısı		
0	180	90.0
1	19	9.5
2 ve üzeri	1	0.5
Ölü doğum sayısı		
0	187	93.5
1	12	6.0
2 ve üzeri	1	0.5
Canlı doğum sayısı		
1	82	41.0
2	79	39.5
3	32	16.0
4 ve üzeri	7	3.5
Toplam	200	100.0

Tablo 4.1.3'te araştırmaya katılan gebe olmayan kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bazı verilerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde %23.5'inin (n=47) bir kere düşük, %9.5'inin (n=19) küretaj, %6.0'ının (n=12) ölü doğum öyküsüne sahip olduğu saptanmıştır.

II. Bölüm

Bu bölümde; araştırmaya katılan kadınların PUKİ ölçek puanlarının bazı parametrelerle ilişkisinin belirlenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. PUKİ Ölçek Puanının Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı

Puki Toplam	Gebe Kadınlar Ort±SS	Gebe Olmayan Kadınlar Ort±SS	P
	7.55 ± 4.08	5.50 ± 3.68	<0.001

Tablo 4.2.1’de puki ölçeğinde gebeler ve gebe olmayan kadınların puan ortalaması incelendiğinde ortalama değerine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001).

Gebe kadınların gebe olmayan kadınlara göre toplam puanı daha yüksek bulunmuştur bu da gebe kadınların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2.2. İyi ve Kötü Uyku Kalitesinin Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı

Çalışma grubu	Uyku kalitesi			Test değeri χ^2 ;p
	Kötü n (%)*	İyi n (%)*	Toplam n (%)**	
Gebe Kadınlar	146(73.0)	54 (27.0)	200 (50.0)	28.167;0.001
Gebe Olmayan Kadınlar	94 (47.0)	106 (53.0)	200 (50.0)	
Toplam	240 (60.0)	160 (40.0)	400 (100.0)	

*:Satır toplamına, **:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.2’de gebe kadınların %73’ünün (n=146), gebe olmayan kadınların ise %47’sinin (n=94) uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada gebe kadınların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir (p<0.001).

Tablo 4.2.3. PUKİ Ölçek Bileşenlerinin Araştırmaya Katılan Kadınlara Göre Dağılımı

PUKİ Ölçek Bileşenleri	PUKİ Ölçek Puanı		Test değeri z; p
	Gebe Olan (n=200) Median (min-max)	Gebe Olmayan (n=200) Median (min-max)	
Öznel uyku kalitesi	1.0 (0.0-3.0)	1.0 (0.0-3.0)	3.453; 0.001
Uyku latensi	2.0 (0.0-6.0)	1.0 (0.0-5.0)	5.717; <0.001
Uyku süresi	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.010; 0.992
Sürekli uyku etkinliği	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.122; 0.903
Uyku bozuklukları	2.0 (1.0-3.0)	1.0 (0.0-3.0)	7.767; <0.001
Uyku ilacı kullanımı	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	1.295; 0.195
Gündüz iş görememe	5.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	1.751; 0.080
Toplam	7.0 (1.0-18.0)	4.0 (0.0-16.0)	5.352; <0.001

Tablo 4.2.3’de gebe kadınların PUKİ ölçek toplam puan ortalamasının ve öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozuklukları bileşenlerinden ve toplamda aldıkları puan ortalamasının gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (her bir bileşen için; $p<0.05$).

Uyku süresi, sürekli uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı ve gündüz iş görememe bileşenlerinden alınan puan ortalamaları açısından ise gebe kadınlar ile gebe olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (her bir bileşen için; $p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Gebelerin PUKİ Ölçek Bileşen Puan Ortalamaları

PUKİ Ölçek Bileşenleri	PUKİ Ölçek Puanı		Test değeri z; p
	Nullipar (n=106) Median (min-max)	Multipar (n=94) Median (min-max)	
Öznel uyku kalitesi	1.0 (0.0-3.0)	1.0 (0.0-3.0)	0.888; 0.375
Uyku latensi	2.0 (0.0-6.0)	2.0 (0.0-5.0)	1.077; 0.282
Uyku süresi	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.357; 0.721
Sürekli uyku etkinliği	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.850; 0.395
Uyku bozuklukları	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	0.746; 0.456
Uyku ilacı kullanımı	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.122; 0.903
Gündüz iş görememe	1.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.606; 0.545
Toplam	7.0 (1.0-18.0)	7.0 (1.0-18.0)	0.414; 0.679

Tablo 4.2.4’de nullipar ile multipar gebeler arasında PUKİ ölçek bileşenleri ve toplam puanlar açısından bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 4.2.5. Gebelerde İyi ve Kötü Uyku Kalitesine Sahip Olanların Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Alışkanlıklara Göre Dağılımı

Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Alışkanlıklar	Uyku kalitesi			
	Kötü n (%)*	İyi n (%)*	Toplam n (%)*	Test değeri χ^2 ;p
Kahve Tüketimi				
Yok	109 (74.7)	38 (70.4)	147 (73.5)	0.184; 0.668
Var	37 (25.3)	16 (29.6)	53 (26.5)	
Çay tüketimi (bardak/gün)				
Hiç içmiyor	15 (10.3)	5 (9.3)	20 (10.0)	4.347; 0.116
1-2	63 (43.2)	32 (59.3)	95 (47.5)	
3 ve daha fazla	68 (46.5)	17 (31.4)	85 (42.5)	
Sigara içme				
Evet	19 (13.0)	2 (3.7)	21 (10.5)	2.713; 0.1
Hayır	127 (87.0)	52 (96.3)	178 (89.5)	
Düzenli egzersiz				
Evet	41 (28.1)	14 (25.9)	55 (27.5)	0.016; 0.901
Hayır	105 (71.9)	40 (74.1)	145 (72.5)	

*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.5’de araştırmaya katılan gebelerin günlük kahve tüketimi, günlük çay tüketimi, sigara içme durumu, düzenli egzersiz

yapma durumu ile PUKİ ölçeğinden aldıkları puan arasında bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.6. Gebelerde İyi ve Kötü Uyku Kalitesine Sahip Olanların Gebelikte Sık Yaşanan Sorunlara Göre Dağılımı

Gebelikte sıklıkla yaşanan bazı sorunlar	Uyku kalitesi			Test değeri χ^2 ;p
	Kötü n (%)*	İyi n (%)*	Toplam n (%)*	
Sık İdrar Çıkma				
Yok	38 (26.0)	20 (37.0)	58 (29.0)	0.817; 0.178
Var	108(74.0)	34 (63.0)	142 (71.0)	
Sırt ağrısı				
Yok	46 (31.5)	21 (38.9)	67 (33.5)	0.661; 0.416
Var	100(68.5)	33 (61.1)	133 (66.5)	
Bacak krampları				
Yok	55 (37.7)	20 (37.0)	75 (37.5)	0 ; 0.934
Var	91 (62.3)	34 (63.0)	125 (62.5)	
Huzursuz Bacak Sendromu				
Yok	118(80.8)	47 (87.0)	165 (82.5)	0.668; 0.414
Var	28 (19.2)	7 (13.0)	35 (17.5)	
Abdominal rahatsızlıklar				
Yok	89 (61.0)	36 (66.7)	125 (62.5)	0.331;0.565
Var	57 (39.0)	18 (33.3)	75 (37.5)	
Gerginlik				
Yok	76 (52.1)	32 (59.3)	108 (54.0)	0.559;0.455
Var	70 (47.9)	22 (40.7)	92 (46.0)	

*:Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.6’da gebelikte sık yaşanan sorunlara göre uyku kalitesi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

III. Bölüm

Bu bölümde; araştırmaya katılan kadınların DDSEÖ puanlarının bazı parametrelerle ve PUKİ ölçeği ile ilişkisinin belirlenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Gebelerin DDSEÖ Puanları

Gebeler	N	DDSEÖ Puanı	
		X±Sd	Test değeri t;p
Nullipar	106	5.43±1.24	2.365; 0.019
Multipar	94	5.36±1.30	
Toplam	200	5.39±1.27	

Tablo 4.3.1’de nullipar gebelerin DDSEÖ puanları, multipar gebelere göre daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.3.2. Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DDSE Ölçeği alt boyutları	DDSE Ölçek Puanı		Test değeri t; p
	Nullipar (n=106) X±Sd	Multipar (n=94) X±Sd	
Bebeğe İlişkin Endişeler	5.24±1.72	5.20±1.82	0.160; 0.873
Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	5.91±1.67	6.09±1.76	0.727; 0.468
Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	5.46±1.94	5.89±2.17	1.461; 0.146
Doğum Sonrası Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	4.84±1.80	5.00±1.93	0.614; 0.540
Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	4.75±1.84	4.68±1.87	0.245; 0.807
Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	4.67±1.44	4.60±1.84	0.332; 0.740
Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	5.64±1.74	5.46±1.62	0.745; 0.457
Travay Öncesi Endişeler	6.33±2.27	6.21±2.33	0.351; 0.726
Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	4.89±1.77	4.93±1.59	0.162; 0.871

Tablo 4.3.2'nin Devamı

Sezaryen Olma Endişesi	5.86±2.42	6.27±2.26	1.227; 0.221
Toplam	5.36±1.30	5.43±1.24	0.414; 0.679

Tablo 4.3.2'de nullipar ve multipar gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalaması açısından fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3. Gebelerin DDSEÖ Puan Ortalamalarının Gebelikleri Süresince Sık Yaşadıkları Bazı Sorunlara Göre Dağılımı

Gebelikte yaşanan sorunlar	sık bazı	n	DDSE Ölçek Puanı X±Sd	Test değeri t; p
Sırt ağrısı				
Yok	67	5.14±1.27	2.046; 0.046	
Var	133	5.52±1.25		
Huzursuz Bacak Sendromu				
Yok	165	5.37±1.28	0.513; 0.608	
Var	35	5.49±1.23		
Sık idrara çıkma				
Yok	58	5.33±1.29	0.468; 0.640	
Var	142	5.42±1.26		
Bacak krampları				
Yok	75	5.10±1.33	2.554; 0.011	
Var	125	125±5.57		
Abdominal rahatsızlıklar				
Yok	125	5.30±1.29	1.363; 0.174	
Var	75	5.55±1.21		
Gerginlik				
Yok	108	5.36±1.28	0.371; 0.711	
Var	92	5.43±1.26		
Toplam	200	5.39±1.27		

Tablo 4.3.3'de gebeliği sırasında sırt ağrısı ve bacak krampları olanların DDSEÖ puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (her biri için; $p<0.05$). Fakat huzursuz bacak sendromu, sık idrara çıkma ve abdominal rahatsızlıkları olan ve olmayan gebeler arasında DDSEÖ puan ortalamaları açısından bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların DDSEÖ Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DDSE Ölçeği alt boyutları	DDSE Ölçek Puanı		Test değeri t; p
	Gebe Olan (n=200) X±Sd	Gebe Olmayan (n=200) X±Sd	
Bebeğe İlişkin Endişeler	5.21±1.76	5.06±2.21	0.766; 0.444
Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	5.99±1.71	5.17±2.04	4.360; 0.001
Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	5.66±2.06	5.46±2.53	0.868; 0.386
Doğum Sonrası Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	4.92±1.86	4.62±2.14	1.482; 0.139
Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	4.72±1.85	4.92±2.32	0.953; 0.341
Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	4.64±1.46	4.72±1.96	0.500; 0.617
Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	5.55±1.69	5.11±1.90	2.484; 0.013
Travay Öncesi Endişeler	6.27±2.30	5.35±2.51	3.828; 0.001
Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	4.91±1.68	5.08±2.13	0.885; 0.377
Sezaryen Olma Endişesi	6.05±2.35	6.89±2.77	3.251; 0.001
Toplam	5.39±1.27	5.24±1.52	1.107; 0.269

Tablo 4.3.4’de çalışmamızda gebelerin DDSEÖ alt boyutları doğum eylemine ilişkin endişeler, doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi ve travay öncesi endişeler puan ortalamaları gebe olmayan kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (her bir alt boyut için; $p < 0.05$).

Gebe olmayan kadınların sezaryen olma endişesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının gebelerinkinden daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). Bebeğe ilişkin endişeler, doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler, doğum sonrası bebek bakımında yetersiz kalma endişesi, doğum sonrası sosyal yaşama ilişkin endişeler, doğum sonrası bebek ve

loğusa sağlığına ilişkin endişeler, doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler alt boyutlarından ve toplamda alınan puan ortalamaları açısından gebe olan ve gebe olmayan kadınlar arasında bir fark bulunamamıştır (her bir alt boyut için; $p>0.05$).

Tablo 4.3.5. Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Puanların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı

DDSEÖ alt boyutları	Uyku kalitesi		Test değeri t; p
	Kötü (n=146) X±Sd	İyi (n=54) X±Sd	
Bebeğe İlişkin Endişeler	5.29±1.78	5.11±1.72	1.005, 0.316
Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	6.12±1.73	5.65±1.61	1.720; 0.087
Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	5.75±2.05	5.41±2.09	1.056; 0.292
Doğum Sonrası Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	4.93±1.92	4.89±1.71	0.130; 0.897
Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	4.68±1.93	4.80±1.64	0.376; 0.707
Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	4.71±1.50	4.44±1.32	1.141; 0.255
Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	5.61±1.76	5.39±1.46	0.823; 0.411
Travay Öncesi Endişeler	6.32±2.26	6.16±2.41	0.422; 0.674
Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	5.00±1.69	4.65±1.66	1.314; 0.190
Sezaryen Olma Endişesi	6.16±2.34	5.74±2.36	1.134; 0.258
Toplam	5.46±1.28	5.21±1.22	1.211; 0.227

Tablo 4.3.5’de gebelerin DDSEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından iyi uyku ve kötü uyku kalitesine sahip olanlar arasında bir fark bulunamamıştır (her bir alt boyut için; $p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik kadın için yaşadığı önemli bir olay olmasının yanı sıra biyolojik, psikolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı özel bir dönemdir. Kadınlar gebelik ve doğuma yönelik birçok korku ve anksiyete yaşamaktadırlar. Gebelerin yaşadıkları anksiyete trimesterlere göre farklılık göstermekle birlikte üçüncü trimesterde daha da artmaktadır. Son trimesterde artan anksiyete ile birlikte gebede görülen fizyolojik değişiklikler fetüsün büyümesine bağlı diyafragmaya yaptığı bası sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, noktüri, bacak krampları, sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklar gebenin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini bozmaktadır (Taşkiran, 2009; Özkan, 2012; Çoban & Yanikkerem, 2010; Köybaşı, 2013).

Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin tartışılması

5.2. Araştırmaya katılan kadınların PUKİ ölçek puanlarının bazı parametrelerle ilişkisinin belirlenmesine yönelik bulguların tartışılması

5.3. Araştırmaya katılan kadınların DDSEÖ puanlarının bazı parametrelerle ve PUKİ ölçeği ile ilişkisinin belirlenmesine yönelik bulgular

5.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin %27'si 21-24 yaş, %26.5'i 25-29 yaş arasında olup, ortalama 25.40 ± 5.85 yıldır. Gebe olmayan kadınların ise %32'si 25-29 yaş, %45.5'i 30 yaş ve üstü olup, ortalama 28.54 ± 4.75 yıldır (Tablo 4.1.1). Aynı bölgede yapılan çalışmalarda gebelerin yaş ortalaması 18-44 arasında değişmekte olup, ortalama 27.5 ± 5.2 yıl olarak belirlemiştir (Erken, 2016). Akçay yaptığı çalışmasında gebelerin yaş ortalamasını 26.3 ± 5.6 yıl olarak saptamıştır (Akçay, 2012). Yavuz'un çalışmasında gebelerin yaş ortalaması 27.16 ± 5.4 yıldır (Yavuz, 2009). TNSA 2003 verileri incelendiğinde; en yüksek doğurganlık hızının 20-24 yaş grubunda olduğu, TNSA-2008 araştırmasında en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubuna ilerlediği görülmektedir. Bu sonuç, Türkiye'de doğurganlık yaşının ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (TNSA-2013).

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin %32'si gebe olmayan kadınların ise 29.5'i ilkokul mezunu olup **okur-yazarlık oranı** %100'dür (Tablo 4.1.1). Bu ilde yapılan farklı çalışmalarda %37.2 ve 42.7 arasında değişen oranlarda ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Akçay, 2012; Yavuz, 2009). TNSA 2013 verileri incelendiğinde; kadınların okur-yazarlık oranının %88 ve en yüksek eğitim düzeyinin %34.6 oranı ile ilkokul olduğu görülmektedir (TNSA, 2013). TÜİK 2015 verilerine göre kadınların okur-yazarlık oranı %93.7'dir (TÜİK, 2015). Çalışmamız aynı bölgede yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki çalışan gebe kadınların oranı %12, gebe olmayan çalışan kadınların oranı %22'dir (Tablo 4.1.1). Aynı bölgede yapılan çalışmalarda kadınların çalışma oranı %14.7 ve %23.7 olarak belirlenmiştir (Yavuz, 2009; Erken, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ocak 2016 verileri incelendiğinde, kadınların istihdam oranının %27 olduğu ve çalışmamızdaki oranın Türkiye genelinden düşük olduğu görülmektedir (TÜİK, 2016). Ülkemiz ekonomisinde kadınların istihdam oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%32-%31.5) ve okur-yazarlık oranının %99 olduğu bulundu (Tablo 4.1.1). Yavuz'un Kayseri'de yapmış olduğu çalışmada kadınların eşlerinin %36.5'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır (Yavuz, 2009). Erken çalışmasında kadınların eşlerinin %36.2'sinin lise mezunu olduğunu belirlemiştir (Erken, 2016). Demirci çalışmasında kadınların eşlerinin %49.2'sinin ilkokul mezunu, %43'sinin lise ve ortaokul mezunu olduğunu belirlemiştir (Demirci, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre erkeklerin okuma yazma oranı %98.6'dır. Bu durum Kayseri ili için okur-yazarlık oranının benzer

olduğunu düşündürmektedir. Çalışma grubu ile kontrol grubu benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde; gebelerin eşlerinin %60'ının işçi, 28.5'inin serbest mesleklerde çalıştığı, gebe olmayan kadınların eşlerinin 58.9'unun işçi, 24.4'ünün memur olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Aynı ilde yapılan çalışmalarda Yavuz kadınların eşlerinin %13.9'u memur, %46.7'si sigortalı işçi, %19.5'i serbest meslek sahibi olarak çalıştığını saptamıştır (Yavuz, 2009). Demirci ise kadınların eşlerinin %56.8'inin işçi, %22.0'inin serbest meslek-esnaf olarak çalıştığını belirlemiştir (Demirci, 2015). Bu durum eşlerin büyük çoğunluğunun işçi, memur ve serbest olarak çalıştığını göstermektedir.

Çalışma grubu ile kontrol grubunun aile gelir durumu birbirine yakındır. Kişilerin gelir durumu ve algılamaları farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızda kadınların aile gelir durumu incelendiğinde gebelerin %47'si, gebe olmayan kadınları %39.5'i bin TL'nin altında gelirlerinin olduğunu bildirmiştir. Ancak; gebe kadınların %5'i, gebe olmayan kadınların %0.5'i aile gelir durumunu çok kötü olarak ifade etmiştir (Tablo 4.1.1). Kayseri ilinde yapılan çalışmalarda Yavuz gebelerin %32'sinin bin TL'nin altında gelire sahip olduğunu saptamıştır (Yavuz, 2009). Demirci çalışmasında kadınların %29.2'sinin bin TL altında geliri olduğu ve %2.8'i ekonomik durumunu çok kötü olarak ifade ettiğini belirlemiştir (Demirci, 2015). Çalışma bulgumuz aynı ilde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki gebe ve gebe olmayan kadınların kendiliğinden düşük öyküsü, küretaj öyküsü ve ölü doğum öyküsü oranları birbirine yakındır (Tablo 4.1.2, Tablo 4.1.3). Kayseri ilinde yapılan farklı çalışmalarda da bu oranlar benzerlik göstermektedir (Erken, 2016; Akçay, 2012). Türkiye genelinde ise düşük oranı %23, küretaj oranı %24, ölü doğum oranı %3 olarak ifade edilmektedir (TNSA 2013). Çalışma bulgumuz yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

5.2. Araştırmaya Katılan Kadınların PUKİ Ölçek Puanlarının Bazı Parametrelerle İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Uyku bozuklukları yaşamın her evresinde bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve insanların yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir (Pınar vd., 2014; Özkan, 2012; Taşkiran, 2009). Gebelik bir süreç olarak fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik bir olgu olması nedeniyle kadının yaşantısında ve alışkanlıklarında birçok değişikliğe neden olmaktadır. Gebelikte uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmesinde gebelik sürecinin uyku bozukluklarına sebep olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Kadınların uyku kalitesi üzerine yapılan çeşitli çalışmalarda büyük bir kısmının uyku bozuklukları ile karşı karşıya olduğu belirlenmiştir. Uykusuzluk, yorgunluk ve aşırı uyku hali sıklıkla karşılaşılan uyku problemleridir (Köybaşı, 2013; Pınar vd., 2014; Lopes vd., 2004; Çoban & Yanikkerem, 2010; Taşkiran, 2009).

Çalışmamız da gebe olan ve olmayan kadınların puki ölçeği toplam puan ortalaması değerine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.2.1). Uyku kalitesi açısından incelendiğinde ise gebe kadınların uyku kalitelerinin gebe olmayan kadınlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %73'ünde, gebe olmayan kadınların ise %47'sinde uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ko ve arkadaşlarının (2010) gebe ve gebe olmayan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ikinci ve üçüncü trimester gebelerde kötü uyku prevalansını %60, gebe olmayan kadınlarda %48 olarak saptamışlardır (Ko vd., 2010). Wilson ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada üçüncü trimester gebelerin gebe olmayan kadınlara göre uyku kalitelerinin kötü olduğunu ve uykunun dördüncü evresinin daha kısa sürdüğünü saptamışlardır (Wilson, Fung, Walker & Barnes, 2013). Mindell ve arkadaşları (2015) çalışmalarında gebelerin %76'sının kötü uyku kalitesine sahip olduğunu saptamıştır (Mindell, Cook & Nikolovski, 2015). Sharma ve arkadaşları (2014) çalışmalarında üçüncü trimesterdeki gebelerin %97'sinde uyku bozukluğu olduğunu belirlemişlerdir (Sharma & Franco, 2014). Hedman ve arkadaşları (2002) çalışmalarında kadınların gebelikte uyku kalitelerinin bozulduğunu belirtmektedir (Hedman vd., 2002). Taşkiran (2009) gebelerin %86'sının uyku kalitelerinin kötü olduğunu saptamıştır (Taşkiran, 2009). Özkan (2012) gebe kadınların %89.3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğunu belirlemiştir (Özkan, 2012). Pınar ve arkadaşları (2014) çalışmalarında kötü uyku kalitesine sahip gebelerin oranını %39.6 olarak belirlemiş olup bu çalışmada kötü uyku kalitesine sahip olan gebelerin oranının düşük olmasının nedeni çalışma grubunda trimester ayrımı yapılmaması olabilir (Pınar vd., 2014). Köybaşı (2013) çalışmasında gebeliğin III. trimesterinde gebelerin uyku kalitesinin kötü olduğunu ve gebelik trimesteri arttıkça PUKİ puan ortalamalarının da arttığını ve üçüncü trimester puki puan ortalaması 5 puanın üzerinde

(7.11±3.55) bulunmuştur (Köybaşı, 2013). Çoban ve Yanıkkerem'in (2010) yaptıkları çalışmada gebelerin %54'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve toplam PUKİ puan ortalaması 6.38±3.46 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda çalışmada gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı, gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Çoban & Yanıkkerem, 2010). Hung ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada üçüncü trimesterdeki gebelerin uyku prevelansını %66 olarak saptamıştır (Hung, Ko & Chen, 2014). Ölçer ve arkadaşının (2015) çalışmasında gebe kadınların uyku kalitesi bileşenleri ve toplam puan dağılımları incelendiğinde %91.3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Ölçer & Bozkurt, 2015). Çelikköz'ün (2015) çalışmasında gebelerin %68.5'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve üçüncü trimesterdeki gebelerin %77.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (Çelikköz, 2015). Bizim çalışmamızda da literatürle benzeyen bir sonuç elde edilmiştir.

Üçüncü trimesterde vücutta postür sorunları, uykuda pozisyon değiştirmede yaşanan sorunlar, yaklaşan doğum ile ilgili endişenin varlığı, sağlık kuruluşlarına ulaşmada sorun olacağı fikri ve doğumun ızdıraplı olabileceği düşüncesi, bebeğine ve kendisine kötü bir şey olabileceği düşüncesi ile yaşanan endişeler uykusuzluğu etkileyebilir (Pınar vd., 2014; Taşkiran, 2009; Sayiner & Özerdoğan, 2009).

Çalışmamızda puki ölçek bileşenleri incelendiğinde gebe kadınların öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozuklukları bileşenlerinden ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve gebelerin bu bileşenlerde sorun yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.3). Ko ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında gebe kadınların öznel uyku kalitesi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır (Ko vd., 2010). Köybaşı'nın çalışmasında (2010) gebelik öncesi uyku kalitesi, uyku latensi ve bozukluğunun gebeliğin üçüncü trimesterinde daha iyi olduğunu saptamıştır (Köybaşı, 2013). Çoban ve Yanıkkerem'in (2010) çalışmasında gebelerin en yüksek uyku bozukluğu, ikinci sırada ise uyku latensi alt bileşenlerinden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (Çoban & Yanıkkerem, 2010). Pınar ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında gebelerin en yüksek puanı uyku latensi, ikinci sırada öznel uyku kalitesi, üçüncü sırada ise uyku bozukluğu alt bileşenlerinden yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Pınar vd., 2014). Çelikköz'ün (2015) çalışmasında gebelerin gebelik haftası ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku etkinliği, uyku süresi, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve global skor arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Buna göre, gebelik haftası arttıkça uyku süresinin azaldığı, uyku kalitesinin düştüğü, öznel uyku kalitesinin azaldığı, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğunun arttığı saptanmıştır (Çelikköz, 2015). Kantola ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında uykusuzluk belirtileri, bir gecede uykusuz kalma sayısı ve aşırı erken uyanmaların ikinci timestere göre üçüncü trimesterde arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Polo-

Kantola, Aukia, Karlsson, Karlsson, L., Paavonen, 2017). Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda nullipar gebeler ile multipar gebeler arasında uyku kalitesi alt bileşenleri arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.2.4). Yapılan çalışmalar çalışmamızın bulguları ile benzerlik gösterdiği gibi farklılık da gösterebilmektedir. Taşkiran'ın (2009) çalışmasında da gebelik sayısı ile uyku kalitesi alt bileşenleri arasında fark bulunmamıştır. Özkan'ın (2012) çalışmasında doğum sayısının uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Çelikközü'nün (2015) çalışmasında gebelerin gebelik sayısı ile uyku latensi arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ve primiparların uykuya dalmada daha fazla sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur. Lee ve arkadaşları (2007) multiparlarla primiparlar arasında uyku açısından farklar olduğunu, uyku bozukluklarının ilk kez anne olanlarda daha belirgin olduğunu bulmuştur. Signal ve arkadaşları (2007) primiparların multiparlara göre özellikle ikinci trimesterde geceleri daha fazla uyandıklarını saptamıştır. Ölçer ve Bozkurt'un (2015) çalışmasında gündüz işlev bozukluğu bileşeni ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kantola ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında genel uyku kalitesinin multipar gebelerin nulliparlardan daha kötü olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Nullipar ve multipar gebelerin aynı trimesterde olmaları ve gebelikte yaşanan sorunların benzer olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kahve tüketimi, sigara içme durumu ve egzersiz yapmanın kötü uyku kalitesini etkilemediği ancak çay tüketimi artan gebelerin kötü uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.5). Çelikközü'nün (2015) çalışmasında çay tüketimi artan gebelerin kötü uyku kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Köybaşı'nın (2013) yaptığı çalışmada gebelerin çay, kahve tüketimi ve egzersiz yapma durumları ile gebelik öncesi ve gebelik trimesterlerine göre PUKİ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Gebelerin kahve ve sigara tüketimleri uyku kalitesini etkilemezken, gebelik durumu etkilemektedir.

Çalışmamızda gebe kadınların %71.0'ı sık idrara çıkma, %66.5'i sırt ağrısı, %62.5'i bacak krampları şikayetlerini sıklıkla yaşadıklarını belirttiği saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu, sık idrara çıkma, bacak krampları, abdominal rahatsızlık, gerginlik şikayeti olanların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu fakat; gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).

Köybaşı'nın (2013) çalışmasında III. trimesterde görülen reflü, iştahta artma, yorgunluk, sık idrara çıkma, striia, ciltte kaşıntı gibi şikayetleri olan gebelerin PUKİ puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Lopes ve arkadaşlarının (2004) uyku bozuklukları üzerine 300 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin en çok sık idrara çıkma, yorgunluk, pelvik bası, uykusuzluk ve bel ağrısı şikayetlerinden yakındığını saptamıştır.

Özkan (2012) çalışmasında gebelerin sık idrara çıkma %74.7, sırt, bel ve kasık ağrıları %72, bacak ağrıları %70.7'sinin sorunları yaşadığı ve uyku kalitesi ile bacak ağrısı/kramp, sık idrara çıkma ve gerginlik/ruhsal sıkıntı sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Lee ve Caughey (2006) üçüncü trimesterde kadınların %65-80'inin sık idrara çıkma, sırt ağrısı ve bacak krampları rahatsızlıklarını yaşadıklarını saptamıştır. Mindell ve arkadaşları (2015) çalışmalarında uyku rahatsızlıklarında gebelikle ilgili semptomların özellikle sık idrara çıkma %83 ve rahat uyku pozisyonu bulamama %78 oranında ilişkisi olduğunu saptamıştır. Ölçer ve arkadaşı (2015) çalışmalarında gebe kadınların %72.8'inin sırt/bel/kasık ağrısı, %72.8'inin bacak ağrısı, %75'inin sık idrara çıkma gibi şikayetlerini sıklıkla belirttiği ve bacak ağrısı/kramp, sık idrara çıkma sorunları ile uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Sunal ve Demiryay (2009) ise gebelerin %80.0'inin sık idrara çıkma, %78.3'ünün yorgunluk, %71.7'sinin bulantı-kusma, %70.6'sının bel ağrısı ve %62.8'inin hazımsızlık şikâyeti olduğunu belirlemiştir. Kantola ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında gebelerde idrar sıklığı, fetüs hareketliliği, sırt ağrısı, bacak krampları ve mide ekşimesi uyku problemlerinin sebebi olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olup gebelerin yaşadığı bu sorunların uyku kalitesini etkilediği düşünülmektedir.

5.3. Araştırma Katılan Kadınların DDSEÖ Puanlarının Bazı Parametrelerle ve PUKİ Ölçeği ile İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bulgular

Kadın için önemli olan gebelik ve doğum eylemi fizyolojik olmasının yanı sıra önemli bir stres kaynağıdır (Sayiner & Özerdoğan, 2009; Tekin, 2009; Köse, 2012; Giden, 2006). Anne adayları kendisi için bilinmeyen ya da daha önce deneyimlediği doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, annelik içgüdülerini ve bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da bir arada yaşamaktadır. Özellikle ilk gebeliklerde kadın tarif edemediği birçok yeni hissi bir arada yaşamakta ve doğumda nasıl bir durumla karşılaşacağını bilememektedir (Sayiner & Özerdoğan, 2009; Serçekuş, 2005; Sayiner, Özerdoğan, Giray, Özdemir, Savcı, 2005).

Çalışmamızda nullipar ile multipar gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.019$) (Tablo 4.3.1). Endişe düzeyi multipar gebelerde orta derecede olup, primipar gebelerde daha yüksektir.

Üst'ün çalışmasında da endişe düzeyinin multipar gebelerde orta derecede, primipar gebelerde ise daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Üst, 2012). Akbaş'ın çalışmasında ilk gebeliği olanların gebelik sayısı üç ve üzerinde olan gebelerden daha fazla durumsal kaygı yaşadığı saptanmıştır (Akbaş, 2016). Kaplan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada primipar

gebelerde doğum öncesi kaygının multipar gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır (Kaplan, Bahar & Sertbaş, 2007). Zar ve arkadaşlarının çalışmasında primipar gebelerin doğum korkusunun multipar gebelerden daha yüksek olduğu fakat sürekli kaygı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Zar, Wijma, Wijma, B., 2010). Çetışli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada nulliparların endişe düzeyinin multipar gebelerden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Çetışli, Zirek & Abalı, 2016).

Son trimesterde gebelerin doğuma odaklanması doğum korkusunun bu süreçte daha çok yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda nullipar kadınların gebelik ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, doğum eyleminde vücut kontrollerinin daha az olduğu, sağlığıyla ilgili karar vermekte zorlandığı saptanmıştır (Tekin, 2009; Serçekuş, 2005; Sayiner vd., 2005). İlk gebeliğini yaşayan kadınların yaşadıkları korku ve kaygı, anneliğini ispatlama çabası, çocuk bakımı konusunda bilgi eksikliği ve tecrübesizlik, doğum eylemine yönelik yetersiz ve olumsuz bilgi edinmek gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda doğum eylemine ilişkin endişeler alt boyutu puan ortalamasına göre endişe düzeyinin primipar gebelerde orta, multipar gebelerde yüksek derecede olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Üst'ün çalışmasında doğum eylemine ilişkin endişe düzeyi primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede saptanmıştır (Üst, 2012). Çalışmamızın farklılık göstermesinin nedeni olarak Üst'ün çalışma grubunda multipar gebelerin yaklaşık yarısının sezaryen deneyimi olmasından dolayı endişe düzeylerinin orta derecede olduğunu düşünmekteyiz. Çetışli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise önceki doğum tipi normal olan gebelerin endişe düzeyinin orta, normal doğum yapmayı planlayanların endişe düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir (Çetışli vd., 2016).

Kadınların doğum eylemine yönelik algıları, olaylara bakış açıları ve bunlara yükledikleri anlamlar birbirinden çok farklılık gösterebilmektedir (Yalnız, Canan, Genç, Kuloğlu, Geçici, 2016). Multipar gebelerde doğum eylemine yönelik endişenin değişiklik göstermesinin nedeni olarak kadınların daha önce doğum eyleminde yaşadıkları olumlu ya da olumsuz durumların varlığı ve tekrar buna benzer durumlarla karşılaşacakları düşüncesinin olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebe ve gebe olmayan kadınlarda **doğum eylemine ilişkin endişeler** alt boyutu puan ortalamasına göre endişe düzeyinin orta derecede olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.3.4). Gebe olmayan kadınların doğum eylemi süreci olmayıp sadece düşündükleri için gebelerin ise doğum eylemini yaşayacaklarından dolayı endişelerinin daha fazla olduğunu düşünmekteyiz. Aksoy'un çalışmasında kadınların %38.8'i "Doğum sırasında ağrı ve rahatsızlık hissetme

konusunda” oldukça endişeliydim, %39.7’si “Doğumun ne zaman başlayacağını bilmeme konusunda” oldukça endişeliydim, %36.2’si” Doğumun ne kadar süreceğini bilmeme konusunda” oldukça endişeliydim, yanıtını vermiştir.

Çalışmamızda nullipar ve multipar gebelerde **travay öncesi endişe** alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; fakat endişe düzeyinin primipar ve multipar gebelerde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Üst’ün çalışmasında primipar ve multipar gebeler arasında travay öncesi endişeler arasında anlamlı bir farklılık saptanmış olup endişe düzeyi primipar gebelerde yüksek, multipar gebelerde orta derecede belirlenmiştir (Üst, 2012). Çetışli ve arkadaşlarının çalışmalarında normal doğum yapmayı planlayan gebelerin endişe düzeyi yüksek derecede, önceki doğum tipi normal doğum olanların endişe düzeyinin orta derecede olduğu belirlenmiştir (Çetışli vd.,2016).

DDSEÖ travay öncesi endişe alt boyutu doğum için hastaneye zamanında yetişememek, doğum sancısı başladığında yalnız olmak, suyun erken gelmesi gibi durumlar olarak belirlemiştir. Primipar gebelerdeki endişenin yüksek olmasının nedeni ilk gebeliğin olması, doğum hikayeleri kötü olan kadınların doğuma yönelik olumsuz duygu paylaşımlarının olması, deneyimsizlik ve doğum öncesi eğitim eksikliğinin varlığı olabilir.

Kadınlar arasında doğum eylemini sancılı, zor, dayanılmaz olduğuna yönelik paylaşımların ve duyumların olması, deneyimsizlik ve doğum öncesi eğitim eksikliğinin olması sebebiyle endişe düzeyinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Ancak bir kadın kaçınıcı gebeliği olursa olsun benzer endişeleri yaşayabilmektedir. Multipar gebelerde ek olarak önceki gebeliklerde yaşanan olumlu ya da olumsuz deneyimlerin varlığı, travay öncesi endişe düzeyinin yüksek olmasının nedeni olarak açıklayabiliriz.

Çalışmamızda **travay öncesi endişe** düzeyinin gebe olan kadınlarda yüksek, gebe olmayan kadınlarda orta derecede olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.3.4). Gebe kadınların bu durumu yaşayacaklarından dolayı endişelerinin yüksek olduğu, gebe olmayan kadınlarda ise daha önceki doğum deneyimlerinden kaynaklı olarak orta derecede endişe yaşadıklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda nullipar ve multipar gebelerde **sezaryen olma endişesi** alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; fakat endişe düzeyinin primipar gebelerde orta, multipar gebelerde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Üst’ün çalışmasında primipar gebelerde sezaryen olma endişesinin yüksek, multipar gebelerde orta olduğu saptanmıştır (Üst, 2012). Ancak biz çalışmamızda normal doğum deneyimi olan gebeleri aldığımızdan dolayı sezaryen deneyimi olmadıkları için multipar gebelerin endişesinin yüksek olduğunu Üst’ün çalışmasında ise multipar gebelerin yaklaşık yarısının sezaryen ile doğum

deneyimi yaşamış olmalarından dolayı orta derecede bulunduğunu düşünmekteyiz. Çeşitli ve arkadaşlarının çalışmalarında ise normal doğum yapmayı planlayan gebeler ile önceki doğumlarında normal doğum deneyimi olan gebelerin sezaryen endişesinin yüksek olduğu saptanmıştır (Çeşitli vd., 2016). Bizim çalışmamızda primipar gebelerin multipar gebelere göre sezaryen olma endişesinin düşük olmasının sebebi primipar gebelerin kendi özbakım ve bebek bakımı ile ilgili doğum ve postpartum deneyimlerinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda **sezaryen olma endişe** düzeyinin gebeler ve gebe olmayan kadınlarda yüksek derecede olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.3.4). Aksoy'un çalışmasında doğum yapmış kadınların %33.6'sı "Sezaryene gerek duyulabileceği konusunda" çok endişeliyim ifadesini kullanmıştır (Aksoy, 2014). Çalışma grubumuzdaki normal doğum deneyimi yaşayan kadınların doğum ve doğum sonrası döneme yönelik tecrübelerinin olması ve kadınlar arasında sezaryen ve normal doğuma yönelik yaşananların paylaşılması ya da doğum sonrası aynı ortamda bulunmaları nedeniyle sezaryen endişe düzeyinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Son yıllarda sezaryen doğumlardaki artış dikkat çekici olmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre sezaryen oranı %53'tür. Bu bilgiler medya ve yazılı, görsel haber ve internette yaygın olarak işlenmektedir. Gebelere sezaryenin komplikasyonları ile ilgili daha fazla bilgiye ulaşmaktadırlar. Medyada sağlık bakanlığının normal doğum eylemini desteklemeleri ile halkın bu konuda bilinçlenmesini ve sağlık profesyonelleri tarafından kadınların normal doğum eylemine teşvik edici ve destekleyici şekilde eğitim vermeleri kadınların normal doğum eylemine yönelmelerine katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda **doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi** alt boyutu puan ortalamasına göre endişe düzeyinin gebeler ve gebe olmayan kadınlarda orta derecede olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.3.4). Gebe olmayan kadınların çocukla ilgilenme ve bakımı konusunda mevcut eş desteğine ihtiyaç duymamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebeliği sırasında sırt ağrısı ve bacak krampları olanların DDSEÖ puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3.3). Gebeliğin üçüncü trimesterinde vücudun irileşmesinden dolayı kadının kendini fiziksel olarak kötü hissetmesi ve doğum zamanı yaklaştığından dolayı doğumla ilgili kaygılarının artmasına ve gebenin fiziksel yakınmalarında artmaya neden olabilmektedir (Sunal & Demiryay, 2009; Taşkın, 2003).

Çalışmamızda gebelerin DDSEÖ alt boyutlarından ve toplamda aldıkları puan ortalamaları açısından iyi ve kötü uyku kalitesine sahip olanlar arasında bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.5). Fakat uyku kalitesi kötü olanların travay öncesi endişeler, sezaryen olma endişesi, doğum eylemine ilişkin endişe puanları daha yüksek bulunmuştur. Naghi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uyku kalitesi kötü olan gebelerin %63.1'inin sezaryen doğum, %36.9'unun vajinal doğum yaptığı ve uyku kalitesi iyi olan gebelerin %58.4'ünün vajinal doğum, %41.6'sının sezaryen doğum yaptıkları belirlenmiştir (Naghi, Keypour, Ahari, Tavalai, Khak, 2011). Özkan'ın çalışmasında uyku kalitesi kötü olan gebelerde travayın ikinci evre süresinin anlamlı olarak daha kısa olduğu, diğer evre sürelerinin ise anlamlı olmadığı ve daha uzun olduğu belirlenmiştir (Özkan, 2012). Tomforh ve arkadaşlarının çalışmasında gebeliği boyunca öznel uyku kalitesi kötü olanların postpartum anksiyete ve depresyon semptomlarını yaşama olasılığının fazla olduğu belirlenmiştir (Tomforh, Buliga, Letourneau, Campbell & Giesbrecht, 2015). Kantola ve arkadaşları çalışmalarında gebeliğin son trimesterinde olan kadınların daha fazla depresyon ve kaygı semptomları bildirdiklerini saptamıştır. Gebeliğin ikinci trimesterinde bunalım ve endişe semptomlarının uyku süresi ve gecikmesiyle ilgili olduğu, üçüncü trimesterde ise toplam insomnia değeri ve uyku gecikmesiyle ilgili olduğunu belirlemiştir (Polo-Kantola vd., 2017). Gebelerin son trimesterde olmaları, doğum eyleminin yaklaşması ve multipar gebelerin önceki doğum ve gebeliklerinde yaşadıkları olumsuz tecrübelerin varlığı primipar gebelerde ise bilinmezlik nedeniyle doğuma yönelik endişelerinin arttığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerde uykunun doğum ve doğum sonrası döneme yönelik endişe ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan gebe kadınların %32'sinin ilkokul mezunu, %87'sinin ev hanımı, gebe olmayan kadınların %29.5'inin ilkokul mezunu, %67'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Gebe kadınların eşlerinin %29'unun ilkokul mezunu, %60'ının işçi ve gebe olmayan kadınların eşlerinin %31.5'inin lise mezunu, %58.9'unun işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Gebelerin %44.5'inin ilk gebeliği olduğu, %19.0'ının bir kere düşük, %9.5'inin küretaj, %4.0'ının da ölü doğum öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Gebe olmayan kadınların %23.5'inin bir kere düşük, %9.5'inin küretaj, %6.0'ının ölü doğum öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

Gebe ve gebe olmayan kadınlarda toplam PUKİ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Gebe kadınların gebe olmayan kadınlara göre PUKİ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur, gebe kadınların uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.1).

Gebe kadınların 146'sında (%73), gebe olmayan kadınların ise 94'ünde (%47) uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2).

Gebe kadınların PUKİ Ölçek bileşenlerinden öznel uyku kalitesi, uykuya dalma, uyku bozuklukları ve toplamda aldıkları puan ortalamalarının gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.3).

Çalışmamızda kahve tüketimi, sigara içme durumu ve egzersiz yapmanın kötü uyku kalitesini etkilemediği ancak çay tüketimi artanların gebelerin kötü uyku kalitelerinin daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.5).

Gebe kadınların %71'i sık idrara çıkma, %66.5'i sırt ağrısı, %62.5'i bacak krampları şikayetlerini sıklıkla belirttiği saptanmıştır (Tablo 4.2.6).

Araştırmamıza katılan gebelerde sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu, sık idrara çıkma, bacak krampları, abdominal rahatsızlığı

olanların uyku kalitesinin daha kötü olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).

Gebe olmayan çalışan kadınlarda kötü uyku kalitesinin çalışmayan kadınlara göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.2.9).

DDSEÖ toplam puan ortalamasının nullipar gebelerde multipar gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1)

Nullipar ve multipar gebelerde DDSEÖ alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının "Travay Öncesi Endişeler" alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise "Doğum Sonrası Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeleri" alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2).

Gebeliği sırasında sırt ağrısı ve bacak krampları olanların DDSEÖ puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Çalışmamızda uyku kalitesi kötü olanların travay öncesi endişeler, sezeryan olma endişesi, doğum eylemine ilişkin endişe puanlarının daha yüksek olduğu, gebelerin DDSEÖ alt boyutlarından ve toplamda aldıkları puan ortalamaları açısından iyi uyku ve kötü uyku kalitesine sahip olanlar arasında bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.3.5).

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve literatür bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

- Gebelere uyku ve uyku bozukluklarına yönelik bilgi verilmeli, düzenli olarak kontrollere gelmeleri konusunda bilinçlendirilmeli ve sağlıklı uyku için kişiye yönelik davranışlar geliştirilmeli,
- Gebelikte uyku ile ilgili sorunların azaltılması anne ve yenidoğan sağlığını geliştirmeye önemli katkılar sağlayacağı için sağlık profesyonelleri gebe kadınların uyku sorunlarını dinleyip uygun eğitim ve danışmanlık hizmetini planlamalı,
- Gebelikte yaşanan sık idrara çıkma, bacak ağrısı ve abdominal rahatsızlık gibi yakınmaların uykunun kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Antenatal izlemlerde bu yakınmalar gözden geçirilmeli ve şikayetleri azaltmaya yönelik basit öneriler konusunda gebeye eğitim verilmeli,
- Gebe eğitim sınıfları oluşturularak kadınlara gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme yönelik bilgi verilmesi, eğitimi destekleyici kitapçık, broşür gibi materyalin verilmesi,

- Sağlık personeline yönelik endişeyi gidermeye yönelik ilgili eğitim verilmesi ve sağlık profesyonellerini gebelere destek vermesi konusunda bilinçlendirilmeli,
- Gebelerin doğum ve doğum sonu döneme yönelik endişelerinin belirlenip gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetinin sağlık profesyonelleri tarafından verilmesi.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Ağargün, M. Y., Kara, H., Anlar, O. (1996). Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliliği, Türk Psikiyatri Dergisi. 7(2): 107-115

Akbaş, E. (2006). Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep

Aksoy, E. Y. (2014). Oxford doğum endişesi ölçeği (owls) türkçe geçerlik güvenirlik, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Akçay, A. E. (2012). Kayseri doğumevi hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım alma durumunun doğum tercihine ve yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

Annak, B. B. (2005). Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin

Arslan, S., Fadiloğlu, Ç. (2009). Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi-2

Avcıbay, B. (2009). Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Adana

Ayers, S., Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. Psychology & Health, 20(1): 79-92

Balcı, E., Gün, İ., Özçelik, B., Öztürk, A. (2005). Erciyes üniversitesi tıp fakültesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu, Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (2): 91-96

Baratte-Beebe, KR., Lee, K. (1999). Sources of midsleep awakenings in childbearing women, Clin Nurs Res. 8:386-397

Barger, M. K., Caughey, A. B., Lee, K. A. (2013). Evaluating Insomnia During Pregnancy And Postpartum, Sleep Disorders İn Women. Humana Press, 225-242

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Beebe, Kr., Lee, K. (2007). Sleep Disturbance İn Late Pregnancy And Early Labor, J Perinat Neonatal Nurs. 21 (2): 103-108

Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü, Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni

Bingöl, N. (2006). Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas

Borkovec, Td., Pruzinsky, T. (1990). Cognitive And Personality Characteristics Of Worries. Behaviour Research And Therapy, 28 (6): 507-512

Buyse, D. J. ,Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupper, D. J. (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric and Research. Psychiatry Res. 28: 193-213.

Chang, J. J., Pien, G. W., Duntley, S. P., Macones, G. A. (2010). Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? Sleep Medicine Reviews 14: 107-114

Çakmak, B., Metin, Z. F., Karataş, A., Özsoy, Z., Demirkök, F. (2014). Gebelikte Huzursuz Bacak Sendromu. 22 (1): 1-5

Çankaya, S., Ak, A., Polat, Y., Filiz, F., Künduro, F., Mızrak, F., Yurday, H., Gülbahar, B., Han, E. (2014). Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya Genel Tıp Derg., 24: 7-14

Çelik, S. E. (2011). Hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Çelikköz, D. (2015). Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Çetinkaya, Y., Yılmaz, Ç. N., Türkoğlu, R., Gencer, M., Tireli, H., (2009). The Relationship Between Tension-Type Headache Patients With Anemia And Restless-Leg Syndrome, Journal Of Neurological Sciences (Turkish), Volume 26, Number 3, Page (S). 305-310

Çoban, A., Yanikkerem, U. E. (2010). Gebelerde uyku ve yorgunluk düzeyi. Ege Tıp Dergisi, 49 (2): 87-94

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 36: 429-441

Demirci, H. (2015). Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi kadın doğum kliniği'ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

Doyurgan, K. T. (2009). Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Samsun

Dupuy, Jb., Beaudoin, S., Rheaume, J., Dugas, Mj. (2001). Worry: Daily Self- Report İn Clinical And Non-Clinical Populations. Behaviour Research And Therapy, 39: 1249-1255

Edwards, N., Middleton, P. G., Blyton, D. M., Sullivan, C. E. (2002). Sleep disordered breathing and pregnancy. Thorax, 57 (6), 555-558

Erdem, Ö. (2009). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır

Erdem, N. (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

Erken, A. A. (2016). Kayseri il merkezinde doğum yapan kadınlarda doğum sonu depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

Ertekin, S. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas

Ertem, G., Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2

Esenyel, C. (2012). Edirne huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Edirne

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Eryavuz, N. (2007). Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon

Filiz, B. M., Çakır, T. (2015). Güncel tanı kriterleri ile huzursuz bacak sendromu, Türk Osteoporoz Dergisi, 21: 87-95

Giden, C. (2013). Primipar annelerin bebeklerini algılama ve temel yenidoğan bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2003). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi poster bildirisi, Ankara

Guedes, GW., Sousa, MNA., Lima, TNFA., Lima, MNFA., Davim, RMB., Costa, TS. (2016). Pregnant Women Knowledge About The Benefits Of Normal Birth In Prenatal Consultation. Journal of Nursing UFPE on line, 10 (10), 3860-7

Güneş, Z., Körükçü, Ö., Özdemir, G. (2009). Diyabetli hastalarda uyku kalitesinin belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (2): 10-17

Günay, Y. E. (2013). Gebelerde kaygı düzeyi: "cambridge kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı, İstanbul

Gündoğdu, G. (2013). Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı, Erzurum

Güzel, S., Kurtcebe, Z. Ö., Şencan, S., Turhan, N. (2013). Doğurganlık çağındaki kadınlarda hormonal değişikliklerin huzursuz bacak sendromu şiddeti, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg. 59: 45-51

Hayta, S. (2008). Ameliyat nedeniyle hastaneye yatan adölesanların ameliyat olma ve hastaneye yatma durumunda endişe kaynakları ölçeğinin geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A. S., Myllylä, V. V. (2002). Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Medicine*, 3 (1): 37-42.

Hung, H. M., Ko, S. H., Chen, C. H. (2014). The association between prenatal sleep quality and obstetric outcome. *Journal of Nursing Research*, 22 (3): 147-154.

Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 1

Karacan, İ., Özmen, E. (1990). Uyku: etkileyen ilaçlar, nörokimyasal temel uyku bozukluklarının sınıflandırılması, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1:1

Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y., Temel, F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, 8 (4): 234-240

Kızılırmak, A. (2011). Primipar gebelere verilen eğitimin doğum korkusuna etkisi, *Doktora Tezi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri

Kılıçarslan, S. (2008). Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri, *Uzmanlık Tezi*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne

Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1): 47-54.

Ko, SH., Chang, SC., Chen, Ch. (2010). A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women. *Mar*; 42 (1): 23-30

Köse, S. (2012). Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi, *Doktora Tezi*, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

Köybaşı, Ş. E. (2013). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1): 61-64

Lee, Ka., Gay, C. (2004). Sleep İn Late Pregnancy Predicts Length Of Labor And Type Of Delivery, Am Jobstet Gynecol, 191 (6): 2041-6 P

Lee, K. A., Caughey, A. B. (2006). Evaluating İnsomnia During Pregnancy And Postpartum, Sleep Disorders İn Women, Humana Press, 185-198.

Lee, AM., Lam, S. K., Sze Mun Lau SM., Chong, CS., Chui, HW., Fong, DY. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol, 110: 1102-12

Lopes, E. A., Carvalho, L. B.C. D., Seguro, P. B. D. C., Mattar, R., Silva, A. B. Prado, L. B., Prado, G. F. D. (2004). Sleep disorders in pregnancy. Arquivos de neuro-psiquiatria, 62 (2A) : 217-221

Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21 (4): 219-224

Mc Elderry, D. (2001). Screening of adolescent females for depression before, during and after pregnancy. Opinions in Pediatric and Adolescent Gynecology. 1 (14): 131-33.

Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki, DEUHYO ED. 6 (2): 93-98

Mindell, J. A., Cook, R. A., Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep distrurbances across pregnancy: Sleep Medicine. Apr; 16 (4): 483-8. doi: 10.1016/j. sleep. 2014.12.006. Epub 2015 Jan 5.

Monge, F. J. C., Penacoba-Puente, C., Morales, D. M., Abellan, I. C. (2012). Factor structure, validity and reliability of the Spanish version of the Cambridge Worry Scale. Midwifery, 28 (1): 112-119.

Naghi, I., Keypour, F., Ahari, S. B., Tavalai, S. A., Khak, M. (2011). Sleep disturbance in late pregnancy and type and duration of labour. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 31 (6): 489-491.

Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 98-105

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1: 16-20.

Özkan, Z. (2012). Gebelikte Uyku kalitesinin travay süresi ve doğum ağrısı üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Öztürk, L. (2007). Yanıtını Arayan eski bir soru: Niçin uyuruz?, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 70, 114-121

Özgen, F. (2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası 5: 41-48

Öztuna, Ş. (2013). Hemşirelerin uyku kalitesi ile ruh sağlığı arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Peköz, Ü. A. (2009). Edirne il merkezinde 0-1 yaş arası bebeği olan annelerin anksiyete düzeyleri ve yardım arama davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği, Edirne

Pınar, E. Ş., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur B., Dağlar, G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, DEUHYO ED., 7 (3): 171-177

Polo-Kantola, P., Aukia, L., Karlsson, H., Karlsson, L., Paavonen, EJ. (2017). Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Feb; 96 (2): 198-206.

Roush, S. F., Bell, L. (2004). Obstructive sleep apnea in pregnancy. The Journal of the American Board of Family Practice, 17 (4): 292-294

Sayiner, F. D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2 (3): 143-148.

Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A. (2009). Perinatoloji Dergisi. 17 (3): 105

Sharma, S., Franco, R. (2004). Sleep and its Disorders In Pregnancy. Wisconsin Medical. Journal, 103 (5): 48

Seller, A. (2012). Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Serçekuş, P. (2005). Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Pien, G. W., Schwab, R. J. (2004). Sleep disorders during pregnancy, Sleep. Nov 1; 27 (7): 1405-17.

Roush, F. S., Bell, L. (2004). Obstructive sleep apnea in pregnancy, J Am Board Fam Med, July 1, vol. 17, no. 4

Signal, T. L., Gander, P. H., Sangalli, M. R., Travier, N., Firestone, R. T., Tuohy, J. F. (2007). Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology, 47 (1), 16-22

Skouteris, H., Germano, C., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J. (2008). Sleep Quality And Depression During Pregnancy: A Prospective Study. Journal Of Sleep Research. 17 (2), 217-220

Sönmez, S. (2006). Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Sunal, N., Demiryay, A. (2009). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 12

Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Cilt: 40, Sayı: 2

Şahin, K. F., Köken, G., Coşar, E., Saylan, F., Fidan, F., Yilmazer, M., Ünlü, M. (2008). Gebelikte uyku apne sendromu ve eşlik eden hastalıklar. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5 (1): 22-27

Şahin, K. F., Köken, G., Coşar, E., Solak, Ö., Saylan, F., Fidan, F., Ünlü, M. (2007). Gebelerde huzursuz bacak sendromu sıklığı. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 4 (4): 246-249.

Şahin, E., M., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (1): 51-7

Şeker, E. S. (2006). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Şenel, F. (2005). Uyku Ve Rüya, Bilim Ve Teknik Dergisi. 2: 2-14.

Taşkın, L. (2003). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, VI. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık

Taşkıran, N. (2009). Gebelikte Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, İşgücü İstatistikleri, Ocak 2016.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21570> Erişim Tarihi: 12.07.2016

T.C Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık İstatistikleri. (2015). <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> Erişim Tarihi: 15.11.2016

Tekin, N. (2009). İlk gebeliğini yaşayan kadınların gebeliğe ilişkin beklentileri, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya

Timur, S. (2008). Menopozal dönemlerdeki kadınlarda uyku sorunları ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Tunay, Ş. (2006). Depresyon ve kaygı belirtilerinde örtüşen ve ayrışan özelliklerin endişe olgusu açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Türkyılmaz, S. (2014). Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) -2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara

Tomforh, L. M., Buliga, E., Letourneau, N. L., Campbell, T. S., Giesbrecht, G. F. (2015). Trajectories of sleep quality and qssociations with mood during the perinatal period. Sleep. Aug. 1; 38 (8): 1237-45

Ulaşlı, S. S., Ünlü, M. (2014). Gebelikte uyku sorunları, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2 (2): 237-244

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Ursavaş, A. (2011). Sleep Disorders And Pregnancy. *Neurological Disorders And Pregnancy*, 10, 185-205

Ursavaş, A., Karadağ, M. (2009). Sleep Breathing Disorders İn Pregnancy Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 57 (2): 237-243

Üst, Z. D. (2012). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

ÜST, Z. D., Pasinlioğlu, T., Özkan, H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16: 2

Vırit, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., Kandemir, H. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 9-13

Venkata, C., Venkateshiah, B. S. (2009). Sleep-Disordered Breathing During Pregnancy , *J Am Board Fam Med* March-April, 22: 158-168

Walters, AS. (1995). The International Restless Legs Study Group. Towards a better definition of the restless legs syndrome. *Movement Disorders* 10: 5. 634-42

Waters, M. A., Lee, K. A. (1996). Differences between primigravidae and multigravidae mothers in sleep disturbances, fatigue and functional status. *Journal of nurse-midwifery*, 41 (5), 364-367.

Wilson, D. L., Fung, A., Walker, S. P., Barnes, M. (2013). Subjective reports versus objective measurement of sleep latency and sleep duration in pregnancy. *Behavioral sleep medicine*, 11 (3), 207-221

Wesström, J., Skalkidou, A., Manconi, M., Fulda, S., Sundström-Poromaa, (2014). Pre-pregnancy restless legs syndrome (Willis-Ekbom Disease) is associated with perinatal depression. *J Clin Sleep Med*, 10 (5): 527-533.

Yalnız, H., Canan, F., Genç, E. R., Kuloğlu, M. M., Geçici, Ö. (2016). Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi, *Turk Med J.* 8 (3): 81-88

Yavuz, K. S. (2009). Kayseri melikgazi eğitim araştırma sağlık grup başkanlığı bölgesinde gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve beslenme durumu, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu, Klinik Psikiyatri 16: 83-87

Yücel, Ç. Ş., Yücel, U., Gülhan, İ., Özeren, M. (2012). Sleep quality and related factors in pregnant women, Journal of Medicine and Medical Sciences Vol. 3 (7) pp. 459-463, July.

Zar, M., Wijma, K., Wijma, B. (2010). Pre-and postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous Women, Pages 75-84

Xu, Z., Jiang, X., Li, W., Gao, D., Li, X., Liu, J. (2011). Propofol-induced sleep: efficacy and safety in patients with refractory chronic primary insomnia. *Cell biochemistry and biophysics*, 60 (3): 161-166

8. EKLER DİZİNİ

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (GEBE KADINLAR)

Adı Soyadı:

1- Yaşı:

2- Öğrenim durumu:

☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite

3- Mesleği:

☐Ev hanımı ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli ☐Öğrenci ☐Serbest
☐Diğer.....

4- Eşinin yaşı:

5- Eşinin öğrenim durumu:

☐Okur-yazar değil ☐Okur-yazar ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise
☐Üniversite

6- Eşinin mesleği:

☐İşsiz ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli ☐Öğrenci ☐Serbest
☐Diğer.....

7- Sosyal güvence durumu:

☐Bağ-Kur ☐SGK ☐Yeşil Kart ☐Emekli sandığı
☐Özel sigorta ☐Yok

8- Ailenizin aylık gelir durumu:

☐ 600-1000 TL () ☐ 1000-2500 TL () ☐ 2500-5000TL ()
☐ 5000 TLüzeri()

9- Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl tanımlarsınız:

☐Çok kötü ☐Kötü ☐Orta ☐İyi ☐Çok iyi

10- Ailenin tipi: ☐Çekirdek ☐Geniş ☐Parçalanmış

11- İlk gebelik yaşı:

12- Canlı doğum sayısı:

13- Ölü doğum sayısı:

14- Düşük sayısı:

15- Küretaj sayısı:

16- Kaçınıcı gebeliğiniz?

☐1
☐2
☐3
☐4 ve üzeri

17- Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

☐Evet
☐Hayır

18-Gebelik haftanız?

3. Trimester.....hafta Son adet tarihi:.....

USG:.....

19- Gebeliğiniz boyunca düzenli takiplere gittiniz mi? 1. Evet 2. Hayır

20- Gebeliğiniz boyunca sigara kullandınız mı? 1. Evet (Günde.....tane)
2.Hayır

- 21- Günlük tükettiğiniz: kahve miktarı.....kahve fincanı /gün
- 22- Günlük tükettiğiniz çay miktarı.....çay bardağı /gün
- 23- Gebeliğiniz boyunca hiç uyku ilacı kullandınız mı? 1. Evet 2. Hayır
- 24- Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya dalmanızı kolaylaştıran herhangi bir alışkanlığınız var mı?
- ☐Evet
 - ☐ Hayır
- 25- Uyku ile ilgili alışkanlıklarınız varsa belirtiniz (birden fazla seçenek belirtilebilir)
- ☐ Kitap okumak
 - ☐ Müzik dinlemek
 - ☐Tv izlemek
 - ☐ Duş almak
 - ☐Diğer (.....)
- 26- Düzenli egzersiz yapar mısınız? 1. Evet 2. Hayır
- 26- Soruya yanıtınız “Evet” ise yaptığınız egzersiz türünü belirtiniz
- ☐Yürüyüş
 - ☐Yüzme
 - ☐Pilates
 - ☐Yoga
 - ☐Diğer (.....)
- 27- Haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz?
- ☐Haftada 3 ve daha az
 - ☐Haftada 3 ten fazla
- 28- Gebeliğiniz boyunca eşiniz tarafından desteklendiğinizi düşünüyor musunuz?
- ☐Evet
 - ☐Hayır
 - ☐Kısmen
- 29- Gebelik sürecinde doğum/doğum sonu dönem konusunda eğitim aldınız mı?
- ☐Evet
 - ☐Hayır

30- Gebeliğiniz süresince aşağıdaki sorunlardan hangisini sıklıkla yaşadınız (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Sırt ağrıları
- ☐ Huzursuz bacak sendromu
- ☐ Sık idrara çıkma
- ☐ Bacak krampları
- ☐ Abdominal rahatsızlıklar
- ☐ Gerginlik / Ruhsal sıkıntı
- ☐ Diğer (.....)

31- 30. Soruya yanıtınız “Evet” ise herhangi bir destek aldınız mı?

- ☐ Evet (belirtiniz.....) ☐ Hayır

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (GEBE OLMAYAN KADINLAR)

Adı Soyadı:

1- Yaşı:

2- Öğrenim durumu:

☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise ☐Üniversite

3- Mesleği:

☐Ev hanımı ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli ☐Öğrenci ☐Serbest
☐Diğer.....

4- Eşinin yaşı:

5- Eşinin öğrenim durumu:

☐Okur-yazar değil ☐Okur-yazar ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise
☐Üniversite

6- Eşinin mesleği:

☐İşsiz ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli ☐Öğrenci ☐Serbest
☐Diğer.....

7- Sosyal güvence durumu:

☐Bağ-Kur ☐SGK ☐Yeşil Kart ☐Emekli sandığı
☐Özel sigorta ☐Yok

8-Ailenizin aylık gelir durumu:

☐ 600-1000 TL () ☐ 1000-2500 TL () ☐ 2500-5000TL()
☐ 5000 TLüzeri()

9- Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl tanımlarsınız:

☐Çok kötü ☐Kötü ☐Orta ☐İyi ☐Çok iyi

10- Ailenin tipi: ☐Çekirdek ☐Geniş ☐Parçalanmış

11- İlk gebelik yaşı:

12- Canlı doğum sayısı:

13- Ölü doğum sayısı:

14- Düşük sayısı:

15- Küretaj sayısı:

16- Smear vb. için kontrole gider misiniz? 1. Evet 2. Hayır

17- Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet (Günde.....tane) 2.Hayır

18- Günlük tükettiğiniz: kahve miktarı.....kahve fincanı /gün

19- Günlük tükettiğiniz çay miktarı.....çay bardağı /gün

20- Hiç uyku ilacı kullandınız mı? 1. Evet 2. Hayır

21- Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya dalmanızı kolaylaştıran herhangi bir alışkanlığınız var mı?

☐Evet

☐ Hayır

22- Uyku ile ilgili alışkanlıklarınız varsa belirtiniz (birden fazla seçenek belirtilebilir)

- ☐ Kitap okumak
- ☐ Müzik dinlemek
- ☐ Tv izlemek
- ☐ Duş almak
- ☐ Diğer (.....)

23- Düzenli egzersiz yapar mısınız? 1. Evet 2. Hayır

23. Soruya yanıtınız "Evet" ise yaptığınız egzersiz türünü belirtiniz

- ☐ Yürüyüş
- ☐ Yüzme
- ☐ Pilates
- ☐ Yoga
- ☐ Diğer (.....)

24- Haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz?

- ☐ Haftada 3 ve daha az
- ☐ Haftada 3 ten fazla

25- Yaşamınızda eşiniz tarafından desteklendiğinizi düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

26- Gebe olduğunuz dönemde doğum/doğum sonu dönem konusunda eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

27- Gebe olduğunuz dönemde aşağıdaki sorunlardan hangisini sıklıkla yaşadınız (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Sırt ağrıları
- ☐ Huzursuz bacak sendromu
- ☐ Sık idrara çıkma
- ☐ Bacak krampları
- ☐ Abdominal rahatsızlıklar

☐Gerginlik / Ruhsal sıkıntı

☐Diğer (.....)

28-27. Soruya yanıtınız “Evet” ise herhangi bir destek aldınız mı?

☐Evet (belirtiniz.....) ☐Hayır

EK-2: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ:.....

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

DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

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

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

(j) Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.....
.....
.....

(k) Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

() Çok iyi () Oldukça iyi () Oldukça kötü () Çok kötü

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

() geçen ay
boyunca hiç
fazla

() haftada
birden az

() haftada bir
veya iki kez

() haftada üç
veya daha

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

() geçen ay ()haftada ()haftada bir ()haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

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

() Hiç problem oluşturmadi.
() Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
() Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
() Çok büyük bir problem oluşturdu

EK-3: DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME İLİŞKİN ENDİŞELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde yaşabileceklerikaygılar ya da endişeler ile ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her madde altındaki kutucuklardan size uygun olana X işareti koyunuz.

	İfadeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Bebeğimin kör olmasından endişeleniyorum					
2	Bebeğimin sağır olmasından endişeleniyorum					
3	Bebeğimin sakat doğmasından					
4	Doğum yaparken bebeğimi kaybetmekten endişeleniyorum					
5	Bebeğimin geri zekalı olmasından endişeleniyorum					
6	Doğum yaparken bebeğime bir şey olacak diye endişeleniyorum					
7	Bebeğimin mor doğmasından endişeleniyorum					
8	Doğum yaparken ölmekten endişeleniyorum					
9	Doğum sonrası bebeğin kafasında şişlik olmasından endişeleniyorum					
10	Doğum sırasında bebeğe kordon dolanmasından endişeleniyorum					
11	Doğum yaparken ıkınamamaktan (bebeği itememekten) endişeleniyorum					

12	Doğum yaparken sancılarımın kaçmasından endişeleniyorum					
13	Doğuramamaktan endişeleniyorum					
14	Doğumun uzun sürmesinden endişeleniyorum					
15	Doğum sırasında bebeğin basının sıkışmasından endişeleniyorum					
16	Doğumda kontrolümü kaybetmekten endişeleniyorum					
17	Dikişli doğum yapmaktan endişeleniyorum					
18	Doğumda sırasında yırtılmaktan endişeleniyorum					
19	Doğum odasında başka kadınları doğum sancısı çekerken görmek düşüncesi beni endişelendiriyor					
20	Doğum sonrası dikişlerimin acı vereceği düşüncesi beni endişelendiriyor					
21	Doğum odasında yalnız kalmaktan endişeleniyorum					
22	Doğum sırasında kanamamın çok olmasından endişeleniyorum					
23	Doğum sırasında canımın çok yanmasından endişeleniyorum					
24	Doğum sonrası					

	sütümün bebeğe yetmemesinden endişeleniyorum					
25	Doğum sonrası sütüm gelmezse diye endişeleniyorum					
26	Doğum sonrası bebeğimi emzirememekten endişeleniyorum					
27	Doğumdan sonra göğüslerimin şişip ağrı yapmasından endişeleniyorum					
28	Doğumdan sonra meme uçlarımın yara olmasından endişeleniyorum					
29	Doğum sonrası bebeğim ağlarsa onu sakinleştireceğimi, susturacağımı bilmemekten endişeleniyorum					
30	Doğum sonrası bebeğime banyo yaptıramamaktan endişeleniyorum					
31	Doğum sonrası bebeğimi nasıl tutacağımı bilmediğimden endişeleniyorum					
32	Doğum sonrası bebeğimin hastalanırsa bunu fark edememekten endişeleniyorum					
33	Doğumun nasıl bir olay olduğunu bilmemek beni endişelendiriyor					
34	Doğum sonrası bebeğime iyi bakamamaktan endişeleniyorum					
35	Doğum sonrası bebeğimin hastalanmasından					

	endişeleniyorum					
36	Doğumdan sonra sosyal yaşantımızı eskisi gibi sürdüremeyeceğinden endişeleniyorum					
37	Doğumdan sonra evde günlük yaşantımızı eskisi gibi sürdüremeyeceğinden endişeleniyorum					
38	Doğumdan sonra kendime vakit ayıramayacağımından endişeleniyorum					
39	Doğumdan sonra esimle birlikte geçireceğim zamanın azalacağından endişeleniyorum					
40	Doğumda sonra bebeğin ağzında pamukçuk oluşmasından endişeleniyorum					
41	Doğum sonrası bebeğin göbeğinin geç düşmesinden endişeleniyorum					
42	Doğum sonrasında büyük abdestimi rahat yapamamak düşüncesi beni endişelendiriyor					
43	Doğum sonrası bebeğin göbeğinin iltihap kapmasından endişeleniyorum					
44	Doğum sonrası bebekle ilgili sorunları tek başıma karşılamak zorunda kalmaktan endişeleniyorum					

45	Doğumdan sonra herkesin bebekle ilgilenip beni ihmal etmesinden endişeleniyorum					
46	Doğumdan sonra esimden destek alamamaktan endişeleniyorum					
47	Doğumdan sonra bebek nedeniyle esimle sorun yaşamaktan endişeleniyorum					
48	Doğumdan sonra esimle cinsel sorun yaşamaktan endişeleniyorum					
49	Doğum için hastaneye zamanında yetişememek beni endişelendiriyor					
50	Doğum sancısı başladığında yalnız olmaktan endişeleniyorum					
51	Suyumun erken boşalmasından (gelmesinden) endişeleniyorum					
52	Doğumda sağlık personelinin hata yapmasından endişeleniyorum					
53	Doğum yaparken sağlık personelinin bana kötü davranacağını düşünmek beni endişelendiriyor					
54	Doğum yaparken sağlık personelinin beni ve acımı anlamamasından endişeleniyorum					
55	Doğumda bebeğime yeterli müdahale yapılamamasından endişeleniyorum					

56	Doğum sonrası ruhsal sağlığımın bozulacağından endişeleniyorum					
57	Doğum sonrası beden sağlığımın bozulacağından endişeleniyorum					
58	Doğum sonrası uyku düzenimin bozulacağından endişeleniyorum					
59	Doğum sonrasında kanamamın çok olmasından endişeleniyorum					
60	Sezaryen ile doğum yapmaktan korkuyorum					
61	Sezaryen olursam ayılamamaktan endişeleniyorum					



KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ “BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA OLUR FORMU”

“Gebelikte uyku durumunun doğum ve postpartum döneme ilişkin endişe düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi”

Gebelik kadın hayatının en önemli olaylarından biri olup psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kadınlar gebelik ve doğumla ilgili birçok korku ve anksiyete yaşamaktadırlar. Antenatal korkular doğum boyunca sıkıntı ve ağrıya, acil sezaryen ve doğum sonrası dönemde de ağır duygulanım bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir. Çalışmanın amacı bu saptamalar doğrultusunda doğum ve loğusalık sürecinde gebelerin duygusal değişimleri ve korkularının farkına varılması ile bu alanda eksik olan danışmanlık hizmetini planlamaktır.

Bununla ilgili olarak sizi araştırmamıza dahil etmek için izninizi rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestiniz. Kararınızdan önce araştırmamız hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. İzin verdiğiniz taktirde size/çocuğunuza ait kayıtlar ismi gizli tutularak değerlendirilecek ve bir rapor hazırlanacaktır. Çalışma ile ilgili bilgiler yalnızca proje yürütücüsü Fatma Çakır'ın kayıtlarında saklanacak ve bu şekilde size ait bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tıbbi dergilerde yayınlansa dahi hasta isimlerine yer verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ödeme de yapılmayacaktır.

Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası riskler: Araştırmamız katılımcı açısından herhangi bir risk taşımamaktadır

Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası yararlar:

Kadınların doğum ve postpartum dönemle ilgili endişelerinin, korkularının ve duygu değişikliklerinin belirlenerek gerekli olan danışmanlık hizmetinin planlanarak hizmetinin verilmesi ve sağlık personeline gebelerin yaşadıkları endişelere yönelik eğitim verilerek kadınlara destek vermelerinin sağlanması.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

(Gönüllünün Beyanı)

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki” yukarıda belirtilen tüm açıklamaları okudum. Bu bilgilerden sonra Fatma Çakır tarafından böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Fatma Çakır tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”. “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hangi araştırmacıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Araştırmacının Adı: Fatma Çakır İş:0352 3382149 Cep: 05557629429

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış

değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Beyanı

Katılımcı

Adı,soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Gönüllü İle Görüşen

Araştırmacı:

Adı,

soyadı,unvanı:

Klinik:

Tel:

İmza:

EK-5

Re: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi İzin Belgesi

Myagargun -



Yanıtla|

12.2.2014

Siz

Fatma Hanım,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Selamlarımla,

12 Şubat 2014 10:49 tarihinde fatma
çakır <fatmasusam@hotmail.com> yazdı:
Sayın Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün,

Ben Fatma Çakır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'nda Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğinde yüksekisans yapmaktayım. Yüksekisansımın tez aşamasındayım Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi konulu tez çalışmam için, tarafınızdan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksine ulaştım. Tez çalışmamda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksini kullanmak istiyorum. Yüksekisans çalışmamda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksini kullanabilmem için sizden izin rica ediyorum. Şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

İyi çalışmalar.

Fatma ÇAKIR

EK-6

Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği İzin Belgesi

Emre YANIKKEREM



Yanıtla |

12.2.2014

Siz

Sayın Fatma Çakır

Tez çalışmanızda Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeğini kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar ve başarılar diliyorum.

Doç. Dr. Emre Yanikkerem

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalı

From: fatma cakır

Sent: Wednesday, February 12, 2014 11:08 AM

To: emrenurse@hotmail.com

Subject: Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği hakkında

Sayın Doç. Dr. Emre Yanikkerem,

Ben Fatma Çakır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'nda Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisansımın tez aşamasındayım Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi ile ilgili çalışmamda kullanmak üzere, tarafınızdan geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeğine ulaştım. Tez çalışmamda Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeğini kullanmak istiyorum. Yüksek lisans çalışmamda Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeğini kullanabilmem için sizden izin rica ediyorum. Şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

İyi çalışmalar.



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sayı: 80558721/186
Konu: Etik Kurul Kararı

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan Yrd.)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Nilüfer DEMİRSOY
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yurdanur AKGÜN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özkan ALATAŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Prof. Dr. Cengiz ÇETİN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özcan BÖR
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bülent GÖRENEK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Birgül YELKEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı

Dr. Ecz. Gökçen YAZ GÜZEY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Sağlık, Uyg. ve Arş. Hst. Eczanesi

**Yrd. Doç. Dr. Ahmet Haluk
ATALAY**
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Başmüfettiş Mustafa TEZEL
TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü

Varol Ümit ULUDAĞ
Eskişehir Yurt Müdürlüğü
Müdür Yardımcısı

Sayın, Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Tarafınızdan yürütülmekte olan *"Gebelikte uyku durumunun doğum ve postpartum döneme ilişkin endişe düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi"* başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

KARAR FORMU

Karar Tarihi: 26 Haziran 2014

Karar Sayısı: 02

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Doç.Dr.Fatma Deniz SAYINER (Tez Danışmanı) ve Kamu Hastaneleri Kurumu Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Ebe Fatma ÇAKIR (Tez Sahibi) tarafından yürütülen *"Gebelikte uyku durumunun doğum ve postpartum döneme ilişkin endişe düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi"* başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.

ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.01.2014 23.06.2014	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.01.2014 23.06.2014	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐	1- Kişisel Bilgi Formu 2- Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) 3- Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği 4- İyi Klinik Uygulamalar Taahhütnamesi (İmzalı) 5- Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (İmzalı) 6- Literatürler 7- Özgeçmiş Formları		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 02	Tarih: 26.06.2014	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Selma METİNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Selma METİNTAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Arş Gör.Dr.Nilüfer DEMİR SOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Yurdanur AKGÜN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Özkan ALATAŞ	Tıbbi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Özcan BÖR	Çocuk Sağ. ve Hast.	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Bülent GÖRENEK	Kardiyoloji	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr.Birgöl YELKEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Ecz.Gökçen YAZ GÜZEY	Farmakolog	Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fakültesi Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Eczanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Yrd.Doç.Dr.Ahmet Haluk ATALAY	Hukuk	Anadolu Üniv. Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Başmüfettiş Mustafa TEZEL	Maliye	TÜLOMSAŞ Genel Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Müdür Yard. Varol Ümit ULUDAĞ	İşletme	KYK Eskişehir Yurdu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

EK-8

**Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri
Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin
Yazısı**

T.C.
SAğLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 52332816/20025
KONU : Bilimsel Çalışma Yapma Talebiniz

03/11/2014

Sayın : Fatma ÇAKIR
Ebe

Yapmayı planladığınız "Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" isimli tez çalışmanızı yapmanız Başhekimliğimizce ve Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulunun 16.10.2014 tarih ve 34 nolu kararı ile uygun görölmüştür.

Uz. Dr. Cem TURANOğLU
Hastane Yöneticisi

EKLER:
EK-1: EPK Kararı (1 Adet)

Atatürk Bulvarı Hastane Cad. Kocasinan KAYSERİ
Tel. (0352) 336 88 84 (1242) Fax : (352) 336 88 57
e-posta : kdh@kdh.gov.tr Web: www.kayserieah.saglik.gov.tr.

Ayrıntılı bilgi için:
H.TÜLE-Hemşire-1242

T.C
KAYSERİ VALİLİĞİ
KAYSERİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU TOPLANTISI

KARAR NO :34
KARAR TARİHİ :16.10.2014

1. Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan Ebe Fatma ÇAKIR'ın yapmayı planladığı "Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını yapması;

Doç. Dr. İbrahim ÖZCAN
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekim

Doç. Dr. Serap TOMRUK SÜTBAYAZ
FTR Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ
Kardiyoloji Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Yasemin ALTUNER TORUN
Çocuk Sağ. ve Hast. Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. İlhami ÇELİK
Enfeksiyon Hast. Kliniği Eğitim Görevlisi

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma ÇAKIR
Doğum tarihi ve yeri : 05.01.1985Eskişehir
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : fatmasusam@hotmail.com

Eğitim Durumu

Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi/Aydın Sağlık Yüksek Okulu- 2007
Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği- 2017

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Ortopedi Servisi 2007-2012
Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Pınarbaşı Devlet Hastanesi Acil Kliniği 2013-2014
Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Doğum Salonu 2014- 2016
Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği 2016-...

Bilimsel Etkinlikler

Ulusal Ebelik Sempozyumu, 3- 4 Mayıs, 2007, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, İzmir.

II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 27-29 Nisan, 2011, Aydın.

Sertifikalar

Neonatal Resüsitasyon programı uygulayıcı sertifikası, 25-27 Haziran, 2013