

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDEKİ RİSKLİ
GEBELERDE ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE MÜZİĞİN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Cemile ONAT KÖROĞLU

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ**

ADANA-2020

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDEKİ RİSKLİ
GEBELERDE ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİ
ÜZERİNE MÜZİĞİN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Cemile ONAT KÖROĞLU

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ**

Bu tez Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) tarafından desteklenmiştir.

ADANA-2020

KABUL ve ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

**“Hastanede Yatak İstirahatindeki Riskli Gebelerde Anksiyete ve Uyku Kalitesi
Üzerine Müziğin Etkisinin Belirlenmesi”**

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi:

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

Çukurova Üniversitesi

Başkan

Dr. Öğr. Üy. Derya KAYA ŞENOL

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üy. Burcu AVCIBAY VURGEÇ

Çukurova Üniversitesi

Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun .../... /... tarih ve ...sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Behice DURGUN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYANI



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yoğun temposuna rağmen desteğini esirgemeyen, derin birikimi ile bana yol gösteren, yakın ilgisini ve desteğini gördüğüm, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli hocam Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye sonsuz teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Eğitim yaşamımda her zaman örnek aldığım Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü hocalarım; Doç. Dr. Sultan ALAN, Dr. Öğretim Üyesi Meltem AKBAŞ, Dr. Öğretim Üyesi Şükriye Deniz MUTLUAY, Dr. Öğretim Üyesi Melike ÖZTÜRK, Dr. Öğretim Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL, Dr. Öğretim Üyesi Burcu AVCIBAY VURGEÇ ve Öğretim Görevlisi Kemaliye DEMİRKAYA'ya çalışmam boyunca bana desteklerini esirgemedikleri için teşekkür ederim.

Beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Bu süreçte beni her zaman destekleyen ve yanımda olan kuzenim Nazlıhan ONAT'a ve arkadaşım Özlem EKEMEN'e teşekkür ederim.

Akademik hayatım boyunca (bu uzun ve zorlu süreçte) bana daima güvenen, desteğini bir an olsun eksik etmeyen, her zaman yanımda olan canım eşim Arş. Gör. Mustafa KÖROĞLU'na teşekkür ediyorum, iyi ki varsın diyorum.

Yüksek lisans eğitimim süresince verdikleri burs ile destek olan TÜBİTAK'a ve tezimin uygulaması sırasında araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm gebelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik.....	4
2.2. Gebeliğin Sınıflandırılması.....	4
2.2.1. Düşük Riskli Gebelik.....	6
2.2.2. Riskli Gebelik.....	7
2.2.3. Yüksek Riskli Gebelik.....	7
2.3. Yatak İstirahati.....	8
2.3.1. Gebelik ve Yatak İstirahati.....	9
2.3.2. Gebelikte Önerilen Yatak İstirahatinin Tipleri.....	10
2.3.3. Gebelikte Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri.....	11
2.3.3.1. Fizyolojik Etkiler.....	11
2.3.3.2. Psiko-Sosyal Etkiler.....	11
2.4. Anksiyete.....	12
2.4.1. Riskli Gebeliklerde Anksiyete.....	13
2.5. Uyku.....	15
2.5.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri.....	16
2.5.2. Riskli Gebeliklerde Uyku.....	17
2.6. Müzik.....	19
2.6.1. Müzikle Tedavi.....	20
2.6.2. Müzikle Tedavinin Tarihçesi.....	23

2.6.3. Türklerde Müziğin Tedavi Amacıyla Kullanılması	24
2.6.3.1. Türklerin Orta Asya Döneminde Müziğin Tedavi Amacıyla Kullanımı	24
2.6.3.2. Türklerin İslam Medeniyeti Döneminde Müziğin Tedavi Amaçıyla Kullanımı.....	25
2.6.4. Müziğin Obstetride Kullanımı	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	29
3.3. Araştırmanın Yeri.....	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	29
3.5. Uygulama:	32
3.6. Verilerin Toplanması:	32
3.6.1. Gebe Tanıtım Formu.....	33
3.6.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	33
3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	39
4.2. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Tanılarına ve Yatak İstirahati Durumlarına İlişkin Bulgular	41
4.3. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Anksiyetelerine İlişkin Bulgular.....	42
4.4. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Uyku Özellikleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Bulgular	44
5. TARTIŞMA	50
5.1. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	50
5.2. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Tanılarına ve Yatak İstirahati Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	52

5.3. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Anksiyetelerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
5.4. Yatak İstirahatındaki Gebelerin Uyku Özellikleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	79
EK-1. Gebe Tanıtım Formu	79
EK-2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri- I.....	83
EK-3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri-II.....	84
EK-4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	85
EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu.....	88
EK-6. Etik Kurul	89
EK-7. Hastane İzin Yazısı.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	91

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması	31
Şekil 3.2. Gebelerin Hastanedeki Yatış Tanıları	42



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 2.1. Fârâbi'ye Göre Makamların Sınıflandırılması	26
Tablo 3.1. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	38
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 4.3. Gebelerin Hastanede Yatış Sürelerine İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 4.4. Gebelerin Hastanedeki Yatak İstirahati Sürecinde Anksiyete Yaşama Durumu Nedenleri ve Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Bulgular	43
Tablo 4.5. Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi.....	44
Tablo 4.6. Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	44
Tablo 4.7. Gebelerin Hastanedeki Yatak İstirahati Sürecinde Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	45
Tablo 4.8. Gebelerin Hastaneye Yatmadan Önce ve Sonra Günlük Ortalama Uyku Saatlerinin Değerlendirilmesi	46
Tablo 4.9. Gebelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	49

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NREM	: Non- Rapid Eye Movement
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
STAI I– II	: Sürekli - Durumluk Anksiyete Ölçeği
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
%	: Yüzde
n	: Sayı
>	: Büyüktür
<	: Küçüktür
=	: Eşittir

ÖZET

Hastanede Yatak İstirahatindeki Riskli Gebelerde Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Müziğin Etkisinin Belirlenmesi

Araştırma, hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisinin belirlenmesi amacıyla 80 kontrol ve 80 deney olmak üzere 160 riskli gebe ile yapılmıştır.

Ön test-son test desende randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna alınan gebelere araştırmacı tarafından kulaklık ile Acemaşiran makamındaki müzik ardışık 3 gün, günde 2 kez 40 dakika süreyle dinletilmiş, kontrol grubundaki gebelere rutin uygulamalar yapılmıştır. Elde edilen veriler SPSS (Statistical Programme for Social Science) 22.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki gebeler yaş, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şuan ki gebelik haftası ve hastanede kaldığı süre açısından benzerdir.

Deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin sürekli kaygı düzeyi benzer olup dinletilen müzik sonrası durumluk kaygı puanı ortalamaları deney grubu lehinde azalmıştır ($p<0.05$).

Dinletilen müzik sonrası, deney grubundaki gebelerin subjektif uyku kalitesi puanları düşmüş, uyku kaliteleri anlamlı olarak yükselmiştir. Deney grubundaki gebelerin uyku latansı puanları dinletilen müzik sonrası düşerek uykuya geçişleri kolaylaşmıştır. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku süreleri, uyku etkinliği, gündüz fonksiyonları ve toplam PUKİ puanları anlamlı olarak artmış, uyku bozukluğu ve ilaç kullanımı azalmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızın sonucunda, hastanede yatak istirahatinde olan riskli gebelere Acemaşiran makamında müzik dinletilmesinin gebelerin anksiyete düzeylerini azalttığı ve uyku kalitelerini yükselttiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Riskli gebelik, yatak istirahati, müzik, kaygı, uyku kalitesi

ABSTRACT

Determination of the Effects of Music on Anxiety and Sleep Quality in Risk Pregnancies at Bed Rest in the Hospital

The study was carried out with 160 risky pregnant women, 80 of whom were control and 80 experiments, in order to determine the effects of music on anxiety and sleep quality in risky pregnant women at bed rest in the hospital.

In the randomized controlled study in the pretest-posttest order, the pregnant women who were taken to the experimental group were listened to the music in the Acemaşiran mode by the researcher for 40 minutes 2 times a day for 3 consecutive days, and the pregnant women in the control group were applied clinical routine. The data obtained were evaluated using SPSS (Statistical Program for Social Science) 22.0 for Windows package program.

It was observed that the pregnant women in the experimental and control groups were similar in terms of age, educational status, occupation, economic status, number of pregnancies, number of births, number of abortions, number of living children, current week of gestation and length of hospital stay.

The trait anxiety level of pregnant women in the experimental and control groups was similar, and the state anxiety score averages after listening to music decreased in favor of the experimental group ($p < 0.05$).

After listening to music, the subjective sleep quality scores of the pregnant women in the experimental group decreased and their sleep quality increased significantly. The sleep latency scores of pregnant women in the experimental group decreased after listening to music and made it easier for them to go to sleep. After listening to music, the sleep duration, sleep efficiency, daytime functions and total PSQI scores of the pregnant women in the experimental group increased significantly, sleep disturbance and drug use decreased ($p < 0.05$).

As a result of our study, it was determined that playing music in the Acemaşiran mode to the risky pregnant women who were at bed rest in the hospital decreased their anxiety levels and increased their sleep quality.

Key Words: Risk pregnancy, bed rest, music, anxiety, sleep quality

1. GİRİŞ

“Risk” bir veya daha fazla etkenin var olmasıyla istenmeyen olguların oluşma ihtimali, “gebelik açısından risk” ise normal şartlar altında olması istenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların oluşma olasılığı olarak ifade edilmektedir (1-4). Gebelikte risk; bazı kaynaklar da “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelik” olmak üzere üç grupta ele alınırken, bazı kaynaklar da ise sadece “riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik” olarak iki grup olarak değerlendirilmektedir (2,3,5-8).

Düzenli aralıklarla takip ve tedavisi yapılmayan riskli gebeliklerde meydana gelen komplikasyonlar maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyerek, mortalite ve morbidite riskini arttıran sonuçlarla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Nitekim dünyada ve ülkemizde gebelik veya doğum sırasında önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı anne ölümlerinin devam ettiği görülmektedir. Bunun yanı sıra dünyada yaklaşık her bir dakikada 380 kadın gebe kalmakta, bunların yarısı gebeliğe bağlı komplikasyon yaşamakta ve riskli gebelik grubunda sınıflandırılmaktadır. Bu grupta meydana gelen gebeliğe bağlı anne ölümlerinin %99’u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Aynı zamanda her gün yaklaşık 810 gebe kadının gebelik ve doğuma ilişkin komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği görülmektedir (2,4,9-13).

Düşük riskli gruptaki gebelerin büyük kısmı ayaktan ya da evde takip şeklinde sürdürülen, kısa süreli etkin tedavi ve önlemlerle tamamen iyileşmekte ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirebilmektedir (2,3,6). Laboratuvar testleri normal olan, ancak testlerinin düzenli aralıklarla tekrar edilmesi ve yakından takip edilmesi gereken riskli ve yüksek riskli gruptaki gebelerin, gebelik ve hemşirelik bakım olanaklarıyla tedavi edildiği veya var olan risk durumuna göre ilgili alan uzmanına yönlendirildiği doğum öncesi klinikler dünyada bulunmaktadır (2,4,9-11).

Bazı riskli gebelerin ayaktan takip edilmesi mümkün iken, yüksek riskli gebelerin hastaneye yatırılıp yapılarak, perinatoloji alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Bu süreçte önerilen yatak istirahati boyunca, riskli durumların tespit edilerek kontrol altına alınması, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonların ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi sağlanarak anne ve fetus sağlığını korumak ve sürdürmek amaçlanmaktadır (2,4,9-11).

Son yıllarda yatak istirahatinin anne ve fetüs için güvenliğini ve etkinliğini destekleyecek kanıtlar yeterli düzeyde bulunmamasına rağmen, uterin perfüzyonu arttırması ve serviks üzerine olan baskıyı azaltması ile erken doğumun önlenmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca gebe kadına dinlenme periyodu sağlayarak, anne-bebek sağlığının sürdürülmesinde etkili olduğu varsayılmaktadır. Yatak istirahati özellikle erken doğumun önlenmesinde standart tedavi olarak kullanılmaktadır (8,14-21). Riskli gebeliklerin tedavi sürecinde yaygın bir uygulama olan yatak istirahatinin, yorgunluğu ve diğer fiziksel rahatsızlıkları azalttığı düşünülmektedir (16,17,22).

Hastanede yatak istirahatinin temelini oluşturan aktivite kısıtlaması beraberinde istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, fizyolojik ve psikolojik yan etkilerin yanı sıra gebenin çocukları ve ailesi üzerine de olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmektedir (14,15,23-27). Bu dönemde yaşanan psikolojik problemlerin başında anksiyete ve uyku sorunları gelmektedir. Anne adayının, bebeğin sağlıklı olup olmaması, aileden uzak kalması, yaşamı üzerinde kontrol kaybı, evdeki rol değişikliği ve diğer çocukların bakımı konularındaki endişeleri stres, anksiyete, huzursuzluk, korku, öfke, yalnızlık ve güçsüzlük duyguları yaşamasına yol açmaktadır (1,8,16,28-31).

Yapılan çalışmalarda hastanedeki yatak istirahatinin gebelerin anksiyete düzeyini arttırdığı ve istirahat süresi ile anksiyete düzeylerinin aynı oranda arttığı belirlenmiştir (30-32). Aynı şekilde yatak istirahatindeki gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğu ve uykusuzluğun yaygın bir şikâyet olduğu saptanmıştır. Gebeler bu süreçte hastane koşulları ve tedavi düzenine bağlı gece uykusu uyuyamadığı ve buna bağlı uykusuzluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (33-35).

Yatak istirahatindeki riskli gebelerin yaşadığı bu sorunlar ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması önemlidir. Baş etmede kullanılması önerilen non farmakolojik yöntemlerden biri de müzik ile terapidir (36-39). Müziğin tam etkisi bilinmemekle beraber gevşeme ya da dikkati başka yöne çekme etkisi gösterdiği düşünülmektedir. Gebeyi rahatsız eden uyaranlardan uzaklaştırıp endorfin salınımını arttırarak gevşemesine yardımcı olmaktadır (36-41). Bu nedenle gebenin hem rahat ve kolay ulaşabileceği hem de uygulamada zorluk yaşamayacağı bu yöntemin değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Yapılan literatür taramasında, hastanede yatak istirahatindeki gebelerin anksiyete ve uyku sorunlarını gidermede müziğin etkisini belirlemeye ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda ve daha çok anksiyeteye yönelik olduğu görülmüştür (37,39,42-47).

Bu araştırma ile hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, son menstrasyonun ilk gününden itibaren 280 gün/10 lunar ay veya 40 haftayı kapsayan üç trimesterden oluşan bir dönem olarak ifade edilmektedir (1,47). Fertilizasyondan itibaren 267 günlük süre ise gerçek gebelik süresini oluşturmaktadır (1,2,10,47).

Gebeliğe uyum sağlayabilmek amacıyla kadın vücudunda fertilizasyonla başlayan önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler meydana gelmektedir. Bu dönemi annenin normal fizyolojik düzeni üzerine fetal büyümenin eklendiği bir olay olarak görmek yanlış bir değerlendirmedir. Sağlıklı bir gebelik, tahmin edilebilir bir risk bulunmaksızın şu anda veya geçmişte gebelik komplikasyonlarının bulunmaması ve aynı zamanda maternal tıbbi hastalığın olmaması, öncesinde maternal morbidite veya mortalite öyküsünün olmaması ve yeterli fetal büyümenin olması şeklinde tanımlanmaktadır (2,3,5).

Gebelik ve doğum, sağlıklı toplumların oluşmasında ve neslin devamının sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. Gebelik, normal ve doğal bir süreç olmasına rağmen, kadında gebelikten önce var olan hastalıklar veya gebelikte sonradan ortaya çıkan sorunlar, çeşitli derecelerde risk oluşturabilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan bu riskler anne ve fetus sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbidite oranlarını arttıran, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunu olmaktadır. Bunun için anne ve fetus/yenidoğan açısından mortalite ve morbiditeye katkısı bulunan bütün etkenlerin tanımlanması ve erken dönemde müdahale edilmesi gerekmektedir (2,9).

2.2. Gebeliğin Sınıflandırılması

Risk kelime anlamı olarak, yaşamın başlangıcında veya herhangi bir döneminde oluşma olasılığı olan belirsizlik olarak adlandırılmaktadır. Tarihsel olarak bakıldığında ise, “bir olayın meydana gelme olasılığı”nı ifade etmektedir. Ancak bu terim tarafsız çağrışımını kaybetmiş ve günümüzde olumsuz bir olay olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (4,6,48). Türk Dil Kurumu’na göre, “zarara uğrama tehlikesi” olarak ifade edilen risk,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da bir ya da daha fazla faktörün varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığındaki artış olarak tanımlanmaktadır (49,50).

Obstetride “risk” kavramı daha çok zarar görme olasılığı anlamıyla yer almaktadır. Sağlık alanında bakım sağlayıcılar tarafından, kötü gebelik sonuçlarına yol açtığına inanılan fiziksel ve sosyal koşullar her zaman değerlendirilmiştir. Her ne kadar değerlendirilen koşullar ve değerlendirme yöntemleri yıllar içinde köklü olarak değişse de, 1900'lü yılların başlarında ders kitaplarında yer almaya başlayan bu risk faktörleri, 1960'lı yıllarda standartlaşmaya başlamıştır. Bu standardize edilmiş risk faktörleri, sağlık profesyonellerinin klinik değerlendirmelerindeki rehber kılavuzlar ile entegre edilmiştir (4,6).

“Risk” bir ya da birden fazla faktörün varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığı, “gebelik açısından risk” ise normal şartlar altında olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların oluşma olasılığı olarak ifade edilmektedir (1-4). Kadınların sahip olduğu fiziksel, emosyonel, sosyal sorunlar veya gebelik sürecinde meydana gelen komplikasyonlar maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen, mortalite ve morbidite riskini arttıran sonuçlara neden olmaktadır (2,6,9).

Küresel anne ölüm hızının 2000-2017 yılları arasında, yaklaşık %38 oranında düştüğü görülmektedir. Ancak çoğunlukla gebelik veya doğum sırasında bulaşıcı hastalıklar ve komplikasyonlar gibi önlenemez veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı anne ölümlerinin devam ettiği görülmüştür (13). DSÖ, 2018 yılında her gün yaklaşık 810 gebe kadının gebelik ve doğuma ilişkin komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmiştir (13,50). Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre anne ölüm oranının (100.000 canlı doğumda) 13.6 olduğu görülmektedir (51).

DSÖ tarafından gebelik dönemine ait risk faktörleri, genel risk faktörleri, geçmiş obstetrik ve cerrahi öykü, fiziksel özellikler ve gebelikte görülen riskler olarak gruplandırılmaktadır (12). Literatürde ise biyolojik, psikososyal ve çevresel olmak üzere 3 başlık altında toplanmaktadır (2,5,11);

1.Biyolojik Risk Faktörleri

- Çoğul gebelikler
- Genetik hastalıklar
- ABO uygunsuzluğu
- Erken doğum
- Servikal yetmezlik
- Plasental anomaliler
- Gestasyonel hipertansiyon
- Kronik hastalık öyküsü
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve diğer enfeksiyon hastalıkları
- Beslenme bozuklukları

2.Psikososyal Risk Faktörleri

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Gebelik yaşı (<18 ya da >35)
- Yetersiz doğum öncesi bakım alma
- Sigara, alkol, madde kullanımı
- İlaç kullanımı

3.Çevresel Risk Faktörleri

- Radyasyon, kimyasal maddeler
- Bulaşıcı ve salgın hastalıklar
- Savaş, göç

Literatür gözden geçirildiğinde gebelikte risk, bazı kaynaklar da “düşük riskli”, “riskli” ve “yüksek riskli” gebelik olmak üzere üç grupta ele alınırken, bazı kaynaklarda ise “riskli gebelik” ve “yüksek riskli gebelik” olarak iki grupta değerlendirilmektedir (2,3,5-8).

2.2.1. Düşük Riskli Gebelik

Gebeliğin getirmiş olduğu fizyolojik ve psikolojik değişimlerin etkisiyle her gebelik potansiyel bir risk grubunda yer alabilmektedir. Bu yüzden gebeliklerin büyük

çoğunluğu düşük riskli olarak kabul edilmektedir. Ancak bu durum gebeliğin kesin bir komplikasyon ile sonuçlanacağı anlamına gelmemektedir. Çünkü bu gebeler, gebelik boyunca laboratuvar ve tarama testleri normal olan ve doğumları çoğunlukla sağlıklı bir şekilde sonuçlanan grupta yer almaktadır.

Düşük riskli gebeler, gebeliğin herhangi bir döneminde istenmeyen belirtiler ve fiziksel sorunlar yaşamaktadırlar. Çoğunlukla ayaktan ya da evden takip şeklinde sürdürülen, kısa süreli etkin tedavi ve önlemlerle anne adayları tamamen iyileşmekte ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirmektedirler (2,3,6).

2.2.2. Riskli Gebelik

Riskli gebeler, laboratuvar testleri normal olan, ancak testleri tekrar edilmesi ve yakından gözlenmesi gereken gebelerdir (2,9,10). Bu gruptaki gebelerin doğum öncesi kliniğinde ebellek ve hemşirelik bakım olanaklarıyla tedavi edilmesi veya var olan risk durumuna göre ilgili alan uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir. Bazı riskli gebelerin ayaktan takip edilmesi mümkün iken, bazılarının perinatoloji alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından takip edilmesi gerekebilir. Bu durumda anne ve fetüsün sağlığını korumak ve sürdürmek amacıyla hastanede yatak istirahati önerilmektedir. Hastanedeki yatak istirahati boyunca riskli durumların tespit edilerek, kontrol altına alınması, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesini ya da en aza indirilmesini sağlayacaktır. Nitekim dünyada ve ülkemizde gebelik veya doğum sırasında önlenemez veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı anne ölümlerinin devam ettiği görülmektedir (2,4,9-11).

2.2.3. Yüksek Riskli Gebelik

Fetüs ve/veya annenin yaşamını tehlikeye sokan gebelikler, yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre yüksek riskli gebelik, var olan veya daha sonra ortaya çıkan bir etkenin anne ve fetüs sağlığını olumsuz etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan sağlık sorunu olarak ifade edilmektedir (2,3,6,11). Tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'ini yüksek riskli gebeler oluşturmaktadır (9-12).

Yüksek riskli gebelikler, gebelikte oluşan risk ve sorunlar, gebelik öncesi kronik hastalıklar/gebeliğin ortaya çıkardığı sağlık sorunları ve gebelikte oluşan

riskler/komplikasyonlar şeklinde iki grupta ele alınmaktadır. Gebeliğin eşlik ettiği önceden var olan kalp hastalığı, diyabet, kan hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları gibi sağlık sorunları gebelikleri daha riskli hale getirebilir. Gebelik öncesi dönemde var olan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan riskler anne, fetus ve yenidoğan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik kanamaları, erken membran rüptürü, gebelikte hipertansif durumlar, hiperemesiz gravidarum, çoğul gebelikler gibi sağlık sorunları gebeliğe eşlik eden ve gebelikte oluşan komplikasyonlardır (1,2,10,11,47).

Riskli gebeliklerde olduğu gibi yüksek riskli gebeliklerde de anne ve bebek sağlığının korunması ve devam ettirilmesi, tıbbi tedavi ve bakımı için hastaneye yatırılması gerekmektedir. Amaç, sorun ya da komplikasyonun annenin, fetüsün sağlığını ve yaşamını tehdit etmeden kontrol altına alınmasıdır (10,11,14,15,18,21).

2.3. Yatak İstirahati

Yatak istirahati, yatağa hapsedilme ve aktivitenin kısıtlanması olarak tanımlanmasına rağmen standart bir tanımı bulunmamaktadır. Aktivite kısıtlaması olarak da adlandırılan yatak istirahati, bireyin bağımsız olarak başarabildiği günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmını veya tamamını yerine getirememesi durumu veya istenilen amaca uygun olarak hastayı yatakta tutmayı amaçlayan aktivite yokluğu veya durgunluğu durumudur (8,23,52).

“Yatak istirahati” ve “aktivite kısıtlaması” terimleri genellikle birbirinin yerine kullanılmakta, ancak bu terimler önemli ölçüde farklı aktivite seviyelerini ve yoğunluğunu içermektedir. "Aktivite kısıtlaması" tipik olarak normal aktivitedeki bir çeşit azalmayı tanımlamak için kullanılırken, "yatak istirahati" ise aktivite kısıtlamasının en kısıtlı şekli olarak kabul edilmektedir (15,18).

Yatak istirahati hastalık sırasında iyileşme sürecini kolaylaştırmak için hastalıkların tedavisinde terapötik bir yöntem olarak tercih edilmektedir (14,17,18). Yatak istirahatinin tedavide kullanımı eski çağlara kadar dayanmaktadır. İlk kez bilimsel olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. 19. yüzyılın başlarında ise, yatak istirahatinin bazı durumlar için işlevselliği tartışılmaya başlanmış ve yapılan çalışmalarda, hastalarda istirahat süresinin iyileşme süresi üzerine etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir. Uzun yıllar boyunca hastalıkların tedavisinde kullanılan bu yöntem, daha sonraları insanlar tarafından daha az kullanılmaya başlanmıştır. İnsanların

ailelerinin geçimini sağlamak, yaşamlarını idame ettirmek zorunda olmak ve tekrar yataktan kalkamamaktan korktukları için tedavilerinde yatak istirahati istemedikleri görülmüştür (14,17,22,23).

İnsanların günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmının veya tamamının sınırlandığı yatak istirahati, ağrı düzeyinin ve sistemik hastalıklarda kalbin iş yükünün azaltılmasına, dokuların iyileşme ve yenilenme sürecinin hızlanmasına, yorgunluk, halsizlik ve güçsüzlük durumunun iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır (14,16,17,23). Ancak yapılan çalışmalar sonucunda uzun süreli yatak istirahatinin olumsuz etkilerinin de olabileceği üzerinde durulmaktadır. Özellikle kardiyovasküler, immün, nöroendokrin sistem, kas-iskelet sistemi, hematolojik, metabolik, termoregülasyonda fonksiyon bozukluğu gibi fizyolojik etkilerin yanı sıra psikososyal yönden olumsuz etkilere yol açtığı belirtilmektedir. Günümüzde uzman hekimler, cerrahi sonrası erken mobilizasyona ve miyokard infarktüsü geçiren hastaların erken dönemde ayağa kaldırılması gibi uygulamaları yavaş yavaş hayata geçmeye başlamıştır (8,18,23).

2.3.1. Gebelik ve Yatak İstirahati

19. yüzyıldan önce, nadiren terapötik bir önlem olarak sunulan yatak istirahati, 1800'lerin başından 1950'lere kadar rutin olarak devam eden bir tıbbi ve hemşirelik uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır (16,17,52). Yatak istirahatinin, yorgunluğu ve diğer fonksiyonel fiziksel rahatsızlıkları azalttığı düşünülmektedir. 1900'lü yılların başında ise yatak istirahati, doğum öncesi kadınların bakımı için yaygın bir uygulama haline gelmiş ve aynı zamanda gebelikte bir sorunla karşılaşıldığında bu sorunla ilgili yapılacak bir şey olmadığında yatak istirahati uygun görülmüştür (16,17,22). Bu uygulama, son 30 yıldır anne ve fetüsün güvenliğini ve etkinliğini destekleyecek kanıt bulunmamasına rağmen, riskli ve yüksek riskli gebelikten kaynaklanan komplikasyonların ve erken doğumun önlenmesinde standart tedavi halini almıştır (8,14-18). Bigelow ve Stone (2012) tarafından yapılan çalışmada tüm gebe kadınların % 20' sine gebelikleri sırasında belirli bir dönem yatak istirahati verildiği belirtilmiştir (24).

İnsanların yaşadığı sağlık problemlerinde sağlığın kazanılmasında önemli bir uygulama olan istirahat durumu, gebelikte ortaya çıkan sağlık problemlerinde antepartum yatak istirahati olarak tedavi sürecinde yer almaktadır (14,20,23). Antepartum yatak istirahati tuvalet ihtiyacı dışında (yaklaşık günde 1/2 saat) yatak

istirahati ve aktivite sınırlaması olarak adlandırılmaktadır. Mevcut yatak istirahati kullanım şekilleri ve diğer azalmış aktivite kısıtlaması seviyeleri bilinmemekle birlikte, kadın doğum uzmanlarının yaklaşık %90'ı tarafından her dört riskli gebeden birine doğum öncesi yatak istirahati önerilmektedir. Bu grubun büyük çoğunluğunu preterm eylem öyküsüne sahip riskli gebeler oluşturmaktadır (17,18,24)

Önerilen yatak istirahatinin, uterin perfüzyonu arttırması ve serviks üzerine olan baskıyı azaltması ile erken doğumun önlenmesine yardımcı olduğu ve gebe kadına dinlenme periyodu sağlayarak, anne-bebek sağlığının sürdürülmesinde etkili olduğu varsayılmaktadır (14,17-21). Bu nedenle yatak istirahati, gebelerde erken doğumun önlenmesi yanı sıra servikal yetmezlik, hipertansif hastalıklar, erken gebelik döneminde kanama ve düşük tehlikesinin var olduğu durumlar, intrauterin gelişme geriliği, plasental anomaliler ve çoğul gebelikler gibi diğer gebelik komplikasyonlarının tedavisinde de terapötik tedavi amaçlı kullanılmaktadır (14,17,18,23,53).

2.3.2. Gebelikte Önerilen Yatak İstirahatinin Tipleri

Riskli gebeliklerde önerilen yatak istirahatinin tipi ve süresine ilişkin standart bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Uzmanların ortaya çıkan riskli duruma ve gebeliğin özelliğine göre önerdikleri istirahat süresi ve şekli birbirlerinden farklı olabilmektedir (Maloni, 2011; Arslan,2005). Literatürde riskli gebelere evde ya da hastanede önerilen üç tip yatak istirahatinden bahsedilmektedir (17,54,55).

- **Tip 1 Yatak İstirahati:** Hafif yatak istirahati olarak da adlandırılmaktadır. Bu istirahat şekli hafif ev işleri, yarım gün mesai, yorucu olmayan kısa yürüyüşler, düzenli ve yeterli uyku (en az 8 saat) ve gün içerisinde iki saat dinlenmeyi içermektedir (17,25,54,55).
- **Tip 2 Yatak İstirahati:** İlimli yatak istirahati olarak da adlandırılmaktadır. Bu gruptakilerin, günlerinin büyük bir kısmını dinlenerek geçirmesi tavsiye edilmektedir. Aynı zamanda çalışıyorsa işi bırakması, ev işlerinde başkalarından (eş, aile vb.) destek alması ve kısa yürüyüşler dâhil tüm egzersizlerden kaçınması gerekmektedir (17,25,54,55).
- **Tip 3 Yatak İstirahati:** Kesin ya da tam yatak istirahati olarak da adlandırılmaktadır. Gebenin bu istirahat sürecinde tüm gününü odada geçirmesi,

hatta yemeğini yatakta yemesi önerilmekte ve sadece banyo ve tuvalet için yataktan kalkması istenilmektedir (17,25,54,55).

Yatak istirahati tipi ve süresi uzmanların görüşüne göre farklılık göstermesine rağmen, çoğunlukla hastanelerde riskli gebelere uygulanan istirahatin şekli kesin/tam (tip 3) yatak istirahati olmaktadır. Üçüncü tip yatak istirahatinde olan gebeler, diğer iki gruba göre yatak istirahatinin fizyolojik ve psikolojik etkilerinden daha fazla olumsuz etkilenmektedir (16,17,55).

2.3.3. Gebelikte Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri

Yatak istirahatinin temelini oluşturan aktivite eksikliği beraberinde istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, fizyolojik ve psikolojik yan etkilerin yanı sıra gebenin çocukları ve ailesi üzerine de olumsuz etkilere neden olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (14,15,24-27).

Genel olarak gebelikte yatak istirahatinin olumsuz etkileri fizyolojik ve psikososyal etkiler olmak üzere iki ana başlıkta toplanmaktadır (14,15,19,20,23-27).

2.3.3.1. Fizyolojik Etkiler

Her organ sistemi, aktivite kısıtlamasından ve ağırlık taşıyan dokuların kullanılmamasından hızla etkilenmektedir. Buna bağlı olarak, yatak istirahatindeki riskli gebelerde kas kütlelerinde azalma, kemik yoğunluğu kaybı, kardiyak output ve stroke volümünde azalma, denge ve hareketlilik sorunları ortaya çıkmaktadır (14,15,23-25,54). Bu sorunlar tam yatak istirahatinde olan gebelerde daha fazla görülmektedir. Özellikle uzun süreli tam yatak istirahatinin olduğu durumlarda derin ven trombozu, orantısız kilo alımı ve karbonhidrat metabolizmasında değişim gibi komplikasyonlarla karşılaşmak kaçınılmaz olmaktadır. Yatak istirahatinin diğer maternal fiziksel yan etkileri azalmış akciğer kapasitesi, gastroözofageal reflü, baş ağrısı; artmış kan basıncı, sodyum ve klorürün elektrolit kayıplarıdır (23,25,30,54).

2.3.3.2. Psiko-Sosyal Etkiler

Yatak istirahati fizyolojik komplikasyonlara ek olarak, gebede sıklıkla psikososyal komplikasyonlara da neden olmaktadır. Oluşan olumsuz psiko-sosyal

sonuçlar gebe kadının yanı sıra, fetüsü ve aileyi de etkilemektedir. Bu dönemde anne adayının yaşadığı en yaygın psikososyal sorunlar; yalnızlık, belirsizlik, ruh hali durumundaki değişim, öfke, korku, anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarıdır (19,20,23-27). Aynı zamanda gebenin ailesinden ayrılması beraberinde; ekonomik zorluklara, ailede rol değişimine, evdeki diğer çocukları için endişe duymasına ve sosyal desteğin azalmasına yol açmaktadır (23,26,27).

Janighorban (2018) tarafından yapılan nitel bir çalışmada yatak istirahatinde olan 21 riskli gebe, 10 eş ve 7 sağlık personeli ile görüşülmüştür.. Yatak istirahatinde olan gebe ve ailelerinin bu dönemde psikososyal desteğin yanı sıra, evdeki rutin işler, çocuk bakımı ve ekonomik desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (19).

Lederman ve ark. (2013) tarafından yüksek riskli gebelerin yatak istirahati ile ilgili deneyimlerini ve ortak temalarını tanımlamak amacıyla yapılan nitel bir çalışmada, riskli gebelerin bu süreçte çoğunlukla bebek ve kendi sağlıkları için korktukları ve doğuma hazırlık sınıflarına katılamadıkları için olası bir erken doğum, prematüre bebek bakımı konusunda kendilerini hazır hissetmedikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda ailedeki değişim nedeniyle evdeki diğer çocukları için endişe duyduklarını ve bu sürecin iş ve mali sorumluluklarda soruna neden olacağını ifade ettikleri görülmektedir (26).

Riskli gebeliklerde var olan risk durumu ve yatak istirahatinin neden olduğu olumsuz etkiler, stresör görevi görerek durumun daha da kötüleşmesine yol açabildiği için antepartum yatak istirahatinde olan riskli gebelerin, gereksinimlerine uygun nitelikli bakımın sağlanması, gerekli ve yeterli düzeyde bilgilendirme ve danışmanlığın sürdürülmesi ve uygun fiziksel ortamın oluşturulması oldukça önemlidir (1,2,28,32).

2.4. Anksiyete

Anksiyete (endişe), insanın kendisini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır (2,56-61).

Anksiyete, tehlike anında bireyin vücudunda birçok fizyolojik değişimin yaşanmasını sağlayan doğal ve gerekli bir sinyaldir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi anksiyete, otonom sinir sisteminin belirsiz olan bir tehdide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, kişinin oluşturduğu bedensel, duygusal ve bilişsel yanıtları içermektedir. Kişilerin anksiyete durumunda verdikleri yanıtlar/tepkiler; yaş, cinsiyet, yaşam koşulları, kültür vb. durumlara göre değişiklik göstermektedir (2,18,56-60,61). Asaoğlu ve arkadaşları

tarafından anksiyete ifade biçimlerinin değerlendirildiği retrospektif tanımlayıcı çalışmada şikâyetlerin en sık duygusal belirtiler (%92) ikinci sıklıkta bedensel belirtiler (%76), üçüncü sıklıkta ise bilişsel belirtiler (%44) olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir (56). Literatürde anksiyete ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, yapılan bazı çalışmalarda kadınların anksiyete duyarlılığının erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (56,59,60). Genellikle tehlike habercisi olan anksiyete, aynı zamanda tehdide karşı uyarıcı ve koruyucu olabilmektedir Anksiyetenin yoğunluğu ya da düzeyine bağlı olarak kişide oluşturacağı uygun davranışsal tepkiler kişiye fayda sağlayabilmektedir (57,58,62).

Temelinde sıkıntı ve üzüntü duygularını barındıran anksiyete bozukluklarının oluşum mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen, birçok kişi tarafından yaşamlarının belirli dönemlerinde ve farklı derecelerde yaşanabilmektedir. Birçok insan için anksiyete, genel olarak normal sınırlarda, bazılarında durumsal ve nispeten kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli olabilmektedir. Duruma bağlı oluşan anksiyete, olayın ortaya çıkışına tepki olarak aralıklı periyotlarda görülmektedir. Sürekli anksiyete ise kişinin yaşamındaki değişimlerinin aşırı tepki ile yanıt bulması ve uzun süreli, belki yaşam boyu devam edebilen anksiyeteye bağlı kişilik bozukluğu olarak belirtilmektedir (57,58,61,63).

2.4.1. Riskli Gebeliklerde Anksiyete

Gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Gebelik süreci ve sonrası kadınlarda mutluluk, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve neşe kaynağı olabileceği gibi kaygılı bekleyiş, endişe yüklenme duygusu oluşturabilmektedir (1,2,16,64-66).

Gebelik sürecinde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik tepkiler, kadının gebeliği kabullenme durumuna, gebeliğe uyum sürecine, daha önceki yaşadığı deneyimlere ve sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterebilmektedir (1,2). İlk trimesterde ambivalan duyguların etkisinde kalan anne adayları, ikinci trimesterde fiziksel değişimlere uyum sağlamaya başlamakta ve nispeten ilk trimestere göre gebeliğe uyum sağlamaya başlamaktadır. Doğum süreci ve bebeğin sağlığına ilişkin endişe ve korkuların başladığı gebeliğin son döneminde ise; hem gebe hem de eşlerinin anksiyete yaşadıkları

görülmektedir (2,65,66). Yücel ve ark. (2013) tarafından birinci trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, bu dönemdeki gebelerin yarısından fazlasında psikiyatrik belirtilerin olduğu, %21.6'sında anksiyete bozukluklarının yanı sıra depresyon bozukluğu olduğu ve gebelik yaşı ile anksiyete görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (66). Benzer şekilde Arslan ve ark. (2011) tarafından gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmak amacıyla 452 gebe ile yapılan tanımlayıcı tipteki çalışmada, gebelerin %28,8'sinde anksiyete ve %35'inde depresyon bulguları saptanmıştır (64). Schubert ve ark. (2017) tarafından 12-36. gebelik haftasında olan gebelerin anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, önceki gebeliklerinde anksiyete öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (67).

Gebelikteki fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin neden olduğu duygu durumundaki değişim, gebe ya da fetüsün hastalık durumunun olduğu riskli gebelerde büyük bir kriz haline dönüşebilmektedir (2,8,18,28,29). Gümüşdağ ve ark. (2014) riskli olan ve olmayan gebeleri psiko-sosyal ve ruh sağlıkları açısından karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, riskli olan gebelerin stres ve anksiyete düzeylerinin riskli olmayan gebelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (28). Fairbrother ve ark (2016) tarafından 310 gebe kadının gebelik ve doğum sonu ilk üç aydaki anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirildiği çalışmada, riskli gebelik grubundaki kadınların düşük riskli gruptaki gebelere göre daha fazla anksiyete yaşadıkları ve bu durumun kadınlarda doğum sonu dönemde depresyon görülme riskini arttırdığı saptanmıştır (29).

Ambar ve arkadaşları (2019) tarafından riskli gebeliklerde anksiyete durumunun sistematik derleme ve meta analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirildiği çalışmada riskli gebelerin daha fazla anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmüştür (18).

Dinçer ve arkadaşlarının (2018) riskli gebelik grubunda yer alan kadınlarda ortaya çıkan stresörlerin ve bunlarla baş etme yöntemlerinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, bu dönemde gebelerin fizyolojik sorunların yanı sıra en çok üzüntü, endişe ve bebeğin sağlıklı doğması gibi psikososyal sorunlar yaşadığı ve bunlara neden olan stresörlerin gebelerin kişisel özelliklerine, tanısına ve sosyal destek kaynaklarına göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir. (32).

Gebelik döneminde belirsizlik ve sorgulama sürecine bağlı yaşanan anksiyetenin, uzun ve şiddetli olması anne-fetüs sağlığının tehlikeye girmesine yol açabilmektedir (1,8,18,28,29).

Anksiyetenin maternal sonuçları değerlendirildiğinde en sık görülen problemlerin başında erken doğum riski gelmektedir. Nitekim buna bağlı olarak da anne hastanede yatak istirahatine alınmakta ve görülen anksiyete düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Gebelikte devam eden anksiyete doğum sonu depresyon görülme olasılığını arttırmakta ve kontrol altına alınamadığı durumlarda intihar girişimleri ile sonuçlanabilmektedir Aynı zamanda literatürde anksiyetenin gestasyonel diyabete neden olabileceğine dair çalışmalar da bulunmaktadır (68-73).

Erken doğum aynı zamanda yenidoğan açısından da olumsuz sonuçların doğmasına neden olmaktadır. Özellikle bu tür vakalarda prematürite, perinatal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek olgularıyla sık karşılaşılmaktadır. Ayrıca anksiyete fetüsün gelişimindeki bilişsel ve nöromotor gelişimin yavaşlamasına yol açarak, ileriki yaşlarda konuşma yetisinin gecikmesine, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluklarına neden olabilmektedir (70-72,74).

Bunun nedenlerle anksiyete düzeyinin gebelik süresince dengede olması, anne ve fetüsün sağlığı açısından oldukça önemli olmaktadır (1,2,28,32).

2.5. Uyku

Uyku, insanların yaşamlarını sağlıklı şekilde devam ettirebilmesinde önemli gereksinimlerinden biridir (75-78). Herkes için ortak fizyolojik bir ihtiyaç olan uyku, insanların günlük yaşamdan geçici ya da kısmi olarak izole olmasının yanı sıra, vücudun fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerinin de karşılandığı bir süreç olmaktadır. Uyku, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlıklı olmanın temel koşulunu oluşturmaktadır. Bu gereksinimin yeterli düzeyde sağlanamadığı durumlarda kişilerin yaşam kalitesi ve iyilik hali bozulmaya başlamaktadır (76,78). Maslow'un hiyerarşisinde en önemli basamakta yer alan uyku, sağlıklı bir yaşam için önemli ve vazgeçilmez aktivitelerden biri olup nefes, besin, cinsellik, boşaltım vb. fiziksel ihtiyaçların arasında yer almaktadır (79).

2.5.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri

Literatürde birden çok uyku tanımına rastlamak mümkündür. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir;

“Basit bir davranış tanımına göre uyku, çevreden algılanan ve çevreye karşı tepkisizliğin geri dönüşlü bir davranışsal durumudur. Uykunun, fizyolojik ve davranışsal süreçlerin karmaşık bir karışımı olduğu da doğrudur. Uyku tipik olarak (zorunlu olmamakla birlikte) postural yaslanma, davranışsal sessizlik, kapalı gözler ve kişinin uyku ile yaygın olarak ilişkili diğer tüm göstergelere eşlik eder. Olağandışı durumlarda, uyku sırasında başka davranışlar ortaya çıkabilir. Bu davranışlar arasında uyurgezerlik, uykulu konuşma, diş taşlama gibi özellikler sayılabilir” (75).

“Uyku; tüm memelilerde enerjinin korunmasını, sinir sisteminin gelişim ve onarımını sağlayan doğal bir süreç olup; uyarılmışlığı, otomatik işlevleri, davranışı, bilişsel işlevleri ve hücre içi mekanizmaları kontrol eden sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkilidir” (80).

“Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır” (81).

Uyku, temelinde fizyolojik parametrelerin olduğu iki ana bölümden oluşmaktadır. Uykulamak ve tam uykuya geçmek arasındaki uykuya dalma (latent) dönemiyle başlayan bu süreç aynı zamanda uyku siklusu olarak da adlandırılmaktadır (75-77,82). Uyku siklusu, belli periyodlarla devam eden ve hızlı göz hareketlerinin yer almadığı NREM (Non-Rapid Eye Movement) dönemi ve uykuya hızlı göz hareketlerinin eşlik ettiği REM (Rapid Eye Movement) uyku dönemi olarak iki ana bölümden oluşmaktadır. Uykunun oluşmasını sağlayan bu iki ana döngü beyin sapında yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR) tarafından kontrol edilmektedir (75-77,82-84).

Senkronize olmayan veya hafif uyku olarak da bilinen REM uykusu, değişken ve artan kalp atımı, kan basıncı ve metabolizmayı içeren, kaslarda gerginliğin olmadığı, reflekslerin baskılandığı ve zihinsel olarak rüya sürecinin aktif olduğu bir dönemdir. Bu dönem gece uykusunun %10-20'sini oluşturmaktadır. NREM, normal uykunun başladığı, derin ve dinlendirici özelliği olan ve içeriğinde 4 ayrı evreyi içeren bir

dönemdir (75,80,82-84). Bu evrelerden 1. ve 2. evre yavaş ve yüzeysel olarak gruplanırken, 3. ve 4. evreler ise hızlı ve derin uyku dalgası grubunda yer almaktadır. Aynı zamanda bu dönem, fiziksel ve zihinsel iyileşmenin en etkili gerçekleştiği aşama olmaktadır. Uyku, NREM'in evrelerini sırasıyla geçerek, son evre olan evre 4'e ulaşmaktadır. Ardından tekrar geriye doğru dönerek evre 1'e ulaşan uyku ya kişinin uyanmasıyla sonlanmakta ya da REM uyku dönemine girmektedir. Bu süreç kişinin uyku süreci boyunca ortalama 70-90 dakika aralıklarla tekrarlanmaktadır (75,76,78,80,82-84).

2.5.2. Riskli Gebeliklerde Uyku

Gebelik, kadının yaşamındaki en önemli dönemlerden birini oluşturmaktadır. Hem kadın hem de ailesi için oldukça değerli olan bu dönem çoğunlukla olumlu duygular ve etkiler içerse de meydana gelen fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler nedeniyle sürecin kriz olarak değerlendirildiği durumlar da söz konusu olmaktadır (85-88).

Gebelikte ortaya çıkan sık idrara çıkma, sırt ağrısı, kramplar, mide yanması gibi rahatsızlıklar ve hormonal değişiklikler nedeniyle gebenin uyku düzeni bozulmakta ve uyku sorunları ortaya çıkabilmektedir (81,85-89).

Gebelikte yaşanan uyku sorunları gebeliğin trimesterlerine göre değişiklik göstermektedir. Özellikle birinci trimesterde artmaya başlayan uyku problemlerinin ikinci trimesterde normalleşirken, son trimesterde daha çok arttığı gözlenmektedir (2,81,86,88-90). Köybaşı (2017) tarafından gebelikte uyku kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların %87,5'inin uyku kalitesinin kötü olduğu ve bu oranın en fazla üçüncü trimesterde görüldüğü tespit edilmiştir (81). Çelik ve ark.'nın (2017) gebelerin uyku kalitesinin trimesterler ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin uyku kalitesinin trimesterlere göre farklılık gösterdiği ve en kötü uyku kalitesinin üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir (86).

Özellikle gebeliğin son trimesterinde toplam uyku süresinin azaldığı, gece uyanmaların arttığı ve buna bağlı olarak gebenin gün içinde kendini yorgun ve uykusuz hissettiği bildirilmektedir (81,87-90). Xu ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmaya göre, yaşanan uyku probleminin uzun süreli ve şiddetli olması gebelikte başka

sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (88). Gelaye ve arkadaşları (2017) tarafından üçüncü trimesterde olan gebelerin uyku kalitesi ve antepartum depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada, bu dönemdeki gebelerin yaklaşık %17'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu ve bu durumun depresyon görülmesi üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (90). Felder ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, gebelikte yaşanan uyku probleminin preterm doğum oranını artırdığı gözlenmiştir (87).

Gebelikte ortaya çıkan riskli durum, gebeliğe bağlı oluşan yakınmaların şiddetini arttırarak, gebenin oluşan fiziksel ve psikolojik değişimlerden daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır. Gebeliğin herhangi bir döneminde istenmeyen belirtiler ve fiziksel sorunlar yaşayan bu gebelerin gebelik, doğum ve fetüs sağlığına ilişkin yaşadığı korku ve endişeler uyku kalitesi ve düzenini olumsuz etkilemektedir (33-35, 55,81). Köybaşı (2017) tarafından yapılan çalışmada uyku kalitesini etkileyen etmenlerin yaş, obezite ve gebeliği etkileyen hastalık durumunun varlığı olduğu saptanmıştır (81).

Bazı riskli gebelerin, perinatoloji alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından hastanede takip edilmesi gerektiği durumlarda anne ve fetüsün sağlığını korumak ve sürdürmek amacıyla hastanede yatak istirahati önerilmektedir. Bu da yatak istirahatinin neden olduğu olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Özellikle uzun süre yatakta kalma, evden ve rutin yaşamdan uzak olma, hastane ortamının özellikleri ve yaşanan riskli durumun etkisine bağlı olarak gebeler uyku problemleri yaşamaktadır(33-35,55). Stephan ve arkadaşları (2016) tarafından doğum öncesi dönemde hastaneye yatan gebelerdeki uyku düzenini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, gebelerin uyku düzeninde rahatsızlık yaşadıkları ve gece uyanma oranının fazla olduğu belirlenmiştir (33). Hastanenin çevresel koşulları ve tedavi düzeni gebelerin uyku düzenini etkileyen nedenler arasında bulunmaktadır. Zaki ve arkadaşlarının (2016) yüksek riskli gebeliklerin uyku durumlarını ve uyku kalitesini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğu ve uykusuzluğun yaygın bir şikâyet olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunda yer alan hipertansiyon tanısı olan riskli gebeler özellikle gündüz aşırı uyku hali ve zayıf uyku kalitesi yaşadıklarını ifade etmişlerdir (35). Gallo ve arkadaşları (2008) tarafından antepartum yatak istirahatindeki riskli gebelerin uyku özelliklerini tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada gebelerin, özellikle geceleri yeterli ve tekin düzeyde uyku uyuyamadıkları belirlenmiştir (34).

2.6. Müzik

Tarih boyunca müzik, birçok farklı meslek grubundaki insanların ilgi odağı olmuş ve müzik konusunda farklı tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlardan birkaçı şu şekildedir:

“Seslerle düşünme, sesler aracılığıyla yaşamı duyumsama ve geliştirme yolunda insan gerçeğinin, bütün ilişkileri içinde, araştırılması ve aktarılması sanatı” (91).

“Duygu, düşünce, tasarım ve izlenimleri, belirli bir amaç ve yöntemle belirli bir güzellik anlayışına göre birleştirmiş seslerle işleyip anlatan bir bütün” (92).

“Müzik, gök ve toprak arasında bir ahenktir” (93).

“Müzik, insanı önce kendisiyle sonra da diğer insanlar ve evren ile bütünleştiren en etkili araç ya da en kısa yoldur” (91).

“Müzik, insanın bir zaman duymuş olduğu bir duyguyu kendinde canlandırdıktan sonra, başkalarının da duyabilmesi için sesler aracılığıyla başka gruplara yansıtma sanatıdır” (92).

“Müzik, sesleri kulağa hoş gelecek biçimde düzenleme sanatıdır” (92).

“Müzik, insanlığın ahlakını arındıran kutsal bir bilimdir” (92).

Yukarıda verilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere bütün tanımlarda müziğin gücünden ve etkileyici özelliğinden bahsedilmiştir.

Çeşitli düşünürlerin ve müzik teorisyenlerinin müziğin kökeni ve ortaya çıkışı hakkında yaptığı tanımlarından hareketle müziğin ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıktığı konusunda net bir bilgi olmadığı anlaşılmaktadır. Bu görüşlerin bazıları aşağıda verilmiştir (91,92,94-96);

- Carl Stumpf'a göre seslerin insanların birbirlerine uzaktan seslenmelerine yetmediğini bu yüzden de insanın sesini yükselterek daha anlaşılır olmaya zorlandığını, bu tür seslenmeler ve çağırılardan müziğin türediğini ileri sürmüş ve müziği dilin oluşumuna bağlamıştır (94).
- Tarihte karşımıza çıkan ilk sanat müziktir. Müzik ses demektir. Dolayısıyla müzik, bir yandan sonlu olmakla birlikte öte yandan sonsuzluğa sahiptir. Böylece, müzik sesin varoluşundan bugüne vardır (95).

- Müzik, insanlık var olmadan milyonlarca yıl öncesinde vardır. Çünkü doğa sonsuz bir sesli malzemedir. Gök gürültüsü, yer kayması, yer sarsıntısı vb. şeyler bu kaynağın bir parçasıdır (91).
- Müzik diğer sanat dallarına göre en eski olanıdır (96).
- Dinsel kaynaklara göre ise müzik, ilk insan Adem'le birlikte vardır (92).
- Mitlere göre ise müzik, tanrılar tarafından ya da hükümdarlar tarafından bulunmuştur (92).

Tarih boyunca insanlar, yaşam tecrübelerini sonraki nesillere aktarmıştır. Tüm bu yaşam tecrübeleri kültür kavramını ortaya çıkarmıştır. Kültür, insanlık geçmişinin yaşamsal birikiminin gen haritasıdır. Müzik, insanlığın ilk anından itibaren insan yaşamında etkin rol almıştır. Tüm bu birikimler sonucu müzik kültürü oluşmuştur. Müzik kültürü, disiplinler arası birçok bilim dalının ürün ve sonuçlarının bileşkesi durumundadır. Günümüzde müzik kültürü bize müziğe dair bilmemiz gerekenlerin yanında o topluma ait yaşam biçimlerini, gelenek ve göreneklerini de vermektedir (97). Toplumlarda müzik, o toplumun yaşantısı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu oluşum yaşantıdan yaşantıya müziğin farklılık göstermesine sebep olmuştur. İnsan dillerinin birbirini etkilemesi gibi müzikte de kültürler birbirini etkilemiştir (98).

İnsan hayatının her evresinde var olan ve insan üzerindeki etkisi daima hissedilen müzik hastalıkların tedavisinde de kullanılmıştır. Müzik, acısı, ağrısı, stresi olan, yardım bekleyen hastaların kendini ifade etmesini sağlamak ve tedaviye destek olmaktadır (99,100).

2.6.1. Müzikle Tedavi

Dünyanın farklı coğrafyalarında müzikle tedavinin farklı birçok tanımı yapılmıştır. Birçok farklı biçimi bulunan müziği bir tek tanımda anlatmak mümkün değildir. Ancak şu da bir gerçektir ki müziğin teropatik anlamda belirleyici bir özelliği vardır. Literatürde müzikle tedavi psikososyal girişim olarak tanımlanır ve geleneksel tedavi yöntemlerini destekleyen bir metod olarak kullanıldığı söylenir (40,101,103,104).

Müzikal ses ve melodilerin insanın fiziki ve psikolojik ruh durumuna göre ayarlanarak düzenli bir yöntemle yapılan tedavi türüne müzikle tedavi denilmektedir.

Müzikle tedavi insanların ruh ve beden problemlerini ortaya çıkarmada kullanılabilen bir iletişim aracıdır (103,104).

Günümüzde müzik deyince akla ilk gelen şey “ruhun gıdası” olarak adlandırılmasıdır. Tarihler boyunca müzik, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmıştır. Birçok rahatsızlığın tedavisinde kullanılan müziğin, insanların sinir sistemi üzerinde çok büyük bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. İnsan beyni farklı ve benzer müzikleri, müziğin değişmesini ayırt edebilme özelliğine sahiptir.

İnsan zihninin müzikteki farklı sesleri ayırt etme özelliğinin bulunması insanın bu seslerden olumlu veya olumsuz etkilenmesi sonucunu doğurmuştur. Yapılan akademik çalışmalardan müziğin insan beyninin sağ ve sol lobları üzerine etki ederek, davranış değişikliğine yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca kişinin duygu durumunun değişmesine, ağrı ve anksiyetesinin azalmasına, iletişiminin kolaylaşmasına etki etmektedir (100-103,105)

Psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde müzik yönteminin kullanılması ilk başlarda tıp doktorları tarafından desteklenmemiştir. Bundan dolayı müziğin etkisine ilişkin şüpheler oluşmuştur. Daha sonraları ise yapılan bilimsel çalışmalar neticesinde müziğin insan üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle 1990’lı yıllardan sonra müzikle tedavi konusunda yapılan deneysel araştırmalardan sonra müziğin fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıkların giderilmesinde tek başına rol oynadığı ispatlanmıştır (106,107).

Yapılan birçok çalışma müziğin insan sağlığı üzerinde pozitif sonuçlar verdiğini ve insanları bilişsel anlamda olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (101,108,109). Sonuç olarak, müziğin insan psikolojisi ve fizyolojisi üzerinde olumlu etkisinin olduğu birçok akademik araştırmada ortaya konmuştur. Hangi müzik türünün hangi hastaya iyi geldiğinin bilinmesi insan sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Müzikle tedavi bireylerde stres, kaygı ve anksiyetenin azaltılmasında önemli rol oynar. Yapılan çalışmalarda, müziğin ağrı, uyku ve anksiyete üzerinde olumlu etkilere neden olduğu, bireylerin yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (36,40,41,110,111).

Çok eski dönemlerden beri müziğin insan bedeni ve zihni üzerinde terapötik yansımaları olduğu bilinmektedir (40,102,105). Ses dalgalarından oluşan müziğin iç kulağa ulaşmasıyla beraber ses, nöronlar tarafından algılanıp, beyinin işitme alanlarına

iletilmek için elektro-nöro-kimyasal sinyallere dönüştürülmektedir. Temporal lob tarafından tanımlanan bu ses dalgaları, vücuttan hormon ve nöro-transmitterlerin salgılanmasına yol açmaktadır (112-115).

Müzik, insandaki duygu durumunun yanı sıra fizyolojik değişimlerin yaşanmasına yol açan dopamin, serotonin, endorfin, noradrenalin, oksitosin hormonlarının salınımını artırırken, kortizol gibi stres hormonlarının seviyesinin azalmasını sağlamaktadır.

Müziğin meydana getirdiği bu hormonal değişimlerin sonucunda damarlarda genişleme meydana gelmekte ve kan basıncı düşmektedir. Aynı zamanda solunum ve kalp atım hızında yavaşlama görülmektedir. Gevşemenin tüm vücutta oluşturduğu etki sonucunda insan kendini zinde ve canlı hissetmekte ve anksiyete düzeyi azalmaktadır (112-114).

Müziğin insan vücudundaki en büyük etkisinin kişinin gevşemesini sağlayarak uykusuzluğu hafifletmeye yardımcı olduğu bilinmektedir (115,116). Sonuç olarak, müziğin sağlamış olduğu fiziksel, duyuşsal ve psikolojik iyileşmeler hasta ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (112-116).

Hernandez (2005), kadın koruma evinde kalan hastaların uykularına ve anksiyete düzeylerine müziğin etkisini deneysel yöntemle ölçmüştür. Bu çalışma sonucunda müziğin hastaların uyku kalitesini artırdığı, anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır (110). Lin ve arkadaşlarının (2019) müziğin anksiyete üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı meta-analiz çalışmasında müzik dinlemenin kaygı düzeyini önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (41). Van Willen Swaart ve arkadaşlarının (2017) müziğin gebe kadınlardaki anksiyete ve stres düzeylerini azaltmasındaki etkisinin değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında müziğin gebelerdeki anksiyete düzeyini önemli ölçüde azalttığı ancak gebeliğe özgü stres üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmadığı belirlenmiştir (36). Ayrıca literatürde müziğin stresli bir durum ya da ortamda yaşanan anksiyeteyi azaltmanın yanı sıra ameliyat öncesi yaşanan anksiyete üzerinde de olumlu etkisinin olduğuna dair çalışmalara rastlanmaktadır (117-120).

2.6.2. Müzikle Tedavinin Tarihçesi

Müzik, kelime olarak Yunancadan gelmektedir ve bütün coğrafyalarda aynı anlamı taşımaktadır. Eski Yunan'da "mousike" veya "mousa" sözcüklerinden alınmıştır. Araştırmacılara göre kelimenin kökeni "muse-melek" sözcüğünden gelmektedir. Mitolojik inançlara göre en büyük Yunan tanrısı olan Zeus'un dokuz peri kızına "mousa" yani "müz" adı verilirdi. Eski Yunanlılara göre bu dokuz peri kız dünyadaki ahenk ve güzelliği sağlamakla görevli idiler. Bu inanca göre günümüzdeki müzik kelimesi "müz" kökünden türemiştir (121).

İnsanoğlu ruhunda ve bedeninde meydana gelen hastalıkları ve rahatsızlıkları tedavi edebilmek için asırlar boyunca birçok tedavi yöntemi denemiştir. Bu tedavilerden biri de müzikle tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminin kullanılması günümüzde de devam etmektedir. İlk çağda yaşayan insanlar hastalıkların kötü ruhlar veya cinler tarafından insanlara musallat edildiklerine inanırlardı. Bu hastalıkların tedavisi ise hekimler veya şamanlar tarafından yapılırdı. Bu dönemde yaşayan insanlar müziğin bir iyileştirici gücünün olduğuna inanmışlardır. Tedavi törenlerinin o dönemki vazgeçilmez unsurları müzik, dans ve ritim olmuştur (105,122).

Eski Yunan ve Roma medeniyetlerinde müziğin psikolojik, biyolojik ve fiziksel rahatsızlıklarda kullanıldığı sonucunu doğrulayan birçok çalışma vardır (123-125). Ayrıca, Orta Asya'da yaşayan Türkler de müziği saz ve kopuz eşliğinde tedavi etme, güç-kuvvet verme, sakinleştirme, birlik ve beraberlik duygusunu artırma ve orduyu düşmana karşı cesaretlendirme yöntemi olarak kullanmışlardır. İslam âlemi ise müzikle Emeviler döneminde tanışmış, Abbasiler döneminde ilk eserler ortaya çıkmaya başlamıştır (124).

Tarihsel süreç incelendiğinde Batıda müziğin tedavi maksadıyla kullanılmasını dile getiren ilk eser "Fascicula di Medicine (1493)" isimli eserdir. Bu eserde negatif duygular ile baş etmek için müziğin önleyici tıp uygulaması olarak nasıl kullanılacağı dile getirilmiştir (125). Yine müziğin önleyici tıp uygulaması olarak kullanılmasının Barok ve Klasik döneme dayandığı Richard Browne tarafından yazılan "Medicana Musica (1729)" isimli eserde açıklanmıştır (126). Yine 1793 yılında Philippe Pinel zihinsel rahatsızlığı olan hastaları müzikle tedavi etme yöntemini kullanmıştır (127).

Yirminci yüzyılın sonlarından itibaren batıda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde müziğin hastaların fiziki ve psikolojik rahatsızlıklarını tedavi etmeye yönelik

olarak kullanıldığı görülmektedir (128). Bu yüzyılda müzikle tedavi konusunda eğitimler alan bilim insanları zihinsel ve fiziksel hastalıkları olan bireylerin müzikle tedavilerinin klinik ortamda yapılabileceği görüşünü savunmuşlardır. 1938 yılında Altshuler adlı araştırmacı zihinsel engeli olan bireylerin müzikle tedavi edilebileceğini belirtmiştir (129).Yine bu dönemde müzikle tedavinin üniversite eğitiminde yer alması için çalışmalar başlatılmıştır. Bu bağlamda ilk olarak Kolombiya Üniversitesinde 1919 yılında müzikle tedavi kursu açılmış, müzikle tedavi konusunda ilk panel gerçekleştirilmiştir (130). Tüm bu gelişmeler ışığında “Müzik Terapi Dergisi” yayınlanmaya başlamış ve 1948’de “Uluslararası Müzik Konseyi” kurulmuştur. Kurulan dergi sayesinde müzikle tedavi konusunda çok değerli bilimsel araştırmalar yapılmıştır (131). 1950 yılına gelindiğinde müzikle tedavi yöntemiyle uğraşanlar bir araya gelerek “Ulusal Müzik Terapi Birliği’ni (UMTB)” kurmuşlardır. 1998 yılında ise bu birlik “Amerikan Müzik Terapi Birliği’ni (AMTB)” oluşturmuştur (132).

2.6.3. Türklerde Müziğin Tedavi Amacıyla Kullanılması

Geleneksel ve tarihi olarak müzik, Türklerin hayatında devamlı var olmuş bir olgudur. Eski Türkler müzikle iç içe yaşamış ve dini törenlerinde müziği daima kullanmıştır. Türklerin müziği uzun yıllar boyunca tedavi amacıyla kullandıkları yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (133,134). Türklerin müzikle tedaviyi kullanmaları yaşadıkları dönemlere göre farklılık göstermiştir. Bu dönemler aşağıda 2 başlık altında incelenmiştir.

2.6.3.1. Türklerin Orta Asya Döneminde Müziğin Tedavi Amacıyla Kullanımı

Yapılan birçok çalışma Eski Türklerde müziğin tedavi yöntemi olarak kullanılmasının 6000 yıllık bir geçmişe sahip olduğunu ortaya koymuştur (133-135). Yapılan arkeolojik kazılar Altay Türklerinin bu kültürün oluşmasında etkin rol oynadığını göstermektedir (135). Şamanizm inancına sahip Eski Türklerin dini törenlerinde müzik kullanmaları yaygın bir uygulamadır. Müzik o dönemde sadece Şamanlar tarafından dini ritüel olarak kullanılmamış aynı zamanda tedavi amacıyla da kullanılmıştır. O döneme ait taş yazıtlar üzerine kazınan resimler Uygur Türklerinin de müziği tedavi amaçlı kullandıklarını göstermektedir (133).

Ruh hastalarını müzikle tedavi etme yöntemini ilk defa uygulayan uygarlıklardan biri olarak Orta Asya Türkleri gösterilmektedir (136). O dönemde hekimler kopuz, dombra ve davul gibi müzik aletleriyle ve su sesi ile hastaları tedavi etmişlerdir (133-135,137).

2.6.3.2. Türklerin İslam Medeniyeti Döneminde Müziğin Tedavi Amacıyla Kullanımı

Dokuzuncu yüzyıldan itibaren batıya doğru göç etmeye başlayan Orta Asya Türklerinin bu dönemde İslam ile tanışmalarından sonra müzik anlayışları ve müziği kullanım şekilleri de değişmeye başlamıştır (135). Bu dönemde müziğin tedavi yöntemi olarak kullanılmasına yönelik İslam düşünürlerinin çalışmaları olmuştur. El-Kindi, Zekeriya Er Razi, Fârâbi ve İbni Sina gibi düşünürler psikolojik rahatsızlığı olan hastaların tedavisinde müziğin kullanılmasının temelini atmışlardır (138,139).

Bu düşünürler arasında yer alan Fârâbi'nin önemi büyüktür. Fârâbi eserlerinde müziğin ve sesin etkisinden ve müzik aletlerinin yapısından bahsetmiştir (140). Fârâbi'ye göre müziğin içerisinde barındırdığı makamların zaman dilimlerine göre psikolojik etkileri vardır. Makamların Fârâbi'ye göre sınıflandırılması Tablo 2.1.'de verilmiştir. (136-138,141)

Tablo 2.1. Fârâbi'ye Göre Makamların Sınıflandırılması

Makam Adı	Ruha Olan Etkisi
Acemaşiran Makamı	Fecirden kuşluk vaktine kadar etkili olan bu makamın ağrı giderici ve spazm çözücü özelliği vardır. Gevşemeye yardımcı olur. Kemiklere ve beyne etki ederek, durgun düşünce ve duyguları canlandırır. Gebelerde doğumu kolaylaştırır.
Rast Makamı	Güneş iki mızrak boyu iken etkilidir. İnsana sefa (neşe-huzur) verir.
Rehavi Makamı	Yalancı sabah vaktinde etkilidir. İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
Kuçek Makamı	İnsana empati (hassasiyet ve duyarlılık) duygusu verir.
Büzürk Makamı	Yatsıdan sonra etkilidir. İnsana havf (korku, çekinme) verir.
İsfahan Makamı	Gün batarken etkilidir. İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
Neva Makamı	Akşam vakti etkilidir. İnsana lezzet ve ferahlık verir.
Uşşak Makamı	Öğle vakti etkilidir. İnsana gülme hissi verir.
Zirgüle (Zengüle) Makamı	Öğleye doğru etkilidir. İnsana uyku verir.
Saba Makamı	İnsana cesaret, kuvvet verir.
Buselik Makamı	Kuşluk vaktinde etkilidir. İnsana kuvvet verir.
Hüseyni Makamı	Sabahları etkilidir. İnsana sükûnet, rahatlık verir.
Hicaz Makamı	İkinci vakti etkilidir. İnsana tevazu (alçak gönüllülük) verir.
Zirefkend Makamı	Uyku zamanı etkilidir.
Irak Makamı	Akşamüstü etkilidir.

Fârâbi'nin yaptığı bu önemli sınıflandırma onu batı dünyasında da önemli bir noktaya getirmiştir. Fârâbi tıbbi konularda müziği tedavi amacıyla birçok düşünürden önce kullanmıştır. İbni Sina da Fârâbi'nin bu çalışmalarını takip etmiştir (124). Şarkı söylemenin sağlığı korumada en etkili yol olduğunu dile getiren İbni Sina, bu sözleriyle müziğin tedavi için ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır (142,143).

İslam medeniyeti döneminde Türkler, psikolojik hastalıkların tedavisinde müziği etkili bir biçimde kullanmışlardır. Kullanılan bu yöntemler Selçuklu ve Osmanlı hekimlerine yol gösterici olmuştur. Bu yöntem ve teknikler dönemin hekimleri tarafından geliştirilerek ileri düzeyde kullanılmaya devam edilmiştir. Selçuklu ve Osmanlı döneminde şifahane adı verilen yerler müzikle tedavinin yapıldığı yerler olarak karşımıza çıkmaktadır (137). Bu dönemde müzik saray ve mehterhanede önemli bir unsur olarak görülmüştür. Özellikle Selçuklu ve Osmanlı döneminde müzikle tedavi konusunda oldukça önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde akıl hastalarının tedavisi için müzik kullanılmaya başlanmış, hastaneler ve darüşşifahanelerin mimari

yapısı müzikle tedavi yöntemine göre yapılmıştır (40,133). Selçuklu döneminde müzikle tedavinin uygulandığı bazı hastane ve darüşşifahaneler; Nureddin Hastahanesi, Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi, Divriği Ulu Camii ve Darüşşifasıdır. Osmanlı döneminde müzikle tedavinin uygulandığı bazı hastane ve darüşşifahaneler Fatih Darüşşifası, Haseki Hastanesi, Atik Valide Hastanesi, Süleymaniye Darüşşifası ve Sultan II. Bayezid Darüşşifası'dır. Bu hastane ve darüşşifa merkezlerinde fiziki ve zihinsel hastalıkların tedavisinin yapıldığı belirtilmektedir (135,140,144-146).

2.6.4. Müziğin Obstetride Kullanımı

Obstetride müziğin gebelik, travay, doğum ve doğum sonrası dönemlerde tedavi/terapi amacıyla uygulandığı görülmektedir.

Literatürde, sağlıklı gebeliklerde yaşanan yakınmalarla (anksiyete, uykusuzluk, kramp, sırt ağrısı) baş etmede müziğin kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (29,36,38,39,65,66,147-149). Bunun yanı sıra gebelikte yaşanan riskli durumların büyük kısmında önerilen yatak istirahatinin oluşturduğu fizyolojik ve psikososyal yan etkilerinin azaltılmasında kullanılan müzik, terapötik yöntemlerden biri olmaktadır (33,35,37,39,42,45,47). Müziğin doğum ağrısı ve korkusunu azaltmaya, doğum sürecinde yaşanan olumsuzlukları iyileştirerek anne adayının doğum memnuniyetini arttırmaya yönelik etkileri de bulunmaktadır (44,150-153). Doğum sonu dönemde ise ağrı ile baş etme, laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesi, anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesi ve postpartum depresyon riskinin azaltılması amacıyla müziğin kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (68,154-157).

Willenswaard ve diğerleri (2017) gebelerde stres durumunu azaltmak amacıyla 1261 gebe üzerinde yaptıkları meta-analiz çalışmalarında müziğin perinatal depresyon üzerinde iyileştirme etkisinin olduğunu, kaygı düzeyini ve stresi azalttığını belirtmiştir (36).

Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerde müzikle terapi sonrasında stres seviyesinin azaldığı tespit edilmiştir (46,148). Yang ve arkadaşları tarafından (2009) yapılan bir diğer çalışmada da riskli gebelerde müzik dinlemenin anksiyete seviyelerine etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda müzik dinleyen gebelerde anksiyete seviyesinin azaldığı ve fetal kalp hızının dengeli seviyeye ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır (37).

Müzikle tedavi yöntemi ebeler tarafından da kolayca uygulanabilecek yöntemlerden birisidir. Son yıllarda yapılan birçok çalışma müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkisini ortaya koymuştur (158-160).

Yang ve ark.'nın (2009) Çin'de yatak istirahatinde olan riskli gebelerde müzik terapisinin anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmalarında ardışık 3 gün boyunca günde 30 dk müzik dinletilerek gebelerin anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin, kontrol grubundakilere göre durumluk kaygı ortalamalarının müzik terapisinden sonra anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (36).

Cao ve ark.'nın (2016) gestasyonel hipertansiyon tanısı ile yatak istirahatinde olan riskli gebelere 4 hafta süresince günde 30-60 dk şeklinde istedikleri müzik türünün dinletildiği randomize kontrollü çalışmada, müzik dinleme sonrasında deney grubunun kontrol grubuna göre anksiyete düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (42).

Liu ve ark.'nın (2016) Tayvan senfoni orkestrasına ait şarkılarını içeren beş kompakt disk (CD) ile gebelere müzik dinlettikleri çalışmalarında, müdahale sonrasında deney grubunun durumluk kaygı düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (43).

Nwebube ve ark.'nın (2017) özel olarak bestelenmiş şarkıları dinlemenin doğum öncesi kaygı ve depresyon belirtilerini azaltmak için etkili bir müdahale olup olmayacağını araştırıldığı çalışmalarında, deney grubundaki gebelerin anksiyete düzeylerinin 12 hafta boyunca günde en az 20 dakika müzik dinleme sonrasında belirgin düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (44).

Müzik terapinin gebelik, doğum, doğum sonrası dönemde gebenin stres ve anksiyetesini azaltmada etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Özellikle yüksek riskli gebeliklerde stresin yaratacağı olumsuz obstetrik sonuçların önlenmesinde müzikle terapi, güvenle kullanılabilir, basit, maliyeti düşük ve uygulama kolaylığı olan bir yöntemdir (159).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışma ön test ve son test düzende randomize kontrollü bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀. Hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelere Acemaşiran makamında müzik dinletilmesinin gebelerin uyku kalitesi ve anksiyetesi üzerine olumlu etkisi yoktur.

H₁. Hastanede yatak istirahatındaki riskli gebelere Acemaşiran makamında müzik dinletilmesinin gebelerin uyku kalitesi ve anksiyetesi üzerine olumlu etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırma Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Kliniği'nde 15 Eylül 2017- 15 Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Klinikte; 16 hasta odası, bir muayene ve bir NST odası bulunmaktadır. Klinikte bulunan gebelerin tedavi ve bakımı perinatoloji uzmanı (1kişi), kadın hastalıkları ve doğum asistanı (19 kişi), hemşire (10 kişi) ve ebeden (1 kişi) oluşan sağlık ekibi tarafından vardiya sistemi ile yapılmaktadır. Obstetri kliniğine hastaların büyük kısmı EMR, gestasyonel hipertansiyon, plasenta anomalileri, çoğul gebelik, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon vb. tanıları ile yatmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Kliniği'nde belirtilen tarihlerde yatışı yapılan riskli gebeler oluşturmuştur. Örneklem alınacak gebe sayısını belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Araştırmanın güç analizi için Yang ve diğ. (2009) tarafından yapılan çalışmanın anksiyete puanı ortalaması ve

standart sapması kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme yapılan güç analizine göre 0,7 etki büyüklüğünde ve 0,05 alfa düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında 80 deney, 80 kontrol olmak üzere 160 gebe dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınan gebeler kura çekme yöntemi ile randomize edilmiştir. Kura çekmek için 160 adet küçük kâğıt hazırlanıp, bu kâğıtlardan 80 tanesine deney, 80 tanesine kontrol yazılıp katlandıktan sonra bir bez torbaya konulmuştur. Kâğıtların renginin, boyutunun ve şeklinin aynı olmasına dikkat edilmiştir. Çalışmaya alınan gebelerin grubunun hangi grup olacağını araştırmacı dışında serviste çalışan sorumlu hemşirenin çektiği kura belirlemiştir. Grupta yer alacak kişiler tamamlanincaya dek aynı işlem tekrarlanmıştır. Kura işlemi bittikten sonra ortaya çıkan sonuç neticesinde gebelerle araştırmanın amacı paylaşılmış, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebelerden araştırmaya katılım onam formu alınarak çalışmaya başlanmıştır (Ek-5). Gebelerin birbirinden etkilenmemeleri için yeni katılımcılar farklı günlerde araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma uygulama aşamaları Şekil 3.1’de verilmiştir.

Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

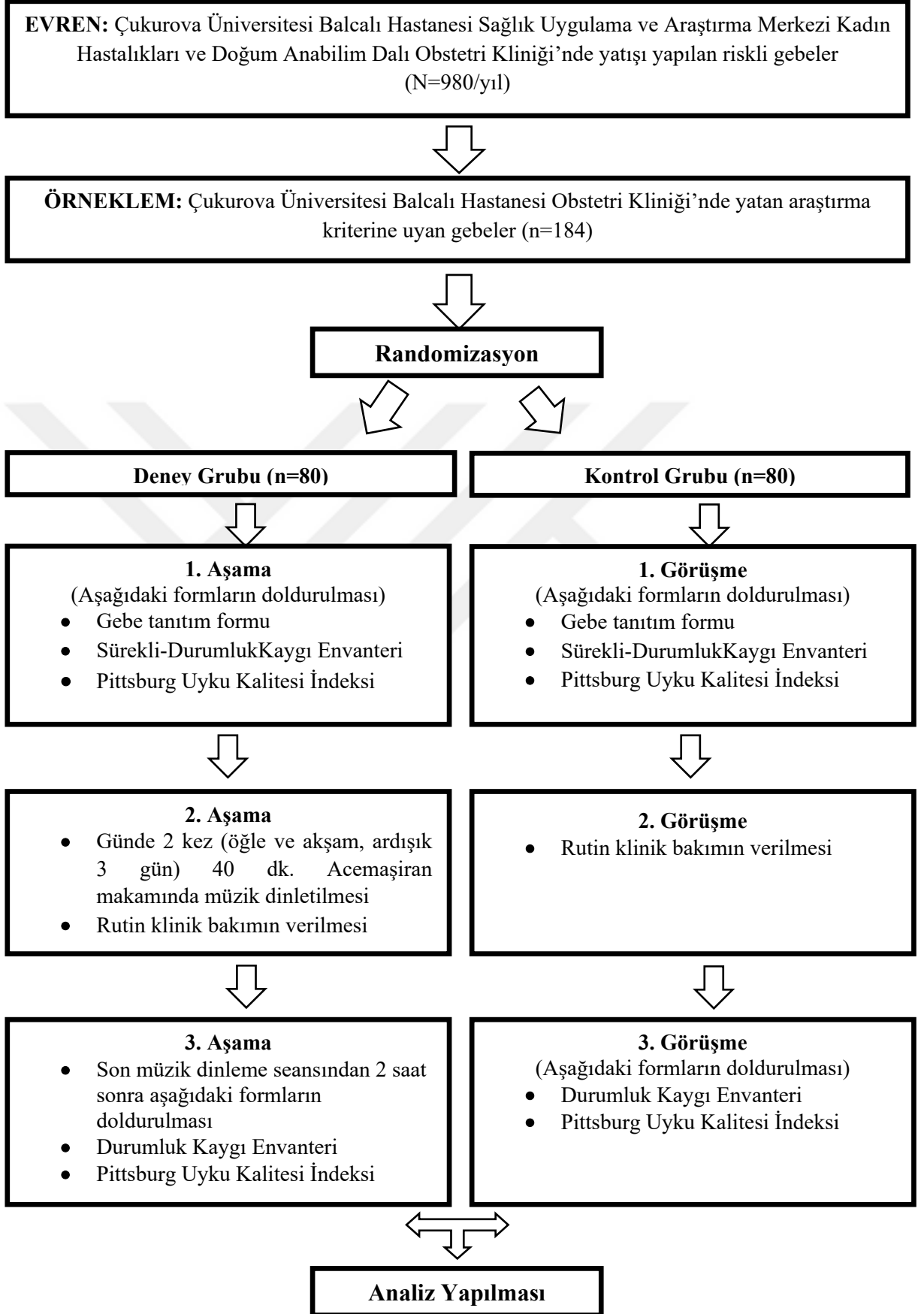
Araştırmaya Alınma Ölçütleri :

- Gönüllü olarak katılması
- Türkçe bilmesi ve okur-yazar olması
- En az 5 gün süre ile hastanede yatak istirahatinde bulunması
- 28-36 gebelik haftasında olması
- Hipertansif hastalıklar, diabetes mellitus, preterm eylem, plasenta previa, servikal yetmezlik veya erken membran rüptürü tanılarından en az biriyle hastanede yatması

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri :

- Fetal konjenital anomali durumu
- İştihme probleminin olması

Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması



3.5. Uygulama:

Çalışma kapsamına alınan gebelere yönelik olarak şu işlemler yapılmıştır.

Deney Grubu

- Araştırma başlangıcında gebelere tüm soru formları doldurulmuştur.
- Deney grubuna alınan gebelere araştırmacı tarafından kulaklık ile Acemaşiran makamındaki müzik 40 dakika süreyle öğle ve akşam olmak üzere günde 2 kez, ardışık 3 gün dinletilmiştir. Son müzik dinleme seansından 2 saat sonra Durumluk Anksiyete Ölçeği ile anksiyete düzeyleri ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile de uyku kaliteleri değerlendirilmiştir.

Kontrol Grubu

- Araştırma başlangıcında gebelere tüm soru formları doldurulmuştur.
- Kontrol grubundaki gebelere hastane rutin uygulamaları dışında bir uygulama yapılmamıştır.
- Deney grubuna paralel olarak son müzik dinleme seansı tamamlandıktan 2 saat sonra Durumluk Anksiyete Ölçeği ile anksiyete düzeyleri ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile de uyku kaliteleri değerlendirilmiştir.

Dinletilecek müziğin seçimi: Deney grubundaki kadınlara Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TUMATA) tarafından önerilen motive edici, güçlendirici ve rahatlatıcı özelliği olan Acemaşiran makamındaki müzik dinletilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması:

Araştırmada veriler, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, hastanede yatma sürecini değerlendirmek için Gebe Tanıtım Formu, anksiyete düzeylerini belirlemek için Sürekli - Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI I- II) ve uyku kalitelerini değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, 47 maddeden oluşmuştur (EK-1). Formda sosyo-demografik özelliklere, gebeliğe ilişkin özelliklere ve hastanede yatak istirahatine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerle ilgili bölümde yaş, medeni durum, eğitim, meslek, sosyo-ekonomik düzey ve aile tipi ile ilgili sorular yer almıştır. Gebeliğe ilişkin özellikler ile ilgili olarak gebelik sayısı, doğum sayısı, şuan ki gebelik haftası, düşük/küretaj sayısı ve ölü doğum sayısına ilişkin sorular bulunmaktadır. Hastanede yatak istirahatine ilişkin olarak ise yatak istirahati nedeni, süresi, yatak istirahatine bağlı gelişen endişeler ve baş etme yöntemleri sorgulanmıştır.

3.6.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen envanter, iki alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler kaygının iki farklı yönü olan durumluk ve sürekli boyutunu ölçmektedir. İki ölçek ayrı sayfalarda basılmış olup, her envanterinde 20'şer soru bulunmaktadır (160).

Durumluk Kaygı Ölçeği: bireyin belirli bir anda ve belirli durumlarda kendini nasıl hissettiğini sorar. Bunu gerginlik, sinirlilik ve endişe duygularını değerlendiren maddeleri kullanarak, anksiyetenin o andaki durumunu değerlendirir. Dörtlü likert ((1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla) türündeki bu ölçekte, doğrudan (düz) ve tersine dönmüş (reverse) şeklinde iki farklı ifade bulunur. Doğrudan (düz) ifadeler; olumsuz duygulara, tersine dönmüş (reverse) ifadeler ise; olumlu duygulara karşılık gelmektedir. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Durumluk Kaygı Ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) tersine dönmüş ifade yer alır. Puanlamada düz ve reverse ifadelerin toplam puanı hesaplanır. Doğrudan ifadelerdeki 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Ortaya çıkan değer bireyin durumluk kaygı puanını oluşturur (160).

Sürekli Kaygı Ölçeği: bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılır. Rahatlık, güven

duygusu, güvenlik durumu ve hayattan memnun olma durumlarını inceleyen maddeleri kullanarak değerlendirmektedir. Sürekli anksiyete, kişinin genellikle hissettiği duygular göz önüne alınarak değerlendirilir. Dörtlü likert ((1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çoğu zaman, (4) hemen her zaman) türünde olan bu ölçekte, tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleridir. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Elde edilen değer bireyin sürekli kaygı puanını oluşturur.

Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce durumluk kaygı ölçeği, sonra sürekli kaygı ölçeği verilmelidir. Bunun nedeni, durumluk kaygı ölçeği, sınanma ya da sınama koşulları ile ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık kaygı güvenilir bir düzeyde ölçmüş olur. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması yüksek kaygı seviyesini, puanın düşük olması ise düşük kaygı seviyesini ifade eder (160).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Envanterin cronbach alpha katsayısı sürekli kaygı bölümü için 0.71 ile 0.86 arasında, durumluk bölümü için ise 0.26 ile 0.68 arasında bulunmuştur. Kuder Richardson güvenilirliği Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.83 ile 0.87 Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.42 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Madde toplam puan güvenilirliği Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.34 ile 0.72, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.42 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Öner tarafından ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği çalışması yapılmıştır (160).

3.6.3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), klinik araştırmaları ve psikiyatri uygulamalarındaki uyku kalitesini değerlendirmek için Buyssee ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. PUKİ’de yer alan maddeler ilgili literatür taranarak, uyku bozukluğu olan hastalar kliniklerde gözlemlenerek ve 18 aylık klinik izlenimden sonra oluşturulmuştur. Ölçekten alınan toplam puanın 5’ten büyük olması, uyku kalitesinin kötü olduğunun kanıtıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini

Ağargün ve arkadaşları 1996 yılında yapmıştır. Yapılan çalışma sonucunda cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,804 olarak bulunmuştur (161).

PUKİ'de 24 tane soru vardır. Bu sorulardan 19 tanesinin araştırmaya katılan kişi tarafından doldurulması, 5 tane sorunun ise eşi veya odayı paylaştığı arkadaşı tarafından yanıtlanması istenmektedir. Araştırmaya katılan kişi tarafından doldurulan 19 soru 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

- Öznel uyku kalitesi,
- Uyku latensi,
- Uyku süresi,
- Alışılmış uyku etkinliği,
- Uyku bozukluğu,
- İlaç kullanımı,
- Gündüz işlev bozukluğu

Yukarıda sayılan her alt boyutun değeri 0 ile 3 puan arasındadır. Ölçekten alınan toplam puan ise 0 ile 21 arasındadır (161).

PUKİ'nin puanlanmasında yer alan alt boyutlar (bileşenler) şu şekildedir (161).

- **Birleşen 1 (Subjektif Uyku Kalitesi)**

Bu birleşen öznel uyku kalitesini gösterir ve 9. sorunun puanlanması ile elde edilir (Ek-4, soru 9).

Soru 9	
<i>Cevap</i>	<i>Puan</i>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

- **Birleşen 2 (Uyku Latansı)**

Kişinin uykuya geçmesi için gereken süreyi ifade eder. Soru 2 ve 5a' nın puanlarının toplamından elde edilir (Ek-4, soru 2 ve 5a).

Soru 2		Soru 5a	
<i>Cevap</i>	<i>Puan</i>	<i>Cevap</i>	<i>Puan</i>
≤15 dk	0	0	0
16-30 dk	1	1-2	1
31-60 dk	2	3-4	2
>60 dk	3	5-6	3

- **Bileşen 3 (Uyku Süresi)**

4. sorunun puanlamasıyla elde edilir ve 0–3 arasında puanlandırılır (Ek-4, soru 3).

Soru 4	
<i>Cevap</i>	<i>Puan</i>
>7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
<5 saat	3

- **Bileşen 4 (Uyku Etkinliği)**

Bu bileşen alışılmış uyku etkinliğini gösterir. Soru 1, 3. ve 4'ün cevaplarından uykuda geçen süre ve yatakta kalma süresi bulunur. Uykuda geçen süre/yatakta kalma süresi x 100 formülü ile alışılmış uyku etkinliği oranı hesaplanır ve 0-3 arasında puanlandırılır (Ek-4, soru 1,3 ve 4).

Soru 1-3-4	
<i>Alışılmış uyku etkinliği</i>	<i>Bileşen puanı</i>
≥%85	0
%75-84	1
%65-74	2
<%65	3

- **Bileşen 5 (Uyku Bozukluğu)**

Uyku bozukluğunun (uykuyu etkileyen horlama, öksürme, aşırı üşüme, sıcaklama vb.) belirlenmesinde kullanılan ve 5b-j' nin toplamları ile elde edilen bu bileşen 0–3 arasında puanlandırılır (Ek-4, soru5b,5c,5d,5e,5f,5g,5i ve 5j).

Soru 5b,5c,5d,5e,5f,5g,5i ve 5j	
<i>Soru 5b- j toplamı</i>	<i>Puanı</i>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

- **Bileşen 6 (İlaç Kullanımı)**

Uyku ilacı kullanımını gösterir ve 6. sorunun puanlanması ile elde edilir. Puanlaması ise; hasta hiç uyku ilacı kullanmamışsa 0, haftada birden az 1, haftada bir veya iki kez 2, haftada üç veya daha fazla 3 olarak hesaplanır (Ek-4, soru6).

Soru 6	
<i>Cevap</i>	<i>Puan</i>
Hiç	0
Haftada 1 den az	1
Haftada 1-2 kez	2
Haftada 3 veya daha fazla	3

- **Bileşen 7 (Gündüz İşlev Bozukluğu)**

Gündüz işlev bozukluğunu bileşeni, 7. ve 8. soruların puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0-3 arasında puanlandırılır. Puanlaması: toplam puan 0 ise 0, 1–2 ise 1, 3–4 ise 2, 5–6 ise 3 olarak yapılır (Ek-4, soru7 ve 8).

Soru 7 ve 8	
<i>Soru 7 ve 8 toplamı</i>	<i>Puanı</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Toplam (Global) PUKİ ise; bu hesaplamaların sonucunda elde edilen 7 bileşenin puanı toplanarak elde edilir. Toplam puan 0–21 arasında olup, puanının 5'ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterirken, 5'ten küçük olması uyku kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.

Uyku kalitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan PİKU'nun son 5 sorusunun ise refakatçi (eşi) veya odayı paylaştığı arkadaşı tarafından yanıtlanması istenmektedir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Programme for Social Science) 22.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.1' de gösterilmiştir (162-164)

Tablo 3.1. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Kişisel, genel sağlık ve gebelik özellikleri	Yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum
Yüzdeler arasındaki farkın gösterilmesi	Pearson Ki-Kare testi
Uygulama öncesi ve sonrası farkın gösterilmesi	Wilcoxon İşaretsiz Sıralar Testi
Deney ve kontrol grubu arasındaki farkın gösterilmesi	Mann Whitney U Testi

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-6) ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan uygulama için izin (EK-7) alınmıştır. Çalışmanın verileri Helsinki ilkelerine uygun şekilde toplanmış ve katılımcılara çalışmaya başlamadan önce aydınlatılmış onam formundaki bilgiler okunarak onamları alınmıştır (EK-5)

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmamızın sonuçları tablolar şeklinde istatistiksel analizleriyle sunulmuştur.

- Birinci bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular,
- İkinci bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin tanılarına ve yatak istirahati durumlarına ilişkin bulgular,
- Üçüncü bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin anksiyetelerine ilişkin bulgular,
- Dördüncü bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin uyku kalitelerine ilişkin bulgular yer almıştır.

4.1. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-1'de verilmiştir.

Deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması $31,74 \pm 6,81$ ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $30,91 \pm 6,55$ olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş grupları birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) ($\chi^2 = 0,781$, $p = 0,436$).

Kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında; deney ve kontrol grubunun yarısından fazlasının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiş ve her iki grubun eğitim düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) ($\chi^2 = 2,109$, $p = 0,550$).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki gebelerin eşlerinin % 71,3'ünün ($n=57$) lise ve üzeri eğitim düzeyine, kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin % 76,3'ünün ($n=61$) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1) ($\chi^2 = 3,933$, $p = 0,269$).

Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınların % 70'inin (n=56) ve kontrol grubundaki kadınların % 76,3'ünün (n=61) çalışmadığı ve deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.1) ($X^2=0,509$, $sd=1$, $p= 0,476$).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin % 70'inin ekonomik düzeylerini gelir gidere denk/fazla olarak ifade ettiği ve grupların ekonomik durumlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.1) (Fisher $p=1,00$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1) (Fisher $p=1,00$).

Gruplar arasında gebelerin sosyo-demografik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış ($p>0.05$), her iki grubun sosyo-demografik özellikler açısından benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Sosyo-demografik özellikler	Deney (n:80)	Kontrol (n:80)	t/χ^2	p	
Yaş (yıl)	$\bar{X} \pm SD$	31,74±6,81	30,91±6,55	0,781	¹ 0,436
Yaş grubu	30 yaş altı	32 (%40)	46 (%57,5)	0,001	² 1,000
	30 yaş ve üzeri	48 (%60)	34 (%42,5)		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	15 (%18,8)	10 (%12,5)	2,109	³ 0,550
	Ortaokul	15 (%18,8)	21 (%26,3)		
	Lise	27 (%33,8)	28 (%35)		
	Üniversite ve üzeri	23 (%28,8)	21 (%26,3)		
Eşin eğitim durumu	İlköğretim ve altı	11 (%13,8)	4 (%5)	3,933	³ 0,269
	Ortaokul	12 (%15)	15 (%18,8)		
	Lise	22 (%27,5)	26 (%32,5)		
	Üniversite ve üzeri	35 (%43,8)	35 (%43,8)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	24 (%30)	19 (%23,8)	0,509	² 0,476
	Çalışmıyor	56 (%70)	61 (%76,3)		
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	24 (%30)	24 (%30)	0,001	² 1,000
	Gelir gidere denk/fazla	56 (%70)	56 (%70)		
Aile tipi	Çekirdek aile	72 (%90)	74 (%92,5)	0,078	² 0,780
	Geniş aile	8 (%10)	6 (%7,5)		

¹Student-t testi

²Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare testi

³Pearson Ki-Kare testi

Tablo 4.2’de gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almıştır. Deney ve kontrol grupları arasında toplam gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şuan ki gebelik haftası açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Deney grubundaki gebelerin %95’inin ($n=76$), kontrol grubundaki gebelerin ise %97,5’inin ($n=78$) gebeliği planladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Deney	Kontrol	Z	p
	$\bar{X} \pm SD$ (Medyan)	Ort \pm SS (Medyan)		
Toplam gebelik sayısı	2,75 \pm 1,40 (2)	2,66 \pm 1,31 (3)	-0,195	0,845
Doğum sayısı (n=94)	1,67 \pm 1,06 (1)	1,62 \pm 0,62 (2)	-0,798	0,425
Düşük/kürtaj sayısı (n=99)	1,17 \pm 0,38 (1)	1,30 \pm 0,54 (1)	-1,147	0,252
Yaşayan çocuk sayısı (n=89)	1,65 \pm 1,09 (1)	1,63 \pm 0,59 (2)	-1,196	0,232
Şuan ki gebelik haftası	32,78 \pm 2,52 (33)	32,78 \pm 2,11 (33)	-0,502	0,615

Z: Mann Whitney U testi

4.2. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Tanılarına ve Yatak İstirahati Durumlarına İlişkin Bulgular

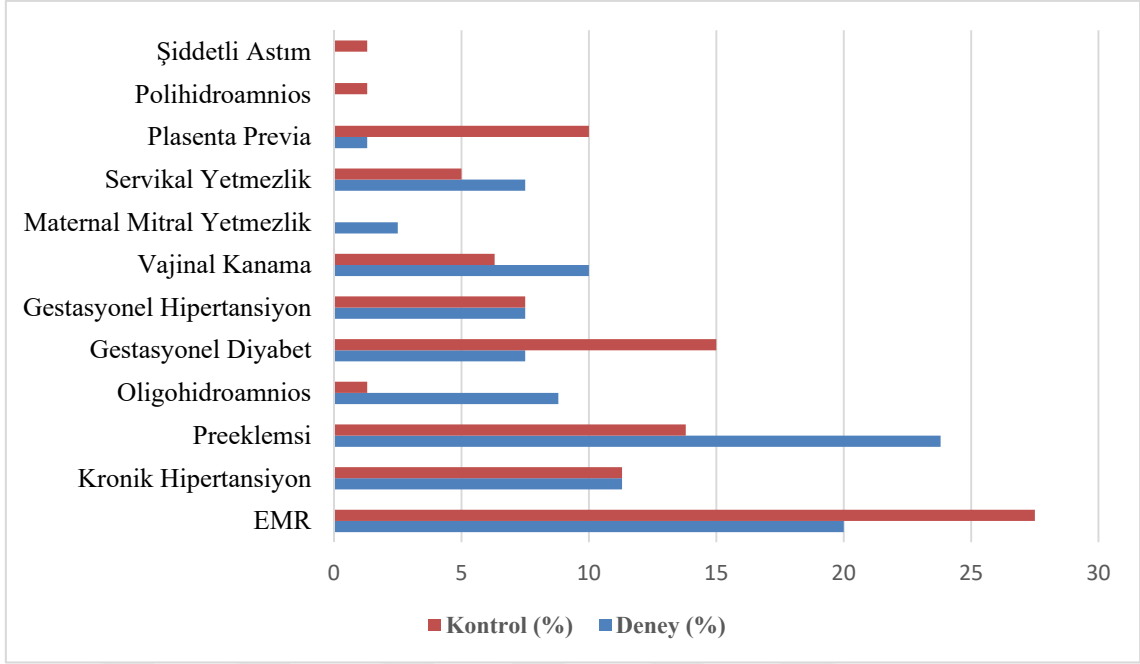
Bu bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin tanılarına ve yatak istirahati durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki gebeler hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.3) ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Gebelerin Hastanede Yatış Sürelerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Deney	Kontrol	Z	p
	$\bar{X} \pm SD$ (Medyan)	Ort \pm SS (Medyan)		
Hastanede yatış süresi (gün)	8,96 \pm 2,68 (9)	8,96 \pm 2,91 (9)	-0,289	0,773

Yatak istirahatindeki gebelerin tanılarına ilişkin bulgular Şekil 3.2’de görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin %21,3’ünün ($n=17$) preeklamsi, %20’sinin ($n=16$) EMR ve %11,3’ünün ($n=9$) kronik hipertansiyon olduğu ve kontrol grubunda ise, %27,5’inin ($n=22$) EMR, %15’inin ($n=12$) gestasyonel diyabet ve %12,5’inin ($n=10$) preeklamsi tanıları aldığı belirlenmiştir (Şekil 3.2).



Şekil 3.2. Gebelerin Hastanedeki Yatış Tanıları

4.3. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Anksiyetelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin hastanede yatma nedeni ile ilgili anksiyete yaşama durumu ve nedenleri, hastanedeki yatak istirahati sürecinde anksiyete ile baş etmede bilinen ve kullanılan yöntemler ve anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Gebelerin hastanedeki yatak istirahati sürecinde anksiyete yaşama durumu, nedenleri ve baş etme yöntemlerine ilişkin bulgular Tablo 4.4’de verilmiştir.

Hastanede yatma nedeni ile ilgili deney ve kontrol grubundaki gebeler değerlendirildiğinde; deney grubundaki gebelerin (%72,5, n=58), kontrol grubundaki (%88,8, n=71), gebelerden daha düşük oranda anksiyete yaşadıkları belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$, $p<0.05$).

Gebelere, hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerle baş etmede bilinen ve kullanılan yöntemler sorulduğunda; deney ve kontrol grupları arasında sadece kitap okuma yöntemi açısından istatistiksel fark olduğu görülmüştür. Deney grubunda hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerle baş etmede kitap okumayı anksiyete ile baş etme yöntemi olarak bilenlerin oranı (%26,3, n=21), kontrol grubundan (%2,5, n=2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.00$, $p<0,01$).

Tablo 4.4. Gebelerin Hastanedeki Yatak İstirahati Sürecinde Anksiyete Yaşama Durumu Nedenleri ve Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Bulgular

Değişkenler		Deney n (%)	Kontrol n (%)	χ^2	p
Hastanede yatma nedeni ile ilgili anksiyete yaşama durumu	Evet	58 (%72,5)	71 (%88,8)		
	Hayır	22 (%27,5)	9 (%11,3)	5,761	¹ 0,016*
⁺ Hastanede yatma ile ilgili anksiyete yaranan nedenler	Yalnız başına uyuma	29 (%36,3)	30 (%37,5)	0,001	¹ 1,000
	Evden ve aileden uzak olma	62 (%77,5)	56 (%70)	0,807	¹ 0,369
	Hastalığın bebeğe zarar vermesi	71 (%88,8)	72 (%90)	0,001	¹ 1,000
	Bağımsız hareket edememe	14 (%17,5)	15 (%18,8)	0,001	¹ 1,000
⁺ Hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerle baş etmede bilinen yöntemler	Egzersiz	12 (%15)	4 (%5)	3,403	¹ 0,065
	Hayal kurma	14 (%17,5)	6 (%7,5)	2,800	¹ 0,094
	Müzik dinleme	9 (%11,3)	2 (%2,5)	3,514	¹ 0,061
	Kitap okuma	21 (%26,3)	2 (%2,5)	16,452	¹ 0,001**
	Masaj	7 (%8,8)	2 (%2,5)	1,884	¹ 0,170
⁺ Hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerle baş etmede kullanılan yöntemler	Egzersiz	3 (%3,8)	0 (%0)	-	-
	Hayal kurma	12 (%15)	5 (%6,3)	2,369	¹ 0,124
	Müzik dinleme	6 (%7,5)	2 (%2,5)	1,184	¹ 0,277
	Kitap okuma	20 (%25)	0 (%0)	20,629	¹ 0,001**
	Masaj	0 (%0)	1 (%1,3)	-	-

⁺Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

¹Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare testi

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Pearson korelasyon ile ölçeklerin ilişkisine bakılmıştır. Ölçekler pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki içerisindedir (r: 0.266, $p=0.0019$). Gebelerin anksiyetesi arttıkça uyku kalitesi azalmaktadır.

Deney ve kontrol gruplarındaki gebeler kaygı düzeyleri açısından değerlendirildiğinde; sürekli kaygı puanlarının benzer olduğu (Tablo 4.5); uygulama sonrası durumluk kaygı ortalamalarının deney grubu lehinde azaldığı ve aralarında anlamlı fark olduğu belirlemiştir ($p < 0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin kaygı düzeyleri anlamlı olarak azalmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi

Sürekli Kaygı Ölçeği	
Ort±SS (Medyan)	
Deney	34,10±7,70 (33)
Kontrol	35,14±10,25 (30)
Z	-0,259
p	0,796

Mann Whitney U Testi

Tablo 4.6. Gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Durumluk Kaygı Ölçeği	Deney	Kontrol	Z	¹p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Uygulama öncesi	62,14±9,13 (64)	50,43±11,77 (50,5)	-6,011	0,001**
Uygulama sonrası	32,60±4,74 (31,5)	51,48±12,48 (54)	-8,444	0,001**
Fark	-29,54±9,33 (-33)	1,05±3,73 (1)	-10,745	0,001**
Z	-7,779	-2,604		
²p	0,001**	0,009**		

¹*Mann Whitney U Testi*

²*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi*

****p<0,01**

4.4. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Uyku Özellikleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Bulgular

Dördüncü bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin uyku kalitelerine ilişkin bulgular yer almıştır.

Gebelerin hastanede yattıktan sonra uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler değerlendirildiğinde; kontrol grubundaki gebelerin deney grubundaki gebelere göre uykuya dalmada zorlandıkları, sık aralıklarla ve daha erken uyandıkları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin uyku sorunu yaşama nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki gebeler en çok gürültü (%36,2, n=25) nedeni ile uyku sorunu yaşarken, kontrol grubundaki gebeler en çok stres (%50 n=21) nedeni ile uyku sorunu yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların uyku sorunu ile baş edebilmek için neler yaptıkları sorulduğunda; deney grubundaki gebelerin kitap okuma ve ılık süt içme davranışlarının kontrol grubundakilere göre daha fazla olduğu, kontrol grubundaki gebelerin ise bir şey

yapmama davranışının deney grubundakilere göre daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Gebelerin Hastanedeki Yatak İstirahati Sürecinde Uyku Özelliklerine İlişkin Bulgular

Yatak istirahatine ilişkin özellikler		Deney n (%)	Kontrol n (%)	χ^2	p
⁺ Hastanede	Uykuya dalmada zorlanma	62 (%77,5)	49 (%61,3)	4,236	¹0,040*
yattıktan sonra	Yeterince dinlenememe	43 (%53,8)	35 (%43,8)	1,226	¹ 0,268
uyku düzeninde	Kötü rüyalar görme	21 (%26,3)	11 (%13,8)	3,164	¹ 0,075
meydana gelen	Sık aralıklarla uyanma	69 (%86,3)	53 (%66,3)	7,765	¹0,005*
değişiklikler	Daha erken uyanma	67 (%83,8)	42 (%52,5)	16,579	¹0,001**
Uyku sorunu yaşama nedenleri	Gürültü	25 (%36,2)	5 (%11,9)	17,873	²0,001**
	Işık	2 (%2,9)	8 (%19)		
	Evden uzak olma	13 (%18,8)	3 (%7,1)		
	Stres	24 (%34,8)	21 (%50)		
	Korku	5 (%7,2)	5 (%11,9)		
⁺ Uyku sorunu ile baş edebilmek için yapılanlar	Kitap okuma	18 (%22,5)	4 (%5)	8,906	¹0,003*
	Müzik dinleme	6 (%7,5)	0 (%0)	-	-
	TV izleme	28 (%35)	19 (%23,8)	1,928	¹ 0,165
	Ilık duş alma	3 (%3,8)	0 (%0)	-	-
	Ilık süt içme	16 (%20)	1 (%1,3)	12,900	¹0,001**
	Bir şey yapmama	37 (%46,3)	57 (%71,3)	9,310	¹0,002*

⁺Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ¹Continuity (Yates) Düzeltmeli Ki-Kare testi ²Pearson Ki-Kare testi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin günlük ortalama uyku saatleri hastaneye yatmadan önce benzerken, hastaneye yattıktan sonra uyku saatlerinin kontrol grubunda deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,032$, $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Gebelerin Hastaneye Yatmadan Önce ve Sonra Günlük Ortalama Uyku Saatlerinin Değerlendirilmesi

Günlük ortalama uyku saati	Deney	Kontrol	Z	¹ p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Hastaneye yatmadan önce	7,46±1,03 (7)	7,36±1,03 (8)	-0,686	0,493
Hastaneye yattıktan sonra	3,91±1,59 (4)	4,38±1,53 (4)	-2,147	0,032*
Fark	-3,55±1,58 (-4)	-2,99±1,90 (-3)	-1,762	0,078
Z	-7,790	-7,240		
² p	0,001**	0,001**		

¹Mann Whitney U Testi ²Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi *p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.9’da deney ve kontrol grubundaki gebelerin PUKİ’nin 7 alt boyutu olan; subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, ilaç kullanımı, gündüz fonksiyonları ve toplam puanlarının uygulama öncesi ve uygulama sonrası karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan gebeler subjektif uyku kalitesi alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubundaki gebeler arasında uygulama öncesi anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Uygulama sonrasında her iki grubun subjektif uyku kalitesi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Uygulama sonrasında deney grubundaki gebelerin subjektif uyku kalitesi puanları düşerken, kontrol grubundaki gebelerin ise yükselmiştir. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku kaliteleri anlamlı olarak artmıştır (p=0,001, Tablo 4.9).

Uyku latansı alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama 1,90±0,41, uygulama sonrası ortalama 0,76±0,06 ve kontrol grubunda ilk görüşmede 1,40±0,76, ikinci görüşmede 1,74±0,63 olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p<0,05). Uygulama sonrasında deney grubundaki gebelerin uyku latansı puanları düşerken, kontrol grubundaki gebelerin ise yükselmiştir. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uykuya geçme süreleri anlamlı olarak azalmıştır (p=0,001, Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan gebelerin uyku süresi alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama 0,99±0,82, uygulama sonrası ortalama

1,13±0,95 ve kontrol grubunda ilk görüşmede 0,74±0,87, ikinci görüşmede 2,40±0,84 olduğu belirlenmiştir.

Gebeler uygulama öncesi ve uygulama sonrası uyku puanı açısından karşılaştırıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Deney ve kontrol grubu arasında uygulama öncesi ve sonrası ile kontrol grubunda ilk ve son görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve kontrol grubundaki gebelerin deney grubuna göre uyku süresinin daha çok azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 4.9).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin uyku etkinliği alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama 0,10±0,38, uygulama sonrası ortalama 0,01±0,11 ve kontrol grubunda ilk görüşmede 0,38±0,58, ikinci görüşmede 0,30±0,60 olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku etkinlikleri anlamlı olarak artmıştır (Tablo 4.9).

Katılımcıların uyku bozukluğu alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama 1,53±0,57, uygulama sonrası ortalama 0,95±0,22 ve kontrol grubunda ilk görüşmede 1,28±0,48, ikinci görüşmede 1,31±0,47 olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası ile deney grubu ve kontrol grubu arasında uygulama öncesi ve uygulama sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), kontrol grubunda ilk ve son görüşme arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku bozukluğu anlamlı olarak azalmıştır (Tablo 4.9).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilaç kullanımı alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama 2,60±0,78, uygulama sonrası ortalama 0,78±0,57 ve kontrol grubunda ilk görüşmede 1,91±0,56, ikinci görüşmede 2,06±0,74 olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin ilaç kullanımları anlamlı olarak azalmıştır (Tablo 4.9).

Gebelerin gündüz fonksiyonları alt boyutu puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama $1,78 \pm 0,53$, uygulama sonrası ortalama $0,24 \pm 0,51$ ve kontrol grubunda ilk görüşmede $1,11 \pm 0,95$, ikinci görüşmede $1,33 \pm 0,76$ olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin gündüz fonksiyonları anlamlı olarak artmıştır (Tablo 4.9).

Deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin PUKİ toplam puanlarına bakıldığında; deney grubunda uygulama öncesi ortalama $10,99 \pm 1,55$, uygulama sonrası ortalama $4,18 \pm 1,96$ ve kontrol grubunda ilk görüşmede $8,85 \pm 2,65$, ikinci görüşmede $10,75 \pm 3,47$ olduğu belirlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku kaliteleri anlamlı olarak artmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gebelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi		Deney		Kontrol		Z	¹ p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Subjektif uyku kalitesi	Uygulama öncesi	2,11±1,02 (2)	2,05±0,97 (2)	-0,322	0,747		
	Uygulama sonrası	0,31±0,49 (0)	1,65±0,91 (2)	-8,399	0,001**		
	Fark	-1,80±1,19 (-2)	-0,41±1,24 (0)	-6,261	0,001**		
	Z	-7,229	-2,774				
	² p	0,001**	0,006**				
Uyku latansı	Uygulama öncesi	1,90±0,41 (2)	1,40±0,76 (2)	-5,316	0,001**		
	Uygulama sonrası	0,76±0,06 (1)	1,74±0,63 (2)	-8,393	0,001**		
	Fark	-1,14±0,82 (-1)	0,34±0,50 (0)	-10,172	0,001**		
	Z	-6,864	-5,014				
	² p	0,001**	0,001**				
Uyku süresi	Uygulama öncesi	0,99±0,82 (1)	0,74±0,87 (1)	-2,106	0,035*		
	Uygulama sonrası	1,13±0,95 (2)	2,40±0,84 (3)	-7,922	0,001**		
	Fark	0,13±1,19 (0)	1,67±1,16 (2)	-6,849	0,001**		
	Z	-1,037	-7,005				
	² p	0,300	0,001**				
Uyku etkinliği	Uygulama öncesi	0,10±0,38 (0)	0,38±0,58 (0)	-3,982	0,001**		
	Uygulama sonrası	0,01±0,11 (0)	0,30±0,60 (0)	-4,436	0,001**		
	Fark	-0,09±0,40 (0)	-0,08±0,57 (0)	-0,230	0,818		
	Z	-1,933	-1,167				
	² p	0,053	0,243				
Uyku bozukluğu	Uygulama öncesi	1,53±0,57 (1)	1,28±0,48 (1)	-2,958	0,003**		
	Uygulama sonrası	0,95±0,22 (1)	1,31±0,47 (1)	-5,664	0,001**		
	Fark	-0,58±0,57 (-1)	0,04±0,43 (0)	-6,672	0,001**		
	Z	-6,363	-0,775				
	² p	0,001**	0,439				
İlaç kullanımı	Uygulama öncesi	2,60±0,61 (3)	1,91±0,56 (2)	-6,744	0,001**		
	Uygulama sonrası	0,78±0,57 (1)	2,06±0,74 (2)	-9,054	0,001**		
	Fark	-1,83±1,06 (-2)	0,15±0,45 (0)	-9,867	0,001**		
	Z	-7,512	-2,828				
	² p	0,001**	0,005**				
Gündüz fonksiyonları	Uygulama öncesi	1,78±0,53 (2)	1,11±0,95 (2)	-4,714	0,001**		
	Uygulama sonrası	0,24±0,51 (0)	1,33±0,76 (1,5)	-8,220	0,001**		
	Fark	-1,54±0,79 (-2)	0,21±0,65 (0)	-9,786	0,001**		
	Z	-7,729	-2,796				
	² p	0,001**	0,005**				
Toplam	Uygulama öncesi	10,99±1,55 (11)	8,85±2,65 (9)	-5,617	0,001**		
	Uygulama sonrası	4,18±1,96 (4)	10,75±3,47 (11)	-9,156	0,001**		
	Fark	-6,81±2,98 (-7,5)	1,90±2,50 (2)	-10,592	0,001**		
	Z	-7,724	-5,492				
	² p	0,001**	0,001**				

¹Mann Whitney U Testi²Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi**p*<0,05***p*<0,01

5. TARTIŞMA

Araştırma, hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; deney ve kontrol grubundaki gebelerin yaş, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şuan ki gebelik haftasına ilişkin bulguların tartışılması yer almıştır.

Çalışmamızda gebelerin yaş, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şuan ki gebelik haftası açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Her iki grubun birbirine benzer olması, çalışma sonucu elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmaktadır.

Çalışmamızda, deney grubundaki kadınların yaş ortalaması $31,74\pm 6,81$ ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $30,91\pm 6,55$ olarak belirlenmiştir. Oskay ve Coşkun'un (2012) hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yatak istirahatinden kaynaklanan fiziksel ve psikososyal sorunlarının belirlenmesi ve bunların giderilmesinde kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliği belirlemek amacıyla hastanede kesin ya da kısmi yatak istirahatinde bulunan, yüksek riskli 60 gebe ile yaptıkları çalışmalarında, müdahale grubu gebelerin yaş ortalaması $28,03\pm 4,61$ ve kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması $29,57\pm 5,11$ olarak bulunmuştur (165). Barber ve ark.'nın (2015) yatak istirahatindeki riskli gebeler ile yatak istirahatinde olmayan sağlıklı (tıbbi komplikasyonu olmayan) gebeler arasındaki anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla 118 riskli ve 114 sağlıklı gebeyi içeren tanımlayıcı çalışmalarında, deney grubunun yaş ortalaması $29,73\pm 6,57$, kontrol grubunun $28,38\pm 5,53$ şeklindedir (166). Paşalak'ın (2016) "Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi" isimli uzmanlık tez çalışmasında 51 riskli gebe örneklemini oluşturmuş ve gebelerin yaş ortalaması $30,1\pm 6,5$ olarak saptanmıştır (167). Janighorban ve ark.'nın (2018) yüksek

riskli gebelik ve doğum sonrası sürecince kadınların yatak istirahati konusundaki ihtiyaçlarını incelemek amacıyla 21 gebe kadın, 10 eş ve 7 sağlık personelini içeren nitel çalışmalarında, yatak istirahatindeki gebelerin 21-39 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (19).

Baltacı'nın (2018) "yüksek riskli gebelerde ninninin anksiyete ve prenatal bağlanma üzerine etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasında deney (30) ve kontrol (30) olmak üzere toplam 60 riskli gebe örnekleme alınmış ve deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması $28,63 \pm 5,79$, kontrol grubundakilerin ise $28,80 \pm 5,96$ olarak tespit edilmiştir (168). Gallagher ve ark.'nın (2020) yatak istirahatindeki riskli gebelerde yoganın anksiyete ve depresyon üzerine etkisini değerlendirildiği çalışmalarında, kadınların ortalama yaşı deney grubunda $30,44 \pm 6,17$, kontrol grubunda ise $27,65 \pm 7,46$ olarak belirlenmiştir (157). Dünya Nüfus İstatistiklerine göre üreme çağındaki kadınlar nüfusun %46'sını oluşturmaktadır (169). Ülkemizde ise; Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, 15-49 yaş grubu kadın oranı toplam nüfusun %26'sını oluşturmaktadır. Bu gruptaki en yüksek doğurganlık hızı ise 25-29 yaş grubunda görülmektedir. Çalışma grubundaki gebelerin yaş ortalamaları yapılan diğer çalışmalarla paralel olup doğurganlık çağındaki kadınları içermektedir (170).

Çalışmamızda, Oskay ve Coşkun (2012) çalışmalarına ve TNSA 2018 sonuçlarına benzer olarak deney ve kontrol grubundaki gebelerin yarıdan fazlasının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (165,171).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun yapılan çalışmalarla benzer olarak çalışmadığı, ev hanımı olduğu, ekonomik düzeylerini gelir gidere denk olarak ifade ettiği, sosyal güvencelerinin olduğu ve çekirdek aileye sahip oldukları belirlenmiştir (19,32,39,167-169,172). TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde 15-49 yaş grubundaki kadınların % 64'ünün çalışmadığı görülmektedir. Sonuçlarımız ülke geneli ve uluslararası literatür ile paraleldir (171).

Çalışmamızda katılımcıların gebelik haftaları deney ve grubunda ortalama 32 haftadır. Teckenberg-Jansson ve ark.'nın (2019) hastanede yatan yüksek riskli gebelerde canlı müzik terapisinin kalp hızı, stres ve kaygı üzerine etkilerini incelemek amacıyla 102 gebe ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarında, gebelik haftaları, deney grubunda $28,7 \pm 3,1$ hafta, kontrol grubunda ise; $28,2 \pm 3,4$ hafta olduğu ve her iki grupta obstetrik özelliklerin benzer olduğu tespit edilmiştir (45). Benzer şekilde Gallagher ve

ark.'nın (2020) çalışmalarında gebelik haftalarının deney grubunda $28,33\pm 3,18$ ve kontrol grubunda $27\pm 3,63$ şeklinde olduğu bulunmuştur (156). Rubart ve ark.'nın (2012) çalışmalarında katılımcıların gebelik haftaları 20 ile 33 hafta arasında değişmektedir (20). Baltacı (2018) doktora çalışmasında deney ($34,03\pm 3,03$) ve kontrol ($33,90\pm 3,32$) gruplarında ortalama gebelik haftasının yanı sıra diğer obstetrik özelliklerinde birbirine benzer olduğu saptanmıştır (168). Sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerdir.

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2.6 olarak saptanmıştır. Katılımcılarımız gebelik sayıları bakımından TNSA 2018 sonuçlarına benzer özelliktedir (171).

5.2. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Tanılarına ve Yatak İstirahati Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin tanılarına ve yatak istirahati durumlarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda deney ($8,96\pm 2,68$) ve kontrol ($8,96\pm 2,91$) grubundaki gebelerin hastanede yatış süreleri benzerdir. Pamuk ve Arslan'ın (2009) hastanedeki riskli gebelerin, yatak istirahatine bağlı gelişen hastane stresörlerini ve hemşirelik bakımını belirlemek amacıyla tanımlayıcı çalışmasında, gebelerin yatak istirahatinde kalış süreleri ortalamasının $19,27\pm 18,28$ olduğu görülmüştür (55). Baltacı (2018) çalışmasında riskli gebelerin hastanede kalış gün ortancası deney grubunda 1.25, kontrol grubunda ise 2.00 olarak saptanmıştır (168). Matenchuk ve ark.'nın (2019) yatak istirahatinin anne-fetüs sağlığı açısından neden olduğu olumsuz sonuçları değerlendirmek amacıyla 14 çalışmanın (9 gelişmiş ve 5 gelişmekte olan bölge sonuçlarını içeren) meta analiz yöntemi ile incelendiği çalışmalarında, gebelerin hastanede kalış sürelerinin 1 ile 9,7 hafta arasında değiştiği belirlenmiştir (173). Bauer ve ark.'nın (2010) çalışmalarında ise, gebelerin ortalama hastanede yatış süresinin 9.4 gün olduğu saptanmıştır (46). Gallagher ve ark.'nın (2020) randomize kontrollü çalışmalarında deney grubunun $36,21\pm 14,34$ gün ve kontrol grubunun $32,19\pm 15,04$ gün hastanede kaldığı belirtilmiştir (156). Riskli gebelerin hastanede yatış sürelerinin çalışmalara göre farklılık gösterdiği, uzun süreli hastanede yatak istirahatlerinin devam ettiği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin en fazla hipertansif hastalıklar ve EMR tanıları ile yatışının yapıldığı belirlenmiştir. Oskay ve Coşkun'un (2012) çalışmasında gebelerin erken membran rüptürü (%30) ve erken doğum tehdidi (%28,3) nedeniyle yattıkları tespit edilirken, Dinçer (2018) ve Baltacı'nın (2018) çalışmalarında gebelerin büyük oranda erken doğum tehdidi ve sistemik bir hastalık tanısıyla hastaneye yatışının yapıldığı belirtilmiştir (32,165,168). Zaki ve ark.'nın (2016) yüksek riskli gebeliklerin uyku durumlarını ve uyku kalitesini incelemek amacıyla 59 katılımcı ile yaptıkları çalışmalarında gebelerin %20,3'ünün gestasyonel hipertansiyon ve %45,8'inin diyabetes mellitus tanısı ile yatışının yapıldığı saptanmıştır (35). Matenchuk ve ark.'nın (2019) toplam 14 bölgede yatak istirahatindeki gebelerle yapılan çalışmalarında gelişmiş bölgelerdeki gebelerin yatış tanılarını çoğul gebelik, gestasyonel hipertansiyon, erken doğum tehdidi ve EMR oluştururken, gelişmekte olan bölgelerde en sık karşılaşılan tanıların çoğul gebelik ve gestasyonel hipertansiyon olduğu görülmüştür (173). Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerdir.

5.3. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Anksiyetelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin hastanede yatma nedeni ile ilgili anksiyete yaşama durumu ve nedenleri, hastanedeki yatak istirahati sürecinde anksiyete ile baş etmede bilinen ve kullanılan yöntemler ve anksiyete düzeylerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Gebelikteki fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin neden olduğu duygu durumundaki değişim, gebe ya da fetüste görülen hastalık durumu ile birlikte büyük bir kriz haline dönüşebilmekte ve bu süreçte yatak istirahatinde olma durumuna bağlı olarak psikolojik sorunların görülme sıklığı artmaktadır (1,8,18,28,29). Çalışmamızın sonuçları benzer nitelikte olup, gebelerin hastaneye yatma nedeniyle ilgili anksiyete yaşama durumlarının deney (%72,5, n=58) ve kontrol (%88,8, n=71) gruplarında yüksek olduğu görülmüştür. Gümüşdağ ve ark. (2014) tarafından riskli olan ve olmayan gebeleri psiko-sosyal ve ruh sağlıkları açısından karşılaştırdıkları çalışmada, riskli olan gebelerin stres ve kaygı düzeyinin riskli olmayan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (28). Benzer olarak, Fairbrother ve ark (2016) tarafından 310 gebe kadının gebelik ve doğum sonu ilk üç aydaki anksiyete ve depresyon durumlarının

değerlendirildiği çalışmada, riskli gebelik grubundaki kadınların düşük riskli gruptaki gebelere göre daha fazla anksiyete yaşadıkları ve bu durumun kadınlarda doğum sonu dönemde depresyon görülme riskini arttırdığı saptanmıştır (29). Barber ve ark.'nın (2015) çalışmalarında hastanede yatan riskli gebelerin diğer sağlıklı gebelere göre, anksiyete ve korku düzeyleri açısından anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (166). Erginbas Kender ve ark.'nın (2016) hastanede yatan hiperemesis gravidarum hastalarının yeme tutumlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla 51 riskli (deney) ve 41 normal (kontrol) gebe ile yaptıkları çalışmalarında, deney grubunun (19,22±10,96) anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan (11,71± 8,21) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (174). Abrar ve ark.'nın (2019) tıbbi komplikasyonlu gebelik yaşayan kadınlardaki anksiyete durumunu değerlendirmek amacıyla meta analiz tekniği ile yaptıkları çalışmalarında, riskli gebelik yaşayan kadınların, sağlıklı gebeliklere sahip kadınlara kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları ve bu farkın değerlendirilen (meta analizi yapılan) tüm çalışmalarda tutarlı bir şekilde ortaya çıktığı görülmüştür (31). Literatürde ve paralel olarak çalışma sonuçlarımızda ortaya çıktığı gibi anksiyete, yatak istirahatindeki riskli gebelerde sık görülen psikolojik sorunların başında gelmektedir.

Hastanede yatak istirahatine bağlı ortaya çıkan anksiyetenin temel nedenlerinin sırasıyla; bebeğin sağlığına ilişkin endişe, aileden uzak kalma, yaşamı üzerinde kontrol kaybı, evdeki rol değişikliği ve diğer çocukların bakımı şeklinde olduğu görülmektedir (1,8,16,28,29,30,31,32). Benzer şekilde çalışmamızın her iki grubunda da anksiyete yaşama nedeni olarak birinci sırada “Hastalığın bebeğe zarar vermesi” düşüncesinin yer aldığı belirlenmiştir. ($p<0,05$).

Çalışmamızda gebeler tarafından egzersiz, hayal kurma, müzik dinleme, kitap okuma ve masaj, hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerle baş etmede bilinen ve kullanılan yöntemler olarak belirtilmiştir. Dinçer ve ark. (2018) tarafından riskli gebelik grubunda yer alan kadınlarda ortaya çıkan stresörlerin ve bunlarla baş etme yöntemlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, bu dönemde gebelerin fizyolojik sorunların yanı sıra en çok üzüntü ve anksiyete gibi psikososyal sorunlar yaşadığı ve gebelerin bu süreçler ile baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde, manevi yöntemlerin (dua etme, olumlu düşünmeye çalışma) daha çok kullanıldığı görülmüştür (32). Yanikkerem ve ark.'nın (2012) tarafından hiperemesis gravidarum tanısı ile

hastanede yatan gebelerin yaşadıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sorunlarla baş etmede kullandıkları yöntemleri değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebelerin ailesinden destek alma, dinlenme ve yalnız kalma yöntemlerini tercih ettiği belirlenmiştir (175). Body'nin (2019) yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerin stresle baş etme davranışlarını belirlemek amacıyla 40 yüksek riskli gebe ile yaptığı doktora tez çalışmasında; gebelerin yatak istirahati ve yaşanan rahatsızlığa bağlı en çok kullandıkları yöntemlerin sırasıyla; duygusal destek alma, olumlu düşünmeye çalışma, dua etme, durumu kabullenme olarak saptanmıştır (176). Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada yatak istirahatindeki riskli gebelerin büyük çoğunluğunun yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş etmede; dua etme, bilişsel kaçınma ve sosyal destek arama yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (177-179). Yapılan çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak manevi yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir.

Araştırmamızın başlangıç aşamasında deney (34,10±7,70) ve kontrol grubundaki gebelerde (35,14±10,25) orta düzeyde anksiyete tespit edilmiş ve grupların sürekli kaygı puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışmaya alınan gebelerin durumluk kaygı düzeyi açısından homojen olduğunu göstermektedir. Literatürde gebelerde anksiyete düzeyinin azaltılmasına yönelik alternatif tıp yöntemlerinin kullanıldığı ve anlamlı olarak etkisinin tespit edildiği belirtilmektedir (29,36,65,66,147,149). Müziğin anksiyete üzerine olumlu etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir. (37-39,42,44,47). Baltacı'nın (2018) doktora çalışmasında, müdahale öncesinde benzer durumluk kaygı düzeyine sahip deney ve kontrol gruplarında, ninni dinletilmesinin ardından durumluk kaygı düzeyleri açısından deney grubu lehine anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (168). Bauer ve ark.'nın (2010) çalışmalarında tek bir kez ve 1 saat şeklinde dinletilen müziğin, kontrol grubuna kıyasla deney grubundaki gebelerde stres düzeyinde anlamlı azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (46). Yang ve ark.'nın (2009) Çin'de yatak istirahatinde olan riskli gebelerde müzik terapisinin anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmalarında ardışık 3 gün boyunca günde 30 dk müzik dinletilerek gebelerin anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Deney grubunda yer alan gebelerin, kontrol grubundakilere göre durumluk kaygı ortalamalarının müzik terapısından sonra anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (37). Cao ve ark.'nın (2016) gestasyonel hipertansiyon tanısı ile yatak istirahatinde olan riskli gebelere 4 hafta süresince günde 30-60 dk

şeklinde istedikleri müzik türünün dinletildiği andomize kontrollü çalışmada, dinletilen müzik sonrasında deney grubunun kontrol grubuna göre anksiyete düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (42). Liu ve ark.'nın (2016) Tayvan senfoni orkestrasına ait şarkıları içeren beş kompakt diskte (CD) yer alan veya kişilerin kendi tercih ettikleri müzikten iki hafta boyunca en az 30 dakika dinletilmesi ile yapılan çalışmalarında, müdahale sonrasında deney grubunun durumluk kaygı düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (43).

Nwebube ve ark. (2017) özel olarak bestelenmiş şarkıları dinlemenin doğum öncesi kaygı ve depresyon belirtilerini azaltmak için etkili bir müdahale olup olmayacağını araştırdığı çalışmalarında, deney grubundaki gebelerde anksiyete düzeylerinin 12 hafta boyunca günde en az 20 dakika dinletilen müzik sonrasında belirgin düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (44). Yapılan çalışmalarda, çalışmamızdan farklı tür ve sürelerde müzik dinletilmekle birlikte, müzik dinlemenin yatak istirahatindeki gebelerin anksiyetelerinin azalmasında benzer olarak olumlu katkı sağladığı görülmüştür. Çalışmamız sonucunda hastanede yatak istirahatinde olan riskli gebelerin Acemaşiran makamındaki müziği dinlemesi sonrasında anksiyete düzeyleri anlamlı olarak azalmıştır.

5.4. Yatak İstirahatindeki Gebelerin Uyku Özellikleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, yatak istirahatindeki gebelerin uyku kalitelerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda hastanede yatan riskli gebelerin uykuda dalmada zorlandıkları, yeterince dinlenemedikleri, sık aralıklarla ve daha erken uyandıkları görülmüştür. Zaki ve ark.'nın (2016) çalışmalarında, katılımcıların hastaneye yattıktan sonra sırasıyla çok erken uyanma (%49,2, n=29), yeterince uyumamama (%47,5, n=28), gün içinde uykulu hissetme (%47,5, n=28) ve gün içinde huzursuz hissetme (%40,5, n=24) gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (35). Pamuk ve Arslan (2009) çalışmalarında hastanedeki riskli gebelerin, yatak istirahatine bağlı olarak orta/şiddetli düzeyde uyku değişikliği yaşadıklarını belirtmiştir (55). Spehar ve ark.'nın (2018) doğum öncesi dönemde erken membran rüptürü (% 46,4 n=13) ve gebeliğe bağlı hipertansif bozuklukları (% 28,6 n=8) nedeniyle uzun süreli hastaneye yatırılan riskli gebelerdeki uyku düzenini

karakterize etmek amacıyla yaptıkları kohort çalışmalarında; katılımcıların, hastanede yattıkları süre boyunca en çok sık aralıklarla ve geceleri uyanmalara bağlı uyku sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Hastanede yatmak gebelerin uyku düzeninde değişiklik yaratmıştır (33).

Çalışmamızda hastanede yatan riskli gebelerin en yüksek oranda gürültü ve stres nedeniyle uyku sorunu yaşadıkları görülmüştür. Zaki ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise katılımcıların büyük çoğunluğu (%56) gürültü nedeniyle uyku sorunu olduğu görülmüştür. Galle ve ark.'nın (2008) çalışmalarında, gebelerin çoğunlukla gece boyunca devam eden tedavilere bağlı sık uyandıkları, yeterli ve etkin gece uykusu uyuyamadıkları belirtilmiştir (35). Pamuk ve Arslan'ın (2009) çalışmasında temel etkenlerin; bebeğinin sağlığı için endişelenme, uzun süreli yatmaktan bıkmak ve farklı bir yatakta uyuma hissi olduğu belirtilmiştir. Sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerdir (55).

Çalışmamızda hastanede yatan riskli gebelerin günlük ortalama uyku saatlerinin hastaneye yattıktan sonra azaldığı görülmüştür. Gallo ve ark.'nın (2008) çalışmalarında, günlük ortalama uyku saatlerinin 6,7 saat olduğu, hastanede yatan kadınların geceleri 9 ila 32 kez uyandığı ve ortalama gece uyanma sayısının 18 olduğu saptanmıştır (180). Spehar ve ark.'nın (2018) çalışmasında gebelerin ortalama uyku süresi 7.05 saat \pm 1.71 saat olduğu ve toplamda kadınların % 43,5'inin gecelik uyku süresi 7 saatten daha az olduğu belirlenmiştir (33). Lee ve ark.'nın (2017) riskli gebelerin antenatal yatak istirahati süresince uyku kalitelerini iyileştirmek için hastane tabanlı bir protokolün etkinliğini değerlendirmek amacıyla 20 hafta ve üzeri, en az 24 saat hastanede kalmış riskli gebelerin dâhil edildiği çalışmalarında, her iki grupta benzer ve uyku süresinin 7 saat olduğu görülmüştür. Katılımcıların %70,7'sinin, kaliteli gece uykusunun olmadığı ve hastaneye bağlı olaylar nedeniyle gecelik ortalama 2,4 saat uyanma durumunun olduğu tespit edilmiştir (181). Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup hastanede yatmak gebelerin uyku sürelerini olumsuz etkilemiştir.

Litertaürde hastanede yatan riskli gebelere müzik dinletilmesinin uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu alanda yapılan ilk çalışmadır.

Çalışmamızda hastanede yatan riskli gebelerinin uyku kalitesinin değerlendirilmesini sağlayan subjektif uyku kalitesi bileşeninde, deney ve kontrol

grubundaki gebeler arasında uygulama öncesi anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Özkan ve Rathfisch (2018) tarafından üçüncü trimesterdeki gebelerde gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü yapılan çalışmada, gevşeme egzersizleri sonucunda gebelerin subjektif uyku kalitesinin arttığı ve iki grup arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (182). Kostanoğlu ve ark.'nın (2019) sağlıklı gebelerde fiziksel aktivite düzeyinin ve uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla üç trimesterden toplam 104 gebe ile yaptıkları çalışmalarında, egzersizin subjektif uyku kalitesini olumlu düzeyde arttırdığı saptanmıştır (85). Lafçı ve Öztunç'un (2015) meme kanserli hastalara dinletilen müziğin uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmasında müziğin uyku kalitesi üzerine etkili olduğu ve deney grubundaki hastaların kontrol grubuna kıyasla öznel uyku kalitesinin arttığı görülmüştür (183). Türüng Bobar'ın (2019) müziğin meme kanserli hastalardaki anksiyete ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları uzmanlık tez çalışmasında, Türk Psikologlar Derneği tarafından oluşturulan; enstrümantal müzikleri içeren müzik CD'sinin dinletildiği deney grubunda subjektif uyku kalitesi puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (184). Çalışma sonuçlarımız, müziğin uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendiren diğer araştırma sonuçları ile benzerdir. Çalışmamızda uygulama sonrasında deney grubundaki gebelerin subjektif uyku kalitesi puanları düşerken, kontrol grubundaki kadınların ise yükselmiştir. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku kaliteleri anlamlı olarak artmıştır.

Gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik değişimlere ek olarak yaşanan sağlık sorunu ve hastanede yatak istirahatinde olma durumu gebelerin özellikle geceleri uykuya dalışını (uyku latansı) önemli derecede etkilemektedir (33,35,180-182,185). Hastanede yatan hastaların uyku kalitesini arttırmak amacıyla müzik dinletilen Lafçı ve Öztunç (2015) ve Türüng Bobar'ın (2019) çalışmalarında müziğin hastaların uykuya geçmesini kolaylaştırdığı ve iki grup arasında (deney ve kontrol) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı görülmüştür (183,184). Özkan ve Rathfisch'ın (2018) gevşeme egzersizi ve Kostanoğlu ve ark.'nın (2019) ise fiziksel aktivite durumunun sağlıklı gebelerdeki uykuya etkisinin incelendiği çalışmalarda, ağrı ve anksiyete düzeylerinin azalmasına bağlı olarak gebelerin daha rahat ve kolay uykuya daldıkları belirlenmiştir (85,182). Chegeni ve ark.'nın (2020), Aksu ve ark. (2018) ve Hu ve

ark.'nın (2014) tarafından progresif kas gevşetme egzersizlerinin kullanılarak yapılan deneysel çalışmalarında, egzersizlerin uyku kalitesi artarak, hastaların uykuya geçişleri kolaylaştırdığı görülmüştür (186-188). Çalışma sonuçlarımız örneklem grupları farklı olmakla birlikte yapılan çalışmalarla benzer olarak deney grubunda uykuya geçiş daha kolay olmuştur. Müzik dinletilen yatak istirahatindeki riskli gebelerin uykuya geçme süreleri anlamlı olarak azalmış, Acemaşiran makamındaki müzik gebelerin uykuya dalışlarını kolaylaştırmıştır.

Maslow'un hiyerarşisinde en önemli basamakta yer alan uykunun, sağlıklı bir yaşam için yeterli sürede olması gerekmektedir. Bireylerin erişkin döneme ulaşmasıyla birlikte bu süre giderek azalarak, günde ortalama 5-6 saat şekline dönüşmektedir (75-79). Çeşitli hastalıklar nedeniyle hastanede yatan hastalara uyku kalitesini iyileştirmek amacıyla progresif kas gevşetme egzersizlerinin kullanıldığı, Hu ve ark.'nın (2014), Aksu ve ark.'nın (2018) ve Chegeni ve ark.'nın (2020), çalışmalarında uyku sürelerinin arttığı ve çalışmalarda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (186-188). Çalışmamızda yer alan gebelerin uyku süresi alt boyutu puanlarına bakıldığında, deney grubundaki gebelerin uyku süreleri yapılan çalışmalara benzer olarak kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı olarak artmıştır.

Yatma saati ile kalkma saati arasındaki uyku süresinin değerlendirilmesiyle elde edilen PUKI alışılmış uyku etkinliği alt boyutu, yatakta geçen uyku süresini ifade etmektedir (161). Literatür incelendiğinde, non-farmakolojik yöntemlerin (müzik dinleme ve gevşeme egzersizleri) alışılmış uyku etkinliğini arttırdığı ve müdahale yapılan grupta diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür (182,183,186-188). Benzer yöntemlerin kullanıldığı Türüng Bobar'ın (2019) ve Kostanoğlu ve ark.'nın (2019) çalışmalarında ise uyku etkinliğinde herhangi bir değişim görülmemiştir (85,184). Çalışmamızda her iki grup karşılaştırıldığında; uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol grupları kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), dinletilen müzik sonrasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku etkinlikleri anlamlı olarak artmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcıların uyku bozukluğu alt boyutu puanları açısından her iki grup karşılaştırıldığında; deney grubu ve kontrol grubu arasında uygulama öncesi ve uygulama sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve dinletilen müzik

sonrası deney grubundaki gebelerin uyku bozukluğu anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (Tablo 4-9). Benzer şekilde Lafçı ve Öztunç (2015), Hu ve ark. (2014), Özkan ve Rathfisch (2018) ve Kostanoğlu ve ark.'nın (2019) yaptıkları çalışmalarda uyku bozukluğu ortalama puanının azaldığı tespit edilmiştir (85,182,183,188) . Türlü Bobar'ın (2019), Aksu ve ark. (2018) ve Chegeni ve ark.'nın (2020) çalışmalarında ise, uyku bozukluğu alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (184,186,187).

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının ilaç kullanımı uygulama öncesi ve uygulama sonrası kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Hou ve ark.'nın (2014) hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesini iyileştirmek amacıyla progresif kas gevşetme egzersizlerinin kullanıldığı çalışmasında yapılan egzersizin hastalarda uyku için ilaç kullanımları anlamlı olarak azalttığı görülmüştür (189). Türlü Bobar'ın (2019) ve Kostanoğlu ve ark.'nın (2019) çalışmalarında ise, uyku ilacı kullanımında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır (85,184). Lafçı ve Öztunç'un (2015) müziğin kanserli hastalardaki uyku kalitesine etkisini değerlendirildiği çalışmasında her iki grubun da (deney ve kontrol) uyku ilacı kullanmadığı belirlenmiştir (183). Çalışmamızda Hu ve ark.'nın sonuçlarına benzer olarak gebelerin ilaç kullanımı azalmıştır. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin ilaç kullanımları anlamlı olarak azalmıştır.

Yaşanan gece uyku sorunlarına bağlı olarak, bireylerin gündüz aktivitelerini yerine getirmekte yaşadıkları sorunun düzeyi PUKİ gündüz fonksiyonları bozukluğu alt boyutu ile değerlendirilebilmektedir (161). Çalışmamızda deney ve kontrol grupları uygulama öncesi ve uygulama sonrası kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Sonuçlarımız Lafçı ve Öztunç (2015), Hu ve ark. (2014) ile Özkan ve Rathfisch'in (2018) yaptıkları çalışmalarla benzerdir (182,183,188). Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin gündüz fonksiyonlarını anlamlı olarak artmıştır.

Gallo ve ark. (2008) yüksek riskli antepartum yatan hastalarda uyku özelliklerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, kadınların genel uyku kalitelerinin iyi olduğu ancak, hastaneye yatışının 2. ve 3. gece sonunda uyku kalitelerinin özellikle geceleri çok kötü (% 38,3) olduğu ve gece boyunca sık sık yapılan kesintilerin olumsuz etkilediği görülmüştür (180). Spehar ve ark.'nın (2018) çalışmalarında; katılımcıların %

70'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (33). Liu ve ark.'nın (2015) müziğin gebe kadınlardaki stres, kaygı düzeyleri ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, PUKİ toplam puanında deney grubu lehine anlamlı düşüşler gözlenmiştir. Anlamlı oranda düşüşün görüldüğü deney grubunda müdahale öncesinde $9,15 \pm 2,61$ olan PUKİ toplam puanı, (her gün yatmadan önce 30 dakika isteğe bağılı türde müzik dinletimi sonrasında $6,67 \pm 2,95$ olarak bulunmuştur (43). Çalışmamızda PUKİ toplam puanları uygulama öncesi ve uygulama sonrası deney ve kontrol gruplarının kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Dinletilen müzik türü farklı olmakla beraber sonuçlarımız Liu ve ark.'nın sonuçları ile benzerdir. Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku kaliteleri anlamlı olarak artmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma, hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla ön test ve son test yöntemler kullanılarak gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmadır.

Araştırmada H_1 hipotezi sınanmıştır ve hastanede yatan riskli gebelere;

- Acemaşiran makamda müzik dinletilmesi anksiyete düzeylerini azaltmıştır.
- Acemaşiran makamda müzik dinletilmesi uyku kalitesini arttırmıştır.

Deney ve kontrol grubu gebeler yaş, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şuan ki gebelik haftası, hastanede kaldığı süre açısından benzerdir.

Deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin sürekli kaygı düzeyi benzer olup dinletilen müzik sonrası durumluk kaygı ortalamaları deney grubu lehinde azalmıştır.

Dinletilen müzik sonrası, deney grubundaki gebelerin subjektif uyku kalitesi puanları düşmüş uyku kaliteleri anlamlı olarak yükselmiştir.

Deney grubundaki gebelerin uyku latansı puanları dinletilen müzik sonrası düşerek uykuya geçişleri kolaylaşmıştır.

Dinletilen müzik sonrası deney grubundaki gebelerin uyku süreleri, uyku etkinliği, gündüz fonksiyonları ve toplam PUKÖ puanları anlamlı olarak artmış, uyku bozukluğu ve ilaç kullanımı azalmıştır.

Çalışmamızın sonucunda, hastanede yatak istirahatinde olan riskli gebelere Acemaşiran makamındaki müzik dinletilmesinin gebelerin anksiyete düzeylerini azalttığı ve uyku kalitelerini yükselttiği belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki uygulamalar önerilebilir:

Hastanede riskli gebelere bakım veren sağlık profesyonellerinin anksiyete ve uyku sorunlarında kullanabileceği müzik gibi nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgilendirilmesi,

Riskli gebelerin anksiyete düzeylerini azaltmak ve uyku kalitelerini yükseltmek için riskli gebe takibi ve bakımı yapılan birimlerde bu uygulamaların yaygınlaştırılması,

Farklı tür müziklerin kullanılarak riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisinin değerlendirildiği yeni çalışmaların yapılması,

Riskli gebelerin anksiyete ve uyku sorunlarının çözümünde müzik gibi nonfarmakolojik yöntemler konusunda bilgilendirilmesi ve kullanmaları için teşvik edilmesi.



KAYNAKLAR

1. **Gilbert SE, Harmon SJ.** Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı (2 nd ed), Taşkın L. (Çeviri editörü), Palme Yayıncılık, Ankara, **2002**.
2. **Taşkın L.** Riskli gebelikler. In: Taşkın L. Ed. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 12. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, **2016**: 231-279.
3. **Aydemir H, Hazar HU.** Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**;3(2):815-833.
4. **Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Spong CY, Wapner RJ, Varner MW, Tita AT.** Risk-adjusted models for adverse obstetric outcomes and variation in risk-adjusted outcomes across hospitals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **2013**;209(5): 446e1-446e29.
5. **Coşkun A.** Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı, Koç Üniversitesi, İstanbul, 2012.
6. **Kornelsen J, Grzybowski S, Anhorn M, Cooper E, Galvin L, Pederson A, Sullivan L.** Rural women's experiences of maternity care: implications for policy and practice *Ottawa: Status of Women Canada*, **2005**.
7. **Kavuncuoğlu S, Öztürk E, Alyıldız ES, Ceylan Y, Özbek S.** Riskli Gebelik Nedeni İle İzlenen Annelerden Doğan Preterm Bebeklerin Erken Dönem Morbidite ve Mortalite Sonuçları. *JOPP Derg*, **2010**; 2(1):27-30.
8. **Oskay Yeşiltepe Ü.** Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, **2004**; 12(1): 11-16.
9. **Lee S.** Risk perception in women with high-risk pregnancies. *British Journal of Midwifery*, **2014**; 22(1): 8-13.
10. **Spong CY.** Defining “term” pregnancy: recommendations from the defining “term” pregnancy workgroup. *JAMA*, **2013**;309(23): 2445-2446.
11. **Kızılaya Beji N.** *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, **2015**.
12. World Health Organization. (2002). Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules (No. EUR/02/5035043/2). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Erişim tarihi: 15.01.2020

13. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 2019 Erişim: <https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health> Erişim tarihi: 15.01.2020
14. **Redulla R.** Bed rest with and without hospitalization in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, **2019**; 25(1): e12667.
15. **De Los Reyes I.** Bed rest and its continued use in women with high-risk pregnancy: a review of literature. senior theses and capstone projects, Dominican University of California, **2015**
16. **Dunn LL, Shelton MM.** Spiritual Well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. *Issues in Mental Health Nursing*, **2007**; 28(11):1235-1246
17. **Maloni JA.** Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert review of obstetrics & gynecology*, **2011**;6(4):385-393.
18. **Lauder J, Sciscione A, Biggio J, Osmundson S.** Society for maternal-fetal medicine (SMFM) the role of activity restriction in obstetric management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **2020**.
19. **Janighorban M, Heidari, Z, Dadkhah A, Mohammadi F.** Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: a qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, **2018**;6(3):1327-1335.
20. **Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H.** Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2012**; 41(3):398-407.
21. **Gökbaraz M.** Erken doğum tehdidi olan gebelerin bakım gereksinimleri Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın, **2019**.
22. **Allen C, Glasziou P, Del Mar C.** Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Acp Journal Club*, **2000**;132(3):91-91.
23. **Maloni JA.** Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, **2010**;12(2):106-124.
24. **Bigelow C, Stone J.** Bed rest in pregnancy. *mount sinai journal of medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, **2012**; 78(2):291-302.
25. **Karaçam Z, Şen E.** Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2012**;19(2):80-91

26. **Lederman RP, Boyd E, Pitts K, Roberts Gray C, Hutchinson M, Blackwell S.** Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **2013**;4(4):133-138.
27. **Cihan H, Dirilen Gumus O, Erkenekli K.** Comparison of women with risk-free and high-risk pregnancy and family resilience. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, **2017**; 5(1):25-30.
28. **Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E.** Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2014**;1(2):32-42.
29. **Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH.** Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, **2016**; 200:148-155
30. **Maloni JA, Park S.** Postpartum Symptoms after Antepartum Bed Rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2005**; 34(2):163-171.
31. **Abrar A, Fairbrother N, Smith AP, Skoll A, Albert AY.** Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Birth*, **2020**; 47(1), 13-20.
32. **Dinçer Y.** Yüksek Riskli Gebelik Yaşayan Kadınlarda Ortaya Çıkan Stresörler ve Baş Etme Yöntemleri: Niteliksel Bir Çalışma. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2018**; 27(5):333-342.
33. **Spehar SM, Missio JF, Shupe A, Facco FL.** Prolonged antepartum hospitalization: no time for rest. *Journal of Perinatology*, **2018**;38(9):1151-1156.
34. **Gallo AM, Lee KA.** Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **2008**; 37(6):715-721.
35. **Zaki NF, Mesbah Y, Sabri Y, Shams M, Bahammam A.** Sleep during high-risk pregnancy: an Egyptian study. *Middle East Current Psychiatry*, **2016**; 23(3):142-146.
36. **Van Willenswaard KC, Lynn F, Mcneill J, Mcqueen K, Dennis CL, Lobel M, Alderdice F.** Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, **2017**;17(1):271.
37. **Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, Ren X.** Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: a randomized, controlled trial. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, **2009**;34(5):316-323.
38. **Chang MY, Chen CH, Huang KF.** Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, **2008**;17(19):2580-2587.

39. **Toker E, Kömürcü N.** Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. *Complementary therapies in medicine*, **2017**;30:1-9.
40. **Sezer F.** *Müzikle Terapi*. Nobel Yayınları. Ankara, **2019**.
41. **Lin CJ, Chang YC, Chang YH, Hsiao YH, Lin HH, Liu SJ, Yeh TL.** Music interventions for anxiety in pregnant women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of clinical medicine*, **2019**; 8(11):1884.
42. **Cao S, Sun J, Wang Y, Zhao Y, Sheng Y, Xu A.** Music therapy improves pregnancy-induced hypertension treatment efficacy. *Int J Clin Exp Med*, **2016**;9(5):8833-38.
43. **Liu YH, Lee CS, Yu CH, Chen CH.** Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women & Health*, **2016**; 56(3):296-311.
44. **Nwebube C, Glover V, Stewart L.** Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression: a pilot study. *BMC complementary and alternative medicine*, **2017**;17(1):256.
45. **Teckenberg Jansson P, Turunen S, Pölkki T, Lauri Haikala MJ, Lipsanen J, Henelius A, Huotilainen M.** Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, **2019**;28(1):7-26.
46. **Bauer CL, Victorson D, Rosenbloom S, Barocas J, Ve Silver RK.** Alleviating distress during antepartum hospitalization: a randomized controlled trial of music and recreation therapy. *Journal of Women's Health*, **2010**;19(3), 523-531.
47. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)** Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. *Obstet Gynecol*, **2013**; 122:1139–1140.
48. **Queenan JT, Hobbies JC, Spong CY.** *Yüksek Riskli Gebeliklerde Tam ve Tedavi Protokolleri*. Göl K. (Çeviri Editörü) Atlas Kitapçılık, Ankara, **2007**.
49. Türk Dil Kurumu, Genel Türkçe Sözlük. Erişim: <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim Tarihi: 15.09.2019
50. World Health Organization (WHO) 2018. Erişim:<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Erişim tarihi:15.09.2019.
51. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yılığ 2018, Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi:15.02.2020.

52. **Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S.** High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health & Social Work* **2005**; 30(1):39-47. 22.
53. **Crowther CA, Han S.** Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. Cochrane database of systematic reviews, *The Cochrane Library*, **2010**;(7).
54. **Arslan H, Korkmaz N.** Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi* **2005**;13(2).
55. **Pamuk S, Arslan H.** Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(2).
56. **Asoğlu M, Karka İ, Pirinçcioğlu F, Göbelek M, Çelik H, Takatak H, Ulgar ŞB.** Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastaların anksiyetelerinin ifade biçimlerinin kültürel yansımaları. *Bezmialem Science* **2018**;6(4): 242-7
57. **Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H.** Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2011**; 45(2):65-74.
58. **Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM.** Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, **2016**;191: 62-77.
59. **Saatçioğlu Ö.** Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2001**;11(1):60-77.
60. **Mantar A, Yemez B, Alkın T.** Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2011**; 22(3):187-193.
61. **Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş.** Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2013**; 22(4):441-459.
62. **Tükel R.** Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 5(3):5-13.
63. **Türkçapar H.** Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, **2004**;4:12-16.
64. **Arslan B, Kara S, Öngel K, Mungan MT.** Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, **2011**; 21(2):79-84

65. **Dağlar G, Naim N, Bilgiç D, Kadioğlu M.** Gebelikte duygulanım bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2015**; 2(1):27-40.
66. **Yücel P, Çayır Y, Yücel M.** Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, **2013**; 16:83-7.
67. **Schubert KO, Air T, Clark SR., Grzeskowiak LE, Miller E, Dekker, GA, Clifton VL.** Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy. *PloS one*, **2017**; 12(7).
68. **Hasanzadeh P, Faramarzi M.** Relationship between maternal general and specific-pregnancy stress, anxiety, and depression symptoms and pregnancy outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, **2017**;11(4):VC04.
69. **Palagini L, Cipollone G, Masci I, Novi M. Caruso D, Kalmbach DA, Drake CL.** Stress-related sleep reactivity is associated with insomnia, psychopathology and suicidality in pregnant women: preliminary results. *Sleep Medicine*, **2019**; 56:145-150.
70. **Kominiarek MA, Grobman W, Adam E, Buss C, Culhane J, Entringer S, Borders A.** Stress during pregnancy and gestational weight gain. *Journal of Perinatology*, **2018**; 38(5):462-467.
71. **Lima SAM, El Dib RP, Rodrigues MRK, Ferraz GAR, Molina AC, Neto CAP, Rudge MVC.** Is the risk of low birth weight or preterm labor greater when maternal stress is experienced during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Plos One*, **2018**;13(7).
72. **Zhang C, Yang Y, Chen R, Wei Y, Feng Y, Zheng W, Zhang Z.** Aberrant expression of oxidative stress related proteins affects the pregnancy outcome of gestational diabetes mellitus patients. *American Journal of Translational Research*, **2019**;11(1):269.
73. **Feng Y, Feng Q, Yin S, Xu X, Song X, Qu H, Hu J.** Stress adaptation disorders play a role in rat gestational diabetes with oxidative stress and glucose transporter-4 expression. *Gynecological Endocrinology*, **2020**;1-5.
74. **Neel PB, Lazar J, Gireesh EV, Pande P, Pawar BKP, Malhotra J.** Study of Integrated Approach of Antenatal Care to improve the Gestational Age at Birth. *World*, **2018**; 2(1):1-10.
75. **Carskadon MA, Dement WC.** Normal human sleep: an overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, **2005**;4:13-23.
76. **Keskin N, Tamam L.** Uyku bozuklukları: sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2018**;27(2):241-260.

77. **Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Demirtaş A.** Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**; 8(2):60-70.
78. **Tsuno N, Besset A, Ritchie K.** Sleep and depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **2005**.
79. **Seker SE.** Maslow'un ihtiyaçlar piramidi (Maslow hierarchy of needs). *YBS Ansiklopedisi*, **2014**;1:35-37.
80. **Şahin L, Aşçıoğlu M.** Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**;22(1):93-98.
81. **Köybaşı EŞ, Oskay ÜY.** Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2017**; 59, 1-5.
82. **Kanda T, Miyazaki T, Yanagisawa M.** Imaging sleep and wakefulness. *In Make Life Visible, Springer, Singapore*. **2020**,169-178
83. **Ruch S, Henke K.** learning during sleep: a dream comes true? *Trends in Cognitive Sciences*. **2020**; 24(3):170-172
84. **Fasih U, Shaikh A.** Sleep: the stress buster. *Annals of Abbasi Shaheed Hospital and Karachi Medical & Dental College*, **2017**; 22(2), 140-141.
85. **Kostanoğlu A, Manzak AS, Şahin A.** Gebelerde fiziksel aktivite seviyesi ve uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, **2019**; 3:80-87.
86. **Çelik F, Mesut, KÖSE.** Gebelikte uyku kalitesinin trimester ile ilişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2017**;18(3), 85-88.
87. **Felder JN, Baer R J, Rand L, Jelliffe Pawlowski LL, Prather AA.** Sleep disorder diagnosis during pregnancy and risk of preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, **2017**; 130(3):573-581.
88. **Xu X, Liu D, Zhang Z, Sharma M, Zhao Y.** Sleep duration and quality in pregnant women: a cross-sectional survey in China. *International journal of environmental research and public health*, **2017**; 14(7):817.
89. **Özhüner Y, Çelik N.** Sleep quality and quality of life in pregnant. *Journal of Health Science and Profession*, **2019**; 6(1), 25-33.

90. **Gelaye B, Addae G, Neway B, Larrabure Torrealva GT, Qiu C, Stoner L, Williams MA.** Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, **2017**; 209:195-200.
91. **Selanik C.** *Müzik Sanatının Tarihsel Serüveni*, DorukYayıncılık. Ankara, **1996**.
92. **Uçan A.** *İnsan ve Müzik/İnsan ve Sanat Eğitimi*, Evrensel Yayınları Ankara, **2005**.
93. **Muhaddere N. Özerdim (Çev.).** *Konfüçyüs, Büyük Bilgi ve Müzik Hakkında Notlar*. Milli Eğitim Basımevi. Ankara,**1963**.
94. **Oransay G.** *Musiki Tarihi*, Yaykur Açık Öğretim Dairesi Yayınları. Ankara, **1976**.
95. **Soykan Ö.N.** *Kuram-Eylem Birliği Olarak Sanat, Schelling Felsefesinde Bir Araştırma*, Kabalcı Yayınevi Felsefe Dizisi. İstanbul,**1995**.
96. **İlyasoğlu E.** *Zaman İçinde Müzik*, Yapı Kredi Yayınları. İstanbul, **1999**.
97. **Nacakcı Z, Canbay A.** *Müzik Kültürü*. Pegem Akademi. **2015**.
98. **Martin K, Woods C, Shoaf R, Block SM, Kemper KJ.** Attitudes and expectations about music therapy for premature infants among staff in a neonatal intensive care unit. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, **2004**;10(2).
99. **Yücel H.** Türk İslam medeniyetinde müzikle tedavi yöntemlerinin uygulandığı şifahaneler: Amasya Darüşşifası. *Turan: Stratejik Araştırmalar Merkezi*, **2016**; 8(29):53.
100. **Evans D.** The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, **2002**;37(1), 8-18
101. **Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, Zhao Q.** Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, **2017**;35, 1-11.
102. **McAdams S, Matzkin D.** Similarity, invariance and musical variation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **2001**; 930(1):62-66.
103. **Gençel Ö.** Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **2006**;14(2):697-706.
104. **Ak AŞ.** *Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi*. Ötüken Yayıncılık, İstanbul, **2006**.

105. **Brust,JC.** Music and the neurologist. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **2001**;930(1):143-152.
106. **Schmidts R.** Music-therapy in dynamic psychiatry. *Dynamische Psychiatrie*, **1994**;27(3-4):220-231.
107. **MacRae A.** Should music be used therapeutically in occupational therapy?. *American Journal of Occupational Therapy*, **1992**;46(3), 275-277.
108. **Horowitz D.** The anxieties of affluence: Critiques of American consumer culture, 1939-1979. University of Massachusetts Press., **2004**.
109. **Zhao K, Bai ZG, Bo A, Chi I.** A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **2016**;31(11):1188-1198.
110. **Hernández Ruiz E.** Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters. *Journal of Music Therapy*, **2005**;42(2):140-158.
111. **Knight WE, Rickard NS.** Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *Journal of Music Therapy*, **2001**;38(4):254-272.
112. **Loui P, Patel A, Wong LM, Gaab N, Hanser SB, Schlaug G.** Music, sound, and health: a meeting of the minds in neurosciences and music. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **2018**;1423(1):7-9.
113. **Särkämö T, Altenmüller E, Rodríguez Fornells A, Peretz I.** Music, brain, and rehabilitation: emerging therapeutic applications and potential neural mechanisms. *Frontiers in human Neuroscience*, **2016**;10, 103.
114. **Vink A, Hanser S.** Music-based therapeutic interventions for people with dementia: a mini-review. *Medicines*, **2018**;5(4):109.
115. **Boşnak M, Kurt AH, Yaman S.** Beynimizin müzik fizyolojisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2017**;12(1):35-44.
116. **Karamızrak N.** Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, **2014**;17(1):54-57.

117. **Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, Kain, ZN.** Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesthesia & Analgesia*, **2002**; 94(6):1489-1494.
118. **Haun M, Mainous RO, Looney SW.** Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral Medicine*, **2001**;27(3):127-132.
119. **Palakanis KC, DeNobile JW, Sweeney WB, Blankenship CL.** Effect of music therapy on state anxiety in patients undergoing flexible sigmoidoscopy. *Diseases of The Colon & Rectum*, **1994**;37(5):478-481.
120. **Pratt RR.** Art, dance, and music therapy. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, **2004**;15(4): 827-841
121. **Vural Göher F.** *İslamiyetten Önce Türklerde Kültür ve Müzik*, Gece Kitaplığı, **2015**.
122. **Bonde LO, Wigram T.** A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training. *Jessica Kingsley Publishers*, **2002**.
123. **Turabi AH.** İbn Sina'nın Kitabü'ş-Şifası'nda Musiki. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2002**.
124. **Brooke SL.** Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies. Charles C Thomas Publisher, **2006**.
125. **Weldin C, Eagle C.** An historical overview of music medicine. applications of music medicine, Washington, DC: *National Association for Music Therapy*, **1991**;7-27.
126. **Güvenç RO.** Türklerde ve dünyada müzikle ruhi tedavinin tarihçesi ve günümüzdeki durumu. İstanbul Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora tezi, İstanbul, **1985**.
127. **Rogers P.** Music therapy research in europe: a context for the qualitative/ quantitative debate, *British Journal of Music Therapy*, **1995**; 2(9):P5 - P12.
128. **Davis WB.** Keeping the dream alive - profiles of 3 early 20th-century music *Therapists*, *Journal of Music Therapy*, **1993**; 30 (1): 34-45.
129. **Davis WB.** Music Therapy practice in new york city: a report from a panel of experts, *Journal of Music Therapy*, **1997**;34 (1): 68-81.

130. **Solomon AL.** A history of the journal-of-music-therapy - the 1st decade (1964–1973). *Journal of Music Therapy*, **1993**;30 (1): 3–33
131. **Sezer F.** Müzikle terapinin sınav kaygısı, öfke ve psikolojik belirtiler üzerindeki etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, **2009**.
132. **Kabalak AA.** Effect of music on palliative care patients: historical development of therapy with Turkish music. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, **2018**;1(3):146-154.
133. **Kipay SS.** Treatment with music during the *Old Turkish Period and Anatolia*. **2018**; 1-14.
134. **Güner SS.** Müziğin tedavideki yeri ve şekli. *Karadeniz Araştırmaları*, **2007**; (12):99-112.
135. **Altınölçek H.** Bir iletişim aracı olarak müzik ve müzikle tedavi yöntemleri, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. **1998**.
136. **Somakçı P.** Türklerde müzikle tedavi, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2003**; 2(15):131–140
137. **Haque A.** Psychology from Islamic perspective: contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. *Journal of Religion and Health*, **2004**; 43(4):357-377.
138. **Sabry WM, Vohra A.** Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*, **2013**;55(2): S205.
139. **Isgandarova N.** Music in Islamic spiritual care: a review of classical sources. *Religious Studies and Theology*, **2015**;34(1):101.
140. Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma (TÜMATA) 2019. Erişim: <https://www.tumata.com/tumata-tr/>. Erişim tarihi:15.09.2019
141. **Shehadi F.** Philosophies of music in medieval Islam (Vol. 67), **1995**. Brill. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=TklwnRTEYm4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Shehadi,+1995&ots=RDU8Mnc-MB&sig=Q3RINvfZP9gAdHuP2-tgufhhTQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Shehadi%2C%201995&f=false

142. **Sufie SNM, Sidik R.** What is medical music therapy in Islamic civilization? *International Journal of Business and Social Science*, **2017**;8(3).
143. **Erdal G, Erbaş İ.** Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifalarında Müzikle Tedavi. *Journal of History Culture and Art Research*, **2013**;2(1):1-19.
144. **Ayduz S.** Science and related institutions within the Ottoman administration during the classical period. *FST Journal*, **2004**;2-20.
145. **Sezer E, Atıcı E.** Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2010**;36(1):29-32.
146. **Rosario MK, Premji SS, Nyanza EC, Bouchal SR, Este D.** A qualitative study of pregnancy-related anxiety among women in Tanzania. *BMJ open*, **2017**;7(8), e016072.
147. **Akmeşe ZB, Oran NT.** Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **2014**;59(5):503-509.
148. **Garcia Gonzalez J, Ventura Miranda MI, Requena Mullor M, Parron Carreño T, Alarcon Rodriguez R.** State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *Journal of Affective Disorders*, **2018**; 232: 17-22.
149. **Çatalgöl Ş.** İndüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, **2013**.
150. **Surucu SG, Ozturk M, Vurğec BA, Alan S, Akbas M.** The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary therapies in clinical practice*, **2018**;30, 96-102.
151. **Liu, YH. Chang, MY. Chen, CH.** Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese First Time Mothers, *Journal of Clinical Nursing*, **2010**;19:1065-1072.
152. **Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z.** Comparison Between Massage And Music Therapies To Relieve The Severity Of Labor Pain. *Women Health*, **2010**;6:377-81.
153. **Sugishita K, Kitagawa M.** Promoting mother-to-baby attachment to prevent postpartum depression: an intervention study. *Women's Health*, **2019**;4(1):15-20.

154. **Kittithanesuan Y, Chiarakul S, Kaewkungwal J, Poovorawan Y.** Effect of music on immediately postpartum lactation by term mothers after giving birth: a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*, **2017**;100(8), 834-42.
155. **Varişoğlu Y, Satılmış İG.** Preterm doğumlarda anne sütünün artırılmasında alternatif bir yöntem: müzik terapi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2019**;5(2), 70-82.
156. **Gallagher A, Kring D, Whitley T.** Effects of yoga on anxiety and depression for high risk mothers on hospital bedrest. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2020**;38: 101079.
157. **Mamuk R, Davas Nİ.** Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, **2010**; 44:137-144
158. **Öztürk H.** Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi. (Doktora Tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, **2006**.
159. **Aydın R, Güven DY, Karahan N.** Sen de dinle: yüksek riskli gebeliklerde stresle baş etmede müzikle terapinin etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2019**;2(1):19-24.
160. **Öner N.** Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türk toplumunda geçerliği. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **1977**.
161. **Buysse,DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ.** Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*, **1991**;14(4):331-338.
162. **Böke K.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Alfa, **2014**.
163. **Akgül, A.** *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları"*. 3. Baskı, Ankara: Emek, **2005**.
164. **Gürbüz S, Şahin F.** *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. 2.Baskı, Ankara: Sözkese, **2015**.
165. **Oskay ÜY, Coşkun, A.** Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2012**; 11(2).

166. **Barber CC, Starkey NJ.** Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery*, **2015**;31(9):888-896.
167. **Paşalak Şİ.** Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. Doctoral dissertation, Koç University, **2016**.
168. **Baltacı N.** Yüksek riskli gebeliklerde ninninin anksiyete ve prenatal bağlanma üzerin etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, **2018**.
169. United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017), “World Population Prospects: The 2017 Revision Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
170. İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017. Genel Nüfus Sayımları. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi:10.10.2019
171. **Janighorban M, Allahdadian M, Mohamadi F, Dadkhah A, Eslami AA.** Need for consultation and training during bed rest in women with high risk pregnancy experience: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, **2016**; 4(5):1705-1714.
172. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/index.htm>. Erişim tarihi:16.09.2019
173. **Matenchuk B, Khurana R, Cai C, Boulé NG, Slater L, Davenport MH.** Prenatal bed rest in developed and developing regions: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, **2019**;7(3):E435-E445.
174. **Erginbas Kender E, Yuksel G, Ger C, Ozer, U.** Eating attitudes, depression and anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics and gynecology clinic. Dusunen Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **2015**;28(2), 119.
175. **Yanikkerem E, Çalım Sİ, Göker A, Koltan SO, Koyuncu F M.** Hiperemesis gravidarum’lu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**;1(4):269-283.
176. **Boyd E.** A convergent parallel mixed method study on the experience of coping during high-risk pregnancy and prescribed bed rest (Doctoral dissertation). In The Graduate School of Nursing Texas Woman’s University College of Nursing. Denton, Texas May **2019**.
177. **Martins PH, Duarte IPL, Leite CRVS, Cavalli RC, Marcolin AC, Duarte G.** Influence of religiosity on situational coping scores in women with malformed fetüses. *Journal of religion and health*, **2019**;1-13.

178. **Irani M, Khadivzadeh T, Asghari Nekah SM, Ebrahimipour H.** Coping strategies of pregnant women with detected fetal anomalies in Iran: a qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, **2019**;24(3), 227.
179. **Düzgün AA, Ege E.** Effects of relaxation exercises on the ways of coping with stress and anxiety level in primiparous pregnant women diagnosed with preterm labor. *Journal of Human Sciences*, **2017**;14(4), 3158-3166.
180. **Gallo AM, Lee KA.** Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **2008**;37(6):715-721.
181. **Lee KA, Gay, CL.** Improving sleep for hospitalized antepartum patients: a non-randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, **2017**;13(12):1445-1453.
182. **Özkan SA, Rathfisch G.** The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2018**; 32:79-84.
183. **Lafçı D, Öztunç G.** The effect of music on the sleep quality of breast cancer patients. *International Journal of Caring Sciences*, **2015**;8(3), 633.
184. **Türüng Bobar F.** Müziğin meme kanserli hastalarda anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi (Master's thesis), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, **2019**.
185. **Öztürk DM, Yılmaz A, Müsüroğlu S, Sevinç S, Akcan B.** Son trimesterdeki gebelerin uyku kalitelerinin ve uyku problemlerine karşı başatme yöntemlerinin belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2019**;10(3): 212-216
186. **Chegeni PS, Gholami M, Azargoon A, Pour AH, Birjandi M, Hamed N.**The effect of progressive muscle relaxation on the management of fatigue and quality of sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2018**;31:64-70.
187. **Aksu NT, Erdogan A, Ozgur N.** Effects of progressive muscle relaxation training on sleep and quality of life in patients with pulmonary resection. *Sleep and Breathing*, **2018**;22(3):695-702.
188. **Hu HY, Yanping PL, Zhanyu M.** Effects of cognitive behavioral therapy on insomnia of maintenance hemodialysis patients. *Cell Biochemistry and Biophysics*, **2014**;69(3):531-537.

EKLER

EK-1. Gebe Tanıtım Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tüm bilgiler bilimsel değerlendirme dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....

2. Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar

3. Eğitim durumunuz:

() Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlköğretim
() Ortaokul () Lise () Üniversite ve ↑

4. Eşinizin eğitim durumu:

() Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlköğretim
() Ortaokul () Lise () Üniversite ve ↑

5. Çalışma durumunuz:

() Çalışmıyor ()Emekli () İşçi
() Memur () Serbest meslek () Diğer

6. Eşinizin çalışma durumu:

() Çalışmıyor ()Emekli () İşçi
() Memur () Serbest meslek () Diğer

7. Gelir durumunuz:

()Gelir giderden düşük ()Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

8. Aile tipiniz: ()Çekirdek Aile ()Geniş Aile ()Parçalanmış Aile
9. Sosyal güvenceniz var mı? ()Evet () Hayır
10. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? ()Evet () Hayır
11. Toplam gebelik sayınız:.....
12. Doğum sayısı:.....
13. Düşük/Küretaj sayısı:.....
14. Ölü doğum sayısı:.....
15. Yaşayan çocuk sayısı:.....
16. Şuan ki gebelik haftanız:.....
17. Hastaneye yatış tanınız:.....
18. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?
19. Hastanede yatma (yatak istirahati) nedeni ile ilgili endişeleriniz var mı? ()Evet ()
Hayır
20. Hastanede yatma nedeni ile ilgili endişeleriniz nelerdir?
- () Yalnız başıma uyuma () Evden ve ailemden uzak olma
- () Hastalığının bebeğime zarar vermesi () Bağımsız hareket edememe
- () Diğer.....

Hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerinizle baş etmede bildiğiniz

yöntemler nelerdir?

21. Egzersizler (gevşeme, solunum, fiziksel vb.) ()Evet () Hayır
22. Hayal kurma ()Evet () Hayır
23. Müzik dinleme ()Evet () Hayır
24. Kitap okuma ()Evet () Hayır
25. Masaj ()Evet () Hayır

26. Diğer.....

**Hastanedeki yatak istirahati sürecinde endişelerinizle baş etmede hangi yöntemleri
kullandınız?**

27. Egzersizler (gevşeme, solunum, fiziksel vb.) Evet Hayır

28. Hayal kurma Evet Hayır

29. Müzik dinleme Evet Hayır

30. Kitap okuma Evet Hayır

31. Masaj Evet Hayır

32. Diğer.....

33. Hastaneye yatmadan önce günlük ortalama kaç saat
uyuyordunuz?.....

34. Hastaneye yattıktan sonra günlük ortalama kaç saat
uyuyorsunuz?.....

Hastaneye yattıktan sonra uyku düzeninizde ne tür değişiklikler oldu?

35. Uykuya dalmada zorlanma Evet Hayır

36. Yeterince dinleneme Evet Hayır

37. Kötü rüyalar görme Evet Hayır

38. Sık aralıklarla uyanma Evet Hayır

39. Daha erken uyanma Evet Hayır

40. Sizce uyku sorunu yaşama nedeniniz nedir?.....

Uyku sorunu ile baş edebilmek için neler yaptınız?

41. Kitap okudum Evet Hayır

42. Müzik dinledim Evet Hayır

43. TV izledim Evet Hayır
44. Ilık duş aldım Evet Hayır
45. Ilık süt içtim Evet Hayır
46. Bitki çayı içtim Evet Hayır
47. Bir şey yapmadım Evet Hayır
- Diğer.....



EK-2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri- I

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri-II

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Aşağıdaki sorular yalnızca son bir haftaki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız son bir hafta içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geceleri genellikle ne zaman yattınız?

Son bir hafta:.....saat

Hastalık öncesi:..... saat

2. Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

Son bir hafta :.....dakika

Hastalık öncesi:.....dakika

3. Sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

Son bir hafta:..... saat

Hastalık öncesi:..... saat

4. Geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Son bir hafta:..... saat

Hastalık öncesi:..... saat

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

5. Geçen hafta, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

a. 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?				Son bir hafta
<input type="checkbox"/> hiç	<input type="checkbox"/> haftada birden az	<input type="checkbox"/> haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> haftada üç veya daha fazla	()
b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandıığınız oluyor mu?				()
<input type="checkbox"/> hiç	<input type="checkbox"/> haftada birden az	<input type="checkbox"/> haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> haftada üç veya daha fazla	
c. Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?				()
<input type="checkbox"/> hiç	<input type="checkbox"/> haftada birden az	<input type="checkbox"/> haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> haftada üç veya daha fazla	

d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	
e. Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	
f. Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	
g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	
h.Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	
i.Ağrı duyduğunuz oluyor mu?				()
{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla	

6. Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

{ }Çok iyi

{ }Oldukça iyi

{ }Oldukça kötü

{ }Çok kötü

7. Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?

{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla
--------	----------------------	-----------------------------	-------------------------------

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

{ }hiç	{ }haftada birden az	{ }haftada bir veya iki kez	{ }haftada üç veya daha fazla
--------	----------------------	-----------------------------	-------------------------------

9. Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

{ }Hiç problem oluşturmadı.

{ }Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.

{ }Bir dereceye kadar problem oluşturdu.

{ }Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Eşiniz veya oda arkadaşınız var mı?

{ } Eşim veya oda arkadaşım yok

{ } Başka odada uyuyan arkadaş var

{ } Aynı odada uyuyan ama aynı yatakta değil

{ } Eşim var

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorucuz?

a. Gürültülü horlama oldu mu?				Son bir hafta
{ } hiç	{ } haftada birden az	{ } haftada bir veya iki kez	{ } haftada üç veya daha fazla	()
b. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar oldu mu?				()
{ } hiç	{ } haftada birden az	{ } haftada bir veya iki kez	{ } haftada üç veya daha fazla	
c. Uyurken bacaklarında seğirme veya sıçrama oluyor mu?				()
{ } hiç	{ } haftada birden az	{ } haftada bir veya iki kez	{ } haftada üç veya daha fazla	
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?				()
{ } hiç	{ } haftada birden az	{ } haftada bir veya iki kez	{ } haftada üç veya daha fazla	
e. Uyurken olan diğer huzursuzluklar neler?				()

EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma, hastanede yatak istirahatindeki riskli gebelerde anksiyete ve uyku kalitesi üzerine müziğin etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Kliniği'ne yatışı yapılan riskli gebeler katılacaktır.

Çalışmamızda kura yöntemi ile belirleyeceğimiz kontrol veya örneklem grubuna dahil olma durumuna göre kaygınızı azaltmak ve uyku kalitenizi arttırmak amacıyla sizlerden kulaklık ile Acemaşiran makamındaki müziği 40 dakika süreyle öğle ve akşam olmak üzere günde 2 kez, ardışık 3 gün boyunca dinlemenizi istenecektir. Uygulamanın (müzik dinleme) tıbbi olarak herhangi bir riski yoktur. Çalışmada öncelikle genel sağlık ve doğurganlık bilgilerinizi içeren tanılama formu uygulanacak ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri üzerinden o andaki ve genel anksiyete düzeyinizi değerlendirmeniz istenecektir. Bu işlemleri takiben uyku kalitenizi belirlemek amacıyla Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi uygulanacaktır. Araştırmanın 3. günün akşam seansından 2 saat sonra Durumluk Anksiyete Ölçeği ile anksiyete düzeyleri ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile de uyku kalitelerinin tekrar değerlendirilmesi yapılacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı ve çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir ceza ya da yaptırıma maruz kalmaksızın onayınızı çekmek veya reddetmek hakkına sahipsiniz. Araştırma karşılığında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ, Arş. Gör. Cemile ONAT KÖROĞLU
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı, Tarih, İmza

EK-6. Etik Kurul

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
65	2 Haziran 2017

KARAR NO 22- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde, Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü yönetiminde, Araş. Gör. Cemile Onat Köroğlu tarafından yürütülmesi öngörülen, "Hastanede Yatak İstirahatindeki Riskli Gebelerde Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Müziğin Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-7. Hastane İzin Yazısı

Tarih ve Sayı: 24/07/2017-E.31069



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 18649120-622.03/
Konu : Tez Çalışması (Doç.Dr.Şule
GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ)

Sayın Doç.Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Ç.Ü.

İlgi : Bila 04/07/2017 tarihli, Bila sayılı ve "Tez Çalışması" konulu yazı,

"Hastanede Yatak İstirahatindeki Riskli Gebelerde Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerinde Müziği Etkisinin Belirlenmesi"başlıklı lisans tez çalışmasını 15/09/2017-15/09/2018 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Kliniğinde Uzm.Dr.Mete SUCU'nun denetiminde yüksek lisans tez çalışması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Rıza Dinçer YILDIZDAŞ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Cemile Onat Koroğlu, 1991 yılında Konya/Ereğli’de doğdu. İlkokulu Kazım Karabekir İlkokulu’nda, ortaokulu Şehit Kamil Atalay Ortaokulu’nda, lise eğitimini Ereğli Anadolu Lisesi’nde 2008 yılında tamamladı. 2009 yılında Mersin Üniversitesi İcel Sağlık Yüksekokulu’nda başladığı Ebelik lisans eğitimini 2013 yılında tamamlayıp, 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

Çalışma hayatına lisans eğitimini tamamladıktan hemen sonra Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Ebelik Bölümü’nde Araştırma Görevlisi olarak başladı. 2014 yılından bu yana Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Ebelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir. Eğitimi ile ilgili çeşitli seminer, konferans, kongre, kurs ve yurt dışı eğitimlere katılmakta ve yabancı dili İngilizce’dir.