

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**GEBELİKTE YAŞANAN REFLÜ İLE UYKU KALİTESİ VE
PRENATAL BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

DİDAR AKMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecimde bilgi, birikim ve tecrübesiyle yol gösteren, mesleğine ve öğrencilerine olan sevgisi ile bana örnek olan, saygıdeğer danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK'a,

Yüksek Lisans eğitimi sürecimde bilgi, öneri ve tecrübelerinden faydalandığım tüm saygıdeğer hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Sündüz Özlem ALTINKAYA, Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİTİL'e,

Araştırmanın, T.C. Sağlık Bakanlığı Tunceli Devlet Hastanesi'nde yapılmasına izin veren Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü'ne, araştırmanın yürütülmesinde bana destek olan Filiz ARICI, Diren YILMAZ, Serpil YOLTAY' a ve kadın doğum servisinde çalışan çok değerli meslektaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli gebelere,

Beni eğitim hayatım boyunca cesaretlendirerek, bu süreçte sabrı, ilgisi ve sevgisiyle çok şey borçlu olduğum fedakâr eşim Murat AKMAZ'a,

Varlığını ve desteğini her zaman hissettiğim ablam Dilan ÖZMEN ve aileme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmada Cevap Aranılan Sorular.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Reflünün Tanımı	3
2.1.2. Reflü Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Reflü Hastalığının Etiyoloji ve Patogenezi	5
2.1.4. Reflü Hastalığının Tipik ve Atipik Belirtileri	6
2.1.5. Gebelikte Reflü Hastalığının Epidemiyolojisi	7
2.1.6. Gebelikte Reflü Hastalığının Etiyoloji ve Patogenezi.....	8
2.1.7. Gebelikte Reflü Hastalığının Tanısı	10
2.1.8. Gebelikte Reflü Hastalığının Tedavisi	10
2.1.9. Reflü Hastalığı ve Yaşam Biçimi Değişiklikleri	11
2.2. Uyku Kavramı.....	14
2.2.1. Uykunun Fonksiyonları.....	15
2.2.2. Uykunun Fizyolojisi	16
2.2.3. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	16
2.2.4. Uyku Kalitesi	18
2.2.5. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	18
2.3. Prenatal Bağlanma	20

2.3.1. Bağlanma Tanımı.....	20
2.3.2. Bağlanma Kuramı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3.3. Prenatal Dönem ve Bağlanmanın Önemi	21
2.3.4. Prenatal Bağlanmada Sağlık Personelinin Görevleri	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Zamanı	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	26
3.5.1. Gönüllüler İçin Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	26
3.5.2. Gönüllüler İçin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	27
3.6.2. Reflü Semptom İndeksi (RSI).....	27
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	27
3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	28
3.7. Ön Uygulama	28
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.10. Değişkenler.....	30
3.10.1. Bağımlı Değişkenler	30
3.10.2. Bağımsız Değişkenler.....	30
3.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler	30
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	30
4. BULGULAR	32
4.1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.1.1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.1.2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular ..	34
4.2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular	36

4.3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerine İlişkin Bulgular	37
4.4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	39
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuçlar	44
6.2. Öneriler.....	44
KAYNAKLAR.....	46
EKLER.....	59
EK-1: Kişisel Bilgi Formu.....	59
Ek -2: Reflü Semptom İndeksi (RSI).....	62
EK-3: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	63
EK-4: Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE).....	65
EK-5: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Ölçek Kullanım İzin Yazısı.....	67
EK-6: Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) Kullanım İzin Yazısı.....	68
EK-7: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Sonuç Onayı	69
EK-8: Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	70
EK-9: Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı- Devam	71
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	72
ÖZ GEÇMİŞ.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÖS	: Alt özofagus sfinkter
GÖR	: Gastroözofageal Reflü
GÖRH	: Gastroözofageal Reflü Hastalığı
NREM	: Non Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri)
PBE	: Prenatal Bağlanma Envanteri
PPI	: Proton Pompa İnhibitörü
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)
RSI	: Reflü Semptom İndeksi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ORT	: Ortalama
VB	: Ve Benzeri

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Zamanı	25
Tablo 2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri ile PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri İle PBE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	39

ÖZET

GEBELİKTE YAŞANAN REFLÜ İLE UYKU KALİTESİ VE PRENATAL BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Akmaz D. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Amaç: Bu araştırma, gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma analitik, kesitsel olarak olgu-kontrol tipinde, 24 Eylül 2020- 24 Haziran 2021 tarihleri arasında, Tunceli İl Merkezine bağlı Tunceli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran 180 gebe (vaka: 90, kontrol: 90) ile yürütülmüştür. Araştırma verileri; gebelerin reflü varlığını belirlemek için “Reflü Semptom İndeksi”, “Kişisel Bilgi Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” ve “Prenatal Bağlanma Envanteri” ile toplanmıştır. Veriler Predictive Analytics Software-IBM SPSS Version 22.0 (PASW 22.0) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, ki-kare, t testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Bu araştırmada vaka grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi toplam index puan ortalaması ($11,13 \pm 3,25$), kontrol grubuna ($7,02 \pm 2,54$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmada vaka grubunda yer alan gebelerin Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamaları ($37,33 \pm 11,20$) kontrol grubunda yer alan gebelere ($43,00 \pm 12,64$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca araştırmada vaka ve kontrol grubundaki gebelerin uyku kalite düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Araştırmada reflüsü olan gebelerin olmayan gebelere göre uyku kalitesi ve prenatal bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu ve uyku kalite düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Gebelik, Prenatal Bağlanma, Reflü, Uyku Kalitesi.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PREGNANCY REFLUX AND SLEEP QUALITY AND PRENATAL ATTACHMENT

Akmaz D. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2021.

Objective: This study was conducted to examine the relationship between pregnancy reflux and sleep quality and prenatal attachment.

Material and Methods: The research was analytically, cross-sectionally, case-control type, with 180 pregnant women (case: 90, control: 90) who applied to the Tunceli State Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic of Tunceli City Center between September 24, 2020 and June 24, 2021. Researchs data; “Reflux Symptom Index” to determine the presence of reflux in pregnant women, “Personal Information Form”, “Pittsburgh Sleep Quality Index” and “Prenatal Attachment Inventory” with has been collected. Data were analyzed with Predictive Analytics Software-IBM SPSS Version 22.0 (PASW 22.0). In the analysis of the data, used chi-square, t test and pearson correlation analysis.

Results: In this study, the mean Pittsburgh Sleep Quality total index score of the case group (11.13 ± 3.25) was found to be statistically significantly higher than the control group (7.02 ± 2.54). In the study, the mean Prenatal Attachment Inventory score of the pregnant in the case group (37.33 ± 11.20) was found to be statistically significantly lower than the pregnant in the control group (43.00 ± 12.64). In addition, it was observed in the study that prenatal attachment levels decreased in parallel with the sleep quality levels of pregnant women in the case and control groups.

Conclusion: In the study, it was concluded that the sleep quality and prenatal attachment levels of the pregnant women with reflux were lower than the pregnant women without reflux, and the prenatal attachment levels decreased in parallel with the sleep quality levels.

Keywords: Midwifery, Pregnancy, Prenatal Attachment, Reflux, Sleep Quality.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bazı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı gebelik kadınlar için özel ve anlamlıdır. Genellikle olumlu ve pozitif duygular barındıran bu dönemde rahatsızlıklarda yaşanabilmektedir. Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) da bunlardan bir tanesidir (Sertbaş, 1998; Sevil, 2002; Yanikkerem, 2004; Yanikkerem, 2006).

Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH) insanlarda oldukça yaygın olan ve ihmal edildiği zaman kansere kadar değişen ciddi sonuçlar doğuran, bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen ve dünyada her yıl milyarlarca dolarlık ilaç tüketimine yol açan önemli bir hastalıktır. GÖRH yetişkinlerde en fazla saptanan kronik hastalık olarak bilinmesine rağmen, GÖRH'nın nedenleri, insidansı ve prevelansı ile ilgili çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. (Bor, 2005; Gülsen, 2003; Kitapçıoğlu, 2004). GÖRH; en yaygın şekilde mide içeriklerinin herhangi bir çaba gerektirmeksizin kendiliğinden yemek borusuna kaçarak yakınmalara veya bu bölgelerde lezyonlara yol açmasıdır. En bilinen semptomları, pirozis ve regürjitasyondur.

Gebelikteki reflü nedeni tartışmalıdır. GÖRH'nı tetikleyen nedenlerin tümünde, temel olarak yemek borusu alt uç kaslarının basıncında hormonal nedenlerle oluşan bir azalma söz konusudur. GÖRH semptomları gebelik trimesterlerinin ilerlemesi ile şiddetlenmektedir (Bor, 1997; Kitapçıoğlu, 2004; Richter, 2005; Bozkurt, 2006). Pirozis gebelerin %30-50'sinde görülmekte hatta bazı toplumlarda bu oran %80'e ulaşabilmektedir. Gebelikte yaşanan pirozis genellikle doğum sonrası kendiliğinden iyileşmekte ancak bazen GÖRH oluşumu ile şiddetlenebilmektedir. Birçok gebede birinci trimestrin sonu ya da ikinci trimester ile başlayan pirozis gebeliğin ilerleyen dönemlerinde daha sık ve ciddi boyutlara ulaşabilmekte, semptomların kötüleşmesi ile özofajit oluşabilmektedir (Richter, 2005). GÖRH'nın en sık yaşanan ikinci semptomu regürjitasyondur. Regürjitasyon, kişiler tarafından ağza acı-ekşi su ve yediklerinin gelmesi şeklinde tanımlanır. Birçok hasta bu semptomları uyumadan önce yedikleri yemeklerden sonra yaşadıklarını söylemişlerdir. Gebelikte reflü birçok gebede postpartum dönemde gerilediği için gebelikte oluşan semptomların azaltılması için gereken önlemlerin alınması oldukça önemlidir (Kaltenbach, 2006).

Yapılan literatür taramasında gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmada Cevap Aranılan Sorular

- Gebelikte reflüsü olan ve olmayan gebeler arasında uyku kalitesi açısından fark var mıdır?
- Gebelikte reflüsü olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Gebelikte reflüsü olan ve olmayan gebelerin uyku kalite düzeyleri ile gebeliğe uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Reflünün Tanımı

Gastroözofageal reflü (GÖR); gastrik içeriğin, çaba gerektirmeden mideden özofagusa kaçışını ifade eder. Bu durum birçok kişide, genelde hiçbir klinik hasara yol açmadan oluşabildiği için, normal bir fizyolojik olay olarak kabul edilmektedir. Fizyolojik olan bu olay orofarinks, özofagus, larinks ve akciğer gibi organlarda hasar yaratarak çeşitli bulgular oluşturduğunda Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH)'ndan söz edilir. Reflü hastalığı öncelikle 1935'de New York'ta pratisyen hekim olarak görev yapan Asher Winkelstein tarafından tanımlanmıştır (Gülsen, 2003). Reflü toplumda bir hayli yaygın olarak görülen ve ihmal edildiği takdirde kansere neden olabilecek, kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen ve dünyada her sene milyarlarca liralık ilaç sarfiyatına yol açan önemli bir rahatsızlıktır. Reflü yetişkinlerde en fazla görülen kronik hastalık olarak tanımlanmasına rağmen, reflünün nedenleri, insidansı ve prevelansı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır (Bor, 2005; Gülsen, 2003; Kitapçıoğlu, 2004). Reflü, mide içeriğinin özofagusa istemsizce geri gelmesi sonucu pirozis ya da asit regürjitasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Aslında reflü özellikle yemekten sonra aynı zamanda REM (rapid eye movement) uykusunda olacak şekilde günde 10-15 defa tekrarlanabilen fizyolojik bir olaydır. Reflünün bu şekli kısa sürer bu yüzden kişiler fark edemez ya da çok hafif semptomlar oluşturabilir. Ancak reflü bir gün içinde tekrar tekrar ortaya çıktığında ve özellikle uyku sırasında olup uzun süre devam ettiğinde, genellikle özofagus mukozası hasarı ve çeşitli semptomların eşlik ettiği patolojik reflü meydana gelmektedir. Bu durumda reflü hastalığından bahsedilir (Devault, 2005; Dobrucalı, 2007; Kaltenbach, 2006; Kitapçıoğlu, 2004).

2.1.2. Reflü Hastalığının Epidemiyolojisi

Reflü ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, reflünün en yaygın bulgusu olan pirozis semptomunun toplumdaki sıklığı oldukça yüksektir. Gelişmiş ülkelerde reflü prevelansı ile ilgili yapılmış çalışmalarda, pirozis prevelansı %10-48, regürjitasyon prevelansı %6,5-45 ve

her iki semptom prevalansı %20-59 bulunmuştur (Dobrucalı, 2007; Heading, 1989; Isolauri, 1995; Locke, 1996). Amerika’da reflü yetişkinlerde en yaygın olarak görülen kronik hastalık olarak tanımlanmaktadır. Amerika’da yapılan çalışmalarda, kişilerin %14’ü günde en az bir, %44’ü ayda bir, %7’si birden fazla pirozis yaşadıkları bildirilmiştir (Gallup Organization, 1988). Amerika’da yapılan bir çalışmada, reflü ilaçlarına ödenen ücret miktarının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Sandler, 2002). Yapılan bir başka çalışmada, pirozis prevalansı %13,5, regürjitasyon prevalansı %10,2 olarak bildirilmiştir (Stanghellini, 1999). Locke ve diğerlerinin (1997) reflü soru formu kullanarak 1511 kişide yaptıkları çalışmada, katılımcıların %17,8’inin pirozis, %6,3’ünün regürjitasyonu son bir hafta içinde yaşadıkları bildirilmektedir. İspanya’da aynı soru formu ile yapılan bir başka çalışmada ise, reflü prevalansı %9,8 bulunmuştur (Diaz, 2004). Gelişmekte olan ülkelerde reflü prevalansı ile ilgili yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır. Bu nedenle bu ülkelerde reflü prevalansının düşük olduğu halk sağlığı açısından önemsiz gibi görüldüğünü düşündürmektedir. Reflü prevalansı ile ilgili ilk çalışma 1998 senesinde Singapur’da 696 kişi ile geçerliliği yapılmış bir soru formu kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada reflü prevalansı bir hayli düşük bulunmuştur (%1,6). Bu durumun genetik ya da çevresel faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir. 2000 senesinde aynı toplumda aynı soru formu kullanılarak çalışma tekrarlanmış, prevalansı %9,9 saptanmıştır (Ho, 1989). Hong Kong’da 2209 kişide Mayo Klinik soru formu kullanılarak yapılan başka çalışmada; aylık reflü prevalansı %8,9, haftalık reflü prevalansı %2,5 olarak bulunmuştur (Wang, 2004). Singapur ve Çin’de endoskopi ile özofajit görülme sıklığı sırasıyla %2-3.3 ve %5 olarak bulunmuştur. Asya’da reflü prevalansında artış tespit edilmesinin sebebi; fast food yiyecek tüketiminin artması ve vücut ağırlığının çoğalması, Helicobacter Pylori (H. Pylori) enfeksiyon oranının azalması ve stresin artışı olabileceği belirtilmiştir (Kang, 1993,1994). Pirozis yaşama oranı coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekte, Avrupa ve Kuzey ABD’de daha sık rastlanırken Afrika’da nadir görülmektedir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda elde edilen bulgular da bu sonuçlara benzerdir. Mungan ve diğerleri (1999) kişilerin %3,1’inin sürekli, %22,6’sinin sık ve %43,6’sının nadir olarak pirozis ya da regürjitasyon yaşadıklarını belirlemiştir. Bu çalışmada beden kitle indeksi ve sigara içme alışkanlığı ile reflü skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bor ve diğerleri (2005) reflü soru formunu kullanarak İzmir Menderes’te 630 yetişkinle yapmış oldukları bir çalışmada, son bir hafta içinde pirozis prevalansını %10,0, regürjitasyon prevalansını %15,6, diğer semptomların prevalansını %20,0 olarak saptamışlardır. Bu semptomların günlük prevalansı incelendiğinde; pirozis prevalansı %3,0, regürjitasyon prevalansı %3,2, diğer semptomların prevalansı %4,9’dur. Son bir yıl içinde pirozis prevalansı %15,9, regürjitasyon prevalansı %32,7, diğer

semptomların prevelansı %37,6 bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %22,0'si her iki semptomu da (pirozis ve regürjitasyon) son bir yıl içinde yaşadıklarını söylemişlerdir. Pirozis yaşla beraber artarken, regürjitasyonun yaşla ilişkisi bulunmamıştır. Pirozis ve regürjitasyon kadınlarda erkeklere oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Pirozis ve regürjitasyonun diğer semptomlarla ilişkisi incelenmiş; nonkardiyak göğüs ağrısı ile %37,3, disfaji ile %35,7, dispepsi ile %42,1, odinofaji ile %35,7 ilişkili bulunmuştur. Pirozis yaşamakta olanların %44,0'ü, regürjitasyon yaşamakta olanların %28,0'i bu belirtileri bir hayli sık ve ciddi yaşamaktadırlar. Her iki semptomu da yaşamakta olan üç kişiden biri bu semptomları 5 sene ve üstünde yaşadığını söylemiştir. Evli kadınlarda bu semptomların riski artmaktadır. Pirozis yaşamakta olanlarda ilaç kullanımı %67,7, regürjitasyon yaşamakta olanlarda ilaç kullanımı %54,1'dir. Sigara, çay, kahve, sıcak içecekler, alkol kullanımının reflü prevelansında anlamlı fark yaratmadığı bulunmuştur.

2.1.3. Reflü Hastalığının Etiyoloji ve Patogenezi

Reflünün patogenezinin birçok faktör rol oynamaktadır. Patolojik gastroözofageal reflü gelişimi, koruyucu ve reflü destekleyici mekanizmalar arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle reflü; asit reflüsü ve reflü materyali içerisindeki agresif güçler ile defansif güçler arasındaki dengenin bozulması neticesinde ortaya çıkmaktadır (Dobrucalı, 2007; Gülsen, 2003). Mideden özofagusa istemsizce geçen mide içeriğindeki en zararlı madde mide asididir. Diğer ajanlar ise; pepsin, safra tuzları ve pankreatik enzimlerdir. Ek olarak, agresif güçler arasında sıcak ve hipertonic yiyecekler, bazı ilaçlar ve alkol bulunur. Asit pH'da reflü materyalinin majör iritan ajanı, hidrojen iyonlarıdır. Bunların hasara yol açma derecesi, asit konsantrasyonuna ve asidin mukoza ile olan temas süresine bağlıdır. Bu parametre asit kontakt zamanı olarak adlandırılmakta olup, 24 saatlik pH ölçümleriyle saptanabilmektedir. Bu sürenin normalde, total izleme süresinin yaklaşık olarak %72'sini aşmaması gerekmektedir. Bu süre ne kadar uzunsa özofajit riski de o kadar artmaktadır (Gülsen, 2003). Geniş ayrıntılı bir çalışmada reflü vakalarında asit sekresyon oranının daha sağlıklı kişilerden farklı olmadığı gösterilmiştir (Hirschowitz, 1991). Hipertonic yiyecekler pirozisi arttırmaktadır. Bu sebeple hipertonic olan alkollü ve kolalı içecekler de reflü gelişimine neden olabilirler. Alkolün, özofagus epiteli üstündeki etkisi konusunda çelişkili yayınlar olmakla beraber, genel kanı, alkolün reflüsü olan kişilerde zararlı olduğu yönündedir (Gülsen, 2003). Non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar, potasyum, demir preparatları, bazı

antibiyotikler özofagus epiteli üzerine hasar oluşturabilirler (Gülşen, 2003). Mohammed ve diğerlerinin (2002) ikizler üstünde yapmış oldukları bir araştırmada, monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere göre reflünün aynı anda bulunma oranı daha yüksek bulunmuş ve reflünün etiyojisinde genetik faktörlerin de rolü olabileceği ileri sürülmüştür.

2.1.4. Reflü Hastalığının Tipik ve Atipik Belirtileri

Reflü birinci basamak sağlık hizmetlerinde ek tanı testine gerek duyulmadan sadece semptomlara dayanarak tanılabilen bir hastalık olup, pirozis ve regürjitasyon reflünün kardinal semptomlarıdır. Uyku rahatsızlıkları, nonkardiyak göğüs ağrısı ve solunum semptomları reflüye eşlik eden diğer semptomlardır (Flook, 2008). Montreal Uluslararası Konsensusu'nda uzmanlar ve aile hekimleri semptomlara dayalı ve hasta merkezli yaklaşım ile reflü tanısının konulabileceğini belirtmiştir. Reflü “mide içeriğinin geri kaçması sonucu birçok soruna ve komplikasyonlara yol açan bir durumdur” şeklinde tanımlanmıştır. Montreal Uluslararası Konsensus sonuçlarında; reflü tanısında semptoma dayalı tanılama düzey III kanıt olarak kabul edilmiş, reflü birinci basamakta ek tanı testine gerek duyulmadan sadece semptomlara dayanarak tanılabileceği belirtilmiştir. Konsensusta reflü semptomlarını yaşayan kişilere hasta merkezli yaklaşımın ve semptomların günlük yaşam aktivitelerine etkisinin sorulmasının da önemli olduğu belirtilmiştir (Flook, 2008). Reflü hastalığında semptomların uzun ve aralıklı seyretmesinden bahsedilir. Reflünün klasik semptomları pirozis olarak adlandırılan sternum arkasında duyulan yanma hissi ve regürjitasyondur. Regürjitasyon ağza acı-ekşi su gelmesi şeklinde tanımlanmıştır (Dobrucalı, 2007). Reflünün tipik bulguları dışında atipik bulgularında mevcuttur. Atipik bulgular içerisinde üst solunuma ait olanlardan en sık görülenleri kronik öksürük ve astımdır. Solunum problemleri düzey II kanıt olarak belirtilmiş olup, GÖRH ile ilgili solunum belirtileri; öksürük, astım ve larenjitir. Bu solunum semptomları pirozis ve regürjitasyon ile ilişkilidir. Solunum problemleri reflüyü tetiklemektedir (Dobrucalı, 2007; Flook, 2008).

2.1.5. Gebelikte Reflü Hastalığının Epidemiyolojisi

Reflü sonucu olan pirozis semptomu gebeliklerin büyük bir kısmında gözlenmekte, tüm gebeliklerin %30 ile %50'sinde hatta bazı toplumlarda %80'inde görülmektedir (Bassey, 1977;

Ho, 1988; Marshall, 1998). Topluma dayalı çalışmalarda reflü semptomlarının prevalansı %10-20 arasında olduğu bulunmuştur (Diaz, 2004; Dent, 2005). Reflü semptomlarının gebelikte birlikte arttığı, gebelik boyunca gebelerin %40-80'ninin reflü semptomlarından yakındığı, yaşam ve uyku kalitelerinin etkilendiği belirtilmektedir (Attia, 1982; Isolauri, 1995; Marrero, 1992; Richter, 2005; Suzuki, 1994; Yanikkerem, 2006). Gebelikte reflü semptomlarının insidansı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Semptomatik reflü gebelik ile birlikte başlar son trimestere kadar şiddeti artar ve doğumdan kısa bir süre sonra kaybolur (Bozkurt, 2006; Ho, 1989; Okholm, 1995; Yanikkerem, 2006). Semptomların kaçınıcı gebelik haftasında başladığı net değildir. Castro (1967) 60 gebe ile reflü semptomlarının ne zaman başladığı ile ilgili bir araştırma yapmış; reflünün gebelerin %52'sinde birinci trimester, %24'ünde ikinci trimester, %8,8'inde ise üçüncü trimesterde başladığını saptamıştır (Castro, 1967). Asya toplumunda yapılmış longitudinal bir çalışmada, reflü semptomlarının birinci trimesterde sık yaşandığı, ikinci trimesterde azaldığı bulunmuştur (Ho, 1989). Rey ve diğerleri, (2007) İspanya'da 12, 24 ve 36. gebelik haftasında ve doğumdan bir yıl sonra gebeleri telefonla arayarak geçerliliği yapılmış bir soru formu ile izlemişlerdir (n=263). Bu çalışmada gebelerin %59,3'ünde reflü semptomları saptanmıştır. Reflü semptomları gebelerin %25,8'inde ilk trimester, %24,3'ünde ikinci trimester, %25,5'inde ise üçüncü trimesterde başlamıştır. Reflü semptomları olan 44 kadının %68,2'si gebeliğin sonuna kadar bu semptomları yaşamıştır. İlk trimesterde reflü semptomları başlayan kadınların %46'sı ikinci trimesterde de reflü semptomlarını yaşamaya devam etmiş ve bu kadınların %58'i gebelikleri boyunca reflü semptomlarını yaşamıştır. Ülkemizde Bor ve diğerleri (2007) 18-49 yaş grubu en az bir kez doğum yapmış 1180 kadında yaptıkları bir çalışmada; pirozis ve regurjitasyon semptomunun haftada en az bir kez ve daha fazla yaşandığını, reflü prevalansını ise %7,4 olduğunu bulmuşlardır. Pirozis yaşayan kadınlarda reflü riskinin arttığını, yaş ve obesitenin de etkili olduğunu, doğum sayısı arttıkça reflü prevalansının arttığını belirtmişlerdir.

2.1.6. Gebelikte Reflü Hastalığının Etiyoloji ve Patogenezi

Reflüyü arttıran gerçek mekanizmalar alt özofageal sfinkteri (AÖS) basıncını azaltan intrinsek ve mekanik faktörlerdir. Gebelikte dolaşımda fazlaca bulunan östrojen ve progesteron, özellikle progesteron AÖS üzerine relaksasyon etki yaparlar (Bozkurt, 2006;

Gülşen, 2003). İntraabdominal özofageal kısmın kısılması ve büyüyen uterusun intragastrik basıncı arttırması reflü oluşumunda rol oynayabilir. Gebelikte azalmış AÖS basıncı dolaşımında artan progesteron ve östrojen hormonlarına bağlanmıştır (Kaltenbach, 2006). Van ve diğerleri (1981) başlangıçta asemptomatik olan gebelerde 12, 24, 36. ve postpartum 1-4. haftalarda AÖS basıncını ölçerek değerlendirmişlerdir. AÖS basıncı 36. haftaya kadar progesteron ve östrojenin artışına bağlı sekonder azalmış ve dört olguda semptomatik reflü gelişmiştir. Anton ve diğerleri, (2003) çalışmasında; sağlıklı kadınlarda progesteronun reflü semptomlarında tetikleyici olmadığını, gebelikte yüksek konsantrasyonda salgılanan progesteronun reflü semptomlarına yol açtığını, doğum sonrası progesteron düzeyinin düşmesi sonucu reflü semptomlarının kaybolduğunu belirtmiştir. Yapılan basınç ölçümlerinde AÖS basıncının normal motiliteye sahip kadınların alt sınırındaki basınçtan daha düşük olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, yalnız progesteron ya da östrojen ile beraber progesteronun, reflü basıncında azalmaya yol açtığı ileri sürülmüştür. Progesteronun primer düz kas relaksasyonundan sorumlu olduğu, östrojenin ise kofaktör olduğu bildirilmiştir (Van, 1981). Wald ve diğerleri (1982) gebelerde gastrointestinal transit zamanında postpartum döneme göre artış olduğunu ve bunun etyolojide rol oynayabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bazı otörler gebelikte ortaya çıkan hipergastrinemiye de bir risk faktörü olarak tanımlamışlardır. Geç gebelik dönemindeki kadınlar ile gebe olmayan grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, hızlı plazma gastrin artışı bakımından iki grup arasında önemli bir fark olmadığını belirtmiştir (Attia, 1982; Kaltenbach, 2006). Kısaca özetleyecek olursak, gebelik intragastrik basıncı arttırmakta, semptomatik hastalarda AÖS basıncı bir artış göstermekte ve bu olgularda reflü oluşmaktadır. İkinci trimester ile birlikte gebelikte kilo alımı intraabdominal basıncı arttırmakta, bu durumda AÖS'in göğüse doğru yer değiştirmesine neden olmakta, bu duruma AÖS basıncının azalması eklenince gebelikte reflü semptomları görülmeye başlamaktadır (Rey, 2007). Rey ve diğerleri (2007) gebelikte alınan kilo, gebelik öncesi reflü semptomlarının varlığı ve Güney Amerikalı olmayı gebelikte reflünün risk faktörleri olarak belirtmişlerdir. Kişide önceden var olan reflü ve multiparite de gebelikte meydana gelecek reflü için risk faktörü sayılabilir.

Gebelik döneminde reflü semptomları gebe olmayan kişilerin yaşadığı semptomlara benzerdir. Reflü semptomları oldukça çeşitli ve değişken olup, en önemlileri pirozis ve regürjitasyon olup, çok kere tanı için bu iki semptomun varlığı yeterli olabilmektedir. Diğer semptomlar; kusma, bulantı, epigastrik ağrı ve anoreksiyadır (Ali ve Egan, 2007).

Gebelikte reflünün klinik semptomları gebe olmayanlardan farklı değildir. Gebeliğin ilerlemesi ile şiddetlenen pirozis en sık yaşanan semptomdur. Pirozis gebelerin %30-50'sinde

oluşmakta hatta bazı toplumlarda bu oran %80'e ulaşabilmektedir (Bor, 1997; Kaltenbach, 2006; Kitapçioğlu, 2004; Richter, 2005). Audu ve Mustapha (2006) yapmış olduğu araştırmada, gebelerin %45,0'inin pirozis semptomu yaşadığını saptamışlardır (Audu, 2006). Gebelikte yaşanan pirozis genelde doğum sonrasında kendi kendine düzelmekte ancak bazı olgularda reflü oluşumu ile daha da şiddetlenebilmektedir. Birçok hastada birinci trimestrin sonu veya ikinci trimestr ile başlayan pirozis gebeliğin ilerleyen aylarında daha sık ve ciddi boyutlara ulaşabilmekte, semptomların kötüleşmesi ile özofajit oluşabilmektedir. Gebelikte pirozis ile alakalı risk faktörleri; gestasyonel hafta, multiparite ve gebelikten önce pirozis varlığı olarak belirtilmektedir (Richter, 2005). Pirozis sıklığına bağlı şekilde regürjitasyon gelişebilir. Regürjitasyon, hastalar tarafından ağza acı-ekşi su ve yemeklerin gelmesi biçiminde tanımlanır. Birçok hasta bu semptomları yatmaya yakın saatlerde yenilen yemeklerden sonra başından geçenleri belirtmektedir. Bazı hastalar yaşanan semptomların yoğunluğundan dolayı günde bir öğün yemek yemekte ve bazıları oturur pozisyonda uyumak mecburiyetinde kalmaktadır. Besin toleransı ve bazı hastalarda yoğun postprandial yanmadan dolayı beslenme bozukluğu gelişip, bulantı ve kusma görülebilmektedir. Bunlar GÖR'nün klasik bulgularıdır. GÖR dış lezyonları, larenjit, astım ve akciğer problemleri olarak bulgu verebilir (Bor, 1997; Kaltenbach, 2006; Kitapçioğlu, 2004; Merger, 1999; Rey, 2007; Theodoropoulos, 1999).

Gebelikte reflü komplikasyonları nadirdir. Kanamalı veya kanamasız özofajit ve strüktür oluşumu olabilecek durumlardır. Castro (1967) çalışmasında üçüncü trimesterde olan iki gebede histolojik özofajit saptamıştır, makroskopik olarak ödemle birlikte veya ödemsiz hiperemi ve bir olguda mukozal erozyon olduğunu tespit etmişlerdir. Sonuç olarak, histolojik özofajit semptomatik hastalarda yaygın olabilmesine rağmen, ciddi eroziv veya eksudatif özofajit nadirdir (Kaltenbach, 2006; Castro, 1967).

2.1.7. Gebelikte Reflü Hastalığının Tanısı

Gebelerde reflü tanısı için en önemli unsur, itinayla alınan detaylı bir anamnezdır. Baryum X-ray çalışmaları gerekli değildir ve tanıdan ziyade komplikasyon varlığını gösterir. Ayrıca fetüs için radyasyon riski taşıdığından bu işlemde gebelerde risk taşımaktadır. Hasta göğüs ağrısı, öksürük, hırıltılı solunum, boğaz ağrısı gibi semptomlar ile başvurursa daha ileri

tetkikler yapılabilir (Kaltenbach, 2006; Richter, 2005). Castro (1967) gebeliğin farklı evrelerinde 43 gebeye endoskopi ve biyopsi uygulamış ve komplikasyon saptamamıştır (Castro, 1967). Özofageal monometri ve ph gebelikte güvenle yapılmasına rağmen bir hayli nadir başvuru olan tanı yöntemleridir. Gastrointestinal endoskopi reflü komplikasyonlarını değerlendirmek için yapılabilir ancak işlem sırasında kan basıncı ve fetal moniterizasyonun yapılması son derece önemlidir (Richter, 2005).

2.1.8. Gebelikte Reflü Hastalığının Tedavisi

Reflüyü tedavi etmede; semptomların iyileştirilmesi, özofajitin giderilmesi, komplikasyonların tedavi edilmesi, önlenmesi ve ilerleyişinin durdurulması gibi amaçlar vardır. Gebelikte oluşan reflü semptomlarının çoğu doğum sonrası dönemde gerilediğinden gebelikte oluşan semptomların azaltılması ve anne-bebek sağlığının etkilenmemesi için gereken önlemlerin zamanında alınması oldukça önemlidir (Kaltenbach, 2006). Medikal tedavide ilk etapta seçilecek ilaçlar antiasitler ve aljinik asittir. Aljinik asidin gebelerdeki etkinliği çok iyi/iyi olduğu tespit edilmiştir. Güvenilirliği kan dolaşımına geçmediğinden kaynaklanır (Bor, 2007; Weusten, 2003). Antiasitler hamilelik sırasında genellikle kullanılır. Magnezyum içerikli antiasitler hamilelikte reflü tedavisi için uygun değildir. Hamileliğin ilk üç ayında teratojeniktirler. Yüksek dozlarda kullanıldığında ishale neden olarak elektrolit dengesizliklerine yol açabilirler. (Bor, 2007; Bozkurt, 2006). Sistemik dolaşıma katılamayan diğer güvenilir ilaç Sukralfattır. Mide mukozasında koruyucu tabaka oluşturur. Günde üç kez bir gr şeklinde kullanılarak gebelerde güvenle kullanılır (Bor, 2007; Kaltenbach, 2006). Histamin-2 Reseptör Blokerleri, H2 reseptör blokerleri pirozis ve regürjitasyon yakınmasını histamini bloke edip asit salgısını kısıtlayarak azaltır. Yapılan bir çalışmada reflü hastalarını, H2 reseptör antagonistleri ile tedavi edilmiş ilaç kullanan grup, plasebo kullanan gruba karşılaştırılmış ilaç kullanan grubun yaşam kalitesi skorları yüksek saptanmıştır (Rush, 1995). Lindow ve diğerleri (2003) United Kingdom ve Güney Afrika Cumhuriyeti'nde antenatal kliniklerde gebelikte pirozis yaşamakta olan kadınlarda Gaviskonun etkisini incelemişlerdir (n=150 <=38 gebelik haftası). Gaviskon 5-10 ml. Kullanan gebeleri dört hafta sonra beşli likert tipi bir skala ile izlemişlerdir. Kadınların %88'i bir hayli iyi, %90'nı iyi olarak değerlendirilmiştir. Kadınların yarısı (%57) 10 dakika içinde semptomun hafiflediğini belirtmiştir.

Bazı gıdalar reflüyü tetiklemektedir ve bu gıdaların mümkün olduğunca minimum seviyede tüketilmesi reflü açısından önemlidir. Bu gıdalar kafein içeren içecekler (kahve, çay kola), alkol, çikolata, turunçgiller (portakal, greyfurt vb.) ve suları, domates ve domates ürünleri, hardal, sirke, naneli gıdalar, baharatlı, yağlı yiyeceklerdir (Ali ve Egan, 2007; Kaltenbach, 2006; Devault, 2005; Kaltenbach, 2006; Katz, 1994; Thomas, 1980).

2.1.9. Reflü Hastalığı ve Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Gebelikte yaşanan reflü yönetiminde uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeler ve tedaviler önemli olup fetüse etkisi açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Gastroenterologlar ve kadın doğum uzmanları reflü yaşayan gebelerin yaşam kalitelerine etkisi üzerinde durmaktadır (Bor, 2007; Rey, 2007; Richter, 2003). Literatürde sağlık çalışanlarının zaman yetersizliğinden dolayı reflüsü olan kişilere yaşam biçimi değişikliklerini öğretmedikleri ya da yeterince açıklamadıkları belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, hekimlerin reflüsü olan kişilere yaşam biçimi değişikliklerini öğretmesi ile; kişilerin %55'inde reflüyü tetikleyen yiyecekleri, %37'sinde kafeini, %36'sında yaşamında stresi azalttığı ve %36'sında kilo verdiği belirlenmiştir (Revicki, 1998, The Gallup Organization, 2000). Kinoshita ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada, bir grup hastaya protein pompa inhibitör tedavisi ile birlikte yaşam biçimi değişikliklerini de anlatmışlar, bir gruba sadece yaşam biçimi değişikliklerini anlatmışlar, bir gruba ise hiçbir öneride bulunmamışlardır. İlaç tedavisi ile yaşam biçimi değişiklikleri anlatılan grubun sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Amerikan Gastroenteroloji Birliği, reflü semptomlarının azaltılması için öncelikli olarak yaşam biçimi değişikliklerini önermektedir. Bu önerilerden bazıları yatak başının yükseltilmesi, yemekten yedikten sonra en az üç saat sırt üstü yatmama, sol yana yatış pozisyonu, ana yemek olarak öğle yemeği yenmesi, sık sık ve küçük miktarlarda yenilmesi, gece geç saatte yemek yememe, çikolata, kuru yemiş, aşırı yağlı, baharatlı ve kafeinli yiyeceklerden uzak durma, abdomeni sıkı saran giysilerden kaçınma gibi önlemlerdir. Sigara ve alkolden reflüyü arttırıcı etkilerinden dolayı sakınılmalıdır. Sakız çiğneme, tükürük bezlerini stimüle ettiği için asidi nötralize etmede yararlı olabilir (Ali ve Egan, 2007; Kaltenbach, 2006; Devault, 2005; Kaltenbach, 2006; Katz, 1994; Thomas, 1980).

Çalışmalar sigara ve reflü semptomları arasında bir ilişki bulmuştur (Tibbling, 1995; Watanabe, 2003). Vaka kontrol çalışmalarında yapılan çoklu analizlerde içilen sigara sayısı ve

süresinin reflü semptomlarını arttırdığı, günde 20 sigaranın üstünde ve bir seneden uzun süreden beri sigara içenlerde reflü semptomlarının 1-7 kez daha yoğun olduğu saptanmıştır (Nilsson, 2004). Sigara mide asidi salgılanmasını uyarak yemek borusu ve mide arasında olan kasların (LES=Lower esophageal sphincter pressure: alt özofagus sfinkter büzücüsü) gevşemesine yol açarak asit reflüye neden olmaktadır. Derin nefes alma ve öksürük, sigara içmeye bağlı olarak karın bölgesinde ani bir basınç artışına neden olabilir (Kahrilas, 1989). Çalışmalar sigara içenlerde reflü epizotlarının daha yoğun olduğunu, ancak özofageal asidin artmadığını bulmuşlardır (Pehl, 1997; Smit, 2001). Üç vaka kontrol çalışmasında (kanıt B) sigaranın reflü sonuçlarına etkisi incelenmiştir. Bir çalışmada 30 daha sağlıklı katılımcı (15 sigara içen, 15 içmeyen) ile 10 sigara içen ve reflü bulunan grup karşılaştırılmıştır. Sigara içenlerde reflü sıklığının sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu ancak 24 saat sigara içilmemesinin özofagus PH değerini 4.0'ın altına düşürmeyeceği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bir günde sigara içilmemesinin reflü sıklığını azaltabileceği ancak yemek borusu asidini etkilemediği belirtilmiştir (Waring, 1989). Kadakia ve diğerleri (1995), 48 saat sigara içmeyen reflüsü olan kişilerde distal özofagus asit sekresyon maruziyetinin anlamlı olarak arttığını saptanmıştır. Alkol kullanımı reflü semptomlarını tetikleyici olabilir, çünkü alkol asit sekresyonunu arttırarak, AÖS basıncını azaltır ve sonuçta özofageal motilite artar (Bujanda, 2000). Araştırmalar, alkol almanın reflü semptomlarını artırabileceğini bulmuştur (Anton, 2003; Wang, 2004). Wang ve diğerleri (2004) reflü semptomlarının ağır alkol içicilerinde %43, alkol kullanmayanlarda %16 olduğunu belirtmiştir. Pozisyon semptomları hafifletmede en önemli yöntemlerden biri olup, sağlık profesyonellerinin de hastayı en iyi bilgilendireceği bir yoldur. Sırt üstü yatma pozisyonunun hastaların %82'sinde pirozisi arttırdığı belirtilmiştir. Bazı şiddetli olgularda hastalar sandalyede dik olarak uyumayı tercih etmek durumunda kalmışlardır (Bozkurt, 2006). Düz ve sırt üstü yatışlarda ağıza mide içeriğinin gelmesi reflüsü olan kişilerde sık rastlanan bir durumdur (Kaltenbach, 2006). Bir çalışmada GÖRH semptomları olan 63 hastada pH izlemi ile değişik vücut pozisyonlarının (oturma, uzanma, başın 28 cm yükseltilmesi) ilişkisi incelenmiştir. Başın 28 cm yükseltilmesi pozisyonunda reflü sıklığı, süresi ve reflü semptomlarının anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (Stanciu, 1977).

Hamilton ve diğerleri, (1988) dik, horizontal ve başın yükseltilmesi pozisyonlarını karşılaştırmış, dik pozisyonunda uyumanın özofageal asit maruziyetini yatay pozisyona göre azalttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada, uyurken başın yükseltilmesi asit sekresyon maruziyetini düzeltmektedir ancak pozisyonlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Diğer randomize kontrollü çalışmada, iki hafta başın yükseltilerek yatılması ile ilaç kullanımı

karşılaştırılmış, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan tüm çalışmalarda, başın yükseltilmesinin reflü semptomların iyileştirilmesinde bir hayli etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Pollmann, 1996). Birçok çalışmada reflünün sağ yan yatış pozisyonunda arttığı bulunmuştur. Bunun sebebi net açıklanamasa da AÖS gevşemesinin sağ pozisyonunda arttığı belirtilmektedir (Kaltenbach, 2006). Özellikle toplam reflü süresi, ortalama asit klerensi ve AÖS gevşemesi sağ yan yatar pozisyonunda sol yan yatar pozisyona göre bir hayli uzundur. Kanıtlar sağ lateral pozisyonun reflü semptomlarını şiddetlendirdiğini, GÖRH olan hastalarda sol yan yatış pozisyonunun yaşam tarzı değişikliği olarak önerilmesinin önemini vurgulamaktadır (Katz,1994; Khoury,1999; Van, 2000). Obesitenin pek çok faktörde artış yaratması sebebiyle reflü semptomlarına yol açtığı belirtilmektedir. Bu faktörler, gastroözofageal sfinkter eğiminin, hiatal herni insidansının, intraabdominal basıncın ve pankreatik enzim ve safranin artışıdır (Kaltenbach, 2006). Bazı çalışmalar obezlerde reflü semptomlarının arttığını gösterse de bazı çalışmalarda ilişki bulunmamıştır (Beauchamp, 1983; O'Brien, 1980). Topluma dayalı pek çok çalışmada beden kitle indeksi ile reflü semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Behar, 1975; Diaz, 2004; Murray, 2003; Nilsson, 2003). Bir çalışmada beden kitle indeksinin her beş birim artışında reflü semptomlarının 1.2 kez arttığı saptanmıştır (Ruhl, 1999). Fraser ve diğerleri (1999) kilogram kaybı ile özofageal PH arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Mathus ve diğerleri (2003) 13 haftada 12,4 kg kilogram veren hastalarda özofageal PH'ın 4'ün altına indiğini ve postprandial reflü epizotlarının azaldığını saptamıştır. Meyve ve meyve suları turuncgillerden olan meyveler mide yanması ve ekşime semptomlarını arttırmaktadır. Reflüsü olan 400 hastayla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %72'si portakal ve greyfurt sularının pirozis semptomunu arttırdığını belirtmişlerdir (Feldman, 1995). Bununla beraber Cranley ve diğerleri (1986) reflüsü olan hastalarda portakal suyuna bağlı AÖS basıncının değişmediğini, tam tersine kontrol grubunda AÖS basıncının arttığını bulmuşlardır. Karbonatlı içeceklerin reflüye yol açtığı düşünülmektedir. Bir çalışmada, karbonatlı içeceklerin reflü semptomlarını tetikleyici olduğu bulunmuştur. Günümüzde kolalı içeceklerin çok tüketildiği bilinmektedir. Bu konu da reflüsü olan gebeleri bilgilendirmek büyük oranda önleyici faktördür (Fass, 2005; Meining, 2000). Kahve ve kafein heatburn semptomuna yol açtığı gerçeği bilinmesine rağmen, iki büyük epidemiyolojik çalışmada kahve içimi ile reflü arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Stanghellini, 1999; Wang, 2004). Pehl ve diğerleri (1997) çalışmasında kafeinli ve kafeinsiz kahve içimi kıyaslamış, kafeinsiz kahve içenlerde aside maruziyet zamanının azaldığını bulmuştur. Bir başka çalışmada, daha sağlıklı bireylerde ve özofajiti olanlarda yemek yedikten hemen sonra ya da hızlı yemek yeme sonrası kahve içiminin AÖS basıncını azalttığı bulunmuştur. Yapılan

Çalışmalardan elde edilen neticeler net olmamakla beraber yeterli kanıt olmadığından dolayı reflü semptomları olan kişilerin bu tip içecekleri almamaları onerilmektedir (Thomas, 1980). Reflüyü tetikleyen yiyeceklerden birisi de çikolata olup, bu konu da bir hayli kısıtlı veri bulunur. Bir çalışmada 120 ml çikolata alımının AS basıncını azalttığı bulunmuştur (Wright, 1975). Murphy ve Castell (1988) ikolata alımı sonrası asit maruziyet zamanının arttığını bulmuştur (Murphy, 1988). Pirozis yaşamakta olan kişiler Proton pompa inhibitörleri ile tedavi edilseler bile, ağır yiyecekler, egzersiz, alkol tketimeinin çoğalması gibi etmenler bu semptomların tekrar etmesine ve ağırlaşmasına yol açabilmektedir (Fass, 2009). Baharatlı yiyecekler, domates, domates suyu, turunçgil suları reflüsü olan kişilerin %50'sinde pirozis semptomunu tetiklediği belirtilmektedir (The Gallup Organization, 2000). Literatürde yaşam tarzı davranışları ile alakalı yeterli çalışma bulunmadığı belirtilmektedir. Bir çalışmada devamlı pirozis yaşamakta olan kişilerde Proton pompa inhibitörleri ile yaşam tarzı değişikliklerinin beraber uygulanması onerilmektedir (Fass, 2009) Yeni yapılan sistematik inceleme sonuçlarında; kilo kaybı ve yatak başının yükseltilmesinin reflü semptomlarının hafifletilmesinde etkili olduğunu bulmuştur (Kaltenbach, 2006).

2.2. Uyku Kavramı

Uyku, tam bir zihinsel ve fiziksel sağlık için gerekli olan temel bir gereksinimdir ve insanlık tarihi boyunca insanların beslenmesi için vazgeçilmez gereksinimlerden biri haline gelmiştir. Bu nedenle uyku, bir kişinin yaşam kalitesini etkilediği için onemli bir sağlık parametresi olarak kabul edilir (Guyton, 1986). Uykuya psikofizyolojik olay denir. Bu olay belirli bir süre içinde periyodik olarak meydana gelir. Bu olay, kişi gözlerini kapattığında, bilincini kaybettiğinde ve fiziksel aktiviteyi (zellikle istemli kas hareketini) en aza indirdiğinde meydana gelir. Çoğu toplumda uyku düzeni genellikle aynıdır. Sağlıklı insanların günlerinin 1/3-1/4 vaktini uykuda geçirirler. Uyku, sadece sosyal hayattan çıkmak için değil, bedenin zihinsel ve fiziksel olarak da kendini yenilemesi için onemli bir gerekliliktir (Deniz,2014). Tarih boyunca insanlar, günlük hayatımızın en az dörtte birine ayırdığımız uykunun gizemini keşfetmek için çalışmışlardır. Uyku ile ilgili fikirler, modern bilim gelişmeden önce antik dönemde ortaya çıkmıştır (Dement, 2005). Modern bilimin öncülerinden Aristo, Hipokrat ve Pavlov psikolojik ve fizyolojik olarak uyku ve rüyanın sırlarını aydınlatmaya uğraşmışlardır. Diğer bilim adamları da yıllar boyunca uykunun gizemini çözmeye çalışsa da uykunun gizemi vücudun uyku sırasındaki bulguları incelendiğinde

aydınlanmaya başlamıştır (Dement,2005). İyilik halinin sürdürülebilmesi uykunun yaşam döngüsü içindeki önemi ve yerinin bilinmesine bağlıdır (Lafçı,2009). Uyku sırasında bilincinizi tamamen kaybetmeyip, iç ve dış dürtüler ile bilinçli döneme dönülebilir. Uyku, insan yaşamının en az üçte birini oluşturan temel bir gerekliliktir ve uyanma halinin tamamen ortadan kalkmasından ziyade değişik bir uyanıklık hali olarak yorumlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Uykuyu ayrıntılı incelersek; iki temel ve beş periyotdan oluşmaktadır. Uyku siklusu olarak isimlendirilen bu olay Non-Rapid Eye Movement (Non-REM) ve Rapid Eye Movement (REM) uykusu olarak isimlendirilen periyotların döngüsünden oluşmaktadır (Eryavuz,2007; Okutan, 2018; Ay ve diğerleri, 2007). Non-REM uykusu dört periyottan oluşmaktadır. NonREM I ve Non-REM II uyku periyodu yüzeysel uyku olup uykuya daldığımız esnada başlayan periyottur, III. ve IV. periyotlar ise derin uyku olarak adlandırılmaktadır (Ay ve diğerleri, 2007; Eryavuz,2007; Okutan, 2018). Uykunun başlangıcıyla beraber gecede il yarım dilimde Non-REM uykusu ağırlıklı geçerken kalan yarısında ise REM uykusu hâkimdir (Ay ve diğerleri, 2007; Eryavuz, 2007; Okutan, 2018).

2.2.1. Uykunun Fonksiyonları

Uykunun temel işlevi vücudun kendini onarmasını ve yenilemesini sağlamak ve ertesi güne daha aktif bir şekilde hazırlanmasını sağlamaktır. Fiziksel dinlenme uyku periyotlarının ilk periyodu Non-REM' in III. Ve IV. Periyodunda gerçekleşir. Bu döneme anabolik dönem denir. Solunum ve kardiyovasküler sistemde fizyolojik işlevlerde belirgin bir yavaşlama söz konusudur. Bilişsel dinlenme ise uykunun REM periyodunda gerçekleşir. Genel anlamda insan organizması fiziksel dinlenmesini Non-REM uykusunda gerçekleştirirken bilişsel dinlenmeyi REM uyku evresinde yapar. Fiziksel fonksiyonlar uyku sırasında da devam edebilmektedir (Eryavuz, 2007; Okutan, 2018; Menteş ve diğerleri, 1998). Bebeklerin ve küçük çocukların büyümesi, Non-REM uykusunda meydana gelir. Uyku sırasında metabolik hız azaldıkça insan fizyolojisindeki enerji tüketimi minimuma indirilir. Kişi doğru ve rahat bir duruşta uyuduğunda kardiyovasküler sistem rahatça çalışabilir. Buda uyku esnasında dolaşıma daha rahat ve daha fazla kanın katılmasını sağlar. REM uykusunun yeteri kadar alınması gün içerisinde stresin iyi yönetimi, konsantrasyonun artması gibi olumlu sonuçlar elde edilir (Eryavuz, 2007; Okutan, 2018; Menteş ve diğerleri,1998).

2.2.2 Uykunun Fizyolojisi

İnsan organizmasını aktif tutan sistemler uyanıklık sırasında yorulur ve belli bir süre sonra pasifleşmeye geçer. Uyumanın normal döngüsünü denetlemesi retiküler aktifleştirici düzen ve bulber senkronizasyon sistemi bölgesi ile ortak çalışmaktadır. Retiküler aktive edici sistem, böbrekte fosfat atılımını kontrol etmenin yanı sıra istemli kas eylemlerinin gerçekleştirilmesine izin verir (Ay ve diğerleri, 2007; Eryavuz, 2007; Flynn, 1984; Hodgson, 1991). Uyku sürecinde periferden ve serebral korteksten gelen uyarıların bir kısmını anlayarak vücudu uyandırıp uyandırabilir. Yetersiz çevresel uyaranlar, sistemin aktif faaliyetini en aza indirebilir. Senkronize edilmiş bulber alanı aktif ise uyku sürecini başlatır (Ay ve diğerleri, 2007; Eryavuz, 2007; Flynn, 1984; Hodgson, 1991).

2.2.3 Uykuyu Etkileyen Faktörler

Cinsiyet: Yavaş dalga uykusu diğer adıyla delta uykusu erkeklerde daha az görülmektedir. Fakat daha uzun süre uyuyabilen kadınlar erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşamaktadır (Eryavuz, 2007; Webster veThompson, 1986).

Yaş: Yaşlılarda REM uyku süresi kısılırken uykunun derinliği de etkilenir. Yaşlılarda derin uyku olarak isimlendirilen delta uykusunda azalma görülür. Bu yaştan ilerlemesi ile uyku problemlerinin artış göstermesi manasına gelmektedir (Ekbom, 1995; Eryavuz, 2007).

Fiziksel etkinlik: Sağlıklı bireylerin yorgunluğu arttıkça insan vücudu daha çok uyumaya meyillidir. Aşırı yorgunluk, Rem uykusunun ilk aşamasını azaltabilir. Vücut yorgunluğu azaldıkça ise REM periyotları uzamaya başlar. Küçük çocuklar daha aktif yorgunlukla uyuduğunda vücut sıcaklıkları yükselir, daha fazla büyüme hormonunun çalınmasına neden olur ve Non-REM 3 ve 4 dönemleri uzar (Çalıyurt ve diğerleri, 1998; Eryavuz, 2007)

Beslenme: Beslenme ve uyku arasında önemli bir ilişki vardır. Bazı yiyecek ve içeceklerin uyku üstünde olumlu etkileri varken bazılarının ise olumsuz etkileri vardır. Toplumların yaygın şekilde tükettiği kafein içeren kahve, çay, kola gibi içecekler uykuya dalma süresini uzatarak zorlaştırmaktadır. Az miktarda alınan alkol yatıştırıcı etkisiyle uykuya dalma süresini kısaltırken fazla miktar alkolün alınması uykunun REM evresini bozarak kaliteli

uykunun alınmasına engel olacaktır. Protein açısından zengin besinler uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Sigara içenlerin uykuya dalamamasının nedeni nikotin uyarımından kaynaklanmaktadır. Yapılmış incelemelerde sigara içmeyenlerin içen bireylere kıyasla uykularının daha kaliteli olduğu ortaya konmuştur (Ay ve diğerleri, 2007; Çölbay ve diğerleri, 2007; Eryavuz,2007).

İlaç kullanımı: İlaç kullanımı genelde uyku düzenini sağlamak amacı ile kullanılmış olsa da uzun vadeli kullanımda bunun pek mümkün olmadığı ortaya çıkmaktadır. Sedatif ilaçların REM uyku üzerinde olumsuz etkisi bilinmektedir. Bu tür ilaç kullanan bireylerde REM uykusu sıkıntısı olduğu için gün içerisinde konsantrasyon ve uyuşukluk gibi problemler ile karşılaşabilmektedirler. Hipnotikler uyku sürelerini uzatırken diüretik ilaçlar ise kişinin uykusunun bölünmesine neden olduğu bilinmektedir (Kutner ve diğerleri, 2001).

Hastalık: Vücudun ağrı eşiğini aşan hastalıklar düşünüldüğünde mide hastalığından kaynaklanan ağrı, kalp hastalığı ve nöropati uyku düzeninde kesintilere neden olabilir. Ruh sağlığının bozulmasına neden olan ruhsal hastalıklar, kötü uyku kalitesine yol açabilmektedir. (Hodgson,1991; Mcneil ve diğerleri, 1986; Webster ve Thompson,1986).

Yaşam biçimi: Bir kişinin günlük ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan iş ve işin vardiyalı bir sistemde yapılıp yapılmaması uyku kalitesini ve düzenini etkileyebilir. Vardiyalı çalışma hayatı, normal uyku süresinde değişikliklere yol açarak insanları işte yeterince uyuyamaz hale getirecek ve vardiyadan sonraki REM uyku uyku oranı düşük olduğundan tam bir uyku düzeni oluşturulamayacaktır. Bu nedenle kişiler çalışma ortamı dışındaki sosyal yaşamda sıklıkla uykulu, halsiz ve yorgun hissedebilirler (Canavan, 1986; Mcneil ve diğerleri, 1986).

Psikolojik etkenler: İnsanları çoğu zaman etkileyen anksiyete, stres ve depresyon gibi psikolojik faktörler uyku düzeninin tersine dönmesine neden olabilir. Stresli kişilerin geceleri uykuya dalmakta güçlük çektikleri, depresyondaki kişilerin ise sabah uyanıp tekrar uykuya dalamadıkları ortaya çıkmıştır (Bilici, 2017).

Çevresel etkenler: Bireyin uykuya daldığı ortamın korunması ve fiziksel olarak rahat olması kaliteli uyku için önemlidir. Yeterli oksijenin olmadığı bir ortamda uyumak, daha sonra baş ağrısına neden olabilir. Yatağın boyutlarının uygun olmaması ve ortamda rahatsızlık verici olduğu bir gürültü olması uyku kalitesi ve düzenini etkileyebilmektedir. (Altıntaş ve diğerleri, 2006; Carter, 1985).

2.2.4 Uyku Kalitesi

Uyku kavramından bahsediliyor ise uyku kalitesi teriminin önemi kesinlikle vurgulanmaktadır. Uyku kalitesi basitçe, bir kişinin sabah yataktan kalktıktan sonra kendini enerjik, aktif hissetmesi olarak tanımlanabilir (Eryavuz,2007). Uyku kalitesi teriminin objektif olarak değerlendirilmesi ve ölçülmesi zordur. Uyku sırasında, ne sıklıkla uyandığınız ve gününün kaç saatinin uykuda geçtiği gibi nicel kriterler ve uykusunun ne düzeyde sessiz olduğu ne kadar bilişsel olarak etkili olduğu gibi nitel kriterler olabilir. Toplumdaki insanların yaklaşık %20-40'ında uyku kalitesi sorunları olduğu bildirilmektedir (Çalıyurt ve diğerleri, 1998; Karagözoğlu ve Bingöl, 2008).

2.2.5. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uyku kalitesini oluşturan öznel ve nesnel pek çok etken vardır. Uyku sorunları bu etkenlerden yalnızca birinden kaynaklanmayacağı gibi çevresel ve fizyolojik etmenlerden etkilenme oranına göre uyku probleminin boyutu tespit edilmeye çalışılır (Akdemir, 2003; Kunert ve diğerleri, 2007). Uykuyu etkileyen faktörlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

Yaş: Bebeklerin ve küçük yaşlardaki çocuklar zamanlarının büyük bölümü uykuda geçirmektedir. İleri yaşlarda ise uykuya olan ihtiyaç giderek azalmaktadır. İleri yaşlarda uykudan sık sık uyanma, dinlenmeden uyanma gibi durumlar meydana gelebilir (Erdem, 2005).

Hastalıklar: Uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyen hastalıklar arasında fiziksel hastalıklar daha yaygın görülse de ruhsal hastalıklar uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (Özcan, 2007; Bingöl, 2006). Uyku kalitesini olumsuz etkileyen fizyolojik hastalıkların en önemli faktörü ağrıdır. Ağrılı fizyolojik hastanın tedaviye daha hızlı yanıt verebilmesi için, hastanın daha iyi uyuması ve vücudu daha hızlı onarması amaçlanırken, hastanın sıklıkla uyandığı ve ağrı nedeniyle uyku kalitesinin bozulduğu gözlenmiştir (Özcan, 2007; Bingöl, 2006). Mide rahatsızlıklarının da hastaların uykularını bölmesinden kaynaklı uyku kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Özcan, 2007; Bingöl, 2006).

Alkol ve Diğer Uyarıcılar: Alkol ve benzer şekilde kafein alan kişilerde ertesi gün uyandıklarında REM uyku süresinin kısa olduğu, uykuya geçiş süresinin uzun olduğu ve

vücudun tamamen dinlenmediği görülmüştür (Foley ve diğerleri, 1995; Kaynak ve Ardic, 2001).

İlaç Kullanımı: Bireylerin uyku kalitesini yükseltmek ve sağlığına kavuşmak amacıyla kullandıkları uyku ilaçlarının bağımlılık yaparak faydadan daha çok zarar ortaya çıkardığı bir gerçektir. Sedatif türünde ilaç kullanana bireylerin kişilerin kendinin sürekli yorgun hissetmesine sebep olur. Bazı psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar sonrasında da aynı sonuçlar meydana gelir. Uyku düzenini etkileyen diğer ilaçlardan bazıları da diüretikler, beta blokerler ve diyabetik ilaçlardır (Foley ve diğerleri, 1995).

Yaşam Biçimi: Ekonomik bağımsızlığa ulaşmak için insanlar ve içinde yaşadıkları toplum, sosyal faaliyetler, alışkanlıklar, çalışma ve diğer faaliyetler arasındaki etkileşim kişisel bir yaşam tarzı yaratır. Uyku, yaşam tarzını etkileyen ana faktörlerden biridir. Hastanelerde vardiyalı çalışan sağlık çalışanları ile fazla mesai yapan ofis çalışanlarının aynı uyku düzenine sahip olması gerektiğini hayal etmek zor. Benzer şekilde, bu insanlar arasında uyku kalitesindeki farklılıklar da normal karşılanır (İslamoğlu, 2003).

Egzersiz: Düzenli fiziksel aktivite, insanların kendilerini enerjik ve rahat hissetmelerini sağlayacaktır. Uykuyu daha rahat hale getirmek için önerilen egzersiz zamanı öğleden sonra ve akşamdır. Yapılan egzersizlerin düzenli olması REM uykusunu uzatarak daha kaliteli bir uyku yaşanmasını sağlar (Pekcan, 2006; Özvarış, 2001).

Yorgunluk Durumu: Yorgunluğun hafif olması uykuya dalma süresinde olumlu etkilediği bilinir. Kişiyi rahatsız eden ve ağır yorgunluk ise uyku kalitesi ve uykuya dalma süresini olumsuz yönde etkiler (Herndon,1999).

2.3. Prenatal Bağlanma

2.3.1. Bağlanma Tanımı

TDK'ya göre bağlanma; bağlanma işi ya da durumudur (TDK, 2020). Başka bir tanıma göre de bağlanma; insanların veya hayvanların, diğer insan ve hayvanların arasındaki oluşan bir duygu olarak tanımlanmıştır (Özbaran ve Bildik, 2006). Bağlanma; kurulmuş olan ve yürütülen daha sağlıklı ilişkiler olarak da tanımlanabilir (Duyan ve diğerleri, 2013). Başka tanıma göre de bağlanma insanların önemsedikleri kişiler ile aralarında oluşan güçlü bir

histir (Kartal ve Karaman, 2018). Toplumsal hayatta devamlı iletişim halinde bulunan ve hayatını devam ettiren fertlerin, sosyal ilişkilerinin başlamasında bağlanma önemli bir yere sahiptir (Koptur ve Emül, 2017). Doğumdan önce başlayan bağlanma; doğum sonrası dönemde gelişen, şekillenen ve etkileri ömür boyu devam etmekte olan bir gereksinimdir (Güleç ve Kavlak, 2013).

2.3.2. Bağlanma Kuramı

İlk olarak bağlanma teorisinden Bowlby bahsetmiştir. Anne ve bebek arasında paylaşılan zevk ve memnuniyete dayalı; kesintisiz, güçlü ve sıcak bir ilişki olarak tanımlanmıştır (Bowlby 1969). Çocukların daha sağlıklı büyüüp gelişmesi için yeterli ve dengeli beslenme ne kadar önemliyse, ruhsal gelişimi için de bağlanmanın önemli olduğunu dile getiren kuram; Bowlby ve Ainsworth' un Freud gibi psikoanalitik yaklaşımcılardan etkilenecek yaptığı çalışmalarla biçimlenmiştir (Kırca ve Savaşer, 2017). Bağlanma kavramı Bowlby'e göre; gerçek bir ilişki ile ortaya çıkan doğal bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bowlby bebeğin fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayan annenin erken dönemde bir cevap olarak başlayan bağlanma duyguları üstünde çalışmıştır (Bowlby, 1969). Bebek ve anne arasında doğum sonrası gelişen bağın oluşumunda prenatal dönemin büyük öneminin olduğu bir gerçektir. Gebenin prenatal dönemde; kendisi ve bebeği için güvenli bir doğum ortamı arama, bebeğinin özel olduğunu düşünme bunu herkese benimsetmeye çalışma, bebeğine bağlanma ve gebenin her şeyiyle kendisini bebeğine adama biçiminde dört görevden bahsedilmiştir (Yılmaz ve Beji, 2013). Anne ve bebek arasında bağlanmanın öncelikle prenatal dönemde başladığı, gebelik ve doğum sonrası da gelişme göstererek bireyin tüm hayatını etkilediği bilinmektedir (Elkin, 2015; Dikmen ve Çankaya, 2018; Kartal ve Karaman, 2018; Yılmaz ve Beji, 2010). Cranley (1981) anne ve bebek bağlanmasını henüz doğmamış bebeği ile yakın ilişki kuran annenin duygu ve davranışları olarak açıklamış ve altı maddelik bir modelden bahsetmiştir. Bu maddeler; annenin bebeğini kendisinden farklı görmesi, fetüs ile iletişim içinde olma, fetüsü değerlendirme, fetüse yoğunlaşma, görev alma ve fetüsle bütünleşmedir (Yılmaz ve Beji, 2013). Muller (1993) de anne ile bebek bağlanmasında davranışları ilk planda tutmuş ve bir kavram olarak bağlanmayı; anne ile fetüs arasında ortaya çıkan eşsiz bir münasebet olarak tanımlamıştır.

2.3.3. Prenatal Dönem ve Bağlanmanın Önemi

Doğum öncesi dönem; gebeliğin başlamasından sonra fetüsün büyüme ve gelişiminin tamamlandığı dönemdir. Bu süreçte vücuttaki hormon ve vücut değişiklikleri nedeniyle anne adayları anneliğe uyum sağlamaya başlar. Bebeğini hayal eder, barınma, güvenlik ve bakımı gibi önlemler düşünür. Bu, anne ile fetüs arasında güçlü bir bağ sürecinin başladığını gösterir (Koptur ve Emül, 2017). Gebelikte sağlıklı bir şekilde tetiklenen bağlanma duygusu gebeyi anneliğe hazırlarken de doğumdan sonra anne ve çocuk arasında sağlıklı bir ilişkinin temelini oluşturmaktadır (Buko ve Özkan, 2016). Anne adayının hamilelik sırasında yaşayacağı herhangi bir fiziksel ve psikolojik değişiklik fetüsü etkileyecektir. Anne adaylarının vücutlarındaki bu değişiklikleri kabul etmeleri ve fetüsü olumlu hissettirmeleri bağlanmaya başlamanın ilk adımıdır (Buko ve Özkan, 2016). Doğumdan önce fetüs annenin duygularından etkilenecek ve tepki verecektir. Gebelik ilerledikçe fetüs, annenin olumlu veya olumsuz etkilerini algılama, tepki ve işitme becerileri yoluyla alabilir ve etkilenebilir (Kesebir ve diğerleri, 2011). Annelik görevinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesinde; düzenli doğum öncesi bakım almama, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklar, anne ve bebeğe riskli davranışlar gösterme, bebeğin cinsiyetini önemseme, önceki gebeliklerden kayıp hikâyeleri, erken doğum veya erken doğum deneyimleri, plansız gebelik, istenmeyen gebelikler, kötü doğum deneyimleri risk yaratır (Yılmaz, 2013). Bu tür deneyimler, anne ile çocuk arasındaki bağın başlamasında ve sürdürülmesinde doğum öncesi eğitim döneminin önemini ortaya koymuştur. Doğum öncesi dönemden anne-çocuk bağlanması; doğumdan önce sosyal destek alıp almadıkları, depresyon ve anksiyete yaşayıp yaşamadıkları, hamilelik arzusu, eşle olumlu ilişki, hamile annenin öz annesiyle bağlantı, doğum korkusu, bebeğin ultrason görüntüleri, ekonomik durum, ebeveynin eğitim durumu, doğum yöntemi ve doğum sayıları, çocukların hayatta kalma oranı, düşük ve ölü doğum öyküsü, yüksek riskli hamilelik gibi birçok sorundan etkilenebilir (Dikmen ve Çankaya, 2018; Kartal ve Karaman, 2018; Kırca ve Savaşer, 2017; Koptur ve Emül, 2017; Yılmaz, 2013; Yiğitbaş ve Ada, 2019). Gebelikte anne ile fetüs arasında bağlanmanın başlamasıyla birlikte doğum sonrası dönemde de anne ve çocuk arasında bir ilişki oluşur (Bakır ve diğerleri, 2014). Doğum öncesi dönemde başlayan anne ve bebek için önemli olan güvenli bağlanma sayesinde anne adayı, bebeğine karşı bir sevgi ve şefkat duygusu ile bebeğini merak eder. Bu duygular bağlanma ile ortaya çıktığı gibi; doğum sonrası dönemde annenin bebeği korumasına, emzirmeye istekli olmasına, ilgiyle bakım görmesine ve bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılamaya hazır olmasına yardımcı olur (Aksoy ve diğerleri, 2016). Doğum

öncesi dönemde başlayan, fetüsün hareketleriyle artmaya devam eden, doğumda en üst düzeye ulaşan ve annenin duygularının şekillenmesine yardımcı olan anne-bebek bağlanma durumunun değerlendirilmesi ve dikkate alınması bakım hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir (Çoban ve Saruhan, 2005). Güvenli anne-bebek etkileşimi; sağlıklı doğum öncesi bağlanma ve doğumdan sonra sürdürülen anne-bebek bağlanması ile yakından ilişkilidir. Ebeveynleri ile bağlanma sorunu olmayan çocukların araştırma yaptıkları, problem çözdükleri, sosyal ilişkilerde başarılı oldukları, duygularını kontrol edebildikleri, savunma yaptıkları ve yaşamları boyunca sağlıklı bir büyüme ve gelişme gösterdikleri belirtilmiştir. Gebe kadınlar açısından ise tütünün alkol gibi zararlı maddelerden uzak durma, sağlıklı beslenme, uyku düzenine dikkat etme, egzersiz, yeterli doğum öncesi bakım alma gibi olumlu sağlık davranışlarını artırdığı belirtilmiştir. Doğum sonrası dönemin ayrıca doğum sonrası depresyon riskini azalttığı ve aile ile bağları güçlendirdiği belirtilmektedir (Lucas, 2013).

2.3.4. Prenatal Bağlanmada Sağlık Personelinin Görevleri

Sağlık profesyonelleri, anne ile çocuk arasındaki duygusal ve davranışsal iletişim sürecini doğru bir şekilde değerlendirmek, sağlıklı bir doğum öncesi bağlanma sürecini başlatmak ve bu sürecin doğumdan sonra sürdürülmesinde önemli sorumluluklara sahiptir (Güleşen ve Yıldız, 2013). Ebeler ve hemşireler, anne ile bebek arasındaki yakın ilişkiyi başlatmak ve sürdürmek için bakım hizmetlerini planlamalıdır. Beklenen ve planlanan gebelik, sağlıklı bağlanma sürecinin ilk adımı olduğundan ebeveynler bu konuda bilinçlendirilmeli, istenilen zamanda, istenilen sayıda ve bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları konusunda eğitimler verilmesi önemlidir (Çoban ve Saruhan, 2005). Özellikle gebe kalmayı planlayan kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtileri değerlendirilmeli, varsa tedavi gebelik öncesi yapılmalıdır (Yılmaz, 2013). Annelerin hamilelik, doğum ve doğum sonrası duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine izin verilmelidir. Gebelik oluştuktan sonra anne adayının hamileliği benimsemesine, fetüsü ayrı bir birey olarak kabul etmesine ve iletişime geçmesine yardımcı olunmalıdır. Hamile kadınlara bağlanmanın önemini vurgularken, bebekleriyle konuşmanın, onlara dokunmanın ve hareketlerini saymanın bağlanmayı artıracığı söylenebilir (Koptur ve Emül, 2017; Yılmaz, 2013). Sağlık profesyonelleri gebelerin ve doğum yapmış annelerin bağlanma durumunu değerlendirirken Prenatal Bağlanma Envanteri ve Maternal Bağlanma ölçeğini kullanabilirler (Kavlak ve Şirin, 2009; Yılmaz ve Beji, 2013). Değerlendirme sonucunda risk grupları ve bilgi eksikliği erken tespit edilmeli, bakım ve eğitim planlanmalıdır (Koptur ve Emül, 2017). Doğum

öncesi bakım hizmetlerini almak için, anne adayları doğum okullarına yönlendirilebilir. Gebe okullarında; çocuk bakımı, emzirme, doğum ve doğum sonrası dönem gibi konularda danışmanlık hizmeti verilir. Böylelikle güvenli bir bağlanma süreci başlatmayı planlayabilir, bağlanmayı etkileyen faktörleri belirleyebilir, risk grupları için önlemler alabilir ve daha yakından izleyip değerlendirilebilir (Yılmaz, 2013).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Analitik, kesitsel ve olgu-kontrol tipteki bu araştırma, gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Tunceli İl Merkezine bağlı Tunceli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür. Bu hastanede kadın hastalıkları ve doğum servisi, acil servis, ameliyathane hizmetleri, yetişkin yoğun bakım servisi, iç hastalıkları (dahiliye) servisi, çocuk servisi, genel cerrahi servisi, diyaliz servisi, evde bakım hizmetleri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon servisi, palyatif bakım ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, beslenme ve diyetetik polikliniği, sosyal hizmetler, işitme tarama ünitesi, hizmet vermektedir. Hastanenin giriş katında idari hizmetler birimi, branş hekimlerinin bulunduğu 34 adet poliklinik odaları bulunmaktadır. Acil servis ve müşahade alanı hastanenin birinci katında yer almaktadır. Kadın doğum polikliniği hastanenin zemin katında bulunmakta olup 2 hekim, 2 ebe görev yapmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum servisi ise 2. katta yer almaktadır. Kadın doğum servisinde 12 ebe çalışmaktadır. Hastanenin kadın doğum polikliniğine bir yılda yaklaşık 1364 gebe başvurmakta ve mevcut hizmetlerden yararlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma 24 Eylül 2020 – 24 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın planlanma takvimi, verilerin toplanması, tez raporunun hazırlanması ve sunulması süreci Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Araştırma Zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Mayıs – Haziran 2020
Tez önerisinin hazırlanması	Temmuz – 2020
Anket formunun oluşturulması	Temmuz – 2020
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ön onayın alınması	Ağustos – 2020
Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi iznin alınması	Eylül – 2020
Anket formunun ön uygulamasının yapılması	Eylül – 2020
Araştırma verilerinin toplanması	Eylül – Aralık 2020
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	Mayıs – Haziran 2021

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tunceli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ne başvuran gebeler oluşturmuştur. Örnekleme dahil edilecek gebeler; Yanikkerem ve Saruhan (2012)’in “Effect of Nursing Education on Sleep and Quality of Life Among Pregnant Women with Gastroesophageal Reflux Disease” başlıklı çalışmalarının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Öznel Uyku Kalitesi bileşeni puan ortalamaları kullanılarak, t testi ile, etki gücü $d= 0.40$ hesaplanmış, $\alpha=0,05$, % 95 güven aralığında % 80 güce ulaşmak için araştırmaya alınması gereken en az gebe sayısı her bir grup için 78 olmak üzere toplam 156 gebe olarak hesaplanmıştır. Araştırmada olası kayıplar düşünülerek örneklem sayısına %15 (24 gebe) eklenmiş ve toplam örneklem hacmi 180 gebe olarak belirlenmiştir (vaka grubu: 90 gebe, kontrol grubu 90 gebe).

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Gönüllüler İçin Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

- 18-37 yaş aralığında
- Türkçe okuyup anlayabilen
- Tek fetüse sahip
- Gebeliğin üçüncü trimesterında olan (28-40 hafta arası)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler

3.5.2. Gönüllüler İçin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Yüksek riskli gebelik sınıfında yer alıp herhangi bir gebelik komplikasyonuna sahip olanlar (Plesanta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, prezantasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler, fetal distres vb.)
- Herhangi bir sistemik ve nörolojik hatalığı olanlar

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; sosyo-demografik, obstetrik ve uykuya ilişkin özelliklerin yer aldığı “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), gebelerde reflü varlığını belirlemek için “Reflü Semptom İndeksi” (Ek-2), gebelerin uyku kalite düzeylerini belirlemek için “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” (Ek-3) ve gebelerin prenatal bağlanma düzeylerini belirlemek için “Prenatal Bağlanma Envanteri” (Ek-4) ile toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel Bilgi Formu literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan bu form, kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 10 (yaş, boy, kilo, eğitim durumu, eşin mesleği, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, aile tipi, sosyal güvence durumu), obstetrik özelliklerine ilişkin 5 (yaşayan çocuk sayısı, toplam gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı), son gebeliğine ilişkin 4 (gebeliğin istenme durumu, gebelik haftası, düzenli olarak doğum öncesi kontrollere gitme durumu, düzenli olarak kullanılan ilaçlar) ve uyku düzenine ilişkin 8 (gebelikten önceki uyku düzeni, şuan ki uyku düzeni, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, çay ve kahve tüketim durumu, yatmadan önce uykuya dalmak için yapılan alışkanlıklar) olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır (Çoban ve Yanıkkerem, 2010; Yeşilkaya, 2018; Eliş, 2015). Kişisel Bilgi Formu gebeler tarafından öz bildirim yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

3.6.2.Reflü Semptom İndeksi (EK-2)

İndex 2002 yılında Belafsky ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olup larengofarengeal reflü varlığını tespit etmek için oluşturulmuş dokuz başlıklı bir indekstir (Belafsky ve diğerleri, 2002). İndex puanının on ve üzerinde olması reflü varlığını ifade etmektedir. Skorlamada 0 problem yok olarak, 5 ise ciddi problem olarak kabul edilmektedir. RSI reflü varlığını tesbit etmek için yapılan çalışmalarda kullanılmış, güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur (Ezerarslan ve diğerleri, 2012; Günel ve diğerleri, 2012; Karaaltın ve diğerleri, 2016; Verim ve diğerleri, 2016). Bu araştırmada Reflü Şiddet İndeksi'nden 10 ve üzeri puan alan gebeler vaka, 10 puanın altında alan gebeler kontrol grubuna dahil edilmişlerdir.

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-3)

Buyse ve diğerleri tarafından 1989 yılında geliştirilen PUKİ; bireylerde son bir ay içerisindeki uyku bozukluğu, uykunun verimliliği, uyku bozukluğu tipi ve yaşanan uyku bozukluğu şiddeti hakkında öz bildirim yöntemiyle bilgi veren bir testtir. Türkçe geçerlilik ve

güvenilirliği Ağargün ve diğerleri (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbachalpha değeri 0.804 bulunmuştur. PUKİ, 19 tanesi öz bildirim ile yanıtlanan 5 tanesi ise bir arkadaş veya eş tarafından yanıtlanacak olan 24 sorudan oluşmaktadır. Puanlamaya dahil edilen 18 madde; Öznel uyku kalitesi, Uykuya dalma süresi, Uyku süresi, Alışılmış uyku etkinliği, Uyku bozukluğu, Uyku ilacı kullanımı ve Gündüz işlev bozukluğu şeklinde gruplandırılmıştır. İndekste, yedi bileşene ait skorlar elde edilir. Her bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. Bu şekilde hesaplanan PUKİ skoru, 0-21 arasında bir değer alabilir. PUKİ için kesme değeri beştir. Ölçekten alınan 5 puan ve üzeri değerler, uyku kalitesinde düşüklük olduğu yönünde değerlendirilir. Kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir (Ağargün ve diğerleri, 1996; Çoban ve Yanıkkerem, 2010). Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,789 olarak belirlenmiştir.

3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (EK-4)

Prenatal bağlanma envanterini Mary Muller 1993 yılında geliştirilmiştir. Uyarlaması 2009 yılı Yılmaz ve Beji tarafından yapılmıştır. Gebelerin yaşadığı düşünceler duygu ve durumların açıklanması ve prenatal dönemde bebeğe olan bağlanma seviyesini tespit edebilmek amacıyla geliştirilen bu ölçeğin 21 maddesi vardır. Her maddenin 1 ve 4 puan arasında alınabilen dördümlük likert şeklindedir. Bu ölçekte en az 21 puan alınabilirken en fazla puan 84'tür. Alınan puanlar ile prenatal bağlanma arasında doğru orantı vardır. Yani alınan puan arttıkça prenatal bağlanma düzeyi de artmaktadır. Yılmaz ve Beji ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,84 olarak saptamıştır (Yılmaz ve Beji, 2013). Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,78 olarak belirlenmiştir.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunun anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla Ebelik ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanlarında görev yapan beş öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini denemek için çalışmanın yapıldığı poliklinikte 10 gebe ile ön uygulama

yapılmıştır. Ön uygulamada kişisel bilgi formunda herhangi bir değişikliğe gereksinim duyulmamıştır. Ön uygulama yapılan gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu il müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Araştırmanın verileri Eylül- Aralık 2020 tarihleri arasında Tunceli Devlet Hastanesi'nde Kadın Doğum Polikliniği'nde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelerden toplanmıştır. Veri toplama aşamasında ilk olarak gebeler ile tanışılmış ve araştırmanın amacı, süreci, veri toplama formları hakkında sözel olarak bilgi verilmiştir. Soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca veri toplama formunun baş kısmında yazılı olarak da bu bilgiler yer almıştır. Gebelerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel olur alınmış ve gönüllülük esasına dayalı olarak hareket edilmiştir. Araştırmanın Reflü Saptama İndeksi, Kişisel bilgi formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Prenatal Bağlanma Envanteri gebeler tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler Predictive Analytics Software-IBM SPSS Version 22.0 (PASW 22.0) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıklarını değerlendirmek için Kolmogrow-Smirnow ve Shapiro-Wilk testleri yapılmıştır. Yapılan normallik dağılım testlerinde verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür. Ayrıca verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri verilmiş ve vaka ve kontrol grubundaki gebelerin kişisel, obstetrik ve uykuya ilişkin özelliklerinin karşılaştırılmasında ki kare veya bağımsız gruplarda t testleri uygulanmıştır. Araştırmada vaka ve kontrol gruplarının PUKİ ve PBE puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmış olup PUKİ ve PBE puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.10. Değişkenler

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

Bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) puanlama sistemindeki sorulara verilen yanıtlara göre alınan puanlar oluşturmaktadır.

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, son gebeliğine ilişkin durumları ve uyku düzenine ilişkin verilerden oluşmaktadır.

3.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

Çalışma sırasında yaşanan güçlükler; Covid-19 pandemi sürecinden dolayı veri toplama sırasında yüz yüze konuşurken sosyal mesafenin korunması gerekliliği iletişimde güçlüklereden olmuştur. Ayrıca verilerin toplanması sırasında gebelerin aynı kalem ve masa gibi yüzeylere temasta bulunmama gerekliliği nedeniyle bu yüzeylerin dezenfeksiyonu zaman almıştır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazısı ile onay alınmıştır (No:2020/035). Ardından Tunceli İl Sağlık Müdürlüğünden araştırmanın Tunceli Devlet Hastanesinde uygulanabilmesi için yazılı izin belgesi alınmıştır. Araştırmaya katılacak

kadınlara çalışmanın amacı, veri toplama formlarını doldurma süresi, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı gibi konularda bilgi verilmiştir. Varsa soruları yanıtlanmış ve çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alınmıştır. Bu bilgiler ışığında gebelerin araştırmaya katılıp katılmamaları konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin araştırmada kullanılabilmesi için Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-5). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin araştırmada kullanılabilmesi için Prof. Dr. Sema Yılmaz'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-6).



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular dört ana başlık altında verilmiştir.

- Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerine İlişkin Bulgular
- Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.1.1. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Özellikler	Vaka Grubu (n=90) n (%)	Kontrol Grubu (n=90) n (%)	X ² /p
Eğitim durumu			
İlköğretim	16 (17,8)	15 (16,6)	2,220/0,695
Lise	22 (24,4)	21 (23,4)	
Üniversite ve üstü	52 (57,8)	54 (60,0)	
Çalışma durumu			
Evet	17 (18,9)	18 (20,0)	0,224/0,712
Hayır	73 (81,1)	63 (80,0)	
Gelir durumu			
Gelir giderden az	18 (20,0)	16 (17,8)	1,749/0,417
Gelir gidere eşit	63 (70,0)	59 (65,5)	
Gelir giderden fazla	9 (10,0)	15 (16,7)	
Yaşanılan yer			
Şehir	78 (86,6)	79 (87,8)	4,170/0,244
İlçe	7 (7,8)	6 (6,6)	
Köy	5 (5,6)	5 (5,6)	
Aile tipi			
Çekirdek aile	84 (93,3)	85 (94,4)	1,851/0,174
Geniş aile	6 (6,7)	5 (5,6)	
Sosyal güvence durumu			
Var	79 (87,7)	82 (91,1)	0,314/0,213
Yok	11 (12,3)	8 (8,9)	
Özelikler	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)	t/p
Yaş	27,11±4,38 (18-37)	28,28±4,62 (21-37)	0,600/0,953
Boy(cm)	163,33±5,78 (150-174)	163,01±5,44 (150-170)	0,814/0,521
Kilo(kg)	71,45±10,73 (45-96)	71,14±10, 71 (49-105)	0,654/0,452

Tablo 2’de araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki gebelerin kişisel özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu

(vaka: %57,8, kontrol: %60,0), büyük bir bölümünün çalışmadığı (vaka: %81,1, kontrol: %80,0) ve çoğunluğunun gelirin giderine eşit olduğu (vaka: %70,0, kontrol: %65,5) saptanmıştır.

Ayrıca çalışmaya katılan her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün şehirde yaşadığı (vaka: 86,6, kontrol: 87,8), çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olduğu (vaka: %93,3, kontrol: %94,4) görülmüştür. Gebelerin yaş ortalamalarının vaka grubunda 27,11±4,38, kontrol grubunda 28,28±4,62 olduğu, boy ortalamalarının vaka grubunda 163,33±5,78, kontrol grubunda 163,01±5,44 olduğu, kilo ortalamalarının ise vaka grubunda 71,45±10,73, kontrol grubunda 71,14±10,71 olduğu görülmüştür (Tablo 2).

4.1.2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Özellikler	Vaka Grubu (n=90) n (%)	Kontrol Grubu (n=90) n (%)	X ² /p
Toplam gebelik sayısı			
Bir	44 (48,9)	49 (54,4)	0,933/0,818
İki	25 (27,8)	24 (26,7)	
Üç	12 (13,3)	11 (12,2)	
Dört ve üzeri	9 (10,0)	6 (6,7)	
Yaşayan çocuk sayısı			
Bir	32 (35,6)	29 (32,2)	0,031/0,541
İki	8 (8,9)	8 (8,9)	
Yok	50 (55,5)	53 (58,9)	
Düşük sayısı			
Bir	16 (18,8)	11 (12,2)	1,089/0,297
Düşük yapmayan	74 (82,2)	79 (87,8)	
Kürtaj sayısı			
Bir	10 (11,2)	9 (10,0)	0,225/0,635
Kürtaj olmayan	79 (87,8)	81 (90,0)	
Gebeliğin planlı olma durumu			
Evet	83(92,2)	83 (92,2)	0,009/0,690
Hayır	7(7,8)	7 (7,8)	

Tablo 3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Özellikler	Vaka Grubu (n=90) n (%)	Kontrol Grubu (n=90) n (%)	X ² /p
Düzenli doğum öncesi kontrole gitme durumu			
Evet	79(87,8)	75 (83,3)	0,719/0,396
Hayır	11(12,2)	15 (16,7)	
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Evet	38(42,2)	37 (41,1)	0,023/0,512
Hayır	52(57,8)	53 (58,9)	
Düzenli kullanılan ilaçlar			
Vitamin ilacı	10 (11,1)	7 (7,8)	0,390/0,686
Vitamin+demir ilacı	21 (23,3)	21 (23,3)	
Kan sulandırıcı+demir +vitamin ilacı	7 (7,8)	9 (10,0)	
Kullanmayan	52 (57,8)	53 (58,9)	
Özellikler	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)	t/p
Gebelik haftası	34,33±3,75 (28-40)	34,29±3,76 (28-40)	0,079/0,937

Tablo 3’de araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde çoğunlukla ilk gebeliklerinin olduğu (vaka: %48,9 kontrol: %54,4) ve yaşayan çocuklarının bulunmadığı (vaka: %55,5, kontrol: %58,9) görülmüştür. Ayrıca her iki gruptaki gebelerin büyük bir çoğunluğunun istatistiksel olarak benzer şekilde düşük (vaka: %82,2, kontrol: %87,8) ve kürtaj (vaka: %87,8, kontrol: %90,0) öyküsünün olmadığı görülmüştür.

Araştırmada vaka ve kontrol gruplarındaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün gebeliğinin planlı olduğu (vaka: %92,2, kontrol: %92,2) ve her iki gruptaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün 4-6 hafta aralıklarla gebelik kontrolüne gittikleri (vaka: %87,8, kontrol: %83,3) belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin düzenli ilaç kullanımı sorgulandığında çoğunluğunun düzenli ilaç kullanmadığı (vaka: %57,8,

kontrol: %58,9); kullananların ise vitamin ve demir preparatını beraber kullandıkları (vaka: %23,3, kontrol%23,3) saptanmıştır (Tablo 3).

4.2. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=180)

Özellikler	Vaka Grubu (n=90) n (%)	Kontrol Grubu (n=90) n (%)	X ² /p
Gebelik öncesi uyku düzeni			
Düzenli	79 (87,8)	78 (86,7)	0,050/0,823
Düzensiz	11 (12,2)	12 (13,3)	
Gebelikteki uyku düzeni			
Kötü	10 (11,1)	13 (14,4)	1,500/0,682
Orta	56 (62,3)	57 (63,4)	
İyi	21 (23,3)	19 (21,1)	
Çok kötü	3 (3,3)	1 (1,1)	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu			
Evet	55 (61,1)	58 (64,4)	0,214/0,644
Hayır	35 (38,9)	32 (35,6)	
Uykuya dalmak için yapılan uygulamalar			
Yemek yemek	6 (6,7)	7 (7,8)	0,214/0,898
TV izlemek/müzik dinlemek	11 (12,2)	12 (13,3)	
Hiçbir uygulama yapmıyor	83 (81,1)	71 (78,9)	
Özellikler	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)	t/p
Günlük tüketilen sigara miktarı (adet/gün) (Vaka: 3, kontrol: 5)	1,96±0,18 (1-3)	3,40±3,91 (1-10)	0,471/0,658
Günlük tüketilen kahve miktarı (Kahve fincanı/gün) (Vaka: 32, kontrol: 36)	1,19±0,47 (1-2)	1,03±0,17 (1-2)	1,907/0,161
Günlük tüketilen çay miktarı (Çay bardağı/gün) (Vaka: 65, kontrol: 68)	2,54±01,31 (1-6)	2,63±1,61 (1-10)	0,567/0,714

Tablo 4’te vaka ve kontrol grubundaki gebelerin uyku özelliklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmaya katılan vaka ve kontrol grubundaki gebelerin istatistiksel olarak benzer şekilde çoğunlukla gebelikten önce uyku durumunu düzenli (vaka: %87,8, kontrol: %86,7) olarak ifade ederken, mevcut uyku düzenlerini orta (vaka: %62,3, kontrol: %63,4) olarak belirtmişlerdir. Gebeler çoğunlukta uyandıktan sonra kendini dinlenmiş olarak hissettiğini (vaka: %61,1, kontrol: %64,4) bildirmişlerdir. Gebelerin yatmadan önce uykuya dalmak için yaptıkları alışkanlıklar incelendiğinde çoğunluğunun uykuya dalmak için herhangi bir uygulama yapmadığı (vaka: %81,1, kontrol: %78,9) görülmüştür.

Gebelerin günlük tüketilen sigara miktarının vaka grubunda $1,96 \pm 0,18$, kontrol grubunda $3,40 \pm 3,91$ olduğu, günlük tüketilen kahve miktarının vaka grubunda $1,19 \pm 0,47$, kontrol grubunda $1,03 \pm 0,17$ olduğu, günlük tüketilen çay miktarının ise vaka grubunda $2,54 \pm 0,31$, kontrol grubunda ise $2,63 \pm 1,61$ olduğu görülmüştür (Tablo 4).

4.3. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri ile PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Vaka Grubu (n=90) Ort±SS (Min-Max)	Kontrol Grubu (n=90) Ort±SS (Min-Max)	t/p
PUKİ			
Öznel uyku kalitesi	2,21±1,12 (0-3)	1,65±0,97 (0-3)	3,213/0,000
Uykuya dalma süresi	2,13±0,84 (0-3)	1,42±1,03 (0-3)	4,125/0,000
Uyku süresi	1,92±0,54 (0-3)	1,13±0,74 (0-3)	4,325/0,000
Alışılmış uyku etkinliği	0,88±0,42 (0-3)	0,14±0,21 (0-3)	5,963/0,000
Uyku bozukluğu	1,85±0,56 (0-3)	1,28±0,63 (0-3)	3,745/0,003
Uyku ilacı kullanımı	-	-	
Gündüz işlev bozukluğu	2,52±0,91 (0-3)	1,94±0,74 (0-3)	3,854/0,002
PUKİ toplam	11,13±3,25 (0-3)	7,02±2,54 (0-3)	6,125/0,000
PBE			
PBE toplam	37,33±11,20	43,00±12,64	3,183/0,002

Tablo 5’de vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PUKİ toplam ve alt ölçekleri ile PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Araştırmada vaka grubunda yer alan gebelerin PUKİ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının kontrol grubundaki gebelere göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (PUKİ toplam ve tüm alt ölçekler için $p<0,05$). Ayrıca araştırmada vaka grubunda yer alan gebelerin PBE puan ortalamaları ($37,33\pm11,20$) kontrol grubunda yer alan gebelere ($43,00\pm12,64$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).



4.4. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6. Vaka ve Kontrol Grubundaki Gebelerin PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri ile PBE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

PUKİ	PBE	
	r	p
Vaka Grubu (n=90)		
Öznel uyku kalitesi	-0,745	<0,001
Uykuya dalma süresi	-0,813	<0,001
Uyku süresi	-0,861	<0,001
Alışılmış uyku etkinliği	-0,736	<0,001
Uyku bozukluğu	-0,882	<0,001
Uyku ilacı kullanımı	-	-
Gündüz işlev bozukluğu	-0,743	<0,001
PUKİ toplam	-0,791	<0,001
Kontrol Grubu (n=90)		
Öznel uyku kalitesi	-0,523	<0,001
Uykuya dalma süresi	-0,485	<0,001
Uyku süresi	-0,423	<0,001
Alışılmış uyku etkinliği	-0,599	<0,001
Uyku bozukluğu	-0,347	<0,001
Uyku ilacı kullanımı	-	-
Gündüz işlev bozukluğu	-0,596	<0,001
PUKİ toplam	-0,498	<0,001

Tablo 6’da vaka ve kontrol grubundaki gebelerin PUKİ toplam ve alt ölçekleri ile PBE puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Vaka grubundaki gebelerin uyku kaliteleri ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde yüksek şiddette (öznel uyku kalitesi $r: -0,745$, $p < 0,001$; uykuya dalma süresi $r: -0,813$, $p < 0,001$; uyku süresi $r: -0,861$, $p < 0,001$; alışılmış uyku etkinliği $r: -0,736$, $p < 0,001$; uyku bozukluğu $r: -0,882$, $p < 0,001$; gündüz işlev bozukluğu $r: -0,743$, $p < 0,001$ ve toplam ölçek puanı $r: -0,791$, $p < 0,001$) ilişki saptanmıştır.

Araştırmada kontrol grubundaki gebelerin uyku kaliteleri ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında negatif yönde orta şiddette (öznel uyku kalitesi $r: -0,523$, $p < 0,001$; uykuya dalma süresi $r: -0,485$, $p < 0,001$; uyku süresi $r: -0,423$, $p < 0,001$; alışılmış uyku etkinliği $r: -0,599$, $p < 0,001$; uyku bozukluğu $r: -0,347$, $p < 0,001$; gündüz işlev bozukluğu $r: -0,596$, $p < 0,001$ ve toplam ölçek puanı $r: -0,498$, $p < 0,001$) ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

5. TARTIŞMA

Gebelikte yaşanan reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile analitik ve olgu-kontrol tipinde yapılan bu çalışmada, vaka grubunda yer alan gebelerin kontrol grubunda yer alan gebelere göre; uyku kalitesi ve prenatal bağlanma düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca araştırmada vaka ve kontrol grubundaki gebelerin uyku kalite düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Bu sonuçlar gebelerde reflü varlığının uyku kalitesi ve prenatal bağlanma üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermesi ve prenatal bağlanma düzeyinin uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada vaka ve kontrol grubundaki gebelerin kişisel, obstetrik ve uykuya ilişkin özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar her iki grubun homojen özellikte olduğunu ve gruplarının uyku kalitesi ve prenatal bağlanma düzeyleri bakımından karşılaştırılabilir özellikte olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada PUKİ toplam index puanı vaka grubunda $11,13 \pm 3,25$, kontrol grubunda ise $7,02 \pm 2,54$ olarak saptanmış olup bu sonuçların ≥ 5 üzerinde olması; gebelerde kötü uyku kalitesini göstermesi bakımından önemlidir. Dikmen (2020)'in 245 gebe ile yürüttüğü çalışmada PUKİ puan ortalaması $6,54 \pm 4,01$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Özhüner ve Çelik (2019)'in üç farklı Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 386 gebe ile yürüttükleri çalışmada PUKİ toplam puan ortalaması $10,04 \pm 2,98$, Köybaşı ve Oskay, (2017)'in çalışmasında $7,11 \pm 3,55$, Çoban ve Yanikkerem, (2010)'in 189 gebe ile yaptığı çalışmasında $6,38 \pm 3,46$ olarak bildirilmiştir. Çelik ve Köse (2017)'nin uyku kalitesinin gebelik trimesterleri ile ilgisini ortaya koyan çalışmasında PUKİ ortalaması $7,38 \pm 4,91$ dir. Dolayısıyla literatürde yer alan çalışmalar ve bu çalışmadaki gebelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının birbirine benzer şekilde ≥ 5 üzerinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar gebelerin genel anlamda kötü uyku kalitesine sahip olduğunu düşündürmektedir.

Gebelikte reflünün uyku kalitesi üzerine etkisinin inceleyen literatür sayısı sınırlıdır. Mindell ve Cook (2015)'un çalışmasında gebelerin uyku kalitesini olumsuz olarak etkileyen faktörler arasında reflü varlığı bildirilmiştir. Ayrıca Köybaşı ve Oskay (2017)'in çalışmasında

gebelerde reflünün uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Polo ve diğerlerinin (2017) yapmış olduğu çalışmada ise gebelikte uyku bozukluklarının nedenleri arasında reflü semptomlarından mide yanmasının da olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma ve literatürde yer alan çalışmalar birbirine benzer şekilde reflünün uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Ancak yapılan literatür taramasına ulaşılan çalışma sayısının sınırlı olması bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada vaka grubunda yer alan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri kontrol grubunda yer alan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olarak bulunmuştur. Yapılan literatür taramasında reflü ile prenatal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak prenatal bağlanma düzeyini etkileyen etmenlerin incelendiği farklı örneklem grupları ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde; bu çalışmanın vaka grubunda yer alan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin diğer çalışmalardaki gebelere göre oldukça düşük ($37,33 \pm 11,20$) olduğu görülmektedir. Örneğin, Metin (2014)'in yaptığı gebelerde algılanan sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması $61,409 \pm 11,785$ olarak saptanmıştır. Siddiqui ve Hagglöf (2000)'ün doğum öncesi prenatal bağlanmanın doğum sonu anne bebek ilişkisine etkisinin incelendiği çalışmada prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması $57,42 \pm 8,89$ olarak bulunmuştur. Gebelerdeki prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörleri saptamak için Elkin (2015)'in yaptığı çalışmada PBE puan ortalaması $57,32 \pm 12,3$ olarak bildirilmiştir. Yılmaz ve Beji (2010)'nin gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaslarında ise PBE $60,7 \pm 10,1$ olarak saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar, prenatal bağlanma düzeyi üzerinde birçok faktöre göre reflünün daha etkili olduğunu düşündürmekte olup dolayısıyla gebelikte reflünün prenatal bağlanma düzeyi üzerinde etkisini inceleyen daha fazla çalışmanın gerekliliğine vurgu yapmaktadır.

Araştırmada uyku kalitesine paralel olarak prenatal bağlanma düzeyinin arttığı ya da azaldığı görülmektedir. Bu sonuç, reflünün gebelikte uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu ve uyku kalitesi kötüleştikçe prenatal bağlanma düzeyinin azaldığını göstermektedir. Ancak yapılan literatür taramasında gebelerde reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Doğum öncesi annelik görevinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gebelik sürecinde anne bebek sağlığının en iyi seviyede olması için oldukça önemlidir. Prenatal dönemde geç bağlanma ya da bağlanmama sorunları doğum öncesi bakım almama, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklar,

anne ve bebeğe riskli davranışlar gösterme, erken doğum veya erken doğum deneyimleri, plansız gebelik, istenmeyen gebelikler, kötü doğum deneyimleri gibi riskler yaratır. Bu bilgiler, gebelikte reflü ile uyku kalitesi ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen ve gebelikte uyku kalitesini artırmaya yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Ayrıca gebelerin prenatal bağlanma düzeylerini olumsuz olarak etkileyen faktörlerin tek tek incelenmesi ve bu konuda iyi planlanmış randomize kontrollü çalışmaların yapılması ile gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin artırılmasına ve anne-bebek sağlığının yükseltilmesine katkı sağlanabileceği düşünülmektedir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma verileri sadece araştırmaya katılan gebelerin öz bildirimleri doğrultusunda vermiş oldukları bilgiler ile sınırlı olup yalnızca katılımcıları temsil etmektedir. Araştırma, sadece bir hastaneye başvuran gebelerle yapılmış olmasından dolayı diğer merkezlere genellenemez. Ayrıca araştırmanın veri toplama araçları kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu araçlar ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlemlenen durumdan farklı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Bu araştırmada,
- Reflüsü olan gebelerin uyku kalite düzeylerinin reflüsü olmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Reflüsü olan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin reflüsü olmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Reflüsü olan ve olmayan gebelerin uyku kalite düzeylerine paralel olarak prenatal bağlanma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

• Gebelik sürecinde reflü görülme sıklığı özel bakım gerektiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelerde yarattığı olumsuz sonuçlara bağlı olarak özellikle bilgi verilmesi ve bu noktada gebelik izlem ve takibi yaparak gebelerle bir araya daha sık gelen ebelerle önemli görev düşmektedir. Ebelerin reflü sorunu yaşayan gebelere danışmanlık sırasında vereceği bilgilerin çoğu yaşam tarzındaki değişimler üzerine olmalıdır.

• Gebelik sürecinde ruhsal ve bedensel sağlığın tam bir iyilik halinde olabilmesi için gebelik öncesi var olan kronik hastalıkların tespiti ve tedavisi ile sağlık düzeyi seviyesinin genel anlamda yükseltilmesi, mevcut gebelikteki potansiyel riskli olan durumları tespit etmek ve erken tedavisinin sağlanması, kadınların reflü, uyku kalitesi ve prenatal bağlanma konusunda kapsamlı ve uygun değerlendirmeler yapılarak, gerektiğinde profesyonel sağlık çalışanları tarafından destek almaları sağlanmalıdır.

• Reflü gebelikte oldukça sık görülen bir rahatsızlık olmasına karşın gebeler tarafından reflü semptomları normal olarak görülmektedir. Gebelerin reflü yakınmaları sorgulanarak

farkındalık yaratılması ve semptomların yönetiminin sağlanması, yakınmaların azaltılması ve gebelerin uyku kalitesinin artırılması için gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

- Antenatal sağlık bakımı veren kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim programları verilerek reflü semptomları ve standart bakım vurgulanmalıdır.

- Konu ile ilgili sınırlı sayıda araştırma olması nedeniyle çalışmaların çoğaltılması ve geçerlilik ve güvenirliliği elde edilen sonuçların ebelik bakımında kullanılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Ağargün, M., Kara, H., Anlar, O. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi' nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7,107-11.
- Akdemir, H. (2003). *Dinlenme-Uyku ve Düzensizlikleri*. İstanbul: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Yayınları.
- Aksoy, Y.E., Yılmaz, S.D., Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri*. 1(3),163-69.
- Ali, R., Egan, L. (2007). Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 21(5), 793-806.
- Altıntaş, H., Sevensan, F., Aslan, T., Cinel, M., Çelik, E., Onurdağ, F. (2006). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth uykululuk ölçeği ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi*, 15(7),114-120.
- Anton, C., Anton, E., Drug, V.L. (2003). Hormonal influence on gastrointestinal reflux during pregnancy, *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 107(4), 798-801.
- Attia, R.R., Ebeid, A.M., Fischer, J.E. (1982). Maternal fetal and placental gastrin concentrations, *Anaesthesia*, 37(1), 18-21.
- Audu, B.N., Mustapha, S.K. (2006) Prevalance of gestrointestinal symptoms in pregnancy, *Niger J Clin Pract*, 9(1): 1-6.
- Ay, F., Ertem, Ü., Özcan, N., Ören, B., Işık, R., Sarvan, S. (2007). *Temel Hemşirelik* (409-421). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Bakır, N., Ölçer, Z., OSKAY, Ü. (2014). "Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 1(1), 25-37.
- Bassey, O. (1977). Pregnancy heartburn in nigerians and caucasians with theories about aetiology based on manometric recordings from the oesophagus and stomach. *Br J Obstet Gynaecol*, 84(6), 439-43.

- Beauchamp, G. (1983). Gastroesophageal reflux and obesity. *Surg Clin North Am*, 63, 869-876.
- Behar, J., Sheahan, D.G., Biancani, P. (1975). Medical and surgical management of reflux esophagitis: A 38-month report of a prospective clinical trial, *N Engl J Med*, 293, 263-268.
- Belafsky, C., Postma, N., Koufman, A. (2002) Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Journal of Voice*, 16(2), 274-7.
- Bilici, M. (2017). Dissosiyatif Bozukluk ve Uyku. *Türkiye Klinikleri*, 10(3):194-201
- Bingöl, N. (2006). *Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Bor, S., Kitapçıoğlu, G., Dettmar, P. (2007). Association of heartburn during pregnancy with the risk of gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 5(9), 1035-9.
- Bor, S., Mandıracıoğlu, A., Kitapçıoğlu, G. (2005). Gastroesophageal reflux disease in a low-income region in turkey. *Am J Gastroenterol*, 100(4), 759-65.
- Bor, S. (1997) Gastroözofageal reflü hastalığı, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*. 2, 171-83.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York, Basic Books.
- Bozkurt, M., Yumru, E., Ayanoglu, T. (2006) Gebelikte gastroözofageal reflü hastalığı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi*, 16, 12-16.
- Bujanda L. (2000). The effects of alcohol consumption upon the gastrointestinal tract, *Am J Gastroenterol*, 95, 3374-3382.
- Buko, G., Özkan, H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekâları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 4.
- Carter, D. (1985). In Need of Good Night's Sleep, *Nursing Times*, 13, 24-26
- Castro, L.P. (1967). Reflux esophagitis as the cause of heartburn in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 98(1), 1-10.
- Cranley, J.P., Achkar, E., Fleshler, B. (1986). Abnormal lower esophageal sphincter pressure responses in patients with orange juice-induced heartburn. *Am J Gastroenterol*, 81, 104-106.

- Çalıyurt, O., Tuğlu, C., Abay, E. (1998). *Uyku uyanıklık düzenini etkileyen iş ve çalışma gruplarında uyku kalitesi*, 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Çeşme.
- Çelik, F., Köse, M. (2017). Gebelikte Uyku Kalitesinin Trimester ile İlişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18, 85–88.
- Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 21(2), 89-96.
- Çoban, A., Yanikkerem, E. (2010) Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*, 49, 87-94.
- Çölbay, M., Yüksel, S., Acartürk, G., Fidan, F., Karaman, Ö., Ünlü, M. (2007) Hemodiyaliz hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(2),167-173.
- Dement, W.C. (2005). History of Sleep Physiology and Medicine. Principles and Practice of Sleep Medicine, Saunders Company.
- Deniz, Y.S. (2014). *Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Dent, J., El-Serag, H., Wallander, M.A. (2005). Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 54, 710–7.
- Devault, K., Castell, D.O. (2005). Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*, 100, 190-200.
- Diaz, R.M., Moreno, E.O.C., Rey, E. (2004). Symptoms of gastro-oesophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a spanish population. *Aliment Pharmacol Ther*, 19, 95-105.
- Dikmen, H. (2020). Gebelerde Huzursuz Bacak Sendromunun Uyku Kalitesi ve Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 132-138.
- Dikmen, H., Çankaya, S. (2018). Maternal Obezitenin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2), 118-123.
- Dobrucalı, A. (2007). Gastroözofagial reflü hastalığı ve teşhis ve tedavide karşılaşılan sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, no:58, s: 9-30.

- Duyan, V., Kapısz, S., Yakut, Hİ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanterinin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 10(39), 1609- 1614.
- Eliş, T. (2015). Uyku Bozukluğu Yaşayan Bireylerin Yakınmalarının ve Uykuyu Etkileyen Durumların İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Ekbom, K. (1995). Restless legs: a clinical study. *Acta Med*, 158, 1-123
- Elkin, N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 24,230-236.
- Erdem, N. (2005). *Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Eryavuz, N. (2007). *Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Ezerarslan, H., Çoban, M., Kuran, S., Akmansu, Ş. H., Özgüler, Z., Beriat, G. (2012). (The relationship between heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus and laryngopharyngeal reflux. *Kulak Burun Bogaz İhtisas Dergisi*, 22(1), 6-11.
- Fass, R., Quan, S., O'Connor, G.T. (2005) Predictors of heartburn during sleep in a large prospective cohort study. *Chest*, 127, 1658-1666.
- Fass, R., Sifrim, D. (2009). Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut*, 58(2), 295-309.
- Feldman, M., Barnett, C. (1995). Relationships between the acidity and osmolality of popular beverages and reported postprandial heartburn. *Gastroenterology*, 108, 125-131.
- Flook, N., Jones, R., Vakil, N. (2008). Approach to gastroesophageal reflux disease in primary care: putting the montreal definition into practice. *Can Fam Physician*, 54(5), 701-5.
- Flynn, J.B.M. (1984). *Nursing; From Concept to Practice*. London. Aprentice-Hall Publishing and Communications Company. 1, 491-502

- Foley, D., Monjan, A., Brown, S., Simonsick, E., Wallace, R., Blazer, D. (1995). Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. *Sleep*, 18 (6), 425-432.
- Fraser, M.C., Norton, B., Gornall, C. (1999). Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux inpatients who are overweight. *Scand J Gastroentero*, 34, 337-340.
- Gallup Organization. (1988). *Heartburn across america: a gallup organization national survey.*, Princeton, Gallup Organization.
- Guyton, AC. (1986). Textbook of Medical Physiology. Istanbul, Nobel Kitabevi.
- Güleç, D., Kavlak. O. (2013). The Study of Reliability and Validity of Paternal-Infant Attachment Scale in Turkish Society. *Journal of Human Sciences*, 10(2),170-181.
- Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,12(2),177-182.
- Gülşen, M. (2003). Gastroözofagial reflü hastalığı, *Güncel Gastroenteroloji*, 7(2), 97-114.
- Günel, C., Günel, S., Ömürlü, İ. (2012). Larengofarengeal reflü ve gastroözafageal reflü hastalığı arasında semptomatik ve endoskopik ilişkinin karşılaştırılması. *KBB Forum*, 11(3), 56-61.
- Hamilton, J.W., Boisen, RJ., Yamamoto, D.T. (1988). Sleeping on a wedge diminishes exposure of the esophagus to refluxed acid. *Dig Dis Sci*, 33, 518-522.
- Heading, R.C. (1989). Epidemiology of oesophageal reflux disease, *Scand JGastroenterol*, 24(168),33– 7.
- Herndon, R. (1999). Fatigue in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 1(1),7-11.
- Hirschowitz, B.I. (1991). A critical analysis, with appropriate controls of gastric and pepsin secretin in clinical esophagitis. *Gastroenterology*, 101,1149.
- Ho, K.Y., Kang, J.Y., Seow, A. (1998). Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. *Am J Gastroenterol*, 93, 1816– 22.

- Ho, K.Y., Kang, J.Y., Viegas, O.A. (1998). Symptomatic Gastro-oesophageal Reflux in Pregnancy: a Prospective Study among Singaporean Women. *J Gastroenterol Hepatol*, 13(10),1020-6
- Hodgson, L. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1503–1510.
- Isolauri, J., Laippala, P. (1995). Prevalence of symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med*, 27, 67–70.
- İslamoğlu, A.H. (2003). *Tüketici Davranışları*. İstanbul, Beta Yayınları.
- Kadakia, S.C., Kikendall, J.W., Maydonovitch, C. (1995). Effect of cigarette smoking on gastroesophageal reflux measured by 24-h ambulatory esophageal ph monitoring, *Am J Gastroenterol*, 90, 1785-1790.
- Kahrilas, P.J., Gupta, R.R. (1989). The effect of cigarette smoking on salivation and esophageal acid clearance. *J Lab Clin Med*, 114, 431-438.
- Kaltenbach, T., Crockett, S., Gerson, L.B. (2006) Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease, *An Evidence-Based Approach, Arch Intern Med*, 166, 965-971.
- Kang, J.Y., Yap, I., Tay, H.H. (1993). Low frequency of endoscopic esophagitis in asian patients. *J Clin Gastroenterol*, 16(1), 70– 3.
- Kang, J.Y., Yap, I., Gwee, K.A. (1994). The pattern of functional and organic disorders in an asian gastroenterological clinic, *J Gastroenterol Hepatol*, 9, 124– 7.
- Karagözoğlu, S., Bingöl, N. (2008). Sleep quality and job satisfaction of turkish nurses. *Nursing Outlook*, 56(6), 298-307.
- Karaaltın, B., Develioğlu, N., Tarhan, Ö., Külekçi, M. (2016). The importance of voice analysis in evaluating the effectiveness of reflux treatment. *Kulak Burun Bogaz İhtisas Dergisi*, 26(4), 207-212.
- Kartal, Y.K., Karaman, T. (2018). Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
- Katz, L., Just, R., Castell, D.O. (1994). Body position affects recumbent postprandial reflux. *J Clin Gastroenterol*, 18(4), 280-3.

- Kavlak, O., Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği' nin Türk Toplumuna Uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188-202.
- Kaynak, H., Ardiç, S. (2001). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- Kesebir, Ş., Kavzoğlu, S., Üstündağ, M. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatri' de Güncel Yaklaşımlar*. 3(2), 321-342.
- Khoury, R., Camacho L.L., Katz, P. (1999). Influence of spontaneous sleep positions on nighttime recumbent reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*, 94, 2069-2073.
- Kırca, A., Savaşer, S. (2017). Doğum Sayısının Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. *HSP*, 4(3), 236-243.
- Kinoshita, Y., Ashida, K., Miwa, H., Hongo, M. (2009). The impact of lifestyle modification on the health-related quality of life of patients with reflux esophagitis receiving treatment with a proton pump inhibitor, *Am J Gastroenterol*, 104(5), 1106-11.
- Kitapçıoğlu, G., Mandıracıoğlu, A., Bor, S. (2004). Psychometric and methodological characteristics of a culturally adjusted gastroesophageal reflux disease questionnaire, *Dis Esophagus*, 17(3), 228-34.
- Koptur, A., Emül, T. (2017). Fetüs ve Yeni doğanda Bağlanmanın İki Yüzü: Maternal ve Paternal Bağlanmada Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 153-164.
- Köybaşı, E.Ş., Oskay, Ü.Y. (2017). Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59, 1-5.
- Kunert, K., King, M., Kolkhorst, F. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(8), 30-7.
- Kutner, N., Biliwise, D., Brogan, D., Zhang, R. (2001). Race and restless sleep complaint in older chronic dialysis patient and nondialysis community controls. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 3, 170-175.
- Lafçı, D. (2009). *Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

- Lindow, S., Regnéll, P., Sykes, J., Little, S. (2003). An open-label, multicentre study to assess the safety and efficacy of a novel reflux suppressant (gaviscon advance) in the treatment of heartburn during pregnancy. *Int J Clin Pract*, 57(3), 175-9.
- Locke, G.B., Talley, N.J., Fett, S.L. (1997). Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, 112, 1448–56.
- Locke, G.R. (1996). The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America, *Gastroenterol Clin North Am*, 25, 1–19.
- Lucas, A. (2013). Promoting Maternal-Fetal Attachment, Prenatal Depression and Health Practices in Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24, 203-217.
- Marrero, J.M., Goggin, P.M., Caestecker, J.S. (1992). Determinants of pregnancy heartburn. *Br J Obstet Gynaecol*, 99, 731–4.
- Marshall, J. Thompson, A., Armstrong, D. (2004). Omeprazole for refractory gastroesophageal reflux disease during pregnancy and lactation, *Can J Gastroenterol*, 12(3), 225-7.
- Mathus V.E., Weeren, M., Eerten, P. (2003). Los function and obesity: the impact of untreated obesity, weight loss, and chronic gastric balloon distension. *Digestion*, 68, 161-168.
- Mcneil, B., Padrick, K., Wellman, J. (1986). I didn't sleep a Wink. *American Journal of Nursing*. 86 (1), 26-27
- Meining, A., Classen, M. (2000). The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*, 95, 2692-2697.
- Menteş, S., Sezerli, M., Dinçer, F., Yeşilbilek, A. (1998). Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. *Hemsirelik Forumu*, 4, 166-172.
- Metin A. (2014). *Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 57.
- Merger, M., Scholmerich, J. (1999). Gastrointestinal diseases in pregnancy, *Dtsch Med Wochenschr*, 124(42), 1235-8.
- Mindell J.A, Cook R.A, Nikolovski, J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Medicine* 2015; 16: 483–488.
- Mohammed, I., Cherkas, L., Riley, S. (2002). Genetic influences in gastro-esophageal reflux disease. *A Twin Study*. 1114.

- Mungan, Z., Demir, K., Onuk, M.D. (1999). Characteristics of gastroesophageal reflux disease in our country, *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 10(2), 101-106.
- Murphy, D., Castell, D. (1988). Chocolate and heartburn: evidence of increased esophageal acid exposure after chocolate ingestion. *Am J Gastroenterol*, 83, 633-636.
- Murray, L., Johnston, B., Lane, A. (2003). Relationship between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms: the bristol helicobacter Project. *Int J Epidemiol*, 32, 645-650.
- Nilsson, M., Johnsen, R., Ye, W. (2004). Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux, *Gut*, 53, 1730-1735.
- Nilsson, M., Johnsen, R., Ye, W. (2003). Obesity and estrogen as risk factors for gastroesophageal reflux symptoms. *JAMA*, 290, 66-72.
- O'Brien, T. (1980). Lower esophageal sphincter pressure (lesp) and esophageal function in obese humans. *J Clin Gastroenterol*, 2, 145-148.
- Okholm, M., Jensen, S.M. (1995). Gastroesophageal reflux in pregnant women, *Ugeskr Laeger*, 27, 157(13), 1835-8.
- Okutan, A. (2018). *Sağlık Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirmesi*. Yüksek lisans tezi Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Özbaran, B., Bildik, T. (2006). Bağlanmanın Nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(3)
- Özcan, N.K. (2007). *Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı*. Temel Hemşirelik Kavram İlkeler Uygulamalar, İstanbul, Medikal Yayıncılık.
- Özhüner, Y., Çelik, N. (2019). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (1), 25–33.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*. Tuna Matbaacılık, Ankara.
- Özvarış, Ş.B. (2001). *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Pehl, C., Pfeiffer, A., Wendl, B. (1997). Effect of smoking on the results of esophageal ph measurement in clinical routine. *J Clin Gastroenterol*, 25, 503-506.
- Pekcan, H. (2006). *Adolesan Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

- Pollmann, H., Zillessen, E., Pohl, J. (1996). Effect of elevated head position in bed in therapy of gastroesophageal reflux, *Z Gastroenterol*, 34 (2), 93-99.
- Polo, K.P., Aukia, L., Karlsson, H., Karlsson, L., Paavonen, E.J. (2017). Sleep quality during pregnancy: Associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96, 198-206.
- Revicki, D., Wood, M., Maton, P. (1998). The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life, *Am J Med*, 104(3), 252-8.
- Rey, E., Rodriguez A.F., Angel H.M. (2007). Gastroesophageal reflux symptoms during and after pregnancy: a longitudinal study, *The American Journal of Gastroenterology*, 102(11), 2395–2400.
- Richter, J.E. (2003). Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*, 32: 235– 61.
- Richter, J.E. (2005). The management of heartburn in pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther*, 22, 749–57.
- Ruhl, C.E., Everhart, J. (1999). Overweight, but not high dietary fat intake, increases risk of gastroesophageal reflux disease hospitalization: the nhanes 1 epidemiologic follow up study, *Ann Epidemiol*, 9, 424-435.
- Rush, D., Stelmach, W., Young T., Kirchdoerfer, L. (1995). Clinical effectiveness and quality of life with ranitidine vs placebo in gastroesophageal reflux disease patients: a clinical experience network (cen) study. *J Fam Pract*, 41(2), 126-36.
- Sandler, R., Everhart, J., Donowitz, M. (2002). The burden of selected digestive diseases in the united states. *Gastroenterology*, 122, 1500–1511.
- Sertbas, G. (1998). *Gebelerde doğum öncesi-sonrası durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sevil Ü., Bakıcı, A. (2002). Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 12(3), 56-62.
- Siddiqui, A., Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother/infant interaction? *Early Hum Development*, 59(1), 13-25.

- Smit, C., Copper, M., Leeuwen, J. (2001). Effect of cigarette smoking on gastropharyngeal and gastroesophageal reflux, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 110, 190-193.
- Stanciu, C., Bennett, J. (1977). Effects of posture on gastro-oesophageal reflux, *Digestion*, 15, 104-109.
- Stanghellini, V. (1999). Relationship between upper gastrointestinal symptoms and lifestyle, psychosocial factors and comorbidity in the general population: results from the domestic/international gastroenterology surveillance study (digest). *Scand J Gastroenterol Suppl*, 231, 29-37
- Suzuki, S., Dennerstein, L., Greenwood, K. (1994). Sleeping patterns during pregnancy in japanese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 15, 19–26.
- The Gallup Organization. (2000). *The 2000 gallup study of consumers' use of stomach relief products*. Gallup Organization.
- Theodoropoulos, D., Lockey, R., Boyce, H. (1999). Gastroesophageal reflux and asthma: a review of pathogenesis, Diagnosis, and Therapy. *Allergy*, 54(7), 651-61.
- Thomas, F., Steinbaugh, J., Fromkes, J. (1980). Inhibitory effect of coffee on lower esophageal sphincter pressure. *Gastroenterology*, 79(6), 1262-6.
- Tibbling, L., Gibellino, F., Johansson, K. (1995). Is mis-swallowing or smoking a cause of respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease, *Dysphagia*, 10, 113-116.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2020). *Türk Dil Kurumu*. <https://sozluk.gov.tr/F> adresinden erişildi.
- Van, H.M., Katzka, D., Smout, A. (2000). Effect of different recumbent positions on postprandial gastroesophageal reflux in normal subjects. *Am J Gastroenterol*, 95, 2731-2736.
- Van, T.D., Wald, A. (1981). Evidence refuting a role for increased abdominal pressure in the pathogenesis of the heartburn associated with pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 140(4), 420-2.
- Verim, A., Şeneldir, L., Naiboğlu, B., Karaca, Ç., Kadioğlu, D., Toras, S. (2016). Effect of laryngopharyngeal reflux on the improvement of chronic rhinosinusitis without polyposis after primary endoscopic sinus surgery. *Kulak Burun Bogaz Ihtisas Dergisi*, 26(2), 65-72.

- Wald., A, Van, T.D., Hoechstetter, L., Gavalier, S., Egler, M., Verm, R., ... Lester, R. (1982). Effect of pregnancy on gastrointestinal transit. *Dig Dis Sci*, 27(11), 1015-8.
- Wang, J.H., Luo, J.Y., Dong, L. (2004). Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a general population-based study in xi'an of northwest china. *World J Gastroenterol*, 10, 1647-1651.
- Waring, J.P., Eastwood, T.F., Austin, J.M. (1989). The immediate effects of cessation of cigarette smoking on gastroesophageal reflux. *Am J Gastroenterol*, 84, 1076-1078.
- Watanabe, Y., Fujiwara, Y., Shiba, M. (2003). Cigarette smoking and alcohol consumption associated with gastro-oesophageal reflux disease in japanese men. *Scand J Gastroenterol*, 38, 807-811.
- Webster, R.A., Thompson, D.R. (1986) Sleep in Hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 447-457
- Canavan, T. (1986). The Functions of Sleep, *Nursing*, 3(9),321-324
- Weusten, B.L., Exalto, N., Otten, M.H. (2003). Drug treatment of gastroesophageal reflux disease in pregnant women: consensus guidelines of gastroenterologists and gynaecologists, *Ned Tijdschr Geneesk*, 147(50), 2471-4.
- Wright, L.E., Castell, D. (1975). The adverse effect of chocolate on lower esophageal sphincter pressure. *Am J Dig Dis*, 20,703-707.
- Yanikkerem, E., Altan, E., Demirtosun, P. (2004). Manisa 1 nolu sağlık ocağı b"lgesinde yasayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4), 301-306.
- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz G. (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi, *Aile ve Toplum Eğitim-K"lt"r ve Araştırma Dergisi*, 8(3), 35-42.
- Yeşilkaya, H. (2018). Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, *Y"ksek Lisans Tezi*, Sivas Cumhuriyet "niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit"ř"u, Sivas.
- Yılmaz, S., Beji, N. (2010). Gebelerin Stresle Başa çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma D"zeyleri ve Bunları Etkileyen Fakt"rler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3),28-33.

- Yılmaz, S., Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe' ye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103-109.
- Yılmaz, S. (2013). Prenatal Anne-Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3),28-33.

