



**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBE KADINLARIN UYKU SORUNLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

HATİCE YEŞİLKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS- 2018

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBE KADINLARIN UYKU SORUNLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

HATİCE YEŞİLKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

SİVAS-2018

“Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Danışman)

Üye Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

Üye Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR

ONAY

Bu tez çalışması, 28.12.2018 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

YÖNERGE

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır

ÖZET

GEBE KADINLARIN UYKU SORUNLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Hatice YEŞİLKAYA

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2018, 77 sayfa

Kadın yaşamının dönüm noktalarından biri olan gebelik, biyo psikosoyal değişimlerin yaşandığı ve kadının bu değişimlere sağlıklı bir şekilde uyum yapmasını gerektiren gelişimsel bir olaydır. Sağlıklı çoğu kadın gebelikte meydana gelen değişimleri tolere edebilirken, bazı kadınlar hastanede yatmalarını gerektirmeyen ancak günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilecek sorunlar yaşamaktadır. Uyku sorunları bunlardan biridir. Uyku sorunları dahil gebelikte yaşanan rahatsızlıkları en aza indirmek için kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve uygulaması önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem anne adayının sağlığının korunması ve sürdürülmesi hem fetüsün sağlığı için temel oluşturacaktır. Bu noktadan hareketle araştırma; gebe kadınların uyku sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısı, evrenin belirli olduğu durumlarda olayın sıklığı incelenmek istendiğinde kullanılan formül yardımıyla hesaplanmış ($N=3728$, $p=0.50$, $q=0.50$, $d=0,05$, $t=1,96$) ve 349 olarak bulunmuştur. Belirlenen sayıdaki örneklem hastanenin Kadın Doğum Polikliniğine gebelik kontrolü için başvuran 8. ile 40. haftalar arasında olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar arasından seçilmiştir.

Araştırmanın verileri Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-2), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) (EK-3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (EK-4) ile toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 20,0 programında değerlendirilmiştir.

Sayımla elde edilen veriler frekans dağılımı, ölçümle edilen veriler ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde bağımsız gruplara t testi, Mann-Whitney U testi, Varyans analizi, Kruskall Wallis varyans analizi, ki-kare testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalaması $28,34\pm 5,86$ olup, %26,6'sı üniversite mezunu, %84,5'i çalışmamakta, %65'i il merkezinde ve %80,5'i çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %47,3'ü üçüncü trimestirdedir ve %28,9'unun gebeliği plansızdır. UŞİ sonuçlarına göre kadınların %51,6'sının klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır. Kadınların toplam PUKİ puanı $7,16\pm 3,96$ olarak belirlenmiştir ve ölçeğin kesme noktasına göre %59'unun uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur. İlk trimestirde olan kadınların %51,7'sinin, ikinci trimestirde olan kadınların %44,5'inin ve son trimestirde olanların %73,9'unun uyku kalitesi kötü olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Önceki gebeliklerinde uyku sorunu yaşayan kadınların %75,3'ünün uyku kalitesi kötü iken yaşamayanların %50,6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların yaş, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu, gebeliğin planlı olması, gravida, gebelikte sağlık sorunu yaşama ve fetüsle ilgili sağlık sorunu olma durumuna göre uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kadınların SYBDÖ II toplam puan ortalaması $124,95\pm 20,13$ olarak belirlenmiştir. Gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması incelendiğinde aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu ve yaşanan yere göre SYBDÖ II puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması karşılaştırdığında ise planlı gebeliği olanların olmayanlara göre, primigravidaların multigravidalara göre ve gebelik öncesi sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların uyku kalitesine göre SDYBÖ II puan ortalaması incelendiğinde stres yönetimi alt boyutu puan ortalamasının uyku kalitesi kötü olan kadınlarda ($17,97\pm 4,17$), uyku kalitesi iyi olan kadınlardan ($19,25\pm 4,31$) anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

($p < 0,05$). Kadınların uyku kalitesine göre SYBDÖ II toplam ve diğer alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar gebelerin yarıya yakınında uykusuzluk sorunu olduğu ve yarısından fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermiştir. Gebelik trimestiri ve önceki gebeliğinde uyku sorunu yaşamış olma mevcut gebelikteki uyku kalitesini etkilemektedir. Kadınların SYBDÖ II puan ortalaması orta düzeyde olup, çekirdek ailede yaşayan, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip, çalışan, il / ilçede yaşayan, geliri giderine denk ya da fazla olan, gebeliğini planlayan, primigravida olan ve gebelik öncesi sağlık kontrolü yaptıran kadınların puan ortalaması daha yüksektir. Bu sonuçlar doğrultusunda gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik programların düzenlenmesi, özellikle stres yönetimi konusuna önem verilmesi, ilk ve son trimestirde olan ve uykusuzluk sorunu öyküsü olan kadınların uyku sorunları açısından öncelikli olarak ele alınması önerilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, uyku kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Determination of Sleep Problems and Healthy Lifestyle Behaviours of Pregnant Women

Hatice YEŞİLKAYA

Master`s Thesis

Department of Obstetrics and Gynaecology Nursing, Cumhuriyet University

Advisor: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2018, 77 pages

Pregnancy is one of the most important milestones of women's life which is a developmental phenomenon that requires biopsychosocial changes and requires women to adapt to these changes in a healthy way. While most healthy women can tolerate changes that occur during the pregnancy, some women experience problems that do not require hospitalization but may adversely affect their daily life activities. Sleep problem is one of these problems that are mentioned in the previous sentence. In order to minimize the inconvenience experience during the pregnancy, including sleep problems, it is important that women adopt and practice healthy lifestyle behaviours. Healthy lifestyle behaviours will be the basis for both the protection and maintenance of the health of the mother and the health of the fetus. From this point of research; the aim of this study was to determine the sleep problems and healthy lifestyle behaviours of pregnant women.

The population of the study consisted of pregnant women who applied to Cumhuriyet University, Health Services Application and Research Hospital Obstetrics and Gynaecology Clinic. When it is desired to examine the frequency of the event and when the universe is specific, the number of women to be taken into the sample of the study is calculated by using the formula ($N=3728$, $p=0,50$, $q=0,50$, $d=0,05$, $t=1,96$) and the result is found as 349. The determined number of samples were selected from the pregnant women between 8th and 40th weeks who applied for pregnancy control at the Obstetrics and Gynaecology Clinic of the hospital and agreed to participate in the study.

The data of the study were collected with The Descriptive Characteristics Form of the Pregnant Women (Appendix-1), The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) (Appendix-2), The Insomnia Severity Index (ISI) (Appendix-3), and Healthy Lifestyle Behaviour Scale II (Appendix-4). The data were evaluated in computing environment

by using SPSS 20,0 program. The data that were obtained by counting were given by frequency distribution, and the data that were obtained by measurement were shown by mean and standard deviation. The normal distribution of the data that were obtained by measurement was evaluated with Kolmogorov-Smirnov test. T test, Mann-Whitney U test, Variance Analysis, Kruskal Wallis Variance analysis and Chi-Square Test were used for statistical analysis of the data and independent groups. Statistical significance level was considered to be $p < 0.05$.

The mean age of the pregnant women participate in the study is $28,34 \pm 5,86$, 26,6 % of them are university graduates, 84,5% of them do not work, 65% of them are in the city centre and 80,5% of them lived in the nuclear family. 47,3% of the women are in the third trimester and 28,9% of them have unplanned pregnancy. According to the results of the ISI, 51,6% of women experienced clinically insignificant insomnia. The total PSQI score of women was determined as $7,16 \pm 3,96$ and according to the point of cutting the scale it was found that 59% of women had poor sleep quality. 51,7% of women in the first trimester, 44,5% of women in the second trimester and 73,9% of women in the last trimester had poor sleep quality, so, it was determined that the difference between the groups was statistically significant ($p < 0,05$). While 75,3% of the women who had sleep problems in their previous pregnancies had bad sleep quality, the other 50,6% of women who did not live sleep problems, also they had poor sleep quality that's way it was determined that the difference between the groups was statistically significant ($p < 0,05$). Women age, family type, employment status, income level, education status, planning of pregnancy, gravidity, health problems during pregnancy and health problems related to fetus was determined to be not a meaningful difference between sleep quality ($p > 0,05$). The mean total Healthy Lifestyle Behaviour Scale II score of women was determined to be $124,95 \pm 20,13$. According to some individual characteristics of pregnant women, it was determined that there was a statistically significant difference between the mean type of Healthy Lifestyle Behaviour Scale II in terms of family type, working status, income level, education level and place of residence ($p < 0,05$). According to some obstetric characteristics of pregnant women, when the mean total Healthy Lifestyle Behaviour Scale II score is compared, the women who are planned pregnancies rather than the women who are not unplanned pregnancies, the women who are primigravida rather than the women who are multigravida and the women who have pre-pregnancy check-up rather than the

women who don't have pre-pregnancy check-up, it is stated that the women who do healthy techniques and activities are higher mean score than those who do not ($p < 0,05$). When the mean score of Healthy Lifestyle Behaviour Scale II was examined according to the sleep quality of women, it was found that ($p < 0,05$) the average of the stress management sub-dimension score was significantly lower in women with poor sleep quality ($17,97 \pm 4,17$) than in women with good sleep quality ($19,25 \pm 4,31$). It was conducted that according to the sleep quality of women, there was no significant difference between the total Healthy Lifestyle Behaviour Scale II and other sub-dimension mean scores.

The results obtained from this study showed that half of the pregnant women had insomnia problem and more than half of them had poor sleep quality. Pregnancy trimester and experiencing sleep problems in the previous pregnancy affect the sleep quality in the current pregnancy. Healthy Lifestyle Behaviour Scale II is the mean score of the women, on the other hand the women who have a high level of education and higher levels of education, working in the province / district, living in the province / district, equivalent to or exceeding the income, planning the pregnancy, primigravida and having pre-pregnancy health, have a higher average score. In line with these results, it is recommended that programs are organized to aim at developing healthy lifestyle behaviours of pregnant women, especially to attach importance to stress management, to treat women who are at the first and the last trimester and the women who have a history of insomnia in terms of sleep problems are considered as priority issues.

Key words: Pregnancy, the quality of sleep, healthy lifestyle behaviours

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın konusunun belirlenmesi, çalışmanın planlanması, sürdürölmesi ve yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana önderlik eden, gösterdiği ilgi, ayırdığı kıymetli zamanı ve anlayışı için danışman hocam Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na,

Çalıőmam sırasında bana destek olan eőime, tüm dostlarıma ve arkadaşlarıma,

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...



İÇİNDEKİLER

YÖNERGE	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR	x
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR/ SİMGELER.....	xv
1.GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	6
1.3 Araştırmada Cevap Aranılan Sorular	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1 Uykunun Tanımı ve Önemi.....	8
2.2 Uyku Tıbbı Tarihçesi	8
2.3 Uykunun Özellikleri ve Fizyolojisi.....	10
2.4 Uykunun Evreleri	10
2.4.1 Non REM Dönemi.....	11
2.4.2 REM Dönemi	11
2.5 Uyanıklık ve Uyku Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)	11
2.6 Uyku Kalitesi	12
2.7 Gebelik ve Uyku	13
2.8 Gebelik ve Uyku Bozuklukları.....	14
2.8.1 Gebelik ve İnomnia.....	14
2.8.2 Gebelik ve Parasomnia.....	14
2.8.3 Gebelik ve Huzursuz Bacak Sendromu.....	15
2.8.4 Gebelik ve Uykuda Solunumsal Rahatsızlıklar	16

2.8.4.1 Gebelik ve Obstrüktif Abne Sendromu	16
2.8.4.2 Horlama	16
2.9 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	17
2.10.1 Beslenme	18
2.10.2 Fiziksel Aktivite	20
2.10.3 Manevi Gelişim	22
2.10.4 Kişiler Arası İlişkiler	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1 Araştırmanın Şekli	28
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.4 Veri toplama Araçları.....	29
3.4.1 Gebe Kadınları Tanıtıcı Özellikler Formu:	29
3.4.2 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):	29
3.4.3 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi:	30
3.4.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II:	30
3.5 Araştırmanın Ön Uygulaması	30
3.6 Veri Toplama Formlarının Uygulanması	31
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2 Öneriler	52
KAYNAKÇA.....	53
EKLER	65

EK-1. Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri.....	65
EK-2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	67
EK-3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi.....	69
EK-4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	70
EK- 5. C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu	72
EK-6. Etik Kurul Raporu	74
EK- 7. Hastane Veri Toplama İzni.....	76
ÖZGEÇMİŞ	77



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 2. Gebe Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları.....	33
Tablo 3. Gebe Kadınların Şuandaki Sağlık Durumuna ve Gebeliğine Ait Bulguların Dağılımı.....	34
Tablo 4. Gebe Kadınların Şu Anda Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Dağılımı	35
Tablo 5. Gebe Kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçlarına Göre Dağılımı	35
Tablo 6. Gebe Kadınların PUKİ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması	36
Tablo 7. Gebe Kadınların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 8. Gebe Kadınların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı.....	37
Tablo 9. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı.....	38
Tablo 10. Gebe Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 11. Gebe Kadınların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre SYBDÖ II Puan Ortalaması	40
Tablo 12. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre SYBDÖ II Puan Ortalaması	41
Tablo 13. Uyku Kalitesi İyi ve Kötü Olan Gebe Kadınların SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması	42
Tablo 14. Kadınların UŞİ ve SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	42

KISALTMALAR/ SİMGELER

AASM	American Academy of Sleep Medicine
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
CRH	Corticotropin Relaozing Hormon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroansefalografi
HBS	Huzursuz Bacak Sendromu
MÖ	Milattan Önce
NREM	Non Rapid Eye Movement-Hızlı olmayan göz hareketleri
OUAS	Obstruktif Uyku Apne Sendromu
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
REM	Rapid Eye Movement- Hızlı göz hareketleri
SKN	Subrakiyazmatik Nükleus
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UAS	Uyku Apne Sendromu
UŞİ	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi
VLPO	Ventrolateral Preoptik Çekirdek
Yüzde	%
Büyük	>
Küçük	<
Pozitif	+

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın yaşamının dönüm noktalarından biri olan gebelik biyo psikosoyal değişimlerin yaşandığı ve kadının bu değişimlere sağlıklı bir şekilde uyum yapmasını gerektiren gelişimsel bir olaydır. Bu değişimlerin çoğu gebelik hormonlarına, büyüyen uterusun ve diğer dokuların komşu organlara mekanik baskısına bağlıdır (Yanikkerem ve ark., 2006; Çoban ve Yanikkerem, 2010; Arabacıoğlu, 2012; Pınar ve ark., 2014). Gebelik süresince üreme sistemi başta olmak üzere tüm sistemlerde oluşan değişimlerin amacı fetüsün büyüme ve gelişimini sağlamak, anneyi doğuma ve laktasyona hazırlamaktır. Sağlıklı çoğu kadın gebelikte meydana gelen değişimleri tolere edebilirken, bazı kadınlar hastanede yatmalarını gerektirmeyen, ancak günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilecek rahatsızlıklar yaşayabilmektedir (Taşkın, 2009; Murray ve McKinney, 2010). Yapılan çalışmalar gebe kadınların sıklıkla postüral değişimlere bağlı ağrı ve rahatsızlık (Akyüz ve Bayındır, 2013), bağlı bacak krampları (Çetin ve ark., 2017), bulantı, mide yanması, kabızlık gibi gastrointestinal şikayetler (Özkan ve Arslan, 2007) yaşadıklarını göstermektedir. Hem gebelikte oluşan fizyolojik değişimler hem de yaşanan rahatsızlıklara bağlı çoğu gebe kadının yaşadığı diğer önemli bir problem ise uyku sorunlarıdır.

Gebelik sürecinde; fizyolojik, hormonal, psikolojik ve mekanik değişikliklere bağlı uyku örüntüsü ve kalitesinde önemli farklılıklar meydana gelmektedir (Miller ve ark., 2012; Köybaşı, 2013; Kabil Kucur, 2015). Gestasyonun 10. haftasından itibaren uyku örüntüsünün değişmeye başladığı bildirilmektedir. Çünkü bu haftalardan itibaren yükselme eğilimine giren progesteronun uyku getirici ve rahatlatıcı etkileri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca progesteronun termojenik etkisi ile vücut ısısı, üriner düz kaslar üzerine uyarıcı etkileri nedeniyle de idrara çıkma sıklığı artar. Bu değişimler uyku örüntüsünü de etkilemektedir. Bununla birlikte östrojen, büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, kortizol, tiroid- stimulan hormon gibi hormonlar gebeliğin seyrini ve uyku yapısını etkilemektedir. Örneğin progesteron non-REM uykusunu arttırmakta, östrojen ise REM uykusunu azaltmaktadır. Yine gebeliğin ilk haftalarında bulantı, kusma, kasık ağrısı ve göğüslerde gerginlik nedeniyle uyku kalitesinde bozulma yaşanabilmektedir (Lee ve ark., 2000; Sharma ve Franco, 2004; Pien ve Schwab, 2004; Sarınc Ulaşlı ve

Ünlü, 2014; Çelikgöz, 2015). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ise büyüyen fetüsün diyafragma basısı sonucu ortaya çıkan solunum sıkıntısı, horlama ve obstrüktif uyku apne sendromu gibi solunum sistemi rahatsızlıkları (Şahin ve ark., 2008; Ursavaş ve Karadağ, 2009; Aslan ve Bozdemir, 2013), büyüyen uterusun mesaneye olan basısı nedeniyle sık idrara çıkma, noktüri, bacak krampları, sırt ağrısı gibi sebeplerden dolayı gebe kadının uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Sharma ve Franco, 2004; Taşkiran, 2011; Soares de Sousa ve ark., 2015). Ayrıca gebelik huzursuz bacak sendromunun oluşumu ve gelişimi için görülme sıklığını arttırıcı bir faktörü olarak görülmekte (Şahin ve ark., 2007) ve gebelikte huzursuz bacak sendromuna bağlı olarak uyku kalitesi de olumsuz etkilenmektedir (Hensley, 2009; Çakmak ve ark., 2014).

Gebelerde uyku kalitesini, fizyolojik ve mekanik etmenlerin yanı sıra; yaş, parite, ekonomik durum, obezite, sistemik hastalıklar, madde kullanımı, stres gibi durumlar da etkileyebilmektedir (Taşkiran, 2009). Facco ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada genç ve nullipar gebelerin uyku sorunlarının arttığı bulunmuştur. Yine Signal ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada da nullipar gebelerin uyku kalitesinin multipar gebelere göre daha kötü olduğu bildirilmiştir. Uyku ve uyku kalitesini etkileyen diğer bir değişkenin gebelerin fiziksel aktivite düzeyi olduğu düşünülmektedir. Fiziksel aktivitenin, sağlıklı yetişkinlerde daha iyi bir uyku kalitesi ve daha az uyku bozukluğuyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Borodulin ve ark., 2010).

Gebelik sürecinde uyku sorunları ve uyku kalitesi ile ilgili yapılan çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte, yapılan çalışmalarda gebelerin uyku kalitesinin genellikle bozuk olduğu bulunmuştur. Taşkiran'ın (2011) yaptığı bir araştırmada gebelerin %86'sının, Çoban ve Yanikkerem'i (2010) yaptıkları çalışmada gebelerin %54'ünün, Çelikgöz'ün (2015) yaptığı çalışmada gebelerin %68'inin, Mindell ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada ise; gebelerin %76'sının uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir. Oysa kaliteli ve yeterli uyku hem annenin hem de fetüsün sağlığı için önemlidir. Zafarghandi ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları bir çalışmada uyku kalitesi ve süresi iyi olan primigravidaların doğum sürelerinin daha kısa olduğu, bebeklerin apgar skorlarının >9 ve doğum ağırlıklarının >2500g olduğu bulunmuştur. Eftati-Daryani ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir çalışmada ise yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında yatsınamaz bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Diğer taraftan uyku kalitesi kötü olan ve uyku rahatsızlıkları yaşayan gebelerde ve postpartum kadınlarda bazı sorunların ortaya çıktığını gösteren çalışmalar da vardır. Örneğin Wu ve arkadaşlarının

(2014) üçüncü trimesterdeki gebelerle yaptıkları bir çalışmada kötü uyku kalitesinin postpartum depresyon için bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Yine Park ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bir çalışmada bu veriyi destekler niteliktedir. Galeye ve arkadaşlarının (2017) 24- 28. hafta arasında olan 1298 tane gebe kadınla yaptıkları bir çalışmada ise kötü uyku kalitesinin antepartum depresyon ve intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yine Sharma ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları bir çalışmada uyku rahatsızlıkları, özellikle horlama sorunu yaşayan gebe kadınların gestasyonel hipertansiyon ve sezeryan doğum oranlarının arttığı bildirilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışmada da uyku kalitesi kötü olan gebelerin algıladıkları stres oranı yüksek bulunmuştur. Bat-Pitault ve arkadaşları (2015) yaptıkları bir çalışmada, gebelikte uyku sorunları yaşayan kadınların postpartum depresif semptom görülme oranlarında artma saptamışlardır. Okun ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada ise uyku kalitesinin kötü olmasının preterm doğum riskini arttırdığı ifade edilmiştir.

Yukarıda verilen araştırma sonuçlarından da anlaşılacağı gibi, gebelikte uyku sorunları oldukça yaygındır. Ancak gebelikte uyku sorunlarının sağlık profesyonellerinin farkında oldukları ve yeterince önem verdikleri bir durum olmadığı düşünülmektedir. Nitekim uyku sorunları antenatal bakım kapsamında sorgulanan ya da çözümüne yönelik danışmanlık yapılan bir konu değildir. Oysa anne adayının sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesinde uyku sorunlarının en aza indirgenmesi ve\veya giderilmesi uyku kalitesinin artırılması önemli rol oynamaktadır. Bunun için yalnızca uyku değil, gebelik sürecinin sağlıklı bir şekilde geçirilmesini etkileyebilecek diğer sağlık davranışlarının da bir bütün olarak değerlendirilmesi ve geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca beslenme, egzersiz, stresle baş etme gibi sağlık davranışları genel sağlığın yanı sıra uyku kalitesini etkileyen bir değişken olabilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen bütün davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uyan davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Pender ve ark, 1992). Sağlığı geliştiren davranışlar, kişinin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmesini sağlayan davranışları kapsar. Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimiyle sağlıklı olma arasında önemli bir bağ vardır. Örneğin Tan ve arkadaşlarının (2018), 20-85 yaşlar arasında 790 kişi ile yaptıkları bir

çalışmada dinlendirici uykunun fiziksel aktivitenin ve meyve ve sebze tüketiminin uyku kalitesi ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Yine Pınar ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışmada uyku kalitesi ile algılanan stres arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, bireylerin uyku kaliteleri kötüleştikçe algıladıkları stresin de arttığı saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hastalıkların oluşmasını önlemenin ve ölümleri azaltmanın yanında bireyin mevcut sağlık durumunun devamlılığını da sağlar. Çünkü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen ve uygulayan bireyler kendi sağlıkları üzerinde otokontrolü sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmırlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, hayatının vazgeçilmezleri haline getiren birey, sağlıklı olabildiği gibi, sağlık durumunu daha istendik bir seviyeye getirebilir. Bu sebeple, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve devamlılığının sağlanması sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temeli olduğu düşünülmektedir (Ertop ve ark., 2012). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi içerir (Pender ve ark., 1992; İlhan ve ark., 2010; Türkol ve Güneş, 2012).

Yapılan bazı araştırmalarda kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istendik düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin Bilgili ve Ayaz'ın (2009), 15 yaş üstü 356 evli kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $112,2 \pm 19,4$ olarak bulunmuştur ve kadınların genel puan ortalamasının istendik düzeyde olmadığı ifade edilmiştir. Yine benzer bir şekilde, Altıparmak ve Kutlu'nun (2009), 15-49 yaş arası 350 kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için yaptıkları bir çalışmada ise, SYBDÖ toplam puan ortalaması $112,7 \pm 20,8$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar bize kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlar düzeylerinin yeterli ve istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlığı için yaşamın her döneminde önemlidir. Ancak kadın yaşamının çok özel bir dönemi olan gebelik döneminde önemi bir o kadar artmaktadır. Çünkü sağlıklı geçirilen bir gebelik dönemi hem anne adayının sağlığının korunması ve sürdürülmesi hem fetüsün sağlığı için temel oluşturacaktır (Sözeri ve ark., 2006). Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren araştırmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte, araştırmalarda genellikle

SYBD ölçeği puan ortalamalarının istendik düzeyde olmadığı görölmektedir. Örneğin Aksoy ve arkadaşlarının (2017) normal ve riskli gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği araştırmalarında gebelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması normal gebelerde $117,27 \pm 24,24$, riskli gebelerde ise $123,62 \pm 25,44$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek maksimum puanın 208 olduğu düşünöldüğünde alınan bu puanların istendik düzeyde olmadığı ifade edilebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarına yönelik yapılan araştırmalarda, gebelikte yaşanan stres ve anksiyetenin, intrauterin gelişme geriliğine ve preeklampsi riskinin artışına yol açtığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Marcoux ve ark., 1999; Madazlı, 2005). Gebeliğinde yoğun stres yaşayan annelerden doğan çocuklarda uzun dönemde tip II diabet, obezite, hipertansiyon ve atopik vücut yapısına sahip olma riskinin artabildiği belirtilmektedir (Knackstedt ve ark., 2005). Yine Pınar ve arkadaşlarının (2014) 300 gebe kadınla yaptıkları bir çalışmada uyku kalitesi ile algıladıkları stres arasında pozitif yönde ilişki olduğu, uyku kaliteleri kötüleştikçe gebelerin algıladıkları stresin de arttığı saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir alt boyutu olan beslenme de gebelikte ayrı bir öneme sahiptir. Gebelerin beslenme gereksinimleri, gebelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve fetusun büyüme ve gelişmesi doğrultusunda artış göstermektedir. Büyüme ve gelişme, gebelik ve emzirme dönemi gibi dönemlerde özellikle demir, iyot, folik asit, D vitamini ve B12 vitamini gibi önemli mikro besin öğelerinin yetersiz alımlarının ortaya çıkma riskinin arttığı ifade edilmektedir. Örneğin İrge ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, gebelerin %81,2'sinin gebelikte beslenme problemi yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %53,5'i vitamin ve mineral almamaktadır. Ayrıca gebelerin %14,9'u kil, toprak ya da sıva alçı yeme eğilimleri olduğunu belirtmişlerdir. Kavak ve Kavak'ın (2017) 426 gebe kadınla yaptıkları bir çalışmada ise demir eksikliği anemisinin yüksek oranda görölmeye devam ettiği belirtilmiştir. Beslenme ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada da meyve ve sebze ağırlıklı beslenen gebelerin uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yine aynı araştırmada deniz ürünleriyle beslenmenin gebelerdeki uyku kalitesiyle ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark., 2017).

Sağlıklı olma durumunun devamı için düzenli fiziksel aktivite gebe kadınlar için de tavsiye edilmektedir (Aune ve ark., 2014). Fiziksel aktivitenin gebelik sürecinde

anne ve fetüs sağlığını korumanın yanı sıra; maternal, fetal ve neonatal olumsuz sonuçlarla karşılaşma olasılığını da azalttığı belirtilmektedir (Kasawara ve ark., 2012; Khan ve ark., 2016). Ayrıca fiziksel aktivitenin, kilo kontrolü sağlamasının yanı sıra, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon riskini, bel ağrısını, depresyon belirtilerini azalttığı ve gebe kadınların ruhsal durumuna olumlu katkı sağladığı belirtilmektedir (Evenson ve ark., 2002; Nascimento ve ark., 2012; Guskowska ve ark., 2012; Ruchat ve Mattala, 2013). Yapılmış olan epidemiyolojik araştırmalarda gebelik boyunca fiziksel olarak daha aktif olan gebelerin kronik kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon ile üriner inkontinans gibi durumlar açısından daha az risk altında oldukları ve gebelikteki değişimlere uyum açısından daha iyi durumda buldukları belirtilmektedir (Aittasalo ve ark., 2008; Özdemir ve ark., 2017). Shatku ve arkadaşlarının (2014), yaşları 18-40 arasında olan 322 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada gebelikte ve postpartum döneminde yapılan düzenli ve orta düzeydeki egzersizlerin hem maternal hem de fetal sağlık için destekleyici olduğunu ve tıbbi müdahale oranını azalttığını belirtmiştir.

Bireylerin sağlıklı olma durumunun korunması ve geliştirilmesi, sağlık risklerinin azaltılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetilmesi ve uygulanmasının sağlanması hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır. Hemşireler, kişilerin sağlığını en üst düzeyde olması, hastaların ise yeniden sağlıklı olma hallerini sağlamaları için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik eğitim, danışmanlık ve bakım gibi etkinlikleri gerçekleştirmekle yükümlüdürler. Gebe kadınlar açısından düşünöldüğünde, gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi hem kendi sağlığı hem de fetüs sağlığı için olumlu sonuçlara sebep olmasının yanında gebelikte yaşanan rahatsızlıkları da azaltacaktır (Aşcı, 2013). Gebeliğe bağlı yaşanan rahatsızlıkların en aza inmesi, gebelik sürecinin daha sağlıklı geçirilmesinin yanı sıra, bu rahatsızlıklara bağlı yaşanan uyku sorunlarının da azaltılmasında etkili olacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırma gebe kadınların uyku sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırmada Cevap Aranana Sorular

1. Gebe kadınlarda uykusuzluk yaygınlığı nedir?
2. Gebe kadınlarda uyku kalitesinin düzeyi nedir?
3. Bireysel faktörler gebelikte uyku kalitesini etkiler mi?
4. Gebelikle ilgili faktörler gebelikte uyku kalitesini etkiler mi?
5. Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyi nedir?
6. Gebe kadınların bireysel özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini etkiler mi?
7. Gebe kadınların obstetrik özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini etkiler mi?
8. Gebelikte uykusuzluk, uyku kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Uykunun Tanımı ve Önemi

Uyku, insanlarda yaşamın ortalama 1/3 ünü kaplayan, oluşumunda ve sürdürülmesinde nörofizyolojik, biyokimyasal etkenlerin yanı sıra açıklanabilen ve açıklanamayan yönleri de içeren bir bilinç, bilinçsizlik durumudur (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Diğer bir ifadeyle uyku; insanlarda ortamla iletişimin, değişik yoğunlukta uyaranlarla geri dönebilen şekilde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması olarak tanımlanmaktadır (Bingöl, 2006; Taşkiran, 2009; Çelikgöz, 2015). Uykunun, hücre içi mekanizmalardan, hareketi, uyarılmışlığı, otonomik işlevleri, bilişsel işlevleri kontrol eden biyolojik yapının her düzeyinde kontrol edilen ve biyolojik yapıyı her düzeyde etkileyen olay olduğu ifade edilmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Sağlıklı olmak ve kaliteli bir yaşam için karşılanması gereken temel ihtiyaçlardan biri de uykudur. Amacın dinlenmek olmasından daha öte uyku bir onarım zamanı olarak da tanımlanmaktadır. Uyku, insan yaşamında temel ve vazgeçilmez etkenlerden biri olup yemek yemek, nefes almak gibi önemli bir fizyolojik gereksinim olduğu ifade edilmektedir (Doğan Demir ve ark., 2017). Uyku kişinin, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir (Kline, 2013).

Uyku sağlık ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkidir. Uyku sağlıklı yaşamın önemli bir parçasıdır ve sağlığın sürdürülebilir olması için gerekli olan temel bir ihtiyaçtır (Akdemir, 2004; Ergün ve ark., 2017). Uzun süreli olarak uyuyamamanın; termoregülasyonda, beslenme ve metabolizma faaliyetlerinde, bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde bozulmaya neden olabileceği bildirilmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Şahin ve ark., 2009).

2.2 Uyku Tıbbı Tarihçesi

Uyku çok eski çağlardan itibaren gizemli ve keşfedilmek istenen bir durum olmuştur. Dolayısıyla eski medeniyetler ve kültürler uykuya farklı anlamlar yüklemişlerdir. Uyku tarihçesi incelendiğinde 20. yüzyıla kadar uykuya genellikle dini, mistik ya da mitolojik anlamlar yüklendiği görülmektedir. Örneğin Mısır'da MÖ 16. yüzyılda oluşturulan dünyanın en eski cerrahi dokümanı Edwin-Smith papirüsü, tıp bilgilerini içeren en eski

ve en önemli yazmadan biri olan Ebers papirüsü; uykusuzluk (insomnia) için tedavi yöntemlerinden bahsetmektedir (Karadağ ve Ursavaş, 2007; Gökçay ve Arda, 2013).

Bilim dünyasındaki pekçok fikir adamı, (örneğin Aristo, Hipokrat, Freud ve Pavlov gibi) uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temellerini açıklamaya çalışmışlardır. Ama gerçek manada uykunun bilinmeyenlerini, uyku sürecinde vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi ve incelenmesiyle çözülmeye başlandığı bildirilmektedir (Dement W, 1990). 1929 yılında Hans Berger'in, kafatası derisinin üstüne yerleştirdiği elektrotlarla, insan beyninin elektriksel aktivitesini kaydetmesi ve bu sayede, uyku ve uyanıklık durumlarındaki beyin dalgaları birbirinden farklı olduğu keşfetmesi çok önemli bir gelişme olmuştur. Berger bu kaydettiği verilere elektroansefalogram (EEG) adını vermiştir. 1937 yılına gelindiğinde ise Chicago Üniversitesi'ndeki araştırmacılar insan EEG'si üzerine olan incelemelerinde, uyku ve uyanıklık sürecindeki farklı beyin dalgalarını tanımlamışlardır.

1953 yılında ise Nathaniel Kleitman ve öğrencisi Eugene Aserinsky, REM uykusunu tanımlamışlar ve bu evrenin, uykunun farklı bir evresi olduğu ve rüya görme ile ilgisini keşfetmişlerdir. REM uykusunun tanımlanması, o döneme kadar düşünülen kanının tersi olarak, beynin aktif bir konumda olduğunu göstermiştir. 1963 yılında Richard Wurtman ve arkadaşları, uyku uyanıklık ritmini belirleyen ve yetişkin bir bireyde ortalama olarak saat 23:00 ile 05:00 arası salgılanan melatonin hormonunun epifiz bezinde ışığa duyarlı bir şekilde sentezlendiğini göstermiştir. Wurtman'ın elde ettiği bu sonuç, uyku döngüsü için önemli olan sirkadiyen ritim ile gün ışığı arasındaki ilişkiyi de kanıtlamıştır. 1974 yılında da Jerome Holland tarafından ilk kez tüm bir gece süren uyku çalışmalarını "polysomnografi" olarak isimlendirilmiştir. 1980li yıllar, uyku araştırmaları alanında ilk ders kitabı olan "Principles and Practice of Sleep Medicine" adlı kitabın basıldığı dönemdir. 2000 yılına gelindiğinde ise bazı uyku bozukluklarıyla ilgili gen çalışmaları yapılmış ve 2001 yılında sirkadiyen ritimlerden sorumlu ilk gen Ptacek ve ekibi tarafından keşfedilmiştir. 2008 yılında, Young ve arkadaşları uykuda solunumsal sorunların yüksek ölüm riskini arttırdığını ifade etmişler ve 2010 yılında da Redline ve ekibi de uyku apne sendromunun erkeklerde kalp krizi riskini arttırdığını saptamışlardır (Gökçay ve Arda, 2013).

2.3 Uykunun Özellikleri ve Fizyolojisi

Uyku, bir dizi fizyolojik olaylar bütünüdür. Bu olaylar vücutta eş zamanlı olarak gelişir. Uykunun fizyolojik olarak başlaması ve devam etmesi kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesinin kontrolünde olduğu belirtilmektedir. Ama ilk olarak ön hipotalamustaki döngüsel girdiler ve kimyasal uyarılar ile hipotalamusta ventrolateral preoptik çekirdeğin (VLPO) uykuyu başlattığı kabul edilmektedir. Uyanıklığı ise lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik, beyinsapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik aktivasyonun artması ve arka hipotalamustan gelen histaminerjik uyarılar sağlamaktadır. Bunların azalması da uykuyu başlatmaktadır. REM uykusunda serotonin ve norepinefrin salınması en alt seviyededir, bu dönemde asetilkolin baskındır. NREM uyku dönemi sırasında ise tüm nöroregülatörler düşük düzeyde salınmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Uykunun yapısı ve özellikleri yaş, cinsiyet, çalışma koşulları, genel sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yetişkin bir birey günde 7-9 saat; ergenler 13 yaşından yetişkinliğe kadar 8,5-9,5 saat; 5-12 yaş arasındaki çocukların ise günde ortalama 9-11 saat uyumaları gerektiği belirtilmektedir (Şenol ve ark., 2012). Yetişkinlerde uyku zamanının 4 saatten az ve 9 saatten fazla olması anormal kabul edilmektedir. Ayrıca uyku zamanının uzaması uyku kalitesinin ve etkinliğinin azalmasına neden olduğu ifade edilmektedir. Uykunun fizyolojik işlevleri arasında; yenilenme (NREM’de vücut dokuları, REM’de beyin dokuları), enerjiyi koruma, yaşlanma sürecini geciktirme, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, termoregülasyon, korneal anoksinin önlenmesidir (Algın ve ark., 2016).

2.4 Uykunun Evreleri

Uykunun iki dönemi vardır. Bunlar; hızlı göz hareketlerinin olmadığı non-REM ve hızlı göz hareketlerinin olduğu REM dönemleridir. Bu dönemler ortalama beş ile yedi defa tekrarlanır ve bir döngü ortalama 90-120 dakika sürer (Evlice, 2012). Uyku dönemlerini ve sinirsel aktivasyonunu beyinden salgılanan nöromodülatörler yönlendirmektedir. Bunlar asetilkolin, norepinefrin, serotonin ve histamindir. Kişi uyanık durumdayken tüm bu nöromodülatörler yüksek seviyede salınırken, REM sırasında serotonin ve norepinefrin salınımı en az seviyeye düşer ve sadece asetilkolin salınımı yüksektir. NREM uykusunda ise tüm bu nöromodülatörler göreceli olarak daha düşük seviyede salınmaktadır (Mc Cormick, 1992; Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

2.4.1 Non REM Dönemi

Non-REM (non-rapid eye movements) dönemi, uykunun %75-80'ini teşkil eder ve üç evreye ayrılır. Bu dönemde nöronal aktivite, beyin sıcaklığı ve metabolik hız düşer; sempatik aktivite, kan basıncı ve kalp hızı azalır, parasempatik aktivite artar, kas tonusu ve refleksler azalsa da normal sınırlar içinde kalır.

Evre 1; uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Çok yüzeysel olup, toplam uykunun %2-5'ini oluşturur.

Evre 2; toplam uyku süresinin %45-55'ini oluşturan, daha derin bir uyku evresidir. Kas tonusu azalmaya devam eder.

Evre 3; kas tonusunun daha önceki evrelere göre daha da düştüğü, uykunun en derin safhası olarak kabul edilir. Uykunun bu evresine yavaş dalgalı uyku adı da verilir ve toplam uykunun %20-25'ini oluşturur. Zaman yüzdesinin az olmasına rağmen uykunun en dinlendirici evresidir. 2007 yılına kadar derin uyku dönemi Evre 3 ve 4 olarak adlandırılırken, 2007 yılında AASM'nin (American Academy of Sleep Medicine) önerisiyle, uyku evrelerinin skorlaması değiştirilmiştir. Evre 3 ve 4 birleştirilerek Evre 3 olarak isimlendirilmiştir. Evre 3 derin uyku dönemi olarak adlandırıp, yavaş dalgalı uyku adını da alır (Evlice, 2012).

2.4.2 REM Dönemi

REM dönemi ise uykunun %20-25'lik kısmını oluşturur. REM dönemi uykuya başladıktan ortalama 90 dakika sonra başlar ve REM süresi uyku ilerledikçe uzar. Polisomnografide göz küresi kanallarında hızlı göz hareketleri yazdırılır, EEG'de düşük voltajlı hızlı aktivite gözlenir. REM döneminde uykuda görülen rüyalar hatırlanabildiği belirtilmektedir. Bu dönem 90 dakikada bir 5-30 dakikalık süreler halinde ortaya çıkar, tüm vücutta kas tonusu azalır, kalp atımları ve solunum düzensizleşir (Evlice, 2012; Vyazovskiy ve Delogu, 2014).

2.5 Uyanıklık ve Uyku Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

Sirkadiyen, circa (yaklaşık) ve dies (gün) anlamına gelen iki Latince kelimenin birleşiminden meydana gelmiş olup ortalama 24 saatlik süreyi ifade eder. Ritmin tek bir döngüsü için geçen zaman dilimine period, ritme ait başlangıç ve sonlanma gibi özelliklere ise faz denir. Sirkadiyen ritim, organizmanın yirmidört saatlik fizyolojik ve

biyolojik süreçlerindeki değişimlerini ifade eder (Akıncı ve Orhan, 2016; Zee ve Zhu, 2012).

Sirkadiyen ritmi düzenleyen merkez, anterior hipotalamusta bir çift yapı olarak bulunan suprakiazmatik nükleus (SKN) olduğu ifade edilmektedir (Gooley ve Saper, 2005). Vücut çekirdek ısı ritmi, uyku-uyanıklık döngüsü ve bazı hormonların (büyüme hormonu, kortizol ve melatonin) salgılanması SKN kontrolündedir. Bu düzen, canlının fizyolojik işleyişinin dış çevre ile uyumlu bir şekilde çalışmasını ve çeşitli koşullarda düzenli fonksiyonların sürdürülmesini temin eder. Işık, en temel uyku uyanıklık döngüsü düzenleyicidir. Ayrıca sosyal ve fiziksel aktivitelerinde ritim düzenleyicisi olduğu ifade edilmektedir (Akıncı ve Orhan, 2016).

2.6 Uyku Kalitesi

Kaliteli uyku ile sağlık arasındaki pozitif ilişki yıllardır bilinmektedir. Kaliteli uyku, kişinin uyandığında vücudunu dinlenmiş, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; yaş, cinsiyet, genel sağlık durumu, yaşama şekli, çevresel etkenler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum ve stres gibi çeşitli durumlardan etkilenmektedir. Örneğin egzersizin uykuya geçişi kolaylaştırdığı, daha dinlendirici uyku sağladığı, kişilerin sabah uyandıklarında kendilerini daha iyi hissettikleri belirten çalışmalar vardır (Vardar, 2005). Yine Ayaz Alkaya ve Birimoğlu Okuyan'ın (2017) yaptıkları bir çalışmada, düzenli ve yeterli fiziksel aktivitesi olan öğrencilerin uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Uyku kalitesi özellikle iki önemli sebepten dolayı önemlidir. İlki, uyku kalitesi ile ilgili şikayetlerin yaygın olmasıdır. Yapılan araştırmalar erişkin bireylerin %15-35'inde uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukların olduğunu göstermektedir. İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi veya tetikleyicisi olabileceği belirtilmektedir. Uyku kalitesinin bozulması bireylerin duygu, düşünce ve modunda bozulmalara sebep olabilir. Uyku kalitesi kötü olan bireylerde fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük yaşanır. Kişide isteksizlik, yorgunluk, dikkatte azalma, ağrıya karşı hassasiyetin artması, irritabilite, sinirlilik, mantıksız fikirler, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük, cinsel aktivite bozuklukları gibi durumlar görülebilir. Ayrıca uykusuzluk yaşamı tehdit eden kazalara, iş ve günlük yaşamda uyumsuzluk yaşamaya neden olabileceği ifade edilmektedir (Doğan Demir ve ark., 2017).

Uyku kalitesinin etkilendiği yaşam dönemlerinden biride gebeliktir. Gebelikte uyku kalitesi önemli ölçüde etkilendiğini gösteren çalışmalar vardır (Bingöl, 2006; Taşkıran, 2009; Çelikgöz, 2015).

2.7 Gebelik ve Uyku

Gebelik kadın yaşamlarının özel bir dönemidir. Gebe kadınların bu dönemde ruhsal ve fizyolojik sağlığını en üst düzeyde tutmak, gebelik, doğum ve postpartum dönemlerin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, başlıca hedefler arasında olmalıdır. Bu dönem bir takım değişiklikleri de beraberinde getirir (şahin ve ark., 2008; Ursavaş ve Karadağ, 2009; Aslan ve Bozdemir, 2013).

Çeşitli fizyolojik ve hormonal, psikolojik, sosyal ve mekanik değişikliklerin yoğun yaşandığı bir süreç olan gebelikte uyku kalitesi ve paterninde de ciddi değişiklikler görölmektedir. Gebelikte uyku kalitesinin önemli ölçüde bozulduğunu gösteren çalışmalar vardır (Lee ve ark., 2000; Pien ve Schwab, 2004; Sharma ve Franco, 2004; Sarınc Ulaşlı ve Ünlü, 2014; Çelikgöz, 2015; Mindell ve ark., 2015; Ölçer ve Bozkurt, 2015). Gestasyonun 10. haftasından itibaren uyku örüntüsünün değişmeye başladığı bildirilmektedir. Çünkü bu haftalardan itibaren yükselme eğilimine giren progesteron hormonu uyku getirici ve sedatize edici etkileri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca progesteronun termojenik etkisi ile vücut ısısı, üriner düz kaslar üzerine uyarıcı etkileri nedeniyle de idrara çıkma sıklığı artar. Bu değişimler uyku örüntüsünü de etkilemektedir. Bununla birlikte östrojen, büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, kortizol, tiroid- stimölan hormon gibi hormonlar gebeliğin seyrini ve uyku yapısını etkilemektedir. Örneğin progesteron non-REM uykusunu arttırmakta, östrojen ise REM uykusunu azaltmaktadır. Yine gebeliğin ilk haftalarında bulantı, kusma, kasık ağrısı ve göğüslerde gerginlik nedeniyle uyku kalitesinde bozulma yaşanabilmektedir (Lee ve ark., 2000; Pien ve Schwab, 2004; Sharma ve Franco, 2004; Sarınc Ulaşlı ve Ünlü, 2014; Çelikgöz, 2015; Mindell ve ark., 2015; Ölçer ve Bozkurt, 2015). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ise büyüyen fetüsün diyafragmaya basısı sonucu ortaya çıkan solunum sıkıntısı, horlama ve obstrüktif uyku apne sendromu gibi solunum sistemi rahatsızlıkları (şahin ve ark., 2008; Ursavaş ve Karadağ, 2009; Aslan ve Bozdemir, 2013), büyüyen uterusun mesaneye olan basısı nedeniyle sık idrara çıkma, noktüri, bacak krampları, sırt ağrısı gibi sebeplerden dolayı gebe kadının uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Sharma ve Franco, 2004; Taşkıran, 2011; Soares de Sousa ve ark.,

2015). Ayrıca gebelik huzursuz bacak sendromunun oluşumu ve gelişimi için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Hensley, 2009; Çakmak ve ark., 2014).

Gebe kadınların yaşadığı uyku sorunları, kötü uyku kalitesi ve stres gebelik sürecine, doğuma ve yenidoğan üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmekte (Madazlı, 2005; Ko ve ark., 2010), gebe kadınların alması gereken bakımda aksaklıklara, gebelik komplikasyonlarına, erken doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebeğin doğmasına ve bebekte gelişimsel problemlere yol açabildiği düşünülmektedir (Ertekin Pınar ve ark., 2014; Palagini ve ark., 2014; Sharma ve ark., 2016).

2.8 Gebelik ve Uyku Bozuklukları

2.8.1 Gebelik ve İnsomnia

Uykusuzluk olarak ifade edilen insomnialar; uyumak için uygun ortam olmasına karşın, uykuya başlamada veya uykuyu sürdürmede güçlük ve buna bağlı gündüz fonksiyon bozuklukları ile seyreden bir durum olarak tanımlanmıştır. Uykusuzluk çeken kişiler bu olayı haftada en az 3 kez yaşıyorsa insomnia olarak tanımlanır. İnsomni 3 aydan kısa süreliyse kısa süreli insomni, 3 aydan uzunsa kronik insomnia olarak tanımlanır. İnsomnia yaşayan bireylerde; halsizlik, yorgunluk, konsantrasyon veya bellek bozuklukları, sosyal, mesleki veya akademik performans bozukluğu, duyu durum bozukluğu, gündüz uyku hali, kişilik bozuklukları, (agresiflik, dürtüsellik, hiperaktivite) motivasyon ve enerji kaybı, hata ve kaza yapma eğiliminde artma belirtiler olabileceği ifade edilmektedir (Karadağ, 2017).

İnsomniler cinsiyete göre incelendiğinde kadınlarda daha yaygın olduğunu belirtilmektedir (Gamsızkan ve Aslan, 2014). Gebelikte ise insomnia prevalansının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Uykusuzluk nedenleri arasında; tualete sık gitmek, uyurken rahat bir pozisyon oluşturamamak, nefes darlığı, mide bulantısı, kusma, diğer gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar, hormonal değişiklikler, büyüyen fetus ve huzursuz bacak sendromunun bulunması sayılmaktadır (Kızılırmak ve ark., 2012).

2.8.2 Gebelik ve Parasomnia

Parasomnia uyku sürecinde ortaya çıkan motor davranışların eşlik ettiği uyanma bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Uykunun her bir evresinde olabildiği gibi, her iki

uyku evresinde de ortaya çıkabilen parasomniler vardır (Demir, 2002; Algın ve ark., 2016).

Parasomnia; uykuda konuşma, yürüme (uyurgezerlik) dış gıcırdatma, kabus görme ve derin uyku sürecinde oluşan, bağırma ve ağlamanın eşlik ettiği yoğun korku ile beraber otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluk olan ve “uyku terörü” olarak adlandırılan bozuklukları içermektedir. Genellikle çocukluk yaşlarında başladığı ve erişkin yaşlarda giderek ortadan kalktığı ifade edilmektedir (Köktürk, 2001; Tuncel ve Orhan, 2009; Çelikköz, 2015).

Gebelikte yaşanan parasomniler konusunda yeterli sayıda çalışma bulunmamasıyla birlikte Hedman ve arkadaşlarının (2002) 325 gebe ile yaptıkları bir çalışmada total olarak parasomnilerin gebelik boyunca azaldığını, uykuda konuşma ve uyurgezerliğin özellikle ikinci trimesterde daha az görüldüğünü ifade etmişlerdir.

2.8.3 Gebelik ve Huzursuz Bacak Sendromu

Bu sendrom (HBS) ilk defa 1685'de Thomas Willis tarafından tanımlanmış, ilk vaka da 1945 yılında Ekblom tarafından bildirilmiştir. HBS, ekstremitelerde özellikle de bacaklarda tanımlamada hastaların zorlandığı anormal bir duyum, bir çeşit dizestezi ile karakterize bir hastalık olduğu belirtilmektedir. Bu anormal duyum/ dizestezi karşı konulması pek mümkün olmayan hareket etme ihtiyacı ve motor huzursuzluğa yol açar. Hastalık aralıklı olarak ataklarla karakterizedir ve uzun süreli asemptomatik dönemler de olabilir. Kadınlarda iki kat fazla olduğu ve özellikle yaşlılarda (>65 yaş) daha sık görüldüğü ifade edilmektedir (Karadeniz Kaynak, 2007).

Gebelik huzursuz bacak sendromunun görülmeye başlamasında ve kliniğinin kötüleşmesinde bir predispozan faktör olarak bildirilmektedir. Gebelikte artan gebelik hormonları, özellikle prolaktin, progesteron ve östrojen, psikomotor /davranışsal faktörler, motor değişiklikler, uyku alışkanlıklarında yaşanan değişiklikler, anksiyete ve metabolik faktörlere bağlı olabileceği düşünülmektedir (Şahin ve ark., 2007; Çakmak ve ark., 2014; Hedman ve ark., 2002)).

2.8.4 Gebelik ve Uykuda Solunumsal Rahatsızlıklar

2.8.4.1 Gebelik ve Obstrüktif Abne Sendromu

Uyku Apnesi Sendromu (UAS); kişinin uyurken üst solunum yolunun “nefes alma” fazında farklı derecelerdeki kollapsı sebebiyle en az 10 saniye süren ve kanda oksijen saturasyonunun azalmasıyla birlikte olan, solunumun istemsiz olarak durması şeklinde tanımlanan apnedir (Kurtulmuş, 2007).

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ise uyku apnesinin en yaygın görülen türüdür. Ayrıca OUAS, üst hava yolu tıkanıklığı ve uyku sırasında hipoksemi ile seyreden solunum bozukluğudur. OUAS hastalarında horlama, gün boyu uykululuk hali ve tanıklı apne en çok görülen bulgulardır (Şahin ve ark., 2008; Louis ve Pien, 2017; Evlice, 2012).

Gebelikte ise OUAS görülme prevalansında önemli bir artış olduğu bildirilmektedir (Uzun, 2010; Miller, 2012; Louis ve Pien, 2017). Louis ve Pien'in (2017) yaptıkları bir çalışmada gebelikte OUAS 'nin görülme prevalansını, ilk trimestirde %10,5, üçüncü trimestirde ise %26,7 olarak bulmuşlardır. Üreme çağında olan ve gebe olmayan kadınlarda bu oran%0,7- 6,5'dır. Trimesterler arası bu farkın beden kitle indeksindeki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

2.8.4.2 Horlama

Horlamanın tanımı, uyku sırasında yumuşak damak ve çevre dokuların titreşimi sonucu oluşan kaba sestir şeklinde yapılmaktadır. Uyku esnasında zaman zaman oluşan obstrüksiyonlar zararsızdır ve normal yetişkinlerde de görülebilir. Uyku sürecinde az sayıda hava yolu tıkanıklıklarının meydana geldiği horlama durumları basit horlama olarak tanımlanmaktadır. Hemen her gece olan horlamaya ise habitüel horlama denmektedir (Songu, 2010).

Habitüel horlaması olan gebe kadınlarda olmayanlara göre bazı göstergelerde, örneğin yaş, boyun çevresi, vücut kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuş ve gebelikte ortaya çıkan sistemik hastalıkların dağılımına bakıldığında habitüel horlaması olan gebelerde preeklampsi, gestasyonel diyabet ve kalp hastalığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Habitüel

horlamanın gestasyonel diyabet için beş kat, preeklampsi için dokuz kat, kalp hastalığı için on iki kat risk oluşturduğu ifade edilmiştir (Şahin ve ark., 2008).

2.9 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Günümüzün sağlık anlayışı; birey, aile ve toplum sağlığını koruyan, sürdüren ve gelişmesini temel almaktadır. Bu anlayış; kişinin sağlıklı olma durumunu koruyacak, devamlılığını sağlayacak ve daha ileriye götürecek davranışlar kazanması ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili yerinde ve doğru kararlar almasını temin etmek üzerine temellenmiştir (Ayaz ve ark., 2005; Yalçinkaya ve ark., 2007; İlhan ve ark., 2010). İnsanın fizyolojik, duyuşsal, sosyal ve manevi durum gibi hayatın tüm boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak ele alınan sağlık, aslında yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kişinin kendini gerçekleştirmenin bir sonucu olduğu ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bildirimleri 2000’li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi bildirimlerde bulunmuştur. Bu bağlamda 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin önemi vurgulanmıştır. Bu hedefe ulaşmada, yaşam kalitesinin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının önlenerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011).

Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumlar yaratmanın anahtarıdır. Bir nevi toplumların sağlık göstergesi, toplumda sağlıklı bireylerin sayısının fazla olması ile ölçülür (Batı ve ark., 2003; Ayaz Tezcan ve Akıncı, 2005).

Sağlıklı yaşam biçiminin tanımı, bireyin sağlığına etki yapan tüm davranışlarını kontrol altına alması, günlük yaşam faaliyetlerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uyan davranışlarını seçmesi olarak belirtilmiştir (Pender ve ark., 1992). Sağlığı oluşturan davranışlar, kişinin iyilik düzeyini en üst seviyeye çıkaran, kendini geliştirmeyi hedefleyen davranışları içerir. Bundan dolayı sağlıklı yaşam biçimiyle sağlıklı olma arasında önemli bir bağ vardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hastalık oluşumunu ve ölümleri azaltabilmenin yanında kişinin mevcut sağlık durumunun devamlılığına da katkı sağlar. Çünkü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen ve uygulayan bireyler kendi sağlıkları üzerinde otokontrolü sağlayarak yaşam kalitelerini artırırlar. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın olmazsa olmazı ve hastalıklardan korunmanın temeli olduğu söylenebilir (Ertop ve ark., 2012). Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık risklerinin azaltılması,

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, sağlıklı bir yaşamın sağlanmasında hemşireler sorumluluk almak ve bu sorumluluklarını yerine getirmek durumundadırlar. Hemşireler, bireylerin sağlığını en üst düzeye çıkarması, hasta bireyin ise yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik eğitim, danışmanlık ve bakım gibi etkinlikleri gerçekleştirmekle sorumludur (Tambağ, 2011; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, stres yönetimini içerir (İlhan ve ark., 2010; Türkol ve Güneş, 2012).

2.10 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Gebelik

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişinin sağlığı için yaşamın her döneminde önemlidir. Ancak kadın yaşamının çok özel bir dönemi olan gebelik döneminde önemi bir o kadar artmaktadır. Çünkü sağlıklı geçirilen bir gebelik dönemi hem anne adayının sağlığının korunması ve sürdürülmesi hem fetüsün sağlığı için temel oluşturacaktır (Sözeri ve ark., 2006).

Gebelik döneminde SYBD; dengeli beslenme, istendik ölçüde kilo alma, fiziksel aktif olma, önerilen tedavilere uyma, sigara, alkol, gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, stresle başa çıkmaya yönelik stratejilerini kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem almayı içerdiği belirtilmektedir (Aşcı, 2013).

2.10.1 Beslenme

Tüm organizmalar yaşamlarını devam ettirebilmek için enerjiye ihtiyaç içersindedirler. Enerjilerini oksijen kullanarak veya oksijensiz yollarla sağlarlar. Ama enerji üretimi için besin kullanımı bütün canlılarda ortaktır. Beslenme, milletlerarası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmektedir ve bir ülkenin beslenme göstergeleri o ülkenin en önemli refah ve gelişmişlik bulgularından biri olarak kabul görmektedir (Bozhöyük ve ark., 2012).

Beslenme; büyümek, vücut fonksiyonlarının devamını sağlamak için en temel ihtiyaçlardan biridir. Gebelik ise beslenme gereksiniminin değiştiği özel süreçlerden biridir. Bu süreçte anne ve fetüs sağlığı için yeterli ve dengeli beslenme özel önem taşımaktadır. Bu dönemde gebenin besin ve enerji ihtiyacı değişmekte çoğu zaman

artmaktadır. Enerji açısından yetersiz beslenme gebeliği olumsuz etkilemekte, yeterli kiloda doğmayan bebeklerin ilerleyen yaşamlarında da daha fazla sağlık sorunlarıyla karşılaştıkları belirtilmektedir (Garipoğlu ve ark., 2007).

Gebe kadınların beslenme ihtiyaçları, gebelikte ortaya çıkan fizyolojik uyarılar ve fetusun ihtiyaçları doğrultusunda artış göstermektedir. Makro besin ögesi ihtiyacının artış gösterdiği büyüme ve gelişme dönemi, gebelik ve emzirme dönemi gibi özel zamanlarda, özellikle demir, iyot, folik asit, D vitamini ve B12 vitamini gibi önemli mikro besin elamanlarının eksikliklerinin ortaya çıkma ihtimalinin arttığı ifade edilmektedir. Gebelik döneminde obezite ile gestasyonel diyabet, preeklampsi, bebekte makrozomi gibi sağlık sorunları ortaya çıkabileceği gibi, vitamin ve mineral eksiklikleri sonucunda da fetüste malformasyonlar, preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğma riskinin arttığı düşünülmektedir (Kabaran ve Samur, 2010; Kabaran ve Ayaz, 2013).

Pek çok gebe kadın gebelik ve/veya emzirme sırasında, her şeyi yiyebilme ve bazı besin türlerinin tüketilmesi ile ilgili birtakım önyargılı düşüncelere sahiptir. Gebelikte dengeli beslenmeyen, aşırı besin alımı olan kadınlarda postpartum dönemde obezite gelişme oranı yükselmektedir. Bunun dışında yetersiz ve az beslenmenin de düşük görülme oranını arttırdığı, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği, neonatal ölüm riski ve maternal malnutrisyon ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Düşük doğum ağırlığı, kronik kalp hastalıkları ve Tip II diabetes mellitus gibi fetüsün uzun dönemde fiziksel ve mental sağlığını etkileyen, artmış postnatal mental reterdasyon, mortalite ve morbidite oranları ile ilişkilidir. Özellikle bu sebeplerden dolayı iyi beslenme, sağlıklı bir gebelik ve emzirme dönemine ilave olarak hem anne hem de bebeğin uzun dönem yaşam kalitesi açısından oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir. Ülkemizde gebelikte meydana gelen beslenme sorunlarının en önemli nedenleri; gebelik periyodunda artan ihtiyaçlara uygun olarak günlük ek beslenmenin yapılmaması, ekonomik zorlanmalar, yanlış inanışlar sebebiyle ortaya çıkan beslenme dengesizlikleri, yiyecek hazırlama ve saklamadaki yanlış uygulamalar olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca gebelerdeki kronik hastalıklar ve gebelerin kullandıkları ilaçlar gibi bir takım tıbbi problemler de beslenmeyi etkilemektedir (Taş ve ark., 2010; Sarı ve ark., 2015).

Gebelikte yanlış beslenmeye bağlı gelişen maternal obezite hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz etkilemektedir. Obezite gebelikte spontan düşük, gestasyonel

diyabet, hipertansif hastalıklara neden olmakta, obezite sezaryen endikasyonu olarak görülmekte ve obezite nedeniyle doğum sezaryen ile olduğunda; enfeksiyon, tromboembolik durumlar gibi doğum sonu komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bundan başka fetüse yönelik olumsuzluklar incelendiğinde iatrojenik prematürite, maksozomi ve doğum travmaları, özellikle de omuz distosileri artış göstermektedir. Obezite sorunu olan gebe kadınların bebeklerinde nöral tüp defektleri, konjenital anomaliler, konjenital kalp hastalıkları fazla görülmekle birlikte, bu bebekler ileriki yaşlarında obezite riski yaşamaktadırlar. Obez kadınlar özellikle emzirme sorunları yaşamaları sebebiyle ek besin ve mama ile besleme eğiliminde olduklarından dolayı bu annelerin bebekleri ileriki yaşlarında obezite riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. (Yanikkerem ve Mutlu, 2012; Templeton, 2014). Gebelik öncesi obezite gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet gibi sistemik hastalıklar ile sezaryen ve neonatal ölüm gibi birçok gebelik komplikasyonlarının gelişmesine neden olduğu ifade edilmektedir (Yanikkerem, 2017).

Gebelikte kadının diyetle vitamin ve mineral alımının yeterli olmaması kendisinin ve fetüsün sağlığı açısından risk oluşturabilmektedir. Yapılan çalışmalarla gebelikte vitamin ve mineral yetersizliklerinin infertilite, gebeliğe bağlı hipertansif rahatsızlıklar, konjenital anomali, düşük doğum ağırlıklı doğum ve intrauterin gelişme geriliği gibi çeşitli üreme bozukluklarının oluşmasında önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Örneğin yetersiz folik asit alımının fetüste nöral tüp defektine neden olduğu, B12 vitamini yetersizliğinin ise intrauterin ölüm nedenlerinden biri olabileceğine işaret edilmiş, D vitamini yetersizliği görülen bölgelerde neonatal tetani, fötal raşitizm ve anormal diş gelişimi görüldüğü rapor edilmiştir (Garipoğlu ve ark., 2007).

Beslenme ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada ise meyve ve sebze ağırlıklı beslenen gebelerin uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yine aynı araştırmada deniz ürünleriyle beslenmenin gebelerdeki uyku kalitesiyle ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark., 2017).

2.10.2 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, DSÖ tarafından iskelet kaslarının kasılıp gevşemesiyle ortaya çıkan herhangi vücut hareketi olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2017). Düzenli ve yeterli miktarda fiziksel aktivitenin, sağlık ve psikolojik iyilik halinin devamı ve gelişmesi;

hipertansiyon, felç, diyabet, koroner kalp hastalığı, meme ve kolon kanseri gibi hastalıkların oluşum riskinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması gibi fizyolojik ve psikolojik göstergeler üzerinde destekleyici etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Ko ve ark., 2016; DSÖ, 2017).

Sağlıklı bir gebelik periyodu için çok fazla yararı bulunmasından dolayı düzenli fiziksel aktivite gebe kadınlar için de tavsiye edilmektedir (Aune ve ark., 2014). Gebelik sürecinde anne ve fetüs sağlığındaki öneminin yanı sıra; maternal, fetal ve neonatal olumsuz sonuçların oluşma riskini de azalttığı belirtilmektedir (Kasawara ve ark., 2012; Khan ve ark., 2016). Ayrıca, obezite riskini azaltmanın yanısıra, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon olasılığını, bel ağrısını, depresyon belirtilerini de azalttığı ve gebe kadınların psikolojik iyilik durumlarına olumlu katkı sağladığı belirtilmektedir (Evenson ve ark., 2002; Guskowska ve ark., 2012; Nascimento ve ark., 2012; Ruchat ve Mattala, 2013). Yapılan pekçok araştırmada gebelik periyodunda fiziksel olarak daha aktif olan gebelerin hem fizyolojik hem mekanik hem de ruhsal yönden daha iyi durumda oldukları ve kronik kas-iskelet sistemi problemleri, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon ile üriner inkontinans gibi durumlar açısından daha düşük risk altında bulunduğu ve gebelikteki değişikliklere uyum konusunda daha istendik düzeyde oldukları belirtilmektedir (Aittasalo ve ark., 2008; Özdemir ve ark., 2017).

Yapılan bazı çalışmalar aerobik egzersizin uykuya dalma zamanını azalttığını, uykunun toplam miktarını ve derinliğini artırdığını göstermektedir. Harcanan enerji miktarı arttıkça uyku yapısında olumlu değişiklikler olmakla birlikte, yoğun ve aşırı yorucu egzersizlerin uyku yapısını bozduğu belirtilmektedir. Özellikle gece yatma saatlerine yakın yapılan egzersizlerin stres etkisi oluşturduğu ve otonomik aktiviteyi artırarak huzursuz bir uykuya ve derin uykuda azalmaya neden olduğu görülmüştür. Sabah yapılan fiziksel egzersizlerin uykuya az bir etkisi olurken, akşam saatlerine yakın, öğleden sonra yapılan egzersizler uyku kalitesini daha olumlu etkilediği belirtilmektedir. Ancak düzensiz yapılan ve fiziksel formu kazanamayanlarda stresör etki oluşturduğu ve uyku yapısını bozduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2014).

Sağlık açısından açıklanan pek çok faydasına rağmen gebe kadınların fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Hatta bazı çalışmalar gebe kadınların gebe kaldıktan sonra fiziksel aktivite düzeyini azalttığını göstermektedir (Chasan-Taber ve ark., 2007; Özdemir ve ark., 2017).

2.10.3 Manevi Gelişim

Maneviyat/tinsellik, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. İnsanın, kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, yaşamdaki yerini, amacını, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Maneviyat, insanın varlığına ilişkin bir değer olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle her insanın yaşama ve ölüme ilişkin soruları ve bu sorulara ilişkin kendilerine özgü yanıtları bulunmaktadır. Maneviyat bir başka ifadeyle hayat boyu süren deneyimlerin ve kazanılan bilgilerin bir sonucu olarakta bireyde şekillenmektedir. İnsanlar, yaşamda var olmanın amacına ilişkin oluşturdukları fikirlerle kendi maneviyatlarını oluştururlar, bu nedenle maneviyat, bireye anlamlı gelen temaları içerir. Birey varoluşunun temellerini maneviyatla sağlamlaştırmaya çalışır. Maneviyat insanlara gelecekleriyle ilgili ümit verir. Her bireyin diğer sosyal ve bireysel özellikleri ve değerleriyle şekillenmiş bir manevi yaklaşımı vardır. Maneviyat, yaşamın başka noktalarında da oldukça etkili olabilen bir konudur. Örneğin, insanlar beslenme stillerine, ilişkilerine, giyim tarzları ya da en önemlisi sağlıkla ilgili kararlarına manevi yaklaşımları çerçevesinde karar verebilmektedir.

20. yüzyılın başlarından itibaren tıp alanında, rasyonel yaklaşımlarla manevi alanın ilişkisi kesilmiştir. Ancak, bireylerin hastalık sürecinde manevi arayışlar içine girmeleri ve bu konuyla ilgili taleplerde bulunmaları ve bu alanın tedaviyi destekleyici yönünün fark edilmesi sonucunda maneviyat, tıbbi yaklaşımlarda yine önem kazanmaya başlamıştır.

Maneviyat ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, genellikle manevi pratiklerin kötü alışkanlıkları engellemesi ve kişileri doğal olarak sağlıklı yaşama, sağlıklı beslenme, planlı yaşamaya yönelttiği noktasında da birleşmektedirler. Manevi yönü gelişmiş hastaların fiziksel, duygusal, sosyal yönden daha sağlıklı olduğu yönünde araştırma sonuçları vardır. Bu hastaların ümit düzeylerinin yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimlerinin düşük olduğu ve stresle daha iyi baş ederek yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu belirten çalışmalar vardır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013; Boztilki ve Ardıç, 2017).

2.10.4 Kişiler Arası İlişkiler

Kişilerarası iletişim; en az iki bireyin karşılıklı olarak bilgi, duygu, düşünce ve yaşantılarını belirli yollarla birbirlerine aktardıkları psiko-sosyal bir süreç olarak

tanımlanmaktadır. İletişim, psikolojik, fizyolojik ve toplumsal bazı gereksinimleri karşılar.

İnsanlar, ihtiyaç duydukları ya da istedikleri doyumunu elde edebilmek için iletişime girerler. İnsanların elde etmeye çalıştıkları doyumların; mutlu olmak, karşıdaki kişinin sevgi-şefkatini kazanmak ya da onlara sevgi-şefkat göstermek, konuşulana dahil olmak, karşıdakini kontrol edebilmek, sıkıntılardan kurtulmak (kaçış) ve rahatlamak olduğu görülmektedir (Akar, 2017).

Kişilerarası iletişim, Erdoğan (2002) tarafından “karşılıklı olarak veya teknolojiyle sağlanmış, şimdi veya araçla gecikmiş, değişen yakınlıkta kişisel veya resmi, değişen yoğunlukta dostça veya düşmanca, değişen egemenlik ve mücadele bağlamında, farklı örgütlü yer ve zamanda, farklı nedenlerle ve yoğunlukta örtüşen veya örtüşmeyen amaçlarla gerçekleştirilen” iletişim olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan hareketle insanların kişilerarası iletişimi çok farklı nedenlerle gerçekleştirdikleri ve yine bu iletişim şekli sayesinde çok farklı doyumlar elde etmeye çalıştıkları ifade edilebilir. İnsanların ihtiyaçları ve ilgileri çok çeşitli olmasından dolayı, bütün ihtiyaç ve ilgilerini sadece kitle iletişim araçlarını takip ederek doyuma ulaştırmaları zor görünmektedir. Bu sebeple insanlar, yaşamlarını sürdürürken farklı iletişim şekillerinden yararlanırlar (Akar, 2017).

Bireylerin hayatında çok önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve zihinsel destek sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanır (Hogue, 1985). Sosyal desteğin maddi, duygusal ve zihinsel alt boyutlarda gerçekleşebileceği öngörülebilir. Maddi destek; bireyin günlük ihtiyaçlarını ve sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, gereksinim durumunda başkaları tarafından gerçekleştirilen maddi destek, ekonomik yardım olarak adlandırılabilir (Sorias, 1990). Duygusal destek; kişinin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati, bir gruba ait olma gibi temel sosyal ihtiyaçları karşılar. Bireyin kişiler arası ilişkilerinde kabul edildiğini, kişiye değer verildiğini gösterir (Banaz, 1992; Yıldırım, 1997). Zihinsel destek; kişilerin problemlerini çözmesine yardım edecek bilgidir. Bireyin kendisini tanımasına yardım eden ve benlik saygısını ortaya çıkartan geri bildirimler de birer zihinsel destektir. Bundan başka sosyal desteğin, olumlu sosyal etkileşim sağlamada ya da sosyalleştirmede etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir. Ortak

yapılan faaliyetler ve grup içindeki paylaşımların psikolojik uyum üzerinde çok fazla olumlu katkısının olduğu ifade edilmektedir (Sorias, 1992; Ardahan, 2006).

İnsanın, hayatın zorlayan yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine karşı başetme gücü kazanmasında başkalarıyla olan sosyal ilişkilerinin ve iletişiminin önemli faktör ve bir yol gösterici olduğu uzun zamandan beridir ifade edilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bu bilgiyi destekler niteliktedir. Örneğin yapılan bir çalışmada kişiler arası ilişkilerin, bireye stresle başa çıkmasında ve olumsuz etkilerine karşı koymasında yardımcı olduğu destekleyici bulgular elde edilmiştir (Özgür, 1993). Zor zamanlar geçiren ya da sıkıntı içinde olan kişiye, aile üyelerinin, akrabalarından başka diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı sosyal desteğin, fizyolojik sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal desteğin, fiziksel veya ruhsal birçok hastalığın oluşmasında, tedavi süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Diğer bir ifade ile sosyal destek, insan sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu ve yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin mevcut olduğu durumlarda ise olayın algılanma biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (Sorias 1988, Sorias 1992).

2.10.5 Stres Yönetimi

Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilir olması sadece insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak gerçekleştirilebilir. Bu amaca ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerektiği düşünülmektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007).

Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur diye tanımlanır (Baltaş ve Baltaş, 1991). Diğer türlü ifade etmek gerekirse stres, canlıyı olumsuz etkileyen herhangi bir durumda organizma tarafından yapılan genel bir tepkidir.

Eğer, stres kontrol altında tutulabilirse, bireyin amaçlarını ve umutlarını gerçekleştirmesini için ona güç verebilecek bir unsur olabildiği ifade edilmektedir. Ancak stres, kontrol edilemezse hastalığa, başarısızlığa, hatta erken ölüme bile neden olabilir. Bireyin mutluluğunu, sağlığını, güvenliğini, kendine olan saygısını ve zihinsel dengesini tehdit eden durumlarda, stres, bireyi erken uyaran bir sistemdir. Bireyin gelecekteki sağlığı, mutluluğu ve başarısı karşılaşıcağı strese uyum sağlayabilmesine ve dayanıklılığına bağlıdır. Eğer, bu uyum ve dayanıklılığı sağlayamazsa, bireyde hastalık, depresyon, öz saygı yitimi ve başarısızlık durumları oluşabilir. Ancak stres, sadece aşırı boyutlara ulaşırsa hastalık ve gerginliğe yol açar. Peptik ülser, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve baş ağrılarının stres hastalıklarından oldukları bilinmektedir. Fakat stresten kaçmak mümkün değildir. Streten kaçmaya çalışmak yemekten, içmekten, çalışmaktan veya sevgiden kaçmak gibi bir şey olur. Stres ile başa çıkmayı öğrenenler, yaşamın acı taraflarını görmeden, onun getirdiği olanaklardan güvenle yararlanabilirler (Norfaik, 1989; Yıldırım, 1991).

Gebelik süreci ve çocuk sahibi olmak isteyen aileler için çok istendik ve mutluluk verici bir dönemdir. Ancak gebe kadınlarda depresyon, anksiyete, stress ve distres bulguları günümüz de giderek arttığı ifade edilmektedir (Halbreich, 2005). Gebelik planlanmamış ve istenmeyen bir gebelikse ise strese yol açan bir yaşam dönemi olabilir. Ayrıca günümüz yaşam koşulları, kariyer isteyen kadınlar ve çalışma koşullarının zorluğu da gebe kadınların daha fazla stres altında kalmalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bazı kadınlarda gebeliğin kendisi ve genel anlamda da günümüz yaşam şartları gebelerin daha fazla stres yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu bilgiye paralel olarak gebelik döneminde yoğun yaşanan stres ve anksiyete gebelik sonuçları ve bebekler üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir (Madazlı, 2005).

Maternal stress fizyo-patolojik olarak vücuda şu şekilde etki eder: Hipotalamusdan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımını artırır. Hipotalamusdan salgılanan CRH, hipofizden adrenocortikotropin (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH da böbreküstü bezinden glikokortikoid salınımını artırır. Glikokortikoidler vücudun her hücresinde pek çok etkiye sahiptir. Glikokortikoidler immün sistemde rol alan hücrelerin, pek çok sitokin ve büyüme faktörlerinin üretim ve salınımını üzerine etkilidir. Sonuç olarak strese bağlı oluşan hiperkortizolemi plasenta ve fetüse etki ederek gebeliği etkileyebilmektedir (Knackstedt ve ark., 2005).

Psikolojik veya sosyal stresin erken doğum açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Doğum eyleminin başlama mekanizmaları günümüzde dahi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak CRH'un doğumu başlatıcı etkisi olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla strese bağlı artan CRH erken doğum riskini artırabilmektedir. Maternal stresin, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumuna ve preeklampsi riskinin artmasına yol açtığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Marcoux ark., 1999). Preeklampsi anne hayatını da ciddi risk altına sokan ve etyolojisi kesin olarak bilinmeyen bir gebelik patolojisidir (Madazlı, 2005).

Maternal stress altında doğan çocuklar da uzun vadede tip II diabet, obezite, hipertansiyon ve atopik bünyeye sahip olma olasılığının artabildiği belirtilmektedir (Knackstedt ve ark., 2005). Ayrıca stress altında olan annelerden doğan çocukların uzun dönem de sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu gibi davranış bozukluklarının genel popülasyona kıyasla daha yüksek olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Huizink ve ark., 2003; Madazlı, 2005).

2.10.6 Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Sağlıkla ilgili davranışların bireylerin sorumluluğunda olmasıdır. Diğer tanıma göre ise, sağlığın devamı için bireylerin egzersiz, kilo kontrolü ve sigara içmemek gibi davranışları gerçekleştirerek ve sağlık ile ilgili kontrollerini zamanında yaptırarak ve hekimin tavsiyelerini uygulayarak bireylerin daha iyi hissetmesi ve daha az sağlık harcaması yapmasıdır (Bahar ve ark., 2008; Demir Avcı, 2016).

Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında güçlü bir bağ vardır. Sağlığının geliştirilmesi için çaba sarf eden birey sorumluluklarının farkındadır. Bireylerin kendi sağlığına yönelik sorumluluk alabileceği bilgi ve sosyal desteğin sunulması; sağlığın bireysel belirleyicilerinin geliştirilmesi için önemlidir (Demir Avcı, 2016).

Bireyin sağlık davranışları bireylerin yaşadığı toplumun alışkanlıklarından, sağlık okuryazarlığı düzeyinden, sağlık eşitsizliklerinden, zihinsel kapasitesinden, kültürel yapısından ve sosyal medya gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bilindiği gibi sigara içmek, aşırı beslenme ve alkol tüketmek, aşırı egzersiz yapmak ve ehliyet

kemeri takmamak riskli davranışlar olarak değerlendirilmektedir. Sağlığa zarar veren bu davranışlar, hem birey için hemde halk sağlığı için tehdit oluşturmaktadır. Bu problemin çözümünün en basit ve düşük maliyetli olanı, bireylerin sosyokültürel yapısı ve çevresel faktörler göz önüne alınarak bireysel sorumluluk için yaşam tarzı değişiklikleri yapmak olduğu söylenebilir. Bireylerin sağlıklı davranışları seçerken özgür oldukları var sayılır (Demir Avcı, 2016).

Gebelik döneminde sağlık sorumluluğu antenatal bakım alma ve izleme gitme, gebeliği ile ilgili bireysel sağlık sorumluluğunu alma, bakımına önem gösterme ve riskli sağlık uygulamalarından kaçınmayı içerir (Lindgren, 2005; Saydam ve ark., 2007; Bahar ve ark., 2008).

Gebelik dönemindeki kadının, sağlık uygulamaları hem kendinin hem de bebeğinin sağlığını direkt etkiye sahiptir. Gebelikte sağlık uygulamaları, gebe kadının gebeliğini, kendinin ve yenidoğanın sağlık sonuçlarını etkileyebilecek gebelikle ilişkili sağlık davranışları olarak tanımlanabilir. Gebelik dönemi sağlık uygulamaları sağlıklı beslenme, istedik miktarda düzeyde kilo alma, düzenli egzersiz yapma, ağız hijyenine özen gösterme, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara, alkol, gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem almayı içerdiği belirtilir (Lindgren, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma gebe kadınların uyku sorunlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'nde 17 Mart 2017- 30 Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Kadın Doğum Polikliniğinde jinekoloji polikliniği, obstetri polikliniği ve jinekoloji onkoloji polikliniği olmak üzere 3 poliklinik hizmet vermektedir. Birimde 5 öğretim üyesi, 2 asistan hekim, 2 hemşire, 2 temizlik personeli ve bir sekreter hizmet vermektedir.

Obstetri polikliniğinde bir asistan hekim ve rotasyonda olan bir asistan aile hekimi çalışmaktadır. Obstetri polikliniğinde sürekli görev yapan hemşire bulunmamaktadır. Poliklinikte takibe gelen gebelerin haftalarına göre ikili, üçlü testler, kan, idrar testleri gibi rutin testler uygulanmakta, ultrasonografiyle fetüs değerlendirilmekte ve 32. haftanın üstünde olan gebelere non-stres testi yapılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur. Kadın Doğum Polikliniğine 2016 yılında; ayda ortalama 168, yıllık ise 3728 gebe başvurusu olmuştur. Araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısı, evrenin belirli olduğu durumlarda olayın sıklığı incelenmek amaçlandığında kullanılan formül yardımıyla hesaplanmış ($N=3728$, $p=0,50$, $q=0,50$, $d=0,05$, $t=1,96$) ve 349 olarak bulunmuştur.

Belirlenen sayıdaki örneklem hastanenin gebe polikliniğine gebelik kontrolü için başvuran 8. ile 40. gebelik haftası arasında olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar arasından seçilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onamları alınmış ve bu gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4 Veri toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıda açıklanan formlar aracılığıyla toplanmıştır:

1. Gebe Kadınları Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1)
2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK-2)
3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (EK-3)
4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-4)

3.4.1 Gebe Kadınları Tanıtıcı Özellikler Formu:

Bu form araştırmacılar tarafında hazırlanmış olup gebelerin sosyodemoğrafik özelliklerinin yanında önceki ve şimdiki obstetrik öykülerini de içeren 29 sorudan oluşmaktadır. İlk sekiz soru gebe kadınların sosyo-demoğrafik özellikleriyle ilgilidir. Formda yer alan 9-19. sorular gebelerin evlilik, obstetrik ve sağlık öyküleriyle ilgili, 20-29. sorular ise gebelerin bu gebeliğe ilişkin öyküsünü içermektedir.

3.4.2 Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):

Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiş olup, iç tutarlığı ($\alpha=83$) olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de ise Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı ($\alpha=80$) olarak bildirilmiştir. PUKİ, son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından cevaplanmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken, yatak arkadaşı tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. PUKİ, 1 toplam skor ve 7 alt boyuttan (öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu) oluşmaktadır. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması), 3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 3 arasında değişmektedir. Toplam PUKİ puanı ise 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanı ≤ 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi” olarak değerlendirilirken, >5 ise kötü uyku kalitesini ifade etmektedir (Ağargün ve ark., 1996; Buysse ve ark., 1989).

3.4.3 Uykusuzluk Şiddeti İndeksi:

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ) pratik kullanıma sahip bir ölçme aracıdır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını yapan Boysan ve arkadaşları (2010) ölçeğin iç tutarlılık katsayısının $\alpha=0.79$ ve Türk örnekleminde araştırmacılar tarafından kullanılabilirlik yeterli geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir. Yedi sorudan oluşan ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-28 arasında değişmektedir. Ölçeğin maddelerinin ölçüm yaptığı özellikler sırasıyla, a) uykuya geçişte zorluklar, b) uykuyu sürdürme güçlükleri, c) çok erken uyanma, ç) uyku paterninden alınan doyum, d) günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar, e) uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği ve f) uyku sorununun neden olduğu stres düzeyidir. İndexte 0-7 arasındaki puan klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 arasındaki puan uykusuzluk (insomnia) alt eşiği, 15-21 arasındaki puan klinik uykusuzluk (orta düzeyde şiddetli), 22-28 klinik uykusuzluk (şiddetli) şeklinde yorumlanmaktadır (Boysan ve ark., 2010)

3.4.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II:

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Health Promotion Life-Style Profile-II) Walker ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, ruhsal gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ölçeğin alt gruplarıdır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme dörtlü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak bulunmuş ve yüksek güvenilirlik derecesine sahip olduğu belirtilmiştir (Bahar ve ark., 2008).

3.5 Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Formunun son hali örneklem kapsamında olmayan 10 kadına uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiş, eklenen ve çıkartılan soru olmamıştır.

3.6 Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları araştırmacı tarafından katılımcının yazılı ve sözlü onamı alınarak yüz yüze görüşme yöntemi poliklinik ortamında toplanmıştır.

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulama sürecinden önce, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (Ek-6), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden uygulama izni (Ek-7) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm bireyler; yapılacak olan araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-5). Çalışmaya katılan bireylere verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir. Her katılımcıya verilerin gizliliği için sadece yazarlar tarafından belirlenen bir kod verilmiştir.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 20,0 programında değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen veriler frekans dağılımı, ölçümle edilen veriler ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrow Smirnov testi ile yapılmıştır. Gebe kadınların bireysel ve obstetrik özelliklerine göre uyku kalitesinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Uyku kalitesi iyi ve kötü olan gebe kadınların SYBDÖ II puan ortalaması karşılaştırılırken normal dağılıma uyan boyutlarda ikili gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan boyutlarda Mann-Whitney U testi; ikiden fazla grup olduğunda normal dağılıma uyanlarda varyans analizi, uymayanlarda Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. UŞİ ve SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki ilişkinini incelenmesi için Sperman korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (%)
Yaş grubu	
17-29	206 (59,0)
30-35	95 (27,2)
36 ve üzeri	48 (13,8)
Yaş Ortalaması: 28,34 ±5,86 (Min:17, Max:45)	
Eğitim	
Okur yazar değil	6 (1,7)
Okur yazar	10 (2,9)
İlkokul	73 (20,9)
Ortaokul	82 (23,5)
Lise	85 (24,4)
Üniversite	93 (26,6)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	54 (15,5)
Çalışmıyor	295 (84,5)
Eş eğitimi	
Okur yazar değil	3 (0,9)
Okur yazar	3 (0,9)
İlkokul	47 (13,5)
Ortaokul	68 (19,5)
Lise	125 (35,8)
Üniversite	103 (29,5)
Eşin çalışma durumu	
Çalışıyor	343 (98,3)
Çalışmıyor	6 (1,7)
Yaşadığı yer	
İl	227 (65,0)
İlçe	62 (17,8)
Köy / kasaba	60 (17,2)
Gelir Düzeyi	
Geliri giderinden az	129 (37,0)
Geliri giderine denk	197 (56,4)
Geliri giderinden fazla	23 (6,6)
Aile Tipi	
Çekirdek	281 (80,5)
Geniş	68 (19,5)
Toplam	349 (100,0)

Araştırmaya katılan kadınların sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1. de gösterilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalamasının, 28,34 ±5,86 (Min:17, Max:45), %59'unun 17-29 yaş grubunda, %26,6'sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmada gebelerin %84,5'nin çalışmadığı, %65'inin

ilde yaşadığı, %56,4'ünün gelirini giderine denk olarak gördüğü bulunmuştur. Yine %80,5'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu, %98,3'ünün eşinin çalıştığı, % 35,8'inin eşinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Gebe Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları (n=349)

Değişkenler	X±SD	Minimum	Maksimum
Evlilik Yaşı	21,83±4,16	14	38
Evlilik Süresi(yıl)	6,55±5,90	1	27
Gebelik Sayısı	2,44±1,42	1	8
Doğum Sayısı	1,65±1,11	0	6
Çocuk Sayısı	1,53±0,99	0	6
En Küçük Çocuğun Yaşı	5,67±3,86	1	21

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine ilişkin ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre gebe kadınların evlilik yaş ortalamaları 21,83±4,16, evlilik süresi ortalaması 6,55±5,90, geçirdikleri gebelik sayısı ortalaması 2,44±1,42, doğum sayısı ortalaması 1,65±1,11, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,53±0,99 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Gebe Kadınların Şuandaki Sağlık Durumuna ve Gebeliğine Ait Bulguların Dağılımı (n= 349)

Değişkenler	Sayı (%)
Gebelik haftası	
Birinci trimestir	29 (8,3)
İkinci trimestir	155 (44,4)
Üçüncü trimestir	165 (47,3)
Gebelik Planlaması	
Evet	248 (71,1)
Hayır	101 (28,9)
Gebelik öncesi sağlık kuruluşuna gitme	
Evet	104 (29,8)
Hayır	245 (70,2)
İnfertilite tedavisi	
Evet	18 (5,2)
Hayır	331 (94,8)
Fiziksel rahatsızlık*	
Evet	41 (11,7)
Hayır	308 (88,3)
Ruhsal Rahatsızlık *	
Evet	4 (1,1)
Hayır	345 (98,9)
Sigara Kullanımı	
Her gün düzenli en az bir tane içiyor	9 (2,6)
Düzensiz ara sıra içiyor	17 (4,8)
Gebe olduğunu öğrenince bırakmış	33 (9,5)
Gebelik öncesinde ve şurada içmiyor	290 (83,1)
Eşiyle ilişkisi	
Olumlu	342 (98,0)
Olumsuz	7 (2,0)
Gebelikte düzenli kontrole gitme	
Evet	307(88,0)
Hayır	42(12,0)

*Bireyin kendi subjektif ifadesi dikkate alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebe kadınların şuandaki sağlık durumuna ve gebeliğine ait bulguların dağılımı tablo 3'te verilmiştir. Tabloya göre gebe kadınların %88,3'ünün fiziksel bir hastalığının olmadığı, %98,9'unun ruhsal bir rahatsızlığının bulunmadığı belirlenmiştir. Ayrıca %83,1'inin gebelikten önce ve şu anda sigara kullanmadığı, %98,0'nın eşiyle ilişkisini olumlu değerlendirdiği, %71,1'inin gebeliğinin planlı olduğu, %94,8'inin infertilite tedavisi almadığı, %70,2'sinin gebelik öncesi sağlık kontrolü için herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmediği belirlenmiştir. Gebelik oluştuktan sonra %88,0'ünün düzenli olarak kontrole gittiği ve %47,3'ünün üçüncü trimestirde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Gebe Kadınların Şu Anda Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Dağılımı

Yaşanan sağlık sorunları*	Sayı (%)
Sık idrara çıkma	290 (83,1)
Yorgunluk	267 (76,5)
Halsizlik	262 (75,1)
Mide yanması	223 (63,9)
Sırt ağrısı	221 (63,3)
Kasık ağrısı	216 (61,9)
Meme dolgunluğu	195 (55,9)
Bacak krampları	180 (51,6)
Baş ağrısı	134 (38,4)
Çarpıntı	124 (35,5)
Solunum sıkıntısı	122 (35,0)
Bulantı	119 (34,1)
Ödem	85 (24,4)
Kusma	72 (20,6)
Horlama	65 (18,6)

Birden fazla yanıt vardır, yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır

Araştırmaya katılan gebe kadınların şu anda yaşadıkları sağlık sorunlarının dağılımı tablo 4’de verilmiştir. Tabloya göre, gebe kadınların %83,1’inin sık sık idrara çıktığı, %76,5’inin yorgunluğunun, %75,1’inin halsizliğinin, %63,3’ünün sırt ağrısının, %61,9’unun kasık ağrısının, %51,6’sının bacak kramplarının, %35’inin solunum sıkıntısının, % 18,6’sının horlama şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Gebe Kadınların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Uykusuzluk şiddeti indeksi alt gruplar	Sayı (%)
Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (UŞİ=0-7)	180 (51,6)
Uykusuzluk alt eşiği (UŞİ=8-14)	110 (31,5)
Uykusuzluk orta düzeyde şiddetli (UŞİ=15-21)	45 (12,9)
Şiddetli uykusuzluk (UŞİ=22-28)	14 (4,0)
Toplam	349 (100)

Araştırmaya katılan gebe kadınların uykusuzluk şiddeti indeksi sonuçlarına göre dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir. Tabloya göre, klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk yaşayan gebelerin oranı %51,6, uykusuzluk alt eşiği oranı %31,5, uykusuzluğu orta düzeyde şiddetli yaşayan gebelerin oranı %12,9, şiddetli uykusuzluk yaşayan gebelerin oranı %4 olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Gebe Kadınların PUKİ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması

PUKİ alt boyutları	X±SD	Minimum	Maksimum
Öznel uyku kalitesi	1,25±0,81	,00	3,00
Uyku latansı (gecikmesi)	1,33±0,98	,00	3,00
Uyku süresi	0,68±1,03	,00	3,00
Alışılmış uyku etkinliği	1,10±1,22	,00	3,00
Uyku bozukluğu	1,90±0,65	,00	3,00
Uyku ilacı kullanımı	0,00±0,00	,00	,00
Gündüz işlev bozukluğu	0,86±0,93	,00	3,00
Toplam PUKİ	7,16±3,96	,00	18,00

PUKİ=Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Gebe kadınların PUKİ alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam PUKİ puanı tablo 6'da gösterilmiştir. Tabloya göre, uyku bozukluğu alt grubu 1,90±0,65 ile en yüksek puanı alırken, uyku ilacı kullanımı 0,00±0,00 puan ile en düşük puanı almıştır. Toplam PUKİ puanı ise 7,16±3,96 olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Gebe Kadınların Uyku Kalitesine Göre Dağılımı

Gebe kadınları uyku kalitesi	Sayı (%)
İyi uyku kalitesi (PUKİ≤5)	143 (41,0)
Kötü uyku kalitesi (PUKİ≥6)	206 (59,0)
Toplam	349 (100)

Araştırmaya katılan gebe kadınların uyku kalitesine göre dağılımları Tablo 7'de gösterilmiştir. Tabloya göre, gebelerin %41'i iyi uyku kalitesine sahipken, %59'unun kötü uyku kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 8. Gebe Kadınların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (n= 349)

Değişkenler	Uyku Kalitesi		χ^2 / p
	İyi (PUKİ ≤5) (n=143)	Kötü (PUKİ ≥6) (n=206)	
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Yaş grubu			
17-29	77 (37,4)	129 (62,6)	3,129 / 0,209
30-35	42 (44,2)	53 (55,8)	
35 üzeri	24 (50,0)	24 (50,0)	
Aile tipi			
Geniş	35 (51,5)	33 (48,5)	3,847 / 0,050
Çekirdek	108 (38,4)	173 (61,6)	
Çalışma durumu			
Çalışan	23 (42,6)	31 (57,4)	0,069 / 0,793
Çalışmayan	120 (40,7)	175 (59,3)	
Gelir düzeyi			
Geliri giderinden az	48 (37,2)	81 (62,8)	1,428 / 0,490
Geliri giderine denk	84 (42,6)	113 (57,4)	
Geliri giderinden fazla	11 (47,8)	12 (52,2)	
Eğitim durumu			
İlkokul ve altı	44 (49,4)	45 (50,6)	4,416 / 0,220
Ortaokul	28 (34,1)	54 (65,9)	
Lise	35 (41,2)	50 (58,8)	
Üniversite	36 (38,7)	57 (61,3)	

Gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre uyku kalitesinin dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Gebelerin yaş grubu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve eğitim durumuna göre uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Uyku Kalitesinin Dağılımı (n= 349)

Değişkenler	Uyku Kalitesi		x ² / p
	İyi (PUKİ ≤5) (n= 143)	Kötü (PUKİ ≥6) (n= 206)	
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Trimestir			
Birinci trimestir	14 (48,3)	15 (51,7)	29,306 / 0,000
İkinci trimestir	86 (55,5)	69 (44,5)	
Üçüncü trimestir	43 (26,1)	122 (73,9)	
Gebeliğin planlı olması			
Evet	102 (41,2)	146 (58,9)	0,008 / 0,927
Hayır	41 (40,6)	60 (59,4)	
Gebelikte sağlık sorunu			
Var	17 (33,3)	34 (66,7)	1,442 / 0,230
Yok	126 (42,2)	172 (57,7)	
Bebek sağlık sorunu			
Var	6 (35,3)	11 (64,7)	0,238 / 0,628
Yok	137 (41,3)	195 (58,7)	
Gravida			
Primigravida	48 (40,7)	70 (59,3)	0,006 / 0,936
Multigravida	95 (41,1)	136 (58,9)	
Önceki gebeliklerde uyku sorunu varlığı			
Evet	19 (24,7)	58 (75,3)	12,900 / 0,000
Hayır	76 (49,4)	78 (50,6)	

Gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre uyku kalitesinin dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Tabloya göre; ilk trimestirde olan kadınların %51,7’sinin, ikinci trimestirde olan kadınların %44,5’inin ve son trimestirde olanların %73,9’unun uyku kalitesi kötü olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Önceki gebeliklerinde uyku sorunu yaşayan kadınların %75,3’ünün uyku kalitesi kötü iken yaşamayanların %50,6’sının uyku kalitesinin kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebeliğin planlı olması, gebelikte sağlık sorununu olması, bebekte sağlık sorununun olması ve gravidaya göre uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 10. Gebe Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ölçekten alınabilecek min- max puan	X±SD	Minimum	Maksimum
Sağlık Sorumluluğu	9,00-36,00	21,21 ± 4,61	10,00	33,00
Fiziksel Aktivite	8,00-32,00	11,56 ± 3,92	8,00	28,00
Beslenme	9,00-36,00	21,18 ± 4,21	11,00	33,00
Manevi Gelişim	9,00-36,00	26,64 ± 4,43	12,00	36,00
Kişilerarası İlişkiler	9,00-36,00	25,85 ± 4,92	11,00	36,00
Stres Yönetimi	8,00-32,00	18,50 ± 4,27	8,00	31,00
Toplam	52,00-208,00	124,95±20,13	64,00	183,00

Araştırmaya katılan gebe kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek-II puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir. Tabloya göre, sağlık sorumluluğu puan ortalaması 21,21±4,61, fiziksel aktivite puan ortalaması 11,56±3,92, beslenme puan ortalaması 21,18±4,21 olarak bulunmuştur. Manevi gelişim puan ortalaması 26,64±4,43, kişiler arası ilişkiler puan ortalaması 25,85±4,60, stres yönetimi puan ortalaması 18,50±4,27 olarak saptanmıştır. Ve ölçek toplam skoru ise 124,95±20,13 olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Gebe Kadınların Bazı Bireysel Özelliklerine Göre SYBDÖ II Puan Ortalaması

Değişkenler	SYBDÖ X±SD	Test
Yaş grubu		
17-29	126,09±19,83	KW=2,688 p=0,261 F= 1,03 p= 0,358
30-35	124,11±21,50	
35 üzeri	121,72±18,51	
Aile tipi		
Çekirdek	126,93±20,32	t=3,811, p=0,000
Geniş	116,76±17,19	
Çalışma durumu		
Çalışan	134,33±19,85	t=3,793 p=0,000
Çalışmayan	123,24±19,74	
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	119,72±19,29	t=-3,790 / p=0,000
Geliri giderine denk /fazla*	128,02±20,02	
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı ^a	118,28±19,20	F=16,48 / p=0,000 a-b, c-d p>0,05 a-d, a-c, b-c p<0,05
Ortaokul ^b	117,57±18,20	
Lise ^c	129,01±18,65	
Üniversite ^d	134,15±19,47	
Yaşadığı yer		
İl ^a	128,04±19,98	F=10,743 / p=0,000 a-b p>0,05 a-c p<0,05
İlçe ^b	123,25±18,25	
Köy / kasaba ^c	115,03±19,42	

*23 kadın gelirinin fazla olduğunu ifade etmiştir

Gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması tablo 11’de gösterilmiştir. Çekirdek aileye sahip olan, çalışan, geliri giderine denk ya da fazla olan, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan ve il merkezinde yaşayan gebelerin SYBDÖ-II puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Tabloya göre yaş grubu ve SYBDÖ-II puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p> 0,05).

Tablo 12. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre SYBDÖ II Puan Ortalaması

Değişkenler	SYBDÖ II X±SD	Test
Trimestir		
Birinci trimestir	124,34±18,95	KW=0,495 p=0,781
İkinci trimestir	126,08±22,38	
Üçüncü trimestir	124,00±18,06	
Gebeliğin planlı olması		
Evet	127,08±20,00	t=3,138
Hayır	119,72±19,58	p=0,002
Gebelikte sağlık sorunu		
Var	121,98±21,17	t=-1,143 p=0,254
Yok	125,46±19,94	
Bebek sağlık sorunu		
Var	120,35±18,13	z=0,989 p=0,323
Yok	125,19±20,23	
Gravida		
Primigravida	131,39±19,51	t=4,381 p=0,000
Multigravida	121,66±19,69	
Gebelik öncesi sağlık kontrolü		
Evet	132,74±19,55	t=4,855 p=0,000
Hayır	121,65±19,49	

Gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması tablo 12’de verilmiştir. Tabloya göre, gebeliği planlayan gebelerin (127,08±20,00), primigravidaların (131,39±19,51), gebelik öncesi sağlık kontrolünden geçen gebelerin (132,74±19,55) SYBDÖ-II puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Tabloya göre gebelikte sağlık sorunu, bebekte sağlık sorunu ve trimestire göre SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 13. Uyku Kalitesi İyi ve Kötü Olan Gebe Kadınların SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması

SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanı	Uyku Kalitesi		test
	İyi (PUKİ ≤5) (n=143)	Kötü (PUKİ ≥6) (n=206)	
	X ± SD	X ± SD	
Sağlık Sorumluluğu	21,55 ± 4,26	20,97 ± 4,84	z=-1,357 p= 0,175
Fiziksel Aktivite	11,53 ± 3,67	11,58 ± 4,08	z=-0,235 p= 0,514
Beslenme	21,36 ± 4,27	21,05 ± 4,18	z=0,66 p= 0,507
Manevi Gelişim	25,78 ± 5,05	25,90 ± 4,85	t=0,81 p= 0,415
Kişilerarası İlişkiler	26,04 ± 4,83	25,77 ± 4,97	z=-0,23 p=0,817
Stres Yönetimi	19,25 ± 4,31	17,97 ± 4,17	z=2,78 p= 0,006
SYBDÖ II Toplam Puan	126,37 ± 20,25	123,98 ± 20,04	t=1,09 p= 0,275

Uyku kalitesi iyi ve kötü olan gebe kadınların SYBDÖ II toplam ve alt boyut puan ortalaması tablo 13’de verilmiştir. Tabloya göre uyku kalitesi iyi olan gebelerin stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması (19,25±4,31), uyku kalitesi kötü olan gebelerin puan ortalamasından (17,97±4,17) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Uyku kalitesi iyi ve kötü olan gebelerin diğer alt boyutlar ve SYBDÖ II toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 14. Kadınların UŞİ ve SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	SYBDÖ II toplam Puan	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
	r /p						
UŞİ	-,194 0,000	-,180 0,001	-,029 0,584	-,135 0,012	-,181 0,001	-,098 0,067	-,269 0,000

Tablo 14’te gebe kadınların UŞİ ve SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki korelasyon sonuçları verilmiştir. Buna göre kadınların UŞİ ile SYBDÖ II toplam ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). UŞİ ile SYBDÖ II’nin fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05)

5. TARTIŞMA

Gebelik süresince üreme sistemi başta olmak üzere tüm sistemlerde değişim yaşanır. Bu değişimlerin çoğu gebelik hormonlarına, büyüyen uterusun ve diğer dokuların komşu organlara mekanik baskısına bağlıdır. Gebelikte meydana gelen değişimlerin amacı fetüsün büyüme ve gelişimini sağlamak, anneyi doğuma ve laktasyona hazırlamaktır. Sağlıklı çoğu kadın gebelikte meydana gelen değişimleri tolere edebilirken, bazı kadınlar hastanede yatmalarını gerektirmeyen ancak günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilecek rahatsızlıklar yaşayabilmektedir (Murray ve McKinney, 2010; Aydemir ve Hazar 2014; Taşpınar, 2015). Gebelikte yaşanan rahatsızlıkların önlenmesi ya da bu rahatsızlıklarla etkili bir şekilde başetmek için gebe kadının sağlık davranışları önemlidir. Beslenme, egzersiz, stresle baş etme, sağlık sorumluluğunu üstlenme, destekleyici kişiler arası ilişkilere sahip olma gibi sağlıklı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve kaliteli bir uyku kadının hem kendi hem de fetal sağlık için temel oluşturacaktır. Bu çalışmada gebe kadınların uyku kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiş ve elde edilen bulgular mevcut literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda gebe kadınların yaklaşık yarısının (%48,4) şiddeti değişen derecelerde olmak üzere uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır. Gebelikte uykusuzluk sorununu değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanmış olmakla birlikte, Kızılırmak ve arkadaşlarının (2012) 486 gebeyle yaptıkları araştırmada uykusuzluk prevalansı %52,2 bulunmuştur. Mindell ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada ise gebe kadınların yarısından fazlasının (%57) uykusuzluk yaşadığı ifade edilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonucu destekler niteliktedir ve gebelerde uykusuzluk sorununun yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda gebe kadınların %59,0'ının uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların uyku kalitesinin değerlendirildiği pek çok çalışmada da gebelerin uyku kalitesinin kötü olduğu yönünde sonuçlar mevcuttur. Taşkiran'ın (2011) yaptığı bir araştırmada gebelerin %86'sının, Yang ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir çalışmada gebelerin %87'sinin, Çoban ve Yanıkerem'in (2010) yaptıkları çalışmada ise gebelerin %54'ünün, Çelikgöz'ün (2015) yaptığı çalışmada ise gebelerin %68'inin, Mindell ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada gebelerin %76'sının uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sedov ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları

bir meta analiz çalışmasında ise gebelerin %45,7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Hung ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışmada ise ikinci trimesterdeki gebelerin %58'inin ve üçüncü trimesterdeki gebelerin ise %66'sının uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuç, bazı araştırmalarla benzer olmakla birlikte, bazı araştırma sonuçlarından daha düşüktür. Bu durum çalışmaların örneklem özelliği ile ölçme yöntemindeki farklılıklarla ilişkili olabilir. Diğer taraftan uyku sorunlarının gebelerde yaygın bir problem olduğu ve doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında mutlaka değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında gebelerin yaş grubu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve eğitim durumuna göre uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Yapılan çalışmalarda gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre uyku kalitesinin dağılımı incelendiğinde, uyku kalitesi trimesterlere göre değişiklik göstermektedir. Çalışmamızda da trimestire göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında; ilk trimestirde olan kadınların %51,7'sinin, ikinci trimestirde olan kadınların %44,5'inin ve son trimestirde olanların %73,9'unun uyku kalitesi kötü olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç değerlendirildiğinde ilk trimestirde yaşanan fizyolojik rahatsızlıkların (örneğin bulantı, kusma, halsizlik, sık idrar vb.) uyku kalitesini olumsuz olarak etkilediği; son trimestirde ise mekanik yükün artması, solunumsal sıkıntılar, bacak krampları ve sık sık idrara çıkma gibi nedenlerle uyku kalitesinin düştüğü düşünülmektedir. İkinci trimesterle birlikte hormonal değişiklikler daha durağan olur fakat kadınlar, genişlemiş abdominal çevrenin neden olduğu sırt ağrısına, ani fetüs hareketlerine, mide yanması ve noktüriye bağlı olarak, uyku problemlerinden rahatsız olabilirler. Li ve arkadaşlarının (2016) 13 ile 28. gebelik haftalarındaki Çinli gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarında gebelerin %38,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine başka bir çalışmada üçüncü trimestere gelindiğinde ise kadınların büyük çoğunluğunun uyku problemleri en üst seviyeye çıktığı belirtilmektedir (Polo- Kastola ve ark., 2017). Çelik ve Köse'nin (2017) yaptıkları, gebelerin trimestere göre uyku kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında komplike olmayan üçüncü trimester gebelerde uyku bozukluklarının ilk iki trimester gebelerden daha sık olduğu bulunmuştur. Köybaşı ve Oskay'ın (2017) yaptıkları bir çalışmada da gebeler, en fazla üçüncü trimesterde uyku

sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kahyaoğlu ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları bir çalışmada ise ikinci ve üçüncü trimesterde uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda antenatal bakım verirken ilk ve son trimesterdeki kadınların uyku kalitesi açısından riskli grup olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda önceki gebeliklerde uyku sorunu varlığına göre gebelerin uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önceki gebeliğinde uyku sorunu yaşayan gebeler bu gebeliklerinde de uyku sorunu yaşamaktadır. Ölmez ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada da gebelikten önce uyku sorunu yaşayan kadınların gebelikte de bu sorunların devam ettiği belirtilmiştir. Bu bağlamda önceki gebeliklerinde uyku sorunu yaşayan multigravidaların uyku kalitesi açısından etkin değerlendirilmesi önerilebilir. Gebeliğin planlı olması, gebelikte sağlık sorununu olması, bebekte sağlık sorununun olması ve gravidaya göre ise uyku kalitesi değişmemektedir ($p>0,05$).

Sağlıklı yaşam davranışları bireyin iyilik halini geliştiren ve sürdüren davranışlar bütünüdür. Birey sağlıklı yaşam davranışlarıyla hastalık oluşumunu önlemenin ve ölümleri azaltabilmenin yanında mevcut sağlık durumunun devamlılığını da sağlar (Pender, 1992). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yaşamın her döneminde önemlidir. Ancak gebelik döneminde hatta gebeliğin planlanma aşamasında bir kat daha fazla önem kazanır (Onat ve Aba, 2014). Çünkü sağlıklı bir yaşamın temeli gebelikte hatta prekonsepsiyonel dönemde atılır.

Çalışmamıza katılan gebe kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II sağlık sorumluluğu puan ortalaması $21,21\pm 4,61$, fiziksel aktivite puan ortalaması $11,56\pm 3,92$, beslenme puan ortalaması $21,18\pm 4,21$ olarak bulunmuştur. Manevi gelişim puan ortalaması $26,64\pm 4,43$, kişiler arası ilişkiler puan ortalaması $25,85\pm 4,60$, stres yönetimi puan ortalaması $18,50\pm 4,27$ olarak bulunmuştur. Ve ölçek toplam skoru ise $124,95\pm 20,13$ olarak bulunmuştur. Buna göre gebelik dönemdeki kadınların sağlıklı yaşam davranışları düzeyinin orta seviyede olduğu, en düşük alt ölçek puanlarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutunda olduğu, en yüksek alt ölçek puanların ise manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında olduğu söylenebilir. Türkiye’de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelere yönelik yapılmış çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir.

Saydam ve arkadaşlarının (2007) riskli gebeler üzerindeki çalışmalarında SYBDÖ-II genel puanı $121,31 \pm 21,02$ olarak saptanmış, en düşük alt ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite faktöründe, en yüksek puan ortalamasının ise manevi gelişim faktöründe olduğunu belirlemişlerdir. Aşçı'nın (2013) gebe kadınlarda yapmış olduğu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin orta seviyede olduğu, en düşük alt ölçek puanlarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi faktörlerinde olduğu, en yüksek alt ölçek puanların ise manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler faktörlerinde olduğu bulunmuştur. Onat ve Aba'nın (2014) çalışmasında ise gebelerin SYBDÖ-II genel puanı $130,7 \pm 20,0$, ölçeğe ait en düşük puanın fiziksel aktivite alt grubuna, en yüksek puanın ise manevi gelişime ait olduğu belirtilmektedir. Sonuçların benzerliğinin Türk kültürünün ve dini spirütüel yaklaşımların sağlığı geliştirici davranışlar üzerine bir yansımaları olarak değerlendirilebilir. Yine Aksoy ve arkadaşlarının (2017) normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirdiği çalışmalarında toplam SYBDÖ-II puanı normal gebelerde $117,27 \pm 24,24$, riskli gebelerde ise $123,62 \pm 25,44$ olarak saptanmıştır. Yapılmış olan çalışmalarla birlikte düşünüldüğünde en düşük puanın fiziksel aktivite alanında olduğu görülmektedir. Altıparmak ve Kutlu Koca'nın (2009) 15-49 yaş arasındaki kadınlarla yaptıkları bir çalışmada da en düşük puanın fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu belirtilmektedir. Yine Bostan ve Beşer'in (2017) hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmalarında en düşük puanın fiziksel aktivite alt grubunda olduğunu belirtilmiştir. Bu sonuçlar bize fiziksel aktivite alt boyutunun sadece gebelikte değil yaşamın diğer evrelerinde de ihmal edilen bir durum olduğunu göstermektedir. Sağlığı geliştirmek için sağlığa duyarlılığın artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi, fiziksel aktivite için yeterli olanakların ve ortamların hazırlanması, gebelerin bu faaliyetlere yönlendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gebelerin stres yönetimi konusunda da değerlendirilmesinin önemli olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızda gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre SYBDÖ- II puan ortalaması karşılaştırıldığında; çekirdek aileye sahip olan, çalışan, geliri giderine denk ya da fazla olan gebelerle, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan ve ilçe / ilde yaşayan gebelerin, puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarını inceleyen çalışma sayısı az sayıdadır. Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada eğitim durumu ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, gelir

düzeyi ve SYBD arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Çalışmada gelir düzeyi arttıkça SYBD- II ölçek puanında artış saptanmıştır. Bu sonuçlar bize çalışma hayatında olan ve ekonomik olarak kendilerini iyi düzeyde gören gebe kadınların sağlıklı yaşam davranışlarını daha üst düzeyde uyguladıklarını göstermektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olmasının kişiye birçok alandan katkısı olduğunun önemli bir göstergesi de sağlıklı yaşam davranışlarının eğitim düzeyi daha düşük olanlara göre daha iyi seviyede olmasıdır. İllerde yaşayan gebe kadınların sağlıklı yaşam davranışlarının diğer yerlerde yaşayanlara göre yüksek olması ise; gebelerin sağlık, eğitim ve temel ihtiyaçlara ulaşımının diğer yerlere göre daha kolay olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması göre, gebeliği planlayan gebelerin, primigravidaların, gebelik öncesi sağlık kontrolünden geçen gebelerin SYBDÖ-II puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada ise primigravidaların ve gebeliği planlayanların ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmadaki sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda gebeliği plansız olan kadınların, multigravidaların ve gebelik öncesi sağlık kontrolünden geçmemiş gebelerin sağlığı geliştirici davranışları kazanmaları ve bu davranışları sürdürmeleri konusunda öncelikli olarak değerlendirmeleri gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bu sonuçlar gebeliklerin planlı olmasının ve prekonsepsiyonel danışmanlığın gebelikte sağlığı geliştirici davranışlar üzerindeki olumlu katkısının olduğunu bize göstermektedir.

Çalışmamızda gebe kadınların uyku kalitesine göre SYBDÖ II toplam ve alt boyut puan ortalaması incelendiğinde beslenme alışkanlığı, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p> 0,05$). Uyku kalitesi iyi ve kötü olan gebe kadınların stres yönetimi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Uyku kalitesi iyi olan gebelerin stres yönetimi puan ortalaması kötü olanlardan daha yüksektir. Pınar ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışma sonuçları da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir ve gebe kadınların algıladıkları stres oranı yükseldikçe uyku kalitesinin kötüleştiği ifade edilmektedir. Gebelik olayı gelişimsel bir stresör olarak düşünüldüğünde, bu olayla etkili bir şekilde baş edebilmek ve yaşanan

değişimlere uyum sağlayabilmek önemlidir. Bu doğrultuda gebe kadınlarda stresle baş etme becerisini geliştirmenin uyku kalitesini de iyileştireceği söylenebilir. Gebe kadınların UŞİ ve SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki korelasyon sonuçları incelendiğinde ise UŞİ ile SYBDÖ II toplam ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç bize sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin; özellikle stresle baş etme, beslenme, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu alt boyutunda, artmasıyla kadınların yaşadığı uykusuzluk durumunun azalacağını göstermektedir. Bu bağlamda gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin artırılması ve geliştirilmesinin, uyku ile ilgili sorunların azaltılmasında ve/veya giderilmesinde önemli bir faktör olduğu ifade edilebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebe kadınların uyku sorunlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalamasının, $28,34 \pm 5,86$ (Min:17, Max:45), %59'unun 17-29 yaş grubunda, %26,6'sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Araştırmada gebelerin %84,5'nin çalışmadığı, %65'inin ilde yaşadığı, %56,4'ünün gelirini giderine denk olarak gördüğü bulunmuştur. Yine %80,5'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu, %98,3'ünün eşinin çalıştığı, % 35,8 inin eşinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 1**).
2. Gebe kadınların evlilik yaş ortalamaları $21,83 \pm 4,16$, evlilik süresi ortalaması $6,55 \pm 5,90$, geçirdikleri gebelik sayısı ortalaması $2,44 \pm 1,42$, doğum sayısı ortalaması $1,65 \pm 1,11$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,53 \pm 0,99$ olarak bulunmuştur (**Tablo 2**).
3. Gebe kadınların %88,3'ü fiziksel bir hastalığının olmadığını, %98,9'u da ruhsal bir rahatsızlığının bulunmadığını ifade etmiştir. Gebe kadınların %83,1'inin gebelikten önce ve şu anda sigara kullanmadığı, %98,0'nın eşiyle ilişkisini olumlu değerlendirdiği, %71,1'inin gebeliğinin planlı olduğu, %94,8'inin infertilite tedavisi almadığı, %70,2'sinin gebeliği planladıktan sonra gebelik için bir sağlık kuruluşuna gitmediği belirlenmiştir. Gebelik oluştuktan sonra %88,0'ünün düzenli kontrole gittiği ve %47,3'ünün üçüncü trimesterde olduğu saptanmıştır (**Tablo 3**).
4. Araştırmaya katılan gebe kadınların %83,1'inin sık sık idrara çıktığı, %76,5'inin yorgunluğunun, %75,1'inin halsizliğinin, %63,3'ünün sırt ağrısının, %61,9'unun kasık ağrısının, %51,6'sının bacak kramplarının, %35'inin solunum sıkıntısının, %18,6'sının horlama şikayetinin olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4**).
5. Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk yaşayan gebelerin oranı %51,6, uykusuzluk alt eşiği oranı %31,5, uykusuzluğu orta düzeyde şiddetli yaşayan gebelerin oranı %12,9, şiddetli uykusuzluk yaşayan gebelerin oranı %4 olarak bulunmuştur (**Tablo 5**).

6. Gebe kadınlar PUKİ uyku bozukluğu alt grubu $1,90\pm 0,65$ ile en yüksek puanı alırken, uyku ilacı kullanımı $0,00\pm 0,00$ puan ile en düşük puanı almıştır. Toplam PUKİ puanı ise $7,16\pm 3,96$ olarak belirlenmiştir (**Tablo 6**).
7. Gebe kadınların %41'i iyi uyku kalitesine sahipken, %59'unun kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (**Tablo 7**).
8. Gebelerin kadınların yaş grubu, aile tipi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve eğitim durumu uyku kalitesiyle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 8**).
9. Gebe kadınların birinci ve üçüncü trimesterde uyku kalitesinin daha kötü, ikinci trimesterde daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Önceki gebeliklerde uyku sorunu varlığının şimdiki gebelikte uyku sorunu yaşama durumu karşılaştırıldığında da aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gebeliğin planlı olması, gebelikte sağlık sorununu olması, bebekte sağlık sorununun olması ve gravidanın uyku kalitesine etkisi karşılaştırıldığında ise anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (**Tablo 9**).
10. Gebe kadınların SYBDÖ II toplam puan ortalaması $124,95\pm 20,13$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu puan ortalaması $21,21\pm 4,61$, fiziksel aktivite puan ortalaması $11,56\pm 3,92$, beslenme puan ortalaması $21,18\pm 4,21$ olarak bulunmuştur. Manevi gelişim puan ortalaması $26,64\pm 4,43$, kişiler arası ilişkiler puan ortalaması $25,85\pm 4,60$ ve stres yönetimi puan ortalaması $18,50\pm 4,27$ olarak belirlenmiştir (**Tablo 10**).
11. Gebe kadınların bazı bireysel özelliklerine göre SYBD II puan ortalaması karşılaştırıldığında gebe kadınların yaş grubu ile SYBD II arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Çekirdek aileye sahip olan, çalışan gebelerin, geliri giderine denk ya da fazla olan gebelerin, puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan gebelerin, il merkezinde yaşayan gebelerin SYBDÖ-II puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 11**).
12. Gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre SYBD II puan ortalaması karşılaştırıldığında; gebeliği planlayan kadınların, primigravidaların, gebelik öncesi sağlık kontrolünden geçen kadınların SYBDÖ-II puan ortalaması daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gebe kadınların diğer özelliklerine göre SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (**Tablo 12**)

- 13.** Gebe kadınların SYBDÖ II alt boyutlarının uyku kalitesine göre dağılımı incelendiğinde, stres yönetimi alt grubuyla uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Stres yönetimi puanı yüksek olan gebelerin uyku kalitesi daha iyiyken, stres yönetimi puanı daha düşük gebelerin uyku kalitesi daha kötü olarak bulunmuştur (**Tablo 13**).
- 14.** Gebe kadınların UŞİ ve SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki korelasyon sonuçları incelendiğinde UŞİ ile SYBDÖ II toplam ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). UŞİ ile SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 14**).

6.2 Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Doğum öncesi bakım kapsamında tüm gebe kadınlar uyku sorunları açısından değerlendirilmeli ve sorun saptanan gebe kadınlar çözüme yönlendirilmelidir.
- İlk ve son trimestirdeki kadınlar, daha önceki gebeliklerinde uyku sorunu yaşayan kadınlar ve stres yönetimi yetersiz olan kadınlar kötü uyku kalitesi açısından riskli grup olarak ele alınmalı.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yetersiz olan gebe kadınlar uykusuzluk şiddeti açısından riskli grup olarak ele alınmalı.
- Gebelikte genel sağlığın yanı sıra uyku kalitesini de etkileyebilecek bir değişken olarak doğum öncesi bakım kapsamında tüm gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmeli.
- Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirecek planlamalar yapılmalı.
- Sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan, geniş ailede yaşayan, çalışmayan, köy/kasabada yaşayanlar, gebelik öncesi sağlık kontrolü yaptırmayan, multigravida ve gebeliği plansız olan kadınlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik programlarda öncelikli olarak ele alınmalı.
- Farklı popülasyonlarda gebelikte uyku sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlendiği çalışmalar planlanmalı.

KAYNAKÇA

- Ağargün, M. Y., Kara, H., Anlar, O. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2): 107-115.
- Aittasalo, M., Pasanen, M., Fogelholm, M., Kinnunen, T. I., Ojala, K., Luoto, R. (2008). Physical activity Counseling in Maternity and Child Health Care – a Controlled Trial. *BMC Womens Health*; 8: 14.
- Akar, H. (2017). Kişilerarası İletişim Motivasyonları: İnsanların Çevrelerindeki Kişilerle İletişime Girme Sebepleri Üzerine Bir Araştırma. *Humanities Sciences (NWSAHS)*, 12(2):76-89.
- Akdemir, N. (2004). Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. In: Akdemir N, Birol L, Editors. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. baskı. Ankara: Basım evi: Sistem ofset; s: 129-134.
- Akıncı, E., ve Orhan, F. Ö. (2016). Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. *Current Approaches in Psychiatry*; 8(2):178-189.
- Aksoy, Y. E., Çeber Turfan, E., Dereli Yılmaz, S. (2017). Assessment of health-promoting lifestyle habits in normal and high-risk pregnancies. *Perinatal Journal*; 25(1):26–31.
- Akyüz, G., Bayındır, Ö. (2013). Gebelik İle İlişkili Osteoporoz. *Turk J Phys Med Rehab*; 59:145-50.
- Algın, D. İ., Akdağ, G., Erdinç, O. O. (2016). Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları, *Osmangazi Tıp Dergisi*;38 (Özel Sayı 1): 29-34.
- Altıparmak, S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5 (6): s;416-423.
- Altıparmak, S. ve Kutlu Koca, A. (2009). 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5):421-427.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2): 68-75.
- Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 21(5): 211-20.
- Aslan, K. ve Bozdemir, H. (2013). Gebelik ve Uyku. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*;6(1):43-9.
- Aşçı, Ö. (2013). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*.
- Aune, D., Saugstad, O.D., Henriksen, T., Tonstad, S. (2014). Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, 25(3): 331–43.

- Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9(2): 26-34.
- Ayaz Alkaya, S. ve Birimoğlu Okuyan, C. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Egzersiz Davranışları ve Uyku Kaliteleri. DEUHFED, 10 (4): 236-241.
- Aydemir, H. ve Uyar Hazar, H.(2014). Düşük Riskli, Riskli ve Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences; 3(2) : 815-833.
- Aysan E., Karaköse S., Zambak A., İsmailoğlu G. E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED ,7(3):193-198.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12 (1): 1-13.
- Baltaş, Z. ve A. Baltaş (1991), Stres ve Başa Çıkma Yolları. MESS Yayını, Ankara.
- Banaz, M. (1992). Lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bat-Pitault, F., Deruelle, C., Flori, S., Porcher-Guinet, V., Stagnara, C., Guyon, A., Plancoulaine, S., Adrien, J., Da Fonseca, D., Patural, H., Franco, P. (2015). Sleep Pattern during Pregnancy and Maternal Depression: Study of Aube Cohort, Journal of Sleep Disorders and Management 1:1 page 1-7.
- Batı, H., Tezer, E., Duman, E., Önen, E., Yılmaz, C., Fadıloğlu, Ç. (2003). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. 8. Halk Sağlığı Günleri(Kongre Kitabı),Sivas 23-25 Haziran, 227.
- Bilgili, N. ve Ayaz, S. (2009). Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 8(6): 497-502.
- Bingöl, N. (2006). Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doymu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sivas.
- Borodulin, K., Everson, K.R., Monda, K., Wen, F., Herring, A.H., Dole, N. (2010). Physical activity and sleep among pregnant women. Paediatr Perinat Epidemiol. January; 24(1): 45–52.
- Bostan N. ve Beşer A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;14 (1): 38-44
- Boysan, M., Güleç, M., Beşiroğlu, L., Kalafat, T. (2010). Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 11:248-252.
- Bozhöyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) ▪ www.tjfmpe.com ▪ VOL. 6, NO.1.

- Boztilki, M. ve Ardiç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN ;3(Ek sayı):39-45.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*;28:193–213.
- Cassidy, S., Chau, J. Y., Catt, M., Bauman, A., Trenell, M. I.(2017), Low physical activity, high television viewing and poor sleep duration cluster in overweight and obese adults; a cross-sectional study of 398,984 participants from the UK Biobank. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. DOI 10.1186/s12966-017-0514-y. page 1-10.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M.D., Pekow, P., Sternfeld, B., Manson, J., Markenson, G. (2007). Correlates of physical activity in pregnancy among Latina women. *Matern Child Health J.*;11(4):353–63.
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*; 16(2): 78-83.
- Çakmak, B., Metin, Z. F., Karataş, A., Özsoy, Z., Demirtürk, F. (2014). Gebelikte Huzursuz Bacak Sendromu, *Perinatoloji Dergisi*; 22(1):1-5.
- Çelik, F. ve Köse, M. (2017). Gebelikte Uyku Kalitesinin Trimester ile İlişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal* 18:85-88.
- Çelikgöz, D. (2015). Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Çetin C. F., Demirci N., Çalık Y. K., Akıncı Ç. A.(2017), Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*;48(4):135-141.
- Çoban, A., Yanikkerem, U. E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi* 49(2): 87-94.
- Dement, W. (1990). A person history of sleep disorders medicine. *J Clin Neurophysiol*; 1: 17-47.
- Demir, S., Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Androloji Bülteni*, 17(61):136-139.
- Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu, *TAF Prev Med Bull*, Vol 15, Issue 3, 259-266.
- Demir, B. (2002). Uyku Bozuklukları. *Türkiye Tıp Dergisi*; 9(3): 117-127.
- Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):200-206.

- Dereli Yılmaz, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Derg;20(3):99-108.
- DSÖ. Physical activity. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>, erişim tarihi: 9/10/ 2017. 2. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J. 2006;174(6):801-9.
- Doğan Demir, F., Çakın, K. ve Öztürk Can, H. (2017). Menstrual Faktörlerin Uyku Kalitesine Etkisi. Life Sciences (NWSALS), 12(1):30-41.
- Effati- Daryani, F., Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Shiri-Sarand, F., Zarei, S.(2017). Sleep quality and its relationship with quality of life in Iranian pregnant women. Int J Nurs Pract. ;23:e12518.1 of 7.
- Erdoğan, İ., (2002). İletişimi Anlamak, Ankara: Erk Yayınları.
- Ergün, S., Duran, S., Gültekin, M., Yanar, S. (2017). Evaluation of The Factors Which Affect the Sleep Habit and Quality of Health College Students. TJFMPC;11(3): 186-193.
- Ertuğrul, A., Rezaki, M. (2004). Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi; 15(4):300-308.
- Ertop, G. N., Yılmaz, A., Yurdagül, E. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri KÜ Tıp Fak Derg; 14(2): 1-7.
- Eser, A. A., Kaygusuz, İ., İnegöl Gümüş, İ., Köşüş, A., Köşüş, N. (2015). Sleep Abnormalities in Pregnancy: Review. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst;25(4):250-7.
- Evenson, K.R., Siega-Riz, A.M., Savitz, D.A., Leiferman, J.A., Thorp, J.M.(2002). Vigorous leisure activity and pregnancy outcome. Epidemiology;13(6):653-9.
- Evlice, A. T. (2012). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal); 21(2): 134-150.
- Facco, F. L., Kramer, J., Ho, K. H., Zee, P. C., Grobman, W. A. (2010). Sleep Disturbances in Pregnancy, (Obstet GynecolVOL. 115, NO. 1;115:77-83.
- Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrealva, G. T., Qiu, C., Stoner, L., Fernandez, M. A. L., Sanchez, S. E., Williams, M. A. (2017). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. Journal of Affective Disorders 209, 195-200.
- Gamsızkan, Z. ve Aslan, S. (2014). Birinci Basamakta İnsomnia Sıklığı ve İlişkili İnanç ve Tutumların Değerlendirilmesi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi; 3: 156-161.
- Garipoğlu, M., Budak, N., Elmacioğlu, F., Bulut, A. (2007). İstanbul'da yaşayan bir grup gebe kadının beslenme durumunun değerlendirilmesi,.Türk Aile Hekimliği Dergisi; 11 (1): 27-31.

- Gooley, J.J., Saper, C.B. (2005). Anatomy of the mammalian circadian system. In Principles and Practice of Sleep Medicine. 335-350.
- Gökçay, B. ve Arda, B. (2013). Tıp Tarihi Açısında Uyku ve Uyku Araştırmaları. Lokman Hekim Journal ;3(1):70-78.
- Gureje, O., Kola, L., Ademola, A. (2009). Profile, comorbidity and impact of insomnia in the Ibadan study of ageing. Int J Geriatr Psychiatry, 24: 686-93.
- Guszkowska, M., Langwald, M., Dudziak, D., Zaremba, A. (2013). Influence of a single physical exercise class on mood states of pregnant women. J Psychosom Obst Gyn.;34(2) : 98-104.
- Günaydın, S. (2013). Maternal Obezitenin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Halbreich, U.(2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions. The need for inter disciplinary integration. AJOG, 193: 1312–22.
- Hashmi, A. M., Bhatia, S. K., Khawaja, I. S.(2016). Insomnia during Pregnancy: Diagnosis and Rational Interventions. Pak J Med Sci. ;32(4):1030-1037.33.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A. S., Myllyla, V.V. (2002). Effects of pregnancy on mothers' sleep, Sleep Medicine, 3(1): 37-42.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Salmivaara, A., Myllyla, V.V. (2002). Parasomnias decline during pregnancy. Acta Neurol Scand. Mar;105(3):209-14.
- Hensley, J.G. (2009). Leg cramps and restless legs syndrome during pregnancy. Journal of Midwifery & Womens Health, 54(3),211-8.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F.(2013). Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16(1): 50-6
- Hogue, C. G. (1985). Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company, 58-75.
- Huizink, A. C., Roblesde Medina, P.G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., Buitelaar, J. K.(2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. J Child Psychol Psychiatr, 44: 6, 810–818.
- Hung, H. M., Ko, S. H., Chen, C. H. (2014). The Association Between Prenatal Sleep Quality and Obstetric Outcome. The Journal of Nursing Research h vol. 22, no: 3, page; 147-154.
- Işık, Ö., Özarslan, A., Bekler, F. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi ve Depresyon İlişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi Cilt 9, Özel Sayı, 65-73.
- İlhan, N., Batmaz, M., Utaş Akhan, L. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:3.

- İrge, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., Dursun, S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. *Sted*, cilt 14, sayı 7. sayfa 157-160.
- Kabaran, S., Ayaz, A. (2013). Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg*; 70(2): 103-12.
- Kabaran, S., Samur, G. (2010). Maternal Obezite ve Gebelik. *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 38 (1-2): 45-52.
- Kabil Kucur, S., Kucur, C., Seven, A., Yüksel, B., Gözükara, İ., Polat, M., Özbay, İ., Şahbaz, F., Kesgin, N. (2015). Gebelikte Uyku Apne Sıklığının Değerlendirilmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*; Volum: 12, Sayı: 5, Sayfa: 179-182.
- Kahyaoğlu, H., Aşçı, Ö., Topaç, N. (2016). Sleep Quality and Health-Related Quality of Life in Pregnancy. *J Perinat Neonat Nurs Volume 34 Number 4*, 302–309.
- Karadağ, M. ve Ursavaş, A. (2007). Dünyada ve Türkiye’de Uyku Çalışmaları. *Akciğer Arşivi*; 8: 62-4.
- Karadeniz Kaynak, D. (2007). İnsomni Yakınması Ardında Yatan Uyku Bozuklukları; Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 44: 95-100.
- Kasawara, K.T., Nascimento, S.L., Costa. M.L., Surita, F.G., Silva, E., Pinto, J.L. (2012). Exercise and physical activity in the prevention of pre-eclampsia: systematic review. *Acta Obstet Gyn Jpn*;91(10):1147–57.
- Kavak, E. ve Kavak, S. B. (2017). The association between anemia prevalence, maternal age and parity in term pregnancies in our city. *Perinatal Journal*;25(1):6–1.
- Khan, T., Macaulay, S., Norris, S.A., Micklesfield, L.K., Watson, E.D. (2016). Physical activity and the risk for gestational diabetes mellitus amongst pregnant women living in Soweto: a study protocol. *BMC Womens Health*;16(1):66.
- Kızılırmak, A., Timur, S., Kartal, B. (2012). Insomnia in pregnancy and factors related to Insomnia, *The Scientific World Journal*, 1-8.
- Kline, C. (2013). Sleep quality. In M.D. Gellman, J.R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1809-1812). New York: Springer.
- Knackstedt, M.K., Hamelmann, E., Arck, P.C. (2005). Mothers in Stress: Consequences for the Offspring. *Am J Reprod Immunol* 54:63-69.
- Ko, Y.L., Chen, C. P., Lin, P. C. (2016). Physical activities during pregnancy and type of delivery in nulliparae. *Eur J Sport Sci*;16(3):374–80.
- Köktürk, O. (2001). Uyku Bozuklukları Sınıflaması ve Ayırıcı Tanısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*; 49(1): 175-182.
- Köybaşı, Ş. E. ve Oskay, Y. Ü. (2017). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Derg* ;59:1-5.

- Lee, K. A., Zaffke, M. E., Mcenany, G. (2000). Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, VOL. 95, NO. 1.
- Lee, L., Chia A., A, R., Loy, S. L., Colega M., Tham E. K. H., Cai S., Yap F., Godfrey K. M., Teoh, O. H., Goh, D., Tan, K. H., Chong, Y. S., Broekman, B. F. P., Chong M. F. F.(2017). Sleep and Dietary Patterns in Pregnancy: Findings from the GUSTO Cohort. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 1409.
- Levinas Emmanuel. (1989). "Martin Buber and the Theory of Knowledge". *The Levinas Reader*, (Ed. Sean Hand). USA: Blackwell. (2003). "Etik ve Sonsuz". (Çev. Özkan Gözel). *Sonsuz'a Tanıklık*, İstanbul: Metis.
- Li, L., Kong, L., Zhou, H., Kang, X., Fang, Y., Li, P.(2016). Relationship between prenatal maternal stress and sleep quality in Chinese pregnant women: the mediation effect of resilience. *Sleep Medicine* 25; 8–12.
- Lin, Y. H., Tsai, E.M., Chan, T. F., Chou, F. H., Lin, Y.L.(2009). Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J.*;32(6):650-61.
- Lindgren, K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire– II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34 (4):465-472.
- Louis, J. ve Pien, G. W. (2017). Obstructive sleep apnea in pregnancy. <https://www.uptodate.com/contents/obstructive-sleep-apnea-in-pregnancy> erişim tarihi 26 Mayıs 2017.
- Madazlı, R. (2005). Gebelik ve Stress. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47; s.61-62.
- Marcoux, S., Berube, S., Brisson, C., Mondor, M. (1999). Job strain and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 10:376–382.
- Marinac, R. C., Nelson, S. H., Flatt, S. W., Natarajan, L., Pierce, J. P., Patterson, R. P. (2017), Sleep duration and breast cancer prognosis: perspectives from the Women's Healthy Eating and Living Study. *Breast Cancer Research and Treatment* April 2017, Volume 162, Issue 3, pp 581–589.
- Mc Cormick, D. A. (1992). Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. *Prog Neurobiol*, 39;337-388.
- Miller, M. A., Ahuja, M. and Cappuccio, F. P. (2012). Sleep and Pregnancy: Sleep Deprivation, Sleep Disturbed Breathing and Sleep Disorders in Pregnancy, University of Warwick UK, Book edited by Chris Idzikowski, ISBN 978-953-51-0293-9, Published: March 14, 2012 under CC BY 3.0 license. © The Author(s). 1-21
- Mindell, J. A., Cook, R.A., Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy, Volume 16, Issue 4, Pages 483-488.

- Murray and McKinney(2010). Foundations of Maternal-Newborn and women's Health Nursing, Physiologic Adaptations to Pregnancy, 110-146.
- Nascimento, S. L., Surita, F. G., Cecatti, J. G.(2012). Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Curr Opin in Obstet Gyn*;24(6):387-94.
- Nodine, P. M., Matthews, E. E. (2013). Common sleep disorders: management strategies and pregnancy outcomes. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(4):368-377.
- Okun, M. L., Schetter, C.D., Glynn, L. M.(2011). Poor sleep quality is associated with preterm birth. *SLEEP* ,34(11):1493-1498.
- Onat, G. ve Aba, Y. A. (2014). Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turk J Public Health*; 12(2): ss; 69-79.
- Ölçer, Z., Bozkurt, G. (2015). Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi. *HSP*;2(3):334-344.
- Özdemir Çınar, Ö., Sürmeli, M., Özel, A., Yavuz, İ. E., Topçuoğlu, A., Ankaralı, H. (2017). Gebelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Mayıs; Cilt 22, Sayı 2.
- Özgür, G. (1993). Sosyal Destek ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi* 43(2): 25-26.
- Özkan ve Arslan (2007), Gebeliğe Karar Verme, Yakınmaları Algılama ve Eğitim Gereksinimleri, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, Cilt; 38 sayı:4, ss:155-161.
- Palagini, L., Gemignani, A., Banti, S., Manconi, M., Mauri, M., Riemann, D.(2014). Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Medicine* 15; 853-859.
- Park, E. M., Meltzer-Brody, S., Stickgold, R. (2013). Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch Womens Ment Health*,16: 539-547.
- Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Hayman, L., Rice, V.H., Anderson, E.T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3): 106-112.
- Pınar Ertekin, Ş., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., Dağlar, G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *DEUHYO ED*, 7(3), 171-177.
- Pien, G. W., Schwab, R. J. (2004). Sleep Disorders During Pregnancy. *SLEEP*, Vol. 27, No. 7, p; 1405-1407.
- Polo-Kantola, P., Aukia L., Karsson, H., Karlsson, L., Paavonen E. J. (2017). Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 96;198-206.

- Ruchat, S.M., Mottola, M.F. (2013). The important role of physical activity in the prevention and management of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res*;29(5):334– 46.
- Sarı, O., Babayiğit, M. A., Turker, T., Kocak, N., Aydoğan, Ü., Akpak, Y. K., Ersoy, H., Kılıç, S.(2015). The Knowledge About “Nutrition During Pregnancy”, the Eating Habits and the Affecting Factors in the Pregnant Women. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, DOI: 10.4328/JCAM.3580 :1-6.
- Sarıncı Ulaşlı, S., Ünlü, M. (2014). Gebelikte Uyku Sorunları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*; 2 (2): 237-244.
- Saydam, B. K., Bozkurt, B. Ö., Hadımlı, A. P., Can, H. Ö., Soğukpınar, N. (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücü'nün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 15(3):131-139.
- Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., Tomfohr-Madsen, L. M. (2017). Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* xxx 1-9.
- Sharma, S. & Franco, R. (2004). Sleep and its disorders in pregnancy. *Wisconsin Medical Journal*, 103(5), 48- 52.
- Sharma, S. K., Nehra, A., Sinha, S., Soneja, M., Sunesh, K., Sreenivas, V., Vedita, D. (2016). Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: a prospective observational study. *Sleep Breath*; 20: 87–93.
- Shatku R, Shehu Z, Tare M. (2014). The impact of physical activity before and after pregnancy. *International Association of Physical Education and Sport Girls and Women (IAPESGW). International Gender and Sport Symposium. Abstract book, HacettepeUniversity Faculty of Sport Science, Ankara.*
- Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT, Tuohy F.(2007). Sleep Duration and Quality in Healty Nulliparous and Multiparous Women Across Pregnancy and Postpartum. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 47(1): 16-22.
- Soares de Sousa, V. P., Ribeiro, S. O., Ribeiro de Aquino, C. M., Elizabel de Souza, R. V.(2015). Quality of sleep in pregnant woman with low back pain. *Fisioter Mov.* 28(2):319-26.
- Songu, M. (2010). Horlama ve Obstrüktif Uyku Apnesinde Tarihçe ve Tanımlar. *T.K.B.B.V. Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi 6*, Editör Prof. Dr. Cemal Cingi, Horlama ve Obstrüktif Uyku Apnesi.
- Sorias, O. (1988). Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.27(1): 353-357.
- Sorias, O. (1990). Sosyal desteğin değerlendirilmesi I: kullanılan ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi. *Psikoloji Semineri. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 6/7:20-25.

- Sorias, O. (1992). Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Psikoloji-Seminer. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 9: 33-49.
- Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Semiz, O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2), 92-104.
- Şahin, L., Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 22(1) 93-98.
- Şahin, F. K., Köken, G., Coşar, E., Solak, Ö., Saylan, F., Fidan, F., Ünlü, M. (2007). Gebelerde Huzursuz Bacak Sendromu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, Cilt: 4 Sayı: 4 Sayfa: 246- 9.
- Şahin, F. K., Köken, G., Coşar, E., Solak, Ö., Saylan, F., Fidan, F., Ünlü, M. (2008). Gebelik Uyku Apne Sendromu ve Eşlik Eden Hastalıklar. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, Cilt: 5 Sayı: 1 Sayfa: 22- 7.
- Şahin, L., Ascioğlu, M., Taskin, E. (2009). Chronic sleep deprivation and pain perception. European Neuropsychopharmacology, 19: S247-S248.
- Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen Akça, R., Argün, M. (2012). Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal, 14: 93-102.
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6 (1):19-29.
- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-58.
- Tan, L.S., Storm, V., Reinwand, D. A., Wienert, J., Vries, H., Lippke, S. (2018). Understanding the Positive Associations of Sleep, Physical Activity, Fruit and Vegetable Intake as Predictors of Quality of Life and Subjective Health Across Age Groups: A Theory Based, Cross-Sectional Web-Based Study. Frontiers in psychology, volume 9, article 977, page 1-13.
- Taş, E.E., Üstüner, I., Özdemir, H., Dikeç, A., Avşar, A.F.(2010). Gebe kadınların beslenme durumunun değerlendirilmesi. Bidder Tıp Bilimleri Dergisi;2(1):7-12.
- Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Genişletilmiş XIII. Baskı, Ankara.
- Taşkıran, N. (2009). Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Taşkıran, N.(2011). Gebelik ve Uyku Kalitesi. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol) ; Vol: 8 Issue: 3 Pages: 181-7

- Templeton, A. (2014). Obesity and women's health. *Facts Views Vis Obgyn*, 6(4): 175-176.
- Tsai, S., Lee, P., Lin, J., Lee, C.(2016). Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 56 , 45–53.
- Tuncel, D. ve Orhan, F. Ö. (2009). Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 1: 280-296.
- Türkol, E. ve Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ*;19(3):159-66.
- Ursavaş, A., Karadağ, M. (2009). Sleep Breathing Disorders in Pregnancy. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 57(2): 237-243.
- Uzun, K. H. (2010). Obstrüktif Uyku Apnesinde Cinsiyet ve Yaşın Etkisi. T.K.B.B.V. Akademi Toplantıları Mezuniyet Sonrası Eğitim Kitapçıkları Serisi 6, Editör Prof. Dr. Cemal Cingi, Horlama ve Obstrüktif Uyku Apnesi.
- Vardar, S. A. (2005). Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu? *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 173-177.
- Vyazovskiy, V. V. ve Delogu, A.(2014). NREM and REM Sleep: Complementary Roles in Recovery after Wakefulness. *The Neuroscientist* Vol. 20(3) 203–219.
- Wu, M., Li, X., Feng, B., Wu, H., Qiu, C., Zhang, W.(2014). Poor Sleep Quality of Third-Trimester Pregnancy is a Risk Factor for Postpartum Depression. *Med Sci Monit*; 20: 2740-2745.
- Yang, Y., Mao, J., Yeb, Z., Zeng, X., Zhao, H., Liu, Y., Lia, J.(2017). Determinants of sleep quality among pregnant women in China: a cross-sectional survey. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*,1-6.
- Yanikkerem, E., Mutlu, S.(2012). Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Prev Med Bull*; 11(3): 353-364.
- Yanikkerem, E. (2017). Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, s.37-43.
- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G. (2006). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3:35-42.
- Yalçınkaya, M., Gök Özer, F., Yavuz Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*: 6(6) 409-420.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve Stresle Başa Çıkma Gevşeme Teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 6/ 175-189

- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13: 81-87.
- Yılmaz, H., Kısabaya, A., Akyıldız, U. O., Bakar, E. E. (2014). İnsomniler, Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi,2014
- Zhu, L. and Zee, P. C. (2012). Circadian Rhythm Sleep Disorders. Neurol Clin. ,30(4): 1167–1191.
- Zafarghandi, N., Hadavand, S., Davati, A., Mohseni, S. M., Kimiaimoghadam, F., Torkestani, F.(2012). The Effects of Sleep Quality and Duration in Late Pregnancy on Labor and Fetal Outcome. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 25(5): 535–537.



EKLER

EK-1. Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Tarih:

Anket No:

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız
 2. Eğitim durumunuz nedir ?
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
 3. Çalışıyor musunuz ? Evet () Hayır ()
 4. Eşinizin eğitim durumu nedir?
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
 5. Eşiniz çalışıyor mu? Evet () Hayır ()
 6. Gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
() Gelirim giderimden az
() Gelirim giderime denk
() Gelirim giderimden fazla
 7. Şu an yaşadığınız yer?
() İl
() İlçe kasaba
() Köy / kasaba
 8. Aile tipi?
() Çekirdek () Geniş
- Evlilik, Obstetrik ve Sağlık Öyküsü**
9. Evlilik yaşı:.....
 10. Evlilik yılı:.....
 11. Toplam gebelik sayısı:.....
 12. Toplam doğum sayısı:.....
 13. Yaşayan çocuk sayısı:.....
 14. En küçük çocuğun yaşı:.....
 15. Tanısı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı?
() Evet, yazınız..... () Hayır
 16. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı? Evet ().....Hayır ()
 17. Sigara içiyor musunuz?

- Evet her gün en az bir tane düzenli
 Düzensiz olarak ara sıra içiyorum
 Gebe olduğumu öğrenince bıraktım hiç içmedim
 Gebelik öncesinde içmiyordum şu anda içmiyorum

18. Eşinizle ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Olumlu Olumsuz

19. Önceki gebeliklerinizde uyku sorunu yaşadınız mı?

- Evet, yazınız..... Hayır

Bu gebeliğine ilişkin öyküsü,

20. Bu gebelik planlı bir gebelik miydi? Evet Hayır

21. Gebelikten önce infertilite tedavisi aldınız mı? Evet Hayır

22. Gebelikten önce sağlık kontrolünden geçtiniz mi/ danışmanlık aldınız mı?

- Evet Hayır

23. Şu andaki gebelik haftası (SAT:.....)

24. İlk doğum öncesi kontrole başladığı hafta:.....

25. Düzenli olarak doğum öncesi kontrollere geliyor musunuz? Evet Hayır

26. Bu gebeliğinizde ortaya çıkan herhangi bir sağlık sorunu oldu mu?

- Evet, açıklayınız..... Hayır

27. Bebeğinizle ilgili belirlenmiş bir sağlık sorunu var mı?

- Evet, açıklayınız..... Hayır

28. Şu anda aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?

	Evet	Hayır
a. Sık idrara çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bulantı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kusma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mide yanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Halsizlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Solunum sıkıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Göğüslerde dolgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Bacak krampları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Sırt ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Baş ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Kasık ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Gebe olduktan sonra uyku problemi yaşadınız mı?

- Evet, açıklayınız..... Hayır

EK-2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Açıklamalar: Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

Genel yatış saati:.....

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

Dakika:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

Genel kalkış saati:.....

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

Bir gecelik uyku süresi:.....saat.

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

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

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

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

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

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

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

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

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

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

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

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü

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

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

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

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

9. Geçen ay, 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.

EK-3. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin/problemlerinizin şiddetini değerlendiriniz.

	Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
a) Uykuya dalmakta güçlük:	()	()	()	()	()
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	()	()	()	()	()
c) Çok erken uyanma problemi:	()	()	()	()	()

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

Çok memnunum ()	Memnunum ()	Kararsızım ()
Memnun değilim ()	Hiç memnun değilim ()	

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle engelleyici değil ()	Biraz engelleyici ()	Oldukça engelleyici ()
Çok engelleyici ()	Çok fazla engelleyici ()	

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

Kesinlikle fark edilemez ()	Biraz fark edilebilir ()	Oldukça fark edilebilir ()
Çok fark edilebilir ()	Çok fazla fark edilebilir ()	

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

Kesinlikle endişelendirmiyor ()	Biraz endişelendiriyor ()
Oldukça endişelendiriyor ()	Çok endişelendiriyor ()
Çok fazla endişelendiriyor ()	

EK-4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek				

	benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				



EK- 5. C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi ”dir.

Bu araştırmanın amacı, gebelikte uyku sorunlarının yaygınlığının ve gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizden istenen size verilen formdaki sorulara eksiksiz ve sizin düşüncenize uygun cevabı vermeniz, formları araştırmacıya teslim etmenizdir. Bu araştırmada yer almanız için bir kez form doldurmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 349’dur. Çalışma yaklaşık 3 ay sürecektir ve araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Çalışmada yaş, meslek, medeni durum gibi 40 adet tanıtıcı bilgi sorularından oluşan bir anketle beraber, Buysse ve ark, (1989) tarafından geliştirilen ve geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve ark. (1996) tarafından yapılmış olan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Morin’in geliştirdiği ve Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği Boysan ve ark tarafından yapılan ve geçerli, güvenilir kabul edilen Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen geçerlilik ve güvenilirliği Bahar ve ark tarafından yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılacaktır. Soruların cevaplanma süresi 10-15 dakika sürmektedir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen durumlar için 0505 899 3492 numaralı telefondan araştırmacı hemşire Hatice YEŞİLKAYA’ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan anket formu ve değerlendirme ölçeğinin gereklerini yerine getirmemeniz, vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım

bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-6. Etik Kurul Raporu

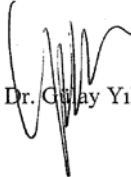
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zehra Gölbaşı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Cüneyt Yıldırım
İmza:



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-01/20	Tarih: 20.01.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dığdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhatin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

EK- 7. Hastane Veri Toplama İzni

Tarih:15.03.2017 11:31
Sayı:93596471-044-E.00000133594
133594



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-044
Konu : Hatice YEŞİLKAYA Anket İzni

0 909 899 36 82

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 08.03.2017 tarihli ve 129920 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hatice YEŞİLKAYA'nın "Gebe Kadınların Uyku Sorunları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi " başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının anket formlarını 17.03.2017 - 30.06.2017 tarihleri arasında Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde uygulamasında sakınca görülmemiş olup; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr.Ahmet YILMAZ
Başhekim

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://ebelgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden bca0e65b-e7a5-44af-a74b-e5b3e80a0e4c kodu ile erişebilirsiniz.

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 SİVAS

Tel:0 346 2581326 Faks:0 346 2580024 E-posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr



1 / 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Hatice YEŞİLKAYA
Doğum Yeri ve Tarihi :Bahçe / 09/05/1980
Medeni Hali :Evli
Yabancı Dil :İngilizce
İletişim Adresi :C.Ü. Hastanesi Nükleer Tıp Birimi Sivas

E-posta Adresi :haticeyesilkaya80@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise :Düziçi Atatürk Lisesi, 1997
Lisans :Dokuz Eylül Üniv. Hemşirelik Y.O. 2002

İş Tecrübesi

Dokuz Eylül Üni. Uygulama ve Araştırma Has. Klinik Hemşiresi, 2001- 2002
C.Ü. Uygulama ve Araştırma Hast. Klinik Hemşiresi, 2002-