



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİKANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE UYKU KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMİN ÖZHÜNER

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NEŞE ÇELİK**

2017



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

GEBELİKTE UYKU KALİTESİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMİN ÖZHÜNER

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NEŞE ÇELİK**

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

YASEMİN ÖZHÜNER'in Yüksek Lisans olarak hazırladığı "Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih:
29.06.2017

Üye : Doç. Dr. Fatma Deniz PAÇINOR

Üye : Yrd. Doç. Dr. Nese GELİK

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hacer ALAN DİKMEN

Üye :

Üye :

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 30.06/2017 tarih ve 1131/5488 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Neysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

Özet

Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmada, gebelik sürecinde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, 28 Nisan-30 Ağustos 2016 tarihleri arasında Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Emek Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi ASM ve Vadışehir ASM'lerine başvuran ve araştırmaya katılım kriterlerine uyan 386 gebe oluşturmuştur. Araştırmada, veri toplama aracı olarak "Anket Formu", "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Veri toplama araçlarını, araştırmacı gözetiminde gebelerin kendileri doldurmuştur. Elde edilen veriler, SPSS 20.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans (%), Mann Whitney U Testi, Ki Kare testi, Spearman kolerasyon testi, lojistik regresyon analizi kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık değeri ise $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların PUKİ'den aldıkları puan ortalamaları baz alındığında, gebelerin %57.80'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. İleri yaş grubunda olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, sigara içenler, gebeliği planlı olmayanlar, gebeliğin üçüncü trimesterinde olanlar, kötü obstetrik öyküsü olanlar, gebelik sayısı ve çocuk sayısı fazla olanlar ve gebeliğe eşlik eden bir hastalığı olanların uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin yaşam kalitesi, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarına göre; fiziksel fonksiyon 35.00, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı 0.0, ağrı 52.00, genel sağlık algısı 45.00, enerji/vitalite 45.00, sosyal fonksiyon 37.50, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı 0.0, mental sağlık 56.00 sıra puan ortalamasındadır. Yaşam kalitesi alt boyutlarına göre gebelerin sıra puan ortalamaları mental sağlık ve ağrı dışında ortalamanın altında bulunmuştur. Gebelikte eşlik eden bir hastalığı olanlar, sigara kullananlar, toplam gebelik sayısı, çocuk sayısı ve aile içinde yaşayan birey sayısı fazla olanlar, gebeliğin üçüncü trimesterinde olanlar ve gebeliği planlı olmayanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Çalışmada PUKİ ile yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında, gebelerde uyku kalitesi kötü olanların yaşam kalitesinin de kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, gebelerin uyku kalitesinin kötüleşmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ebeler, gebe izlemi sürecinde uyku kalitesi ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir. Ebeler, kadınların iyi uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile gebeliklerini daha rahat geçirebilmeleri için ilgili ebelik uygulamalarını bilmeleri ve gerçekleştirmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, uyku kalitesi, yaşam kalitesi.

Summary

Investigation of the Relationship Between Sleep Quality and Quality of Life in Pregnancy

In this study, it was aimed to investigate the relationship between sleep quality and quality of life during pregnancy. The sample of the study consisted of 386 pregnant eligible women who applied to the Emek Family Health Center (ASM), Eskişehir Osmangazi University ASM and Vadişehir ASM, which were affiliated to Eskişehir Public Health Directorate between April 28 and August 30. In this study, "Survey Form", "Pittsburgh Sleep Quality Index (PUKI)" and "SF-36 Quality of Life Scale" were used as data collection tools. The data collection tools were filled by the pregnant women themselves under the supervision of the researcher. The obtained data were analyzed by SPSS 20.0 program. In the analysis of the data; frequency (%), Mann Whitney U Test, chi square test, Spearman Correlation Test, logistic regression analysis were used and statistical significance value was accepted as $p < 0.05$.

Based on the results of the study, it was seen that 57.80% of the subjects had poor sleep quality when the participants' average scores from PUKI were taken as a basis. Sleep quality was found to be worse in the elderly group, in the low education group, in the smokers, in the unplanned pregnancies, in the third trimester of pregnancy, in the bad obstetrical stories, in excess numbers of pregnancy and children, and also in the patients accompanying the pregnancy ($p < 0.05$). On the average scores obtained from the SF-36 Quality of Life Survey of pregnant women were founded by 35.00 in physical function, 0.0 in role limitation of physical function, 52.00 in pain, 45.00 in general health perceptions, 45.00 in energy/vitality, 37.50 in social function, 0.0 in role limitation of emotional function, 56.00 in mental health. According to the quality of life subscales, the mean scores of the pregnant women were found below the average except for mental health and pain. Quality of life was determined to be worse in the patients accompanying the pregnancy, in the smokers, total number of pregnancy, number of children, high number of individuals living in the family, in the third trimester of pregnancy and in the unplanned pregnancies ($p < 0.05$). When the quality of life scale is compared with PUKI in the study, quality of life decreases as the sleep quality of the pregnant women deteriorates ($p < 0.05$).

As a result, the worsening of sleep quality of pregnant women affects the quality of life negatively. For this reason, midwives should evaluate sleep quality and quality of life during pregnancy follow-up. Midwives should know and perform the related midwifery practices so that pregnant women will be able to have more comfortable pregnancy with better sleep quality and quality of life.

Keywords: Pregnancy, sleep quality, quality of life.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler.....	3
2.1.1 Solunum sistemi değişiklikleri	3
2.1.2 Kardiyovasküler sistem değişiklikleri	3
2.1.3 Gastrointestinal sistem değişiklikleri	4
2.1.4 Üriner sistem değişiklikleri	5
2.1.5 Endokrin sistem değişiklikleri	6
2.1.6 Kas iskelet sistem değişiklikleri.....	7
2.1.7 Hematolojik sistem değişiklikleri	8
2.1.8 Genital sistem değişiklikleri.....	8
2.1.9 Göğüslerde görülen değişiklikler	9
2.2 Gebelikte Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler	9
2.3 Uyku.....	10
2.3.1 Uykunun tanımı.....	10

2.3.2 Uykunun fizyolojisi.....	11
2.3.3 Uykunun evreleri	11
2.3.3.1 Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku.....	11
2.3.3.2 Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku	13
2.3.4 Uyku gereksinimi.....	14
2.3.5 Uykunun işlevi	14
2.3.6 Uyku kalitesi	15
2.3.6.1 Uyku kalitesini etkileyen faktörler	15
2.3.6.1.1 Yaş	15
2.3.6.1.2 Cinsiyet	15
2.3.6.1.3 Hastalık	16
2.3.6.1.4 Fiziksel faaliyet	16
2.3.6.1.5 Alkol ve diğer uyarıcılar	16
2.3.6.1.6 İlaçlar	16
2.3.6.1.7 Yaşam biçimi	17
2.3.6.1.8 Emosyonel durum	17
2.3.6.1.9 Diyet	17
2.3.6.1.10 Çevre	17
2.3.7 Gebelik ve uyku	18
2.3.7.1 Gebelikte uyku ile ilgili yaşanan sorunlar	18
2.3.7.1.1 Obstrüktif apne sendromu (OUAS) ve gebelik	18
2.3.7.1.2 Huzursuz bacak sendromu, bacak krampları ve gebelik.....	19

2.3.7.2 Gebelikte uyku ile ilgili yapılan çalışmalar	20
2.4 Yaşam kalitesi.....	21
2.4.1 Yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar	23
2.4.2 Yaşam kalitesi ölçümlerinde kullanılan araçlar	24
2.4.2.1 Short form of health survey (SF 36) Yaşam kalitesi ölçeği	24
2.4.3 Gebelik ve yaşam kalitesi	25
2.4.3.1 Gebelikte yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar	26
3-GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	28
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4 Verilerin Toplanması	29
3.5 Veri Toplama Araçları.....	29
3.5.1 Anket formu	29
3.5.2 Pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKİ)	29
3.5.2.1 Pittsburg uyku kalitesi indeksinin puanlanması	30
3.5.3 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	31
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.7 Araştırmanın Etik Yönü.....	32

4-BULGULAR	33
4.1 Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	33
4.2 Gebelerin Pittsburg uyku kalitesi indeksi ve Yaşam kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	36
4.3 Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular	39
4.4 Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	59
5-TARTIŞMA	75
5.1 Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	75
5.2 Gebelerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	79
5.3 Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	80
5.4 Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
6- SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
7-KAYNAKLAR DİZİNİ.....	92
8-EKLER DİZİNİ.....	118
9-ÖZGEÇMİŞ	122

Tablo Dizini

Tablo 1.1 Uyku evreleri.....	14
Tablo 4.1 Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 4.2 Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı	34
Tablo 4.3 Gebelerin uyku alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin dağılımı	35
Tablo 4.4 Pittsburg uyku kalitesi indeksi puan dağılımı.....	36
Tablo 4.5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı	37
Tablo 4.6 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve PUKİ kolerasyonu	38
Tablo 4.7 Gebelerin PUKİ'den aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	39
Tablo 4.8 Gebelerin PUKİ'den aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	40
Tablo 4.9 Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları.....	41
Tablo 4.10 Gebelerin PUKİ alt boyutu öznel uyku kalitesi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	42
Tablo 4.11 Gebelerin PUKİ alt boyutu öznel uyku kalitesi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	44
Tablo 4.12 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku latensi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	45
Tablo 4.13 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku latensi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	47
Tablo 4.14 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku süresi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	48
Tablo 4.15 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku süresi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	50
Tablo 4.16 Gebelerin PUKİ alt boyutu alışılmış uyku etkinliği'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	51

Tablo 4.17 Gebelerin PUKİ alt boyutu alışılmış uyku etkinliği'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	52
Tablo 4.18 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku bozukluğu'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	54
Tablo 4.19 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku bozukluğu'ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	54
Tablo 4.20 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku ilacı kullanımı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	55
Tablo 4.21 Gebelerin PUKİ alt boyutu uyku ilacı kullanımı'ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	56
Tablo 4.22 Gebelerin PUKİ alt boyutu gündüz işlev bozukluğu'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	57
Tablo 4.23 Gebelerin PUKİ alt boyutu gündüz işlev bozukluğu'ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı.....	58
Tablo 4.24 Gebelerin SF-36 alt boyutu fiziksel fonksiyon'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	59
Tablo 4.25 Gebelerin SF-36 alt boyutu fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	61
Tablo 4.26 Gebelerin SF-36 alt boyutu ağrı'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	63
Tablo 4.27 Gebelerin SF-36 alt boyutu genel sağlık algısı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	65
Tablo 4.28 Gebelerin SF-36 alt boyutu enerji/vitalite'den aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	67
Tablo 4.29 Gebelerin SF-36 alt boyutu sosyal fonksiyon'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	69
Tablo 4.30 Gebelerin SF-36 alt boyutu emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	71
Tablo 4.31 Gebelerin SF-36 alt boyutu mental sağlık'tan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	73

Simge ve Kısaltmalar Dizini

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HCG: Human Koryonik Gonodropin

FSH: Folikül stimüle edici hormon

LH: Luteinleştirici hormon

NREM: Non rapid eye movement

REM: Rapid eye movement

OUAS: Obstruktif apne sendromu

HBS: Huzursuz bacak sendromu

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

SF-36: Short form of health survey

ESOGÜ: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik kadının yaşamında meydana gelen en değerli olaydır. Gebelik ve doğum doğal bir süreçtir. Bu süreçte kadının yaşamında birçok değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerdir. Gebelikte uyku sorunları bu değişikliklerden biri olup, günlük yaşam kalitesini ve gebelik seyrini etkileyen önemli bir etkidir (Çoban ve Yanikkerem, 2010).

Uyku, bütün insanlar için fizyolojik bir gereksinim olduğu gibi fiziksel ve psikolojik sağlık için de önemlidir (Lee, 2003). Günümüzde uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin, farklı uyaranlarla geri dönebilen, geçici ve periyodik olarak kaybolmasıdır (Kiper, 2008; Eryavuz, 2007). Uyku, aynı zamandakilerin yaşam kalitesi ve sağlığını etkileyen, günlük yaşam aktivitelerinden biri olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutu olan bir durumdur (Doğan, Ertekin, 2005; Taşkiran, 2011).

Gebelikte kadınlar uyku ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir. Yaşanan uyku sorunları hormonal ve fiziksel değişikliklerin oluşmasıyla meydana gelmektedir. İlk trimesterde başlayıp özellikle üçüncü trimesterde uyku sıklıkla bozulmaktadır (Pien ve Schwab, 2004; Ko, Chang, Chen, 2010). Gebelerde uyku bozuklukları insidansı tam olarak bilinmemektedir. Fakat birinci trimesterden başlayıp üçüncü trimesterde en yüksek değerde olduğu bildirilmektedir (Taşkiran, 2011). Bu çalışmada uyku bozukluğu gebeliğin üçüncü trimesterinde %97 olarak bulunmuştur (Sharma ve Franco, 2004).

Gebelikte uyku kalitesi bulantı, sırt ağrısı, hormonal değişimler, fetüsün büyümesi, sık idrara çıkma, bacak krampları, huzursuz bacak sendromu, horlama gibideğişimlerden etkilenmektedir (Sharma ve Franco, 2004; Ko ve ark., 2010; Taşkiran, 2011).

Yaşam kalitesi bireysel bir iyilik hali olup, yaşamın farklı alanlarında da öznel bir doyumun ifadesidir. Aynı zamanda kişisel sağlığın yanında kişisel iyilik halinde kapsayan geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı, sosyoekonomik koşullarilekişinin hedefleri, beklentileri, umutları, düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı meydana getirir. Böylece kişinin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını içerir (Eser ve vd., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (DSÖ) yaşam kalitesi; bireylerin yaşamındaki kültür ve değerler içinde oluşan amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve hayat standartlarına bağlı olarak kendilerini nasıl algıladıklarıdır (DSÖ, 2012).

Gebelikte oluşan hormonal, fizyolojik ve ruhsal değişimlerden dolayı yaşam kalitesinde de etkilenmeler meydana gelebilir (Özçelik, 2010). Gebelik döneminde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada gebelikte meydana gelen değişimler yaşam kalitesinin azalmasında, gebelik öncesine göre iyilik algısının olumsuz etkilenmesinde rol oynadığı görülmüştür (Mckee, Cunningham, Jankowski, Zayas, 2001). Ayrıca gebelerde oluşan fiziksel semptomlar, yorgunluk, duygusal değişimler ve yaşanan sınırlılıklardan dolayı yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olduğu ifade edilmiştir (Magee ve vd. , 2002).

Ebeler, gebelik süreci boyunca birinci sorumlu kişilerdir. Gebelerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oluşan değişikliklere uyum sağlayabilmelerinde ebelerin büyük katkıları vardır. Bu süreçte ebeler, gebelerin gereksinimlerini belirleyerek gebeliklerini daha kolay geçirmelerine yardımcı olmaktadır. Ebeler meslek tanımında da özellikle gebelik döneminde izlem, sağlığı değerlendirme ve riskli durumlarda gerekli önlemleri alma görevi yer almaktadır. Bunun için ebeler, doğum öncesi bakım, gebelik bilgisi ve gebelikte fiziksel bakım, gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rollerine sahiptirler. Dolayısıyla ebeler, düzenli kontrol ve izlemlerle gebelik sürecinin olumlu ilerlemesine katkıda bulunurlar. Bu bağlamda amaç gebenin bu süreci sağlıklı ve yüksek yaşam kalitesi ile geçirmesini sağlamaktır (Türk Ebeler Derneği, 2011). Fakat son zamanlarda çalışmalar artsada gebelikte uyku ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar yetersizdir. Ayrıca, ebelerin gebeleri uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmesine yönelik hizmet içi bir eğitim programları bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bu çalışma sonuçları durum tespiti sağlamakla birlikte gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi bozulduğunda anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi için ebelerin erken önlem alma ve çözüm bulma sürecine katkıda bulunacaktır. Dolayısıyla anne adaylarının yaşam kalitesi yükselbilecektir. Bu nedenle bu çalışmada gebelik sürecinde uyku kalitesi ve yaşam kalitesinin ve arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları?

- 1.**Gebelik uyku kalitesini etkilermi?
- 2.**Gebelik yaşam kalitesini etkilermi?
- 3.**Gebelikte uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2- GENEL BİLGİLER

Gebelik, bir kadının yaşamında en önemli ve en güzel olan bir deneyimdir. Annelik, gebelikle başlayıp doğumla devam eden doğal bir olaydır. Bu süreçte aynı zamanda fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana gelir (Taşkiran, 2009).

2.1 Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler

Fizyolojik değişiklikler; gebelik ve doğum esnasında anneyi bazı risklerden korumak ve fetüsün büyüme ve gelişmesini sağlamak için oluşmaktadır. Bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler; solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner, endokrin, kas iskelet, hematolojik, genital sistem değişiklikleri ve göğüslerde görülen değişiklikler olarak incelenir (Terci, 2001).

2.1.1 Solunum sistemi değişiklikleri

Gebelikte oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle solunum performansı etkilenmektedir. Büyüyen uterus, diyafragmayı yaklaşık 5 cm yükselttiğinden dolayı göğüs kafesi şekil değiştirmektedir. Buna bağlı olarak göğüs çevresinde % 8 oranında, göğüs transfer çapı ve ön arka çapta 2cm'lik bir artış oluşmaktadır. Dolayısıyla diyafragmanın mekanik etkisi altında olan akciğerler, toraks içi negatif basıncı ve fonksiyonel rezidüel kapasiteyi azaltmaktadır (Fairly-Hamilton, 2004; Carlin ve Alfirevic, 2008).

Gebelikte, progesteron solunum merkezi üzerinde etkilidir. Bu etki karbondioksite duyarlılığı arttırmakta ve hiperventilasyona neden olmaktadır. Bundan dolayı, gebelikte oksijen ihtiyacı yaklaşık %15-20 oranında artmaktadır. Pulmoner ventilasyon %30-40'lık artışla bu ihtiyacı karşılamaya çalışmaktadır (Carlin ve vd.,2008; Tetikkurt, 2000).

Bu değişikliklerden dolayı gebelikte solunuma duyarlılık, dispne, hafif kompanse respiratuar alkaloz, hiperventilasyon gibi maternal belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca gebelikte burun mukozası östrojene duyarlı olduğundan dolayı burun tıkanıklığı ve burun kanaması görülebilmektedir (Taşkın, 2005; Demiryay, 2006).

2.1.2 Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Uterusun büyümesine bağlı olarak diyafram yükselir ve kalp rotasyon yaparak yukarı, birazda sola kayar. Bundan dolayı apeks vuruşu yana doğru gider ve kardiyak kapasite 70-80 ml artar. Gebelikte kalbin yükü artar.

Tüm vücut sıvıları gebelikte arttığından dolayı kan volümü de gebeliğin 6-8.haftasında artmaya başlar ve 30-34. haftada en üst düzeye çıkar. Böylece bu haftalarda kardiyakout-putta artış görülmeye başlar (Katz, Gibs, Karlan, Haney, Nygonard, 2010; Şirin, 2008).

Gebelikte kardiyovasküler sistemdeki en önemli değişiklik östrojenin renin-anjiyotensin-aldesteron sistemini uyarmasıdır. Buna bağlı olarak sodyum ve su retansiyonu uyarılır ve kan hacmi artar. Özellikle bu artış annenin doğum yaparken kan kaybının oluşmasına engel olur ve fetüs dokularını, uterusu ve gelişen anne dokularının kan ihtiyacı için önemli bir etkiye sahiptir (Çiçek, Mungan, 2008; Carlin ve vd., 2008).

Gebeliğin ilk 10 haftasında kalp dakika hacminde artış meydana gelmektedir. Bu artış 20. haftada en yüksek değere ulaşmakta ve gebelik öncesi istirahat hacminin %30-40 kat fazlası olmaktadır. Buna karşılık kan basıncında ya düşme olmakta ya da değişmemektedir. Sistolik kan basıncında %6-8 kadar çok az bir düşüş olmaktadır. Ancak gebelik öncesine göre diastolik kan basıncı ilk iki trimesterde %20-25 kadar belirgin bir şekilde düşüş olmaktadır. Gebeler sırtüstü pozisyonda olduklarında uterusun vena kava inferiora basısı nedeniyle kalbe dönen kan miktarını azalmaktadır. Buna bağlı olarak önce taşikardi, sonra bradikardi ile beraber hipotansiyon oluşmaktadır (Chandrahara, Arulkumaran, 2012).

Gebelikte 2. ve 3. trimesterlerde alt ekstremitelerde oluşan venöz dönüş engellenmektedir. Ayrıca progesteron hormonun gevşetici etkisi, fazla kilo alımı, konstipasyon, kalıtsal faktörler gibi etkilerden dolayı variköz venler oluşmaktadır. Buda daha çok diz arkasında ve alt bacakta görülmekte, labia majör ve vajinada daha az görülmektedir (Decherney, Nathan, Goodwin, 2007).

2.1.3 Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Gebelerin yaklaşık 2/3'ünde bulantı ve kusma görülmektedir. Menstrüel periyoddan 5-6 hafta sonra belirtiler görülmeye başlamakta ve 8-12 haftada en üst noktaya ulaşmaktadır. Daha sonra ise belirtilerin şiddetigiderek azalmaktadır. Gebelikte bulantı kusmanın nedenibilmemekle beraber karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklik, Human Koryonik Gonadropin (HCG) hormon seviyesindeki artış, annenin gebeliğe göstereceği psikolojik tepki ve gastrointestinal sistem peristaltik hareketlerdeki yavaşlamaların etki edebileceği düşünülmektedir (Yoshida, 2003; Küçükkömürcü, Özakin, Özdil, Özyürek, 2006).

Gebelikte kilo kaybının oluşmasında aşırı bulantı, kusma, asit-baz dengesizliği, ketozis etkili olmaktadır. Ayrıca bu durum gebelerin % 1' inde görülmekte olup, gebeliğin başlarında bulantı, kusmanın ağır bir durumu olan hiperemesis gravidarum' u meydana getirmektedir. Görülme insidansı ise %0,5-2'dir ve gebelikte en sık görülen hastaneye yatma nedenleri arasında yer almaktadır (Köken, Coşar, Şahin, Ariöz, Yılmaz, 2009).

Gebelikte sindirim kanalında motilitede azalma görülmektedir. Bunun nedeni, progesteronun etkisi ve büyüyen uterusun bası uygulamasıdır. Bundan dolayı mide ve barsaklar daha geç boşalmaktadır. Ayrıca midede yanma, bulantıda artış, konstipasyon ve hemoroid görülme olasılığı artmaktadır (Gabbe, Niebly, Simpson, 2009). Gebelikte progesteronun artması özefagus alt sfinkterinin tonusünü azaltmaktadır. Böylece asidik mide içeriği özefagusa geçmekte ve reflü görülme sıklığı artmaktadır (Kömürcü, 2010).

Gebelikte östrojen seviyesi arttığında, midede daha az hidroklorik asit salgılanmaktadır. Özellikle gastrin hormon üretimi büyük ölçüde arttığından dolayı mide hacmi artmakta ve mide pH'ını düşürmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelikte peptik ülser şikayetlerin de gerileme olmaktadır (Kömürcü,2010; Chamberlain, Morgan, 2002).

Gebelikteki hormonların tükrük bezlerine etki etmesinden dolayı pityalizm görülmekte ve bu durumda diş çürümelerini oluşturmaktadır. Özellikle de östrojenin etkisi ağız ve diş etlerinde hiperemiye neden olmaktadır. Bazı durumlarda vasküler hipertrofi oluşarak diş etleri ödemli olduğundan dolayı kanayabilmektedir. Böylece gebelikte diş eti değişikliklerinden dolayı diş kayıpları meydana gelmektedir (Carlin ve vd., 2008; Gabbe ve vd.,2009).

2.1.4 Üriner sistem değişiklikleri

Gebelikte üriner sistemde birçok değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin temel nedeni; büyüyen uterusun mekanik basısı, hormonal ve kardiyak değişiklikler, renal kan akımındaki artıştan kaynaklanmaktadır (Taşkın, 2003).

Gebelikte renal kan akımı ve glomerular filtrasyon oranı (GFR) ilk trimesterde artış göstermekte ve ikinci trimesterde pik yapmaktadır. Ayrıca bu değer gebelik öncesi değerlerin %30-50'nin üzerine çıkmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızının artmasıyla beraber serum üre ve kreatinin düzeylerinde düşüş olmaktadır.

Gebelikte sodyum reabsorbsiyonu, glomerüler filtrasyon hızı arttığında artmaktadır. Ayrıca aldosteron, östrojen gibi hormonlarda sodyum reabsorbsiyonunu arttırmaktadır (Chandrahara, Arulkumaran, 2007).

Gebelerde glukoz seviyesi normal sınırdadır olmasına rağmen %90'ında günde 1-10 gr glukoz kaybı olmaktadır. Bu kaybın temel nedeni GFR'daki artış olmasıdır. Glukoz kaybı özellikle diyabetik gebelerde ölçümün yapılamaması ve diyabet yönetiminin olamaması nedeniyle önemlidir (Kimya, Cengiz, 2001). Ayrıca bu kayıp idrar yolu enfeksiyonlarının oluşmasına zemin hazırlar (Kimya ve ark., 2001).

Gebelikte progesteron düzeyi arttığından dolayı mesane ve üretra mukozası hiperemik olmaktadır. Ayrıca mesane kas tonüsü azalarak ve vasküleritesi artarak kapasitesi 1500 ml' ye ulaşabilmektedir. Mesane uterusun büyümesinden dolayı öne ve yukarı doğru yer değiştirmektedir. Özellikle gebelikte uterusun büyümesine bağlı mesaneye baskı olduğundan dolayı ilk ve son üç ayda çok tuvalete çıkma ihtiyacı olmaktadır. Progesteronun bu dönemde sfinkterlerdeki gevşetici etkisinden dolayı idrar kaçırma şikayetleri ortaya çıkmaktadır (Helli, Dolapçioğlu, Çekiç, 2011).

Gebelikte her iki böbrekte yaklaşık olarak %30'luk bir hacim artışı meydana gelmektedir. Bu artış böbreklerin boyut olarak artmasıyla ilişkilidir. Ayrıca sağ tarafta ureterlerdeki fazla uzama ve genişleme olmaktadır. Bu durum idrar akımında yavaşlamaya ve üriner enfeksiyonlarının artmasına taban oluşturmaktadır (Şirin, 2008).

2.1.5 Endokrin sistem değişiklikleri

Gebelikte hormonlarda değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişikliğin nedeni sadece overyan veya plasantal kaynaklı olmamaktadır. Plasantada ve overlerden ikinci aydan doğuma kadar östrojen üretimi olmaktadır. Progesteron ise daha çok plasantadan, overlerden ise az salgılanmaktadır. Ayrıca salgılanması beşinci ayda en yüksek noktaya ulaşmaktadır. Plasantada, HCG hormonunda salgılandığından dolayı ilk trimesterde değeri artmakta ve progesteron ve östrojen artışıyla düşmektedir. Aynı zamanda pitüiter bez iki katına çıkmakta ve gonotropin salgısı yapmaktadır. Adrenal korteks de hipertrofiye uğrayarak ve glukokortikoid kortizol, mineralokortikoid aldosteron, seks steroid hormonlarının üretimini arttırmaktadır (Durmazlar, Atacan, Eskioğlu, 2007).

Gebelikte bazal metabolizma hızı arttığından dolayı tiroid bezinin vasküleritesini arttırmaya ve hiperplaziye uğramaktadır. İlk trimesterde total tiroksin (T4) ve Total triyodotironin (T3) düzeyleri yükselmektedir.

Ayrıca postpartum 6-12. haftaya kadar yüksek seyretmektedir. Fetüsün kalsiyum ihtiyacını karşılamak için de paratiroid bezi hipertrofiye uğrayıp ve paratiroid hormon konsantrasyonunu arttırmaktadır (Taşkın, 2005; Çiçek, 2008).

Gebelikte parathormon salgısında artış meydana gelmektedir. Pankreas ta belli bir büyüme olmakta ve langerhans adacıkları da genişleyerek hiperinsülinemiği oluşturmaktadır (Carlin ve vd., 2008; Chamberlain ve vd., 2002).

Progesteronun natriüretik etkisini karşılamak için aldosteron sekresyonunda artış olmaktadır. Total ve serbest kortizol düzeyide üç kat artmaktadır (Carlin ve vd., 2008; Chamberlain ve vd., 2002).

Gebelikte endokrin sistemdeki değişikliklerden dolayı birinci trimesterde daha çok görülen şikayet yorgunluk olup, gebeliğin 20. haftasından sonra geçebilmektedir. Bu durum progesteronun sedatize etkisinden dolayı olduğu düşünülmektedir (Kömürcü, 2010).

2.1.6 Kas iskelet sistem değişiklikleri

Gebelikte hormonların etkisiyle, pelvis bağ dokularında yumuşama görülmektedir. Böylece fetüs doğum kanalından daha kolay geçmektedir. Uterus büyüdüğünden dolayı ağırlık merkezine doğru yer değiştirmekte ve bu değişikliği önlemek için lumbosakral bölgede lordozis artmaktadır. Dolayısıyla lordozise bağlı kaslar çok yorulacağından dolayı sırt ve bel ağrıları görülmektedir (Katz ve vd., 2010; Şirin, 2008).

Gebelikte el bileğindeki ödemden dolayı karpal ligamentleri arasında bulunan median sinire bası olduğundan dolayı Karpal Tünel Sendromu (KTS) meydana gelebilmektedir. KTS'li gebelerde belirtiler küçük parmak dışındaki parmaklarda uyuşma, parmakta yanma hissi, başparmakta güç kaybı, sabahları oluşan kısmi şişlik ve el krampları, bilekten kola doğru giden ani ağrı ile uyanma gibi yakınmalar olmaktadır. Bu durum gebelikten sonra azalır fakat bazen cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulabilmektedir (Ayhan ve vd., 2008).

Gebelikte serum kalsiyumun düşmesi, kan fosfor düzeyi artması ve yerel dolaşımın azalmasından dolayı bacak krampları oluşabilmektedir. Kramplar şiddetli olduğunda bol kalsiyum tüketilmesi ve emiliminin artırılması gerekmektedir (Decherney ve vd., 2007).

2.1.7 Hematolojik sistem değişiklikleri

Gebelikte kan hacmi, eritrositler, plazmada artış bazı hematolojik değişiklikler oluşmaktadır. Eritrositler yaklaşık 10. haftada artmaya başlamaktadır. Normal bir gebelikte kan volümü %47, eritrosit miktarı %17 artış göstermektedir. Plazma volümü %50 arttığında eritrosit volümünde %18-30 artmakta ve hematokrit azalması ile oluşan gebeliğin fizyolojik anemisi meydana gelmektedir.

Hematokritteki bu azalma 30-34. haftalarda en yüksek değere ulaşmaktadır. Demir yeterli alındığında hemoglobin düzeyi normal sınırlarda ortalama 12,5 g/dl olmaktadır (İmamoğlu, 2005).

Gebelerin yalnızca %6'ında hemoglobin değeri 11 g/dl'nin altına düşmektedir (İmamoğlu, 2005). Hemoglobin düzeyi düştüğü gibi yükseldiğinde de gebeliği etkilemektedir. Düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalitede artma, erken doğum ve nulliplarlarda preeklampsiye yol açabilmektedir. Periferik kanda değişiklik olmazken, T ve B hücrelerin oranında da bir değişiklik oluşmamaktadır (Sarıyıldız, Akdağ, 2013).

Gebelikte genellikle lökosit sayısı normal sınırlarda seyretmektedir. Trombosit sayısı azalırken ortalama trombosit hacmide artış göstermektedir (Küçük, Yavaşoğlu, Kadıköylü, Bolaman, 2011).

2.1.8 Genital sistem değişiklikleri

Gebelikte östrojenin ve progesteronun düz kas liflerine ve endometriyuma etkisinden dolayı uterusda hipertrofi ve hiperplazi meydana gelmektedir (Gibbs, Kartan, Hansey, Nygaard, 2010). Ayrıca uterusda ilk trimesterden itibaren düzensiz ve ağrısız olan "Braxton Hicks" kontraksiyonları oluşmakta ve üçüncü trimesterde anneye rahatsızlık getirmektedir (Çiçek, 2008; Mete, 2008).

Gebelikte östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle servikste vaskülarizasyon artışı olmaktadır. Böylece " Godell's İşareti" olan servikal yumuşama ortaya çıkmaktadır (Chamberlain ve vd., 2002; Gabbe ve vd., 2009). Ayrıca progesteron servikal kanala etki ederek muköz bir tıkaç oluşturmaktadır. Uterus ve dış ortam arasında oluşan bu tıkaç, fetüsü dış etkenlere karşı korumaktadır. Normal doğum başladığında ise tıkaç dışarı atılmaktadır (Çiçek, 2008).

Vajinada östrojen ve progesteronun düzeyindeki artışa bağlı olarak vaskülarizasyon artmaktadır. Bundan dolayı mor, ödemli ve yumuşak olan vajinada "Chadwick Belirtisi" meydana gelmektedir.

Ayrıca bu hormonların etkisine bağlı olarak vajinal mukozada kalınlaşmayla birlikte hipertrofik kas tabakası ve gevşek bağ dokusu oluşarak doğumun hazırlanmasında önemli rol oynarlar (Levend ve vd., 2010). Vaskülarizasyonda artma olduğundan dolayı varislere eğilim artmaktadır. Bunu yanı sıra vajinal sekresyon ve glikojen miktarında da bir artış meydana gelmektedir. Glikojenin artması ile laktik asit üretilir, vajen pH'ı düşer ve enfeksiyonlara karşı direnç artmaktadır (Chamberlain ve vd., 2002; Gabbe ve vd., 2009).

Dolayısıyla oluşan asidik ortam anneyi ve fetüsü enfeksiyonlardan korumanın yanı sıra candida albicans gelişimini de oluşturur ve gebelikte vajinitise yatkınlığı da arttırmaktadır (Ayhan ve vd., 2008; Mete, 2008).

Gebelikte östrojen, progesteronun dolaşımında yüksek olması ve folikül stimüle eden hormon (FSH), luteinleştirici hormonun (LH) baskılayıcı etkisinden dolayı ovulasyon gerçekleşmemektedir (Gabbe ve vd., 2009; Levend ve vd., 2010).

Gebelikte vulva ve perine, damarlaşmanın artmasına ve uterusun büyümesinden dolayı baskı oluşturması daha koyu bir renk almasına neden olmaktadır. Ayrıca hormon artışından dolayı tubalarda ve ligamentlerde uzama, çaplarında ve damarlarında artma ve ödem görülmektedir (Katz ve vd., 2010).

2.1.9 Göğüslerde görülen değişiklikler

Gebelikte ilk 8 hafta içinde vasküler angorjmana bağlı olarak göğüslerde hızlı bir büyüme meydana gelmektedir. Sonraki haftalarda östrojene bağlı duktal büyüme ve progesterona bağlı alveolar hipertrofi olduğundan dolayı göğüslerdeki büyüme devam eder(Yücel, 2001).

Gebelikte meme başları genişlemekte ve mobilize olmaktadır. Ayrıca areola da genişleyip rengi koyulaşmaktadır. Gebeliğin ikinci yarısında kolostrum salgısı başlamaktadır. Göğüsler büyümeye başladıkça deri çok incilir ve buna bağlı olarak deri altı ince venler görünür olmaktadır(Yamaç, Gürsoy, Çakır, 2002).

2.2 Gebelikte Psikolojik ve Sosyal Değişiklikler

Gebelik sürecine fizyolojik değişikliklerin yanısıra psikolojik ve sosyal değişiklikleride beraberinde getirir. Bu süreçte gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, anne karnında büyüyen bebeğin varlığı ve aile hayatı psikolojik tepkilerin nedenini meydana getirir.

Gebelerde görülen fizyolojik değişiklikler, hormonlardaki hızlı değişimler, duygu durum ve psikiyatrik sendromların oluşmasında etkili olduğu düşünölmektedir (Kısa, Yıldırım, 2004). Gebeler bu dönemde mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon gibi reaksiyonlar gösterebilir (Read, 1999).

Gebelikte her trimesterin psikolojik uyum süreçleri farklıdır. Gebeliğin ilk trimesterinde zıt duygular görölmektedir. Gebeler korku ve umut duygularını beraber yaşamaktadırlar. Bu dönemde gebeler kendini iyi hissetmesine rağmen birkaç dakika sonra ağlamak isteyebilirler (Demiryay, 2006; Ngai, Chan, 2012). İkinci trimesterde gebeliğe uyum sağlanmış, gebelik benimsenmiş ve dışa dönüklük başlamıştır. Üçüncü trimesterde gebelerin kısıtlı fizyolojik hareketleri olsadaannelik duyguları geliştiiğinden dolayı doğacak çocuklarına korumacı ve kaygı duyabilmektedirler (Sarah, Benjamin, Sodock, Virginia, 2007; Kuğu, Akyüz, 2001).

Gebelik aynı zamanda sosyal ilişkilerde, aile içi rollerde, vücut görüntüsünde değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerle beraber gebelerde uykusuzluk ve yorgunluk görölmektedir (Lee, 2003).

2.3 Uyku

2.3.1 Uykunun tanımı

İnsan sosyal, fiziksel, duygusal ve entelektüel ihtiyaçları olan bir bütündür. İnsanın temel gereksimleri karşılandığında fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir birey olabilmektedir. Uyku, Maslow'un hiyerarşik insangereksinimlerine göre en temel basamakta olup, insan için yeterli düzeyde alınması gereken en önemli ihtiyaçlardan biridir. İnsana dair temel gereksinimleri karşılanmazsa iyilik hali bozulabilmektedir (Porkka-Heiskanen, Zitting, Wigren, 2013; Birol, 2004).

Uyku monoton ve pasif bir süreç olmamakla birlikte belli bir düzenliliği olan etkin ve değişken bir süreçten oluşur (Ursavaş ve Ege, 2004). Ayrıca insan yaşamı için temel ve vazgeçilmez bir etkinliktir. Yeme, boşaltım, nefes alma gibi temel fizyolojik bir ihtiyaçtır. Bu nedenlere bağlı olarak uyku bireylerin yaşam kalitesine ve iyilik durumuna etki etmektedir (Akça, Turan Ertem, Keser Özcan, Demir Işık, Savran, 2007).

Uyku; organizmanın çevre ile olan iletişiminin değişik şiddetle, uyarılarla geri gelebilir şekilde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolmasıdır (Kiper, 2008; Eryavuz, 2007). Ayrıca genlerden ve hücre içi mekanizmalardan, uyarılmışlığı, hareketi, otonomik ve bilişsel işlevleri de kontrol etmektedir.

Uyku sinir ağlarına kadar biyolojik yapının her düzeyini etkilenmektedir. Aynı zamanda sadece uyanıklığın ortadan kalkması değil farklı bir bilinç hali, kontrollü bir bilinç yitimi sağlıklı bir hayat için yeni bir güne hazırlanma durumudur. Uyku bütün bunların yanında hücrelerin tamiri, yenilenmesi ve hafıza fonksiyonlarını da düzenleyerek öğrenmeyi olumlu desteklemektedir (Mendelson, 2007; Van Dongen, Maislin, Mullington, Dinges, 2003).

2.3.2 Uykunun fizyolojisi

Uyku fizyolojisinde uykunun kontrol edilmesini sağlayan, beyin sapında bulunan iki önemli bölge bulunmaktadır. Bu bölgeler; Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR)dir. RAS; görsel, işitsel, ağrı, ve dokunma uyarıları biçiminde duyuşal bilgiyi alır. Böylece bu uyarılar vücudun uyanık kalmasına neden olur. Birey uyumaya başladığında gözler kapanır, rahat pozisyon alır. RAS' a olan uyarılar azalır ve BSR'de aktivasyon artarak uykuyu başlatır. (Bingöl, 2006; Kiper, 2008). Ayrıca dopamin, histamin, seratonin, asetilkolin, norepinefrin gibi nörotransmitterler de uykuda rol oynamaktadırlar. Uykunun başlamasındaki en temel faktör nörotransmitter seratonindir. Seratonin, RAS tarafından salgılanmaktadır. Bu salgılanmayla BSR ile uyku aktivasyonunda artışa neden olmaktadır. Ayrıca bireyin gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortamda olması da RAS'ı uyararak uykuya dalmayı sağlamaktadır (Potter, Perry, 2003; Black, Hawks, Keene, 2003).

2.3.3 Uykunun evreleri

Uyku ve evreleri belirlemede elektroensefalogram (EEG) bulguları kullanılmaktadır. Uykunun değerlendirilmesinde, EEG, gözün hareketlerinin ölçülmesinde elektrookülogram (EOG) ve kasın dinlenme zamanındaki gevşemesinin ölçülmesi elektromiyogram (EMG) polisomnografilerde olmaktadır. Bu ölçümler ise uyku laboratuvarlarında gerçekleştirilmektedir. Uyumak için gözleri kapamak ve tam uykuya geçmek arasındaki döneme latent dönemi denilmektedir. Bu dönemde değişim dönemleri başlamaktadır.

Uykuda birbirini takip eden iki değişim dönemi olmaktadır. Bunlar; hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (non rapid eye movement, NREM) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (rapid eye movement, REM) olarak sayılabilmektedir (Black ve vd., 2003; Bingöl, 2006).

2.3.3.1 Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku

NREM uykusu; psikolojik ve fiziksel aktivitenin olmadığı genel uykudur. Normal uyku NREM ile başlar ve uykunun ilk saatlerinde görülerek derin, dinlendirici tipte bir uykudur.

Dört evreyi içermekte olup; 1. ve 2. evreye yüzeysel yavaş dalga uykusu, 3. ve 4. evreye ise derin yavaş dalga uykusu denilmektedir (Lafçı, 2009; Eryavuz, 2007).

Evre I: Tam uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş dönemidir. Uykunun ilk evresi olup hafif uykudur ve gürültü, dokunma gibi uyanıklarla kişi uyandırılabilir. Kalp atımı, solunum, ısı ve metabolizma yavaşlar. Uyku sırasında evre I, yarım dakika ile 7 dakika arasındadır. Ayrıca uykunun ilk evresi zaman zaman tekrar ortaya çıkarak uyku periyodunun %4-5'inde görülür (Potter ve vd., 2003).

Evre II: Kişiyi rahatsız edecek bir durum yoksa uykuda hemen II. evreye geçilir ve I. evreden daha derindir, kişi uykuya dalmıştır. Gerçek uykunun başladığı ilk evredir. Kalp ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır, beden ısı düşer, kas tonüsü azalır. Bu evre 10 ile 20 dakika arasında sürer ve uyku periyodunun %40-50'sini oluşturur (Potter ve vd., 2003; Kiper, 2008).

Evre III: Evre II'ye göre daha derindir. Uyanmak daha zordur ve tam uyanma 5 dakika sürebilir. Parasempatik sinir sisteminden dolayı nabız, kalp atışı yavaş, solunum hızı düzenli, kaslar gevşek, vücut sıcaklığı ise düşmüştür. Ayrıca protein sentezi artar ve düzensiz beyin dalgaları oluşur. Bu evreye uyku periyodunun %10'u olup, 15-30 dakika sürer (Eryavuz, 2007; Şenel, 2005).

Evre IV: Kişinin fiziksel dinlendiği, fizyolojik olayların gerçekleştiği derin uyku olup, uyunmadığında yorgunluğun görüleceği evredir. Ayrıca bu evrenin bir diğer özelliği de EEG'de yüksek voltajlı ve yavaş frekanslı delta dalgaları görülmesidir. Bu nedenden dolayı bu evredeki uykuya delta uykusu da denir. Kan basıncı, solunum hızı, nabız, oksijen tüketimi normal seviyeden daha düşüktür. Aynı zamanda vücut ısısının azaldığı, metabolizmanın yavaşladığı ve kasların gevşediği, dinlenmenin sağlandığı evredir. Bu evre asıl uykunun olduğu ve sağlık açısından gerekli bir evredir. Ayrıca horlama, uykuda konuşma, uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar da görülebilir. Kanda somatotropin ve büyüme hormonu bu evrede salgılanır. Glikoz metabolizması da yavaşlamıştır ve uyandırılma eşiği oldukça yüksektir. Dördüncü evre uyku periyodunun %10'unu oluşturup, 15-30 dakika sürer. Normal sağlıklı bir birey de bu fazlar 4-6 kez gece uykusu boyunca devam eder. Aslında uyku RAS üzerinden kortikal aktivasyonla ilişkilidir. NREM'de bu sistem inhibe olurkendaha sonra REM fazında sistem yeniden aktifleşir, fakat motor ve duyu fonksiyonlarda uyanıklık zamanına göre azalma görülür (Güleç, 2003; Şahin, 2006).

2.3.3.2 Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku

Aynı zamanda REM uykusu olarak adlandırılan hafif bir korteks uykusu olup uyanıklığa çok yakın olan bir dönemdir ve kolay uyandırılır. REM uykusunda EOG sonuçlarında hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları görülür. Kalp atım hızı, solunum hızı, bazal metabolizma düzeyinde artış olup, baş-boyun, kas iskelet tonüsü ve derin tendon refleksinde baskılanma, gastrik sekresyon da artış görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2004).

REM döneminde otonom sinir sistemi aktivasyonu olduğundan dolayı respiratuar, kardiyak ve kan basıncında düzensizlikler görülmektedir. Ayrıca bu dönemde interkostal adelelerin inhibasyonuna bağlı akciğer volümünün de azalmalar olabilir. Bu nedenden dolayı kan oksijen saturasyonu etkilenebilmekte ve hipoksi meydana gelebilmektedir. REM uyku evresinde EEG'de ani değişiklikler başlar, düşük amplitütlü, hızlı frekanslı boşalım ve uyanıklığın ilk döneminde görülür. Aynı zamanda bu evrede tonik ve fazik komponentler oluşur. Fazik dönemde göz küresi hareketleri, pupillada daralma ve genişleme, tonik dönemde atoni oluşur, postüral reflekslerde ileri derecede kaybolmaktadır. Karın kaslarında atoni olacağından dolayı solunum güçlüğü yaşayanır. Bu evredeki atoniden dolayı kişi düşlerinde koşamaz, kaçamaz, atlayamaz olur (Akdemir ve Birol, 2004).

Gece uykusunda görülen REM uykusu epizotları 5-30 dakika kadar sürüp, 90 dakikada bir görülür. Bu epizotlar periyodik olarak çıkar ve genç erişkin uykusunun %25 kadarını oluşturur ve dinlendirici olmayıp rüyalardan oluşur (Edwards, Middleton, Bylton, Sullivan, 2002; Çetin, 2009). Eğer kişi çok yorgun olduğunda REM uyku periyotları çok kısa yada olmayabilir. Kişi gece dinlenirse REM uyku periyotlarında büyük ölçüde bir uzama görülür (Güleç, 2003).

Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku aynı zamanda nöronlarda membran stabilizasyonu sağlar. Ayrıca genetik hafızanın programlanmasını sağlar. Bu dönemden yoksun olan kişilerde psikiyatrik bozukluklar çok görülmesinden dolayı ruhsal dinlenmenin olduğu dönem olarak düşünülmektedir. Sağlıklı ve normal bir uyku olabilmesi için bu dönemler belli sıra ile olmalı ve her dönemin gece boyu toplamın belli bir miktara ulaşmalıdır (Sönmez, 2006; Şenel, 2005). NREM ve REM uyku evreleri karşılaştırması Tablo 1.1'de verilmiştir.

Tablo 1.1: Uyku evreleri

Uyku Evreleri	
Non REM	REM
<ul style="list-style-type: none">• Kas tonüsü azalmıştır.• Bazal metabolizma hızı%10-30 azalmış ve vücut ısısı düşmüştür.• Kalp atış hızı, solunum sayısı ve arteriyel kan basıncı düşme vardır.• Periferik kan damarları dilate olmuştur.• Refleksler yok olmuştur.• 1. ve 2. dönemin beyin köküne giden, 3 ve 4. dönemin de kortekse giden kan akımı azalmıştır.	<ul style="list-style-type: none">• Küçük kaslarda seyirmeler ve kas tonusu azalmıştır.• Hızlı göz hareketleri vardır.• Beyin metabolizması artmıştır.• Solunum ve kalp hızı düzensizdir.• Organize ve canlı düşlerin görüldüğü, rüyaların hatırlandığı evredir.• Uykunun derin zamanı olup, uyandırılması güçtür.

(Güleç, 2003; Akdemir ve Birol, 2004).

2.3.4 Uyku gereksinimi

Uyku herkes için önemli bir yaşam aktivitesidir ve organizma için vazgeçilmez bir zorunluluktur. İnsanlar için temel ihtiyaç olan uyku; beslenme, yaş, çevre, sağlık, cinsiyet ve kişisel özellikler gibi durumlara bağlı olarak değişebilir. Aynı zamanda genetik olarak gelen bir özellik olmuştur. Uyku süresi erişkin insanlarda 4-11 saat arasında değişmekte olup, en düşük uyku saati sınırı 5 saattir. Yenidoğanda 20-22 saat, çocukta 10-12 saat, yetişkinlerde 6-8 saat, 60 yaş ve üzeri için ise 5-6 saat uyku uyuma süresi normal kabul edilmektedir (Black ve vd., 2003; Eryavuz, 2007).

2.3.5 Uykunun işlevi

Uyku vücudun dinlenmesini ve ertesi güne hazırlanmasını sağlar. Aynı zamanda enerji tasarrufu, büyüme, hücrelerde yenilenme, organizmadaki onarım, hafıza, genetik bilgiler, yeni bilgilerin öğrenilip kalıcı olması ve ortama uyumun sağlanması gibi görevleri yerine getirir. Dolayısıyla düzenli bir uyku vücudun performansını arttırmasının yanında, uykusuzluk da işgücünün azalmasına ve mental yeteneklerde sorunlara neden olmaktadır (Tononi, Cirelli, 2009; Polat, Hanoğlu, 2013).

2.3.6 Uyku kalitesi

Günümüzde uyku ile ilgili yapılan çalışmalarda uyku kalitesi üzerinde ayrıca durulmaktadır. Uyku kalitesi; kişi kendini uyandıığında zinde hissedip, yeni bir güne hazır olmasıdır. Uyku kalitesini tanımlamak ve nesnel ölçmek çok güçtür. Uyku kalitesi; uyku latensi (uykuya dalma süresi), uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönleri ile uykunun dinlendiriciliğini ve derinliğini içerir. Uyku kalitesi bireyler için çok önemlidir. Bir çalışmada yetişkin kişilerde%15-35'inde uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede sıkıntı yaşadıkların, uyku bozuklukları görüldüklerinibildirilmiştir. Aynı çalışmada kişilerin uyku kalitesi ile ilgili yakınmalar çok fazla olduğunda kötü uyku kalitesi çoğu hastalığın belirtisini oluşturabileceğini bildirmişlerdir (Eryavuz, 2007; Kiper, 2008).

2.3.6.1 Uyku kalitesini etkileyen faktörler

Uyku kalitesini ve süresini birçok fizyolojik, ruhsal, çevresel etken bozmaktadır. Bu etkenler yaş, cinsiyet, hastalık, fiziksel faaliyet, alkol ve diğer uyarıcılar, ilaçlar, yaşam biçimi, emosyonel durum, diyet, çevre olup aşağıdaki başlıklarda belirtilebilir.

2.3.6.1.1 Yaş

Yaşa bağlı olarak uyku örüntülerinde çok büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Bir bireyin yaşuyku fizyolojisinin belirlenmesini sağlar. Yaşamın erken dönemlerin çoğu uykuya geçer. Fakat yaş ilerledikçe uykuya gereksinim azalır. Ayrıca yaşlılar uykuya dalmada gençlere göre daha fazla zorlanır ve gece sık uyanırlar. Bunun yanı sıra yetişkinler için yaklaşık 10-30 dakika olan uykuya dalma süresi, yaşlılar için 1 saat veya daha fazla olmaktadır (Erdem, 2005; Potter ve vd., 2003).

2.3.6.1.2 Cinsiyet

Uykuyu değerlendirme açısından cinsiyet önemli bir kriterdir. Yaşlılarda; gün içerisinde uyuklamaların sayısı ve süresi arttığından dolayı gece uykusunun süresi azalmaktadır. Ayrıca yaşlılar için erkeklerde kadınlardan daha çok yavaş dalga uykusunda ve uyku etkinliğinde azalma olmaktadır. Ayrıca erkekler kadınlara göre daha az uyku düzeni bozuklukları yaşamaktadırlar. Kadınlar erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtip uyku ilacı aldıkları halde erkeklere göre daha fazla uyumaktadırlar (Çakırcalı, 2000).

2.3.6.1.3 Hastalık

Hastalık, fizyolojik ve psikolojik etkilerden dolayı uyku düzenini bozabilir. Uyku bozuklukları bazı hastalıklara neden olabilmektedir. Hastalar sağlıklı bireye göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyduğundan dolayı fizik konforları sağlanıp uyumaları gerekmektedir. Ayrıca ağrılı fiziksel rahatsızlıklar, anksiyete ve depresyon gibi problemlere neden olan birçok hastalık uyku problemlerini ortaya çıkarmaktadır (Erdem, 2005; Kiper, 2008).

2.3.6.1.4 Fiziksel faaliyet

Düzenli spor yapan ve aktif olan bireyler yorulduklarından dolayı daha kolay uykuya dalmaktadırlar. Egzersiz yaparken vücutta serotonin salgılanması ile derin dinlenme ve delta uyku düzenlenmesi sağlanmaktadır. Egzersiz, sabah erken ve yatmadan önce yapıldığında uykuya bir faydası olmamaktadır. Bu nedenden dolayı uyku için en uygun egzersiz zamanı öğleden sonra ve akşamüzeri yapılmasıdır. Kişi aşırı yorgun olduğunda REM uykusunun ilk evresi kısalmış, dinlendiğinde REM evreleri uzamaya başlamaktadır (Taylor, Lillis, Priscilla, 2001; Black ve vd., 2003).

2.3.6.1.5 Alkol ve diğer uyarıcılar

Alkol kullanan bireylerde sık sık gece uyanma olup, uykuya dalarken günlük yaşanmaktadır. Bu nedenden dolayı uyku evreleri arasındaki geçişler artar ve NREM Evre IV, REM uykusunda azalmalar meydana gelir. Alkol alımı az ya da çok olsunurken solunum bozukluklarının artmasına neden olur ve uykuyu bozar. Birey sigara, çay, çikolata gibi kafein içeren ürünleri çok tükettiğinde uykuya dalması zorlaştığından dolayı gece sık sık ve sabah erken uyanma durumu olabilmektedir (Bingöl, 2006; Kiper, 2008).

2.3.6.1.6 İlaçlar

İlaçların bazıları uyku kalitesini bozabilir. Sedatif, hipnotik, antidepresan, amfetamin gibi ilaçlar REM uykusunu etkileyerek gün içerisinde aşırı uyuşuk hissetmeye ve enerji azalmasına neden olabilmektedirler. Sedatif kullanan kişilerde iş gücünde azalma, hipnotik ve benzodiazepin kullananlarda uyku evrelerinde uzama görülürken, daha sonra ilaç kullanımını bırakanlarda uykusuzluk görülmektedir. Ayrıca diüretik, digoxin ve beta blokör kullanan kişilerde sık sık uyanmalar oluşur (Potter ve vd., 2003; Şenel, 2005).

2.3.6.1.7 Yaşam biçimi

Yaşam biçimi bireylerin uyku kalitesini ve uyku düzenini etkilemektedir. Bireyler vardiya şeklinde çalışıyorlarsa uyku döngüsü değiştiğinden dolayı uyum sağlamak zordur. Gece çalışan gündüz uyuyan bireylerin biyolojik saatinde kaymalar oluşur (Black ve vd., 2003).

2.3.6.1.8 Emosyonel durum

Günlük yaşamda oluşan anksiyete, stres ve diğer emosyonel problemler uykuyu engellemektedir. Anksiyete ve stres nedeniyle REM süresi uzar. Stres içinde olan birey gereksiniminden daha fazla uyuyup, uyandıktan sonra da kendini dinlenmiş hissetmemektedir. Ayrıca mutsuz, endişeli bireylerin uykularında da doyumsuz ve huzursuz olduğu görülür (Taylor ve vd., 2001; Potter ve vd., 2003).

2.3.6.1.9 Diyet

Kilo kaybı ve kilo artışı uykuyu etkilemektedir. Kilo kaybı yaşayan bireyler de kesik kesik uyuma ve daha erken uyanma görülürken, kilo artışı olan bireylerde uykuda geçen zaman artarak, sabahları geç uyanmalar olur görülmektedir. Ayrıca belli içecek ve yiyecek alımı da uykuyu etkiler. Yemeklerin aşırı ağır yenmesi, çikolata, kola, çay gibi içecek ve yiyeceklerin tüketilmesi ve protein alımındaki yetersizlik uyku düzeninde bozulmalara neden olmaktadır (Yüksel, 2007; Erdem, 2005).

Uyku hijyenini sağlamak için yatağa aç karnına geçilmemesi, ancak aşırı ve yağlı yemeklerin uyku öncesi yenmemesi gerekir. Ayrıca gece sık idrara çıkmayı engellemek içinde yatma saatinden önce sıvı alımının kısıtlanması gerekir (Aksu ve vd., 2014).

2.3.6.1.10 Çevre

Bireylerin uykuya dalmasında ve uykuyu sürdürülmelerinde çevre çok önemli bir etkidir. Gürültülü ortamlarda iken uyku yüzeysel olup, süresi de azalır. Bazıları uyurken sessiz bir ortamda, bazıları da müzikle uyuyabilir. Oda sıcaklığı uykuyu etkilemekte olup, 24°C'den daha yüksek olması uyanmaların sık olmasına ve REM uykusunun azalmasına neden olur. Ayrıca oda sıcaklığının 12°C'den düşük olması da üşüme hissi ile uyuyamama ve kötü rüyaların görülmesine neden olup uyku kalitesini bozmaktadır (Black ve vd. 2003; Kiper, 2008).

2.3.7 Gebelik ve uyku

Gebelikte meydana gelen hem fizyolojik hem hormonal değişiklikler uyku ve uyku kalitesine etki etmektedir. İlk trimesterde görülen bulantı, kusma, sonrasında görülen sırt ağrısı, idrarın artmasına bağlı idrara çıkma gereksinimi, göğüslerde gerginlikten dolayı uyku bölünmeleri görülebilmektedir. Gebeliğin 10. haftasından itibaren uykuda değişiklikler görülür. Bu dönemde progesteronun uyku verici ve sedatize etkisi ortaya çıkar. Ancak REM uykusunun azalması ve NREM uykusunun uzamasından dolayı azalmıştır. Buna bağlı olarak gebe sabah uyandığında kendini yorgun ve dinlenmemiş hissedebilir (Cunnigham ve vd., 2010).

Gebeliğin ikinci trimesterinde gece uykuları düzelmektedir. Bu dönemde progesteron seviyesi, daha yavaş bir yükselme göstermektedir. Uyku parametreleri bu trimesterde daha iyidir ancak gebelerin yaklaşık %30'unda gebelik öncesi olmayan horlama ortaya çıkabilir. Horlama gebelerde uyku apne sendromu gelişmesine neden olabilir (Hutchison ve vd., 2012).

Üçüncü trimesterde diğer trimesterlere göre uyku kalitesi daha kötüdür. Bu trimesterde, büyüyen uterus, hareketleri belirgin fetüs, idrara sık çıkma, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacak kramplarından dolayı uyku bölünmeleri sıklıkla görülür. Çoğu gebede son trimesterde total uyku süresinde azalmalar, uykudan daha sık uyanmalar, gündüz uykularında artmalar meydana gelebilmektedir. Gebelikte oluşan bu uyku sorunları, uyku kalitesinde yetersizliğe ve yetersiz uyku neden olmaktadır (Çoban ve vd., 2010; Cunnigham ve vd., 2010; Hutchison ve vd., 2012). Bu nedenle gebeler gün içinde kısa süreli uyku uyuma ihtiyacı duyabilmektedir (Cunnigham ve vd., 2010).

2.3.7.1 Gebelikte uyku ile ilgili yaşanan sorunlar

2.3.7.1.1 Obstruktif apne sendromu (OUAS) ve gebelik

Gebelikte uykuda meydana gelen fiziksel ve kimyasal değişiklikler uykuda apne riskini azaltır yada arttırır (Kapsimalis, Kryger, 2009). Gebelik sırasında OUAS'a yatkınlık olmaktadır. Amerikan Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre; OUAS, "Uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu epizodları ve sıklıkla kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize bir sendrom" olarak belirtilmektedir (Demir, 2007; Taşkıran, 2009).

Gebelik haftasının ilerlemesiyle kan akımı daralıp artarak nazal konjesyon ve hiperventilasyon oluşturur. Nazal konjesyondan dolayı horlama ve uyku sırasında obstrüksiyon görülür.

Aynı zamanda üçüncü trimestere doğru östrojen ve progesteronun artmasıyla horlama sıklığıda artmaktadır (Facco, Kramer, Zee, Grobman, 2010; İzci ve vd., 2006).

Kilo alımı, uterusun büyümesi ile abdominal hacimde artış, akciğer volümünde ve fonksiyonel rezidüel kapasitede azalmaya neden olarak, üst hava yolunu daraltmaktadır (Guilleminault, Kreutzer, Chang, 2004).

Gebelikte oluşan OUAS tedavisinin bir rehberi bulunmamaktadır. Bu hastaların yönetiminde, genel popülasyondan yararlanan tedavi yaklaşımları ve klinisyenlerin tecrübelerinden sağlanmaktadır (Louis, Auckley, Bolden, 2012). Ayrıca bu dönemde koruyucu yöntemlerde uygulanabilir. Bu yöntemler; kilo alınamamak, supine pozisyonunda uyumamak, başın elevasyonu, alkol ve sedatif kullanılmamasıdır (Guilleminault ve vd., 2004). Gebelikte OUAS tedavi edilmediğinde sistemik hipertansiyon, myokard infarktüsü, pulmoner hipertansiyon ve nöropsikiyatrik sorunlar gibi çoğu problemlere neden olmaktadır (Kiper, 2008; Scott ve Laird, 2004).

2.3.7.1.2 Huzursuz bacak sendromu, bacak krampları ve gebelik

Gebelikte uykuya dalarken ekstremitte şikayetleri yaklaşık olarak kadınların üçte birinde görülmektedir. Bacak kramplarından dolayı gece uyanmalar gebelik öncesi ve sonrası düşük iken (%8-10), ilk trimesterde %12-21'e, ikinci trimesterde %49-57 ve üçüncü trimesterde %73-75 olarak görülmektedir (Ammy, Kathryn, 2009).

Huzursuz bacak sendromu'nda (HBS); hastalar, bacaklarını hareket ettirirken bir dürtü görülür. Aynı zamanda duyu ve motor semptomlarla seyredip, kronik, ilerleyici ve tekrar eden, yaşla prevalansının arttığı bir hastalıktır. Semptomlar daha çok bacaklarda, çok azda olsa kollarda, iki taraflı, simetrik seyretmekte olup genellikle geceleri oluşmaktadır. Hareketsizlik durumunda kötüleşerek hareket edildiğinde düzelmektedir. Hastalıkta ara sıra alevlenmeler ve uzun olan asemptomatik dönemler görülebilmektedir. Remisyon ve alevlenmeleri belirleyen faktörler bilinmeyip, aşırı fiziksel aktivite, demir eksikliği anemisi, çok sıcak veya soğuğa maruz kalma ve aşırı kafein alma gibi durumlar semptomlarda artışa yol açabilmektedir (Şahin ve vd., 2007; Acartürk, Karaman, Köken, Melek, 2008).

HBS, gebelerde sağlıklı kadınlara göre yaklaşık olarak 2-3 kat daha yüksek görülür. Çünkü, gebelerin %15-25'inde ortaya çıkan demir eksikliği anemisi HBS'nu arttırmaktadır.

HBS'na gebelikte hormonal ve psikomotor faktörler, motor değişiklikler ve uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler etki edebilmektedir. Doğumdan sonra bu sendromun belirtileri görülmemesine rağmen, üçüncü trimesterde bazı rahatsızlıklara ve uyuma zorluklarına eklenip gebeyi rahatsız etmektedir (Srivanitchapoom, Pandey, Hallett, 2014; Ammy ve vd., 2009).

HBS, olan gebelerde gece oluşan huzursuzluk ve hareket ettirme zorunluluğu olduğundan dolayı, uykuya başlama, uykuyu sürdürme zorluğu, uyku yoksunluğu, emosyonel problemler ve yorgunluk oluşmaktadır.

Uyku kalitesi bozulmuş gebelerin performans yeteneği azalır, günlük aktivitesi etkilenir, enerji seviyesi azalır ve gündüz uyuma isteği artar (Manconi ve vd., 2004; Arslan, 2006).

HBS, tedavisinde fetüs üzerinde risk taşıyan dopaminergik içeren standart tedaviden kaçınılır. Bu gebelere folattan zengin ekmek ve tahıl gevreği içeren diyet koruyucu önlem olarak önerilebilir alınmalıdır (Okun ve vd., 2013; Sarınc, Ünlü, 2014).

2.3.7.2 Gebelikte uyku ile ilgili yapılan çalışmalar

Gebelikte uyku kalitesini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde Çoban ve Yanikkerem'in (2010) 198 gebe üzerinde, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Kısa Yorgunluk Envanteri kullanılarak yapılmış oldukları çalışmada, gebelerin %54'ünde kötü uyku kalitesi olduğu belirlenmiştir (Çoban ve Yanikkerem, 2010).

Gebe kadınlarda uyku kalitesi ve uyku kalitesini etkileyen durumları belirlemeyi amaçlayan PUKİ ve Berlin Uyku Anketi'nin kullanıldığı kesitsel diğer bir çalışmada gebelerin %86'sında kötü uyku kalitesi saptanmıştır (Nihal, 2011).

Kamysheva ve arkadaşlarının (2010) üçüncü trimesterde olan 257 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin uyku kalitesinin kötüleştiğini, Ko ve arkadaşları (2010), ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin %60'ının uyku kalitesinin kötü olduğunu bildirmişlerdir (Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton ve Milgrom, 2010; Ko, Chang, & Chen, 2010).

Lee ve Gay'ın (2004) yaptıkları çalışmada, 131 gebenin yetersiz uyudukları ve olumsuz obstetrik sonuçları ortaya çıktığını saptamışlar, gebelerin günde 6 saatten daha az uyuyanların doğumlarının daha uzun ve sezaryen oranlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır (Lee ve Gay, 2004).

Pınar ve arkadaşlarının (2014) gebelerin uyku kalitesi ve algılanan stres arasındaki ilişkinin incelediği çalışmada, gebelerde uyku kalitesi kötü olanların %39.6 olduğu, uyku kalitesi ve algılanan stres arasındaki ilişkinin pozitif yönde anlamlı olduğu, uyku kalitesi kötü olanların algıladıkları stres düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir(Pınar ve vd., 2014).

Tayvan'da gebe olan ve olmayan kadınlar arasındaki uyku kalitesini karşılaştıran, ikinci trimester 150 gebe, üçüncü trimester 150 gebe ve gebe olmayan 300 kadının dahil edildiği çalışmada; uyku bozukluğu prevalansı ikinci ve üçüncü trimester kadınlarda %60, gebe olmayan kadınlarda %48 oranında bulunmuştur (Ko ve vd.,2010).

Şahin ve arkadaşlarının (2008)400 gebe ile yaptıkları çalışmada; 76'sı birinci trimester, 167'si ikinci trimester, 157'si üçüncü trimesterdeki gebelerin uykuda apne sıklığı %14.5 dir. Üçüncü trimesterdeki gebelerin apne sıklığı birinci ve ikinci trimestere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat aynı zamanda apne sıklığının trimesterler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Şahin ve ark., 2008).

Şahin ve arkadaşları (2007)400 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelikteki Huzursuz bacak sendromusıklığını %19 bulunmuş olup, trimesterler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır. HBS olan gebelerin olmayan gebelere göre horlama, uykudan sonra ve tüm gün boyunca yorgunluk ve apne semptomlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve HBS olan gebelerin gündüz aşırı uyku isteği daha fazla olduğu bulunmuştur (Şahin ve vd., 2007).

Çakmak ve arkadaşları (2014) 500 gebe ile yaptıkları çalışmada HBS sıklığı %15.4 bulunmuş olup, üçüncü trimesterde diğer trimesterlere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Çakmak, Fulya, Karataş, Özsoy, Demirtürk, 2014).

Gebelikte stres, apne ve huzursuz bacak sendromu gibi sağlık sorunlarının uyku kalitesini olumsuz etkilediği yapılan diğer çalışmalarda da görülmektedir (Pınar ve vd., 2014; Şahin ve ark., 2008; Şahin ve vd., 2007).

2.4.Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" olarak tanımlanmaktadır (Akdeniz ve Aydemir, 1999). Ancak her yerde kabul olunan bir yaşam kalitesi tanımı bulunmamaktadır.

Grant ve Rivera çok yönlü bir yaşam kalitesi olduğunu, bunların ise fiziksel, sosyal iyilik, psikososyal uyum, inanç ve değerler olarak yaşam kalitesi boyutlarının olduğunu belirtmişlerdir (Grant ve Rivera, 1990). Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesi; dinamik özellik (zaman içinde değişimin olması), çok boyutluluk, interaktif olmak, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi gibi dört temel özelliği olduğundan bahsetmektedirler (Mc Daniel, Bach, 1994).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; kişinin, yaşamında meydana gelen durumu, kültürel yapı ve değerleri içerisinde algılama ve değerlendirme şeklidir. Dolayısıyla bu değerlendirme, kişinin hedefi, beklentisi, yaşam standartı ve hayata olan kaygısı ile ilgilidir (DSÖ, 2012).

Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin yaşamını sürdürdüğü sosyokültürel ortamda sağlığını öznel algılamasıdır. Aslında bu tanım nicelik olarak ölçülemeyen, subjektif olarak yaşanan bir durumdur. Dolayısıyla maddi olarak ölçülemez, buradaki amaç bireyin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal durumundan ne derecede memnun olduğudur. Aynı zamanda bireyin yaşamında oluşan bu durumların olmasının ya da olmamasının onu ne derece rahatsız ettiklerinin belirlenmesidir (Beşiroğlu, Ağargün, 2006; Ölüç, 2007; Güler, 2006).

Yaşam kalitesinin sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik gibi birçok bileşeni bulunmaktadır. Bu bileşenlerin hepsi çok önemli olup, biri eksik olduğunda bireyin "ben kaliteli bir yaşam sürüyorum" duygusu zedelenir. Yaşam kalitesinin toplamı veya ortalaması alınamadığından dolayı tanımlaması ve ölçümü zordur (Beşiroğlu ve vd., 2006).

Yaşam kalitesi, bireyin günlük hayatındaki fonksiyonları olan duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini sürdürebilmesidir. Bu tanım sağlıkta, hastalıkta ve tedavide hasta deneyimlerinin anlaşılabilir ve ölçülerek, tekrar geliştirilip, düzenlenmesi için önemlidir (Şenol, 2006).

Hastalıkların tedavisinde, teknolojinin ilerlemesiyle beraber sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve ilerlemeler kaydedilmiştir. Dolayısıyla yaşam süresi uzayarak, kronik hastalıklarla daha fazla yaşama devam etme durumu meydana gelmiştir. Böylelikle hastalarda biyolojik açıdan tedavide ilerlemeler sağlanmıştır. Ayrıca hastalar için önemli olan psikososyal sorunların daha çok zorunlu ele alınması ve ilgilenilmesi gündeme gelir olmuştur. Bu nedenlerden dolayı hastaların yaşam kalitesi daha çok ön plana çıkmıştır.

DSÖ'nün tanımında, 1948'de sağlık yalnızca hastalık ve sakatlık değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir. Bu tanımla birlikte yaşam kalitesi sağlık bakımı uygulama ve araştırmalarında, ayrıca önem kazanmıştır (Ölüç, 2007; Güler, 2006).

Yaşam kalitesinde özel bir form olan "Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi-SİYK" tanımı, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal bölümlerdeki deneyimlerinden, inançlarından, beklentilerinden etkilenerek oluşan sağlık algılarını içerir. Aslında SIYK değerlendirirken sağlığı etkileyen durumların özellikle bir hastalığı olan kişilerin yaşam olaylarıyla bir ilişkisini göstermeye çalışır. Aslında yaşam kalitesinde kullanılan anketler, sadece hastalıklarda ve hastalarda kullanılmaz. Bu anketler büyük popülasyonlar ve genel sağlık araştırma alanlarında da kullanılır. Hastalığa özel araştırmalarda, araştırılan hastalık ya da duruma göre en uygunu seçilip, ona göre yoğunlaşılır. Klinik araştırmaları için, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi-SİYK (Health Oriented QOL veya Health related QOL) anketleri kullanılmaktadır (Güler, 2006).

2.4.1 Yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar

a. Sağlık durumu, sağlığın algılaması: Sağlık durumu bireydeki biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozukluklarının ve belirtilerinin değerlendirdiği iyilik veya hastalık durumudur. Sağlığın algılaması (veya algılanan sağlık) kişinin sağlığından etkilenerek kendi değerlendirmesidir. Aslında bazı insanlarda bir veya daha çok kronik hastalık varken sıkıntı yaşayıp kendilerini sağlıklı hissetmektedirler. Bazıları ise bir hastalık belirtisi olmadığı halde kendilerini hasta saymaktadırlar (Şahsivar, 2007).

b. İşlevsel durum: İşlevsel durum; kişi için önemli olan gereksinimlerinin karşılanması, sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesidir. Aynı zamanda günlük işlevlerini de yerine getirmek için gösterdiği yeterliliğidir. Ayrıca kişi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevlerinin üst düzeyde yaparak yansıtması işlevsel kapasiteyi oluşturur. İşlevsel performans ise bireyin günlük hayatındaki işlevlerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla birey, çevresi tarafından iyi görülüp kendini hasta görürse kapasitesinden daha düşük işlevsel performansı olabilir (Fidaner, 2004).

c. Ruhsal durum: Ruhsal durum kişideki stresin uzun yada kısa olmasına göre verdiği duygusal tepkidir. Kişide depresyonda, anksiyete de, kızgınlıkta, fiziksel hastalıklar da beraber olabilir. Ayrıca kişideki işlevsel performansı, sağlık algısı ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumları da oluşturmaktadır (Şahsivar, 2007).

d. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health-related quality of life) (SİYK): SİYK, kişideki sağlığı etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşamında meydana gelen doyum ve mutluluğu oluşturur. SİYK'ni yaşam kalitesinden ayıran özelliği, sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisinin olmasıdır. Aslında SİYK'nde, sağlıkla ilgili durumların ve herhangi bir hastalığı olan bireylerin önemli yaşam olaylarıyla ilişkisi ortaya konmaktadır (Eser, 2006).

2.4.2 Yaşam kalitesi ölçümlerinde kullanılan araçlar

2.4.2.1 Short form of health survey(SF 36)Yaşam kalitesi ölçeği

Yaşam kalitesi ölçeği, klinik araştırma ve tedavinin sağlık durumunu değerlendirip, medikal tedavi sonuçlarının tespit edilmesinde kullanılır. SF-36 8 alt boyutlu bir ölçek olup skalasında bulunan 5 boyut (fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, ağrı, sosyal fonksiyonve emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı) yetersizlik olup olmadığını ve sağlık durumlarını değerlendirir. Bu değerlendirme de 100'lük bir skor, yetersizliğin bulunmadığıdır. Diğer3 skala (genel sağlık algısı, enerji/vitalite ve mental sağlık) için değerlendirme; bipolardır, negatif (kötü) ve pozitif (iyi) sağlık durumlarınıölçer. Bu değerlendirme sonuçlarında, 50-100 arası puanlar iyi sağlık durumunu, 50 puan (orta derece) yetersizliğin bulunmadığını gösterir (Güler, 2006; Wolters, Munra, Brazier, 2001).

SF 36 alt grup parametreleri:

-Fiziksel fonksiyon: Tüm gün yapılan aktiviteler, (koşma, ağır kaldırma, sporyapma, bir masayıçekme, günlük alışverişte alınanları kaldırma, merdiven çıkma, eğilme, diz çökme, yürüme vs.) ile ilgili durumu yansıtır.

-Fonksiyonel fonksiyon rol kısıtlılığı: Bireyin bedensel sağlığında, iş ve diğer günlük aktivitelerinde bir problemlerimle karşılaşp karşılaşmadığını (işveya günlük aktiviteler içinharcanan zaman süresi, kısıtlanma, güçlük yaşama, daha fazla çabaya ihtiyaç duyması vs.)'nı yansıtır.

-Ağrı: Kişide oluşan ağrı miktarı günlük işlerini yaparken ne kadar engelleyip engellemediğini vs. yansıtır.

-Genel sağlık algısı: Kişinin genel sağlığını nasıl hissettiği, başka insanlarla kendinikiyaslaması vs. durumunu yansıtır.

-Enerji (vitalite): Kişinin kendini nasıl hissettiğidir. Kendini hayat dolu, enerjik, tükenmiş, yorgun hissediphissetmeme durumlarını yansıtır.

-Sosyal fonksiyon: Kişinin beden sağlığını, duygusal sorunlarını, çevre ile ilişkisini ne kadar etkilediğini yansıtır.

-Ruhsal durum rolü (emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı): Kişinin duygusal problemlerinin (çökkünlük, kaygı vs.) iş ve diğer yaşantısına ne kadar etkisi olduğunu yansıtır.

-Zihin sağlığı (mental sağlık): Kişinin kendini sinirli, üzgün, sakin, uyumlu, kederli, hüznü, mutlu vs. hissetme durumlarını yansıtır (Yanikkerem, 2009).

2.4.3 Gebelik ve yaşam kalitesi

Gebelik, kadın ve ailesi için önemli bir yaşam deneyimi olduğu gibi aynı zaman da yaşamın önemli bir parçasıdır. Gebelik fizyolojik bir süreç olup, bu süreçte birçok değişiklikler meydana gelir. Çoğu kadınlara iyi bir destek olunup ve fazla bir tıbbi girişim uygulanmayarak bu süreci sağlıklı bir şekilde sürdürürler (Kılıçarslan, 2008).

Gebelik süreci sosyal ve aile ilişkilerinde değişiklik oluşturmaktadır. Gebelik boyunca oluşan fizyolojik, psikososyal, sosyal, psikolojik alandaki değişiklikler gebenin yaşamını etkilediğinden dolayı yaşam kalitesini de etkilemektedir (Mckee ve vd. 2001).

Gebelik gelişimsel bir süreç olup, bu süreç ayrı incelenmelidir. Farklı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar gebelerin sağlıklarını olumsuz etkileyecektir. Bu durum gebe ve bebeği için çok önemlidir. Ayrıca gebelere bu dönemde etkin ve nitelikli verilen sağlık bakımı yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Kılıçarslan,2008).

Gebelikte oluşan fiziksel ve hormonal değişimler gebelerin fiziksel ve ruhsal yapılarını etkileyip, yaşam kalitesini de değiştirmektedir (Özçelik, 2010; Lopes ve vd., 2004).

Gebelik döneminde yaşam kalitesini ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada gebelikte meydana gelen değişiklikler yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu, fiziksel fonksiyonellik ve iyilik algısının gebelik öncesine göre azaldığı saptanmıştır (Mckee ve vd., 2001). Kadınların gebelikte yaşadıkları fiziksel semptomlar, yorgunluk ve duygusal değişikliklerin yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Magee ve vd. , 2002).

2.4.3.1 Gebelikte yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar

Gebelikte yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde normal ve riskli gebelerde yaşam kalitesini, depresif semptomların varlığını ve bunların birbiri ile olan ilişkisini değerlendiren bir çalışmada çalışmaya katılan gebelerin %34,3'ünde ve riskli gebelerin %42,6'sında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) düzeyleri 17 ve üzeri bulunmuştur. Yine aynı çalışmada riskli gebelerde fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre düşük bulunmuştur (Şahsıvar ve Marakoğlu, 2010).

Schwarz ve ark.'rı (2006) yaptıkları çalışmada istenmeyen gebeliklerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Schwarz, Smith, Steinauer, Revees, Caughey, 2008).

Arabacıoğlu'nun (2012) gebelerde yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimi değerlendirdiği 128 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan gebelerin sağlıklı gebelere göre yaşam kalitesinde daha düşük olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, sürekli ilaç kullanımı olan gebelerin kullanmayan gebelere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. (Arabacıoğlu, 2012).

Kılıçarslan'ın (2008) son trimesterin da olan 340 gebede ki yaşam kalitesi ve kaygı düzeyinin araştırıldığı çalışmada; gebelerin kaygı düzeyi arttıkça depresyon skoru arttığı ve yaşam kalitesini düzeyini düşürdüğü saptanmıştır(Kılıçarslan, 2008).

Altıparmak'ın (2006) 269 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerde gelir düzeyi yüksek, sosyal güvenceli, çekirdek ailesi ve öğrenimi yüksek olanların yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (Altıparmak, 2006).

Karataylı ve arkadaşlarının (2010) yaptığı gebelikte trimesterler arası yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, gebeliğin bütün trimesterlerinde, özellikle de son trimesterde, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olduğunda, yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür (Karataylı, Gezginç, Uguz, Karataylı, Çilli, 2010).

Nansel ve arkadaşları (2005) erken doğum tehdidinden dolayı risk altında olan gebelerin yaşam kalitesi aynı yaş grubu normal gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Nansel, Doyle, Frederick, Zhang, 2005).

Pasevento ve arkadaşlarının (2005) yüksek riskli ve normal gebelerde yaşam kalitesi ve depresyonu inceledikleri çalışmada; riskli gebelerin psikolojik sağlık, çevre alan, fiziksel sağlık puanlarının riskli olmayan gebelere göre daha düşük bulmuşlardır. Aynı çalışmada normal gebelerin, riskli gebelere göre yaşam kalitesi daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Pasevento, Marconcini, Drago, 2005).

Gebelikte yaşanan değişimlerle beraber yaşam kalitesinin azaldığı ve yaşam kalitesinin azalmasıyla beraber psikolojik, sosyal, fiziksel sağlık gibi birçok sağlık durumlarının da olumsuz etkilendiği yukarıdaki yapılan çalışmalarda görülmektedir.

Ebelerin kadınların sağlıklı bir gebelik süreci geçirebilmelerine doğrudan ve önemli katkıları vardır. Uyku kalitesi ve yaşam kalitesi gebelik sürecinde değişkenlik göstermekte olup ebelerin bu değişkenlikleri değerlendirmesi, erken önlem alma ve çözüm bulma sürecine katkıda bulunması gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, gebelik sürecinde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3-GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1-Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırmanın amacı, gebelikte uyku kalitesi ve yaşam kalitesini değerlendirmek, arasındaki ilişkinin incelemesini sağlamak için planlanmış kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2-Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Emek, Vadişehir ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Aile Sağlığı Merkez'inde (ASM) 28Nisan –30Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Örneklemin alınacağı ASM'ler için Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü yetkililerinin değerlendirmesine başvurulmuş veASM'lerin sosyoekonomik durumlarına göre üst-orta-alt olmak üzere 3 kümeye ayırmışlardır. Daha sonra, her kümeden basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle temsilen bir ASM seçilmiştir. Üst gelir düzeyinden ESOĞÜ Aile Sağlığı Merkezi, orta düzeyden Vadişehir Aile Sağlığı Merkezi, alt düzeyden Emek Aile Sağlığı Merkezi örneklemin alınacağı ASM'ler olarak belirlenmiştir.

3.3 –Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuru yapan bir yıllık gebe sayısı oluşturmaktadır. Çalışmada, ilgili yetkililere başvurulmasına rağmen araştırma evrenine ulaşılammıştır. Bu nedenle evrenin bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem hesabı yolu ile örneklem sayısı belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini dolay hesaplanan formül sonucu 386 gebeden oluşmuştur.

Örnekleme alınan gebelerin sayısının hesaplanması;

n:Örnekleme için oluşturulacak kişi sayısı

t:Belirli serbestlik derecesinde ve belirlenen yanılma düzeyinde t tablosundaki değeri: 1.96

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q:İncelenen olayın görülmeme sıklığı: 0.50

d:0.05 (%95 güvenirlikle).

$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2} = 386$ olarak hesaplanmıştır.

3.4-Verilerin Toplanması

Çalışmaya gönüllü, 18 yaş üstü, okur-yazar olan, görme ve işitme engeli olmayan gebeler dahil edilmiştir. Çalışmayla ilgili bilgi verilen ve çalışmaya katılmayı isteyen gebelerin bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-1). Gebelere araştırmacı tarafından çalışma öncesinde bilgi verilip onamları alındıktan sonra araştırmacı gözetiminde veri toplama formları gebeler tarafından doldurulmuştur. Gebeler anketleri ASM'lerdeki gebe izlem odasında doldurmuştur ve bu işlem yaklaşık 30 dk sürmüştür. Gebelere ilişkin bilgileri edinmek için obstetrik ve sosyo-demografik özellikleri içeren sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek-4). Anket formu ile birlikte Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-5) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36)'de kullanılmıştır (Ek-6).

3.5-Veri Toplama Araçları

Çalışmada verileri toplamak için Anket formu (Ek-4), "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" (Ek-5) ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek-6) olmak üzere üç ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.5.1-Anket formu

Araştırmacıların literatür ve benzer araştırmalardan faydalanarak hazırladığı anket formu; gebelerin sosyo-demografik ve gebelikle ilgili özellikleri (yaş, kilo, boy, eğitim durumu, mesleği, nerede yaşadığı, sosyal güvencesi, ailedeki mesken birey sayısı, aylık net geliri, sigara kullanımı, gebelik öncesi kilo, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik sayısı, gebeliği isteyip istemediği, gebelik haftası, gebelik boyunca doktora gitme sayısı, kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalığın varlığı ve çeşidi, iki gebelik arası süresi, gebelik öncesi ve gebelikteki uyku ilacı kullanımı, gebelik öncesi uyku düzeni, uyku sonrası dinlenme durumu, uyku öncesi yapılan alışkanlıklar, bitki çayı kullanımı) içeren 31 sorudan oluşmaktadır (Taşkiran, 2009; Arabacıoğlu, 2012; Pınar ve vd. 2014)(Ek-4).

3.5.2-Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları 1989 yılında psikiyatri ve klinik çalışmalarda uyku kalitesini değerlendirmek için geliştirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi son 1 ayda var olan uyku bozukluklarını ve uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden meydana gelmektedir.

Bu bileşenler öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)'nu içermektedir. Puanlama için; geçen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak uygulanmaktadır. Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi puanlaması ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 olarak yapılmaktadır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Çıkan sonucun yüksek olması uyku kalitesinin kötü ve uyku bozukluğunun fazla olduğunu gösterir. Toplam puan 5'in üzerinde ise klinik olarak uyku kalitesinin kötüdür.

Bütün ölçeğin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması 5 dakika sürmektedir. PUKİ, "iyi uykunun" ve "kötü uykunun" belirlenmesini sağlayan uyku kalitesini gösterir. PUKİ, psikiyatri, tıp uygulamalarında araştırma yapmak için kullanılan kolay bir ölçektir (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989; Ağargün, Kara, Anlar, 1996) (Ek-5).

3.5.2.1-Pittsburg uyku kalitesi indeksinin puanlaması

Bileşen 1 puanı: Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile bulunur. Puanlama; çok iyi (0 puan), oldukça iyi (1 puan), oldukça kötü (2 puan), çok kötü (3 puan) şeklindedir.

Bileşen 2 puanı: Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile bulunur. Soru 2 puanı için; <15 dakika (0 puan), 16-30 dakika (1 puan), 31-60 dakika (2 puan), >60 dakika (3 puan) şeklindedir.

Soru 5a puanı için; hiç (0 puan), haftada birden az (1 puan), haftada bir veya iki kez (2 puan), haftada üç veya daha fazla (3 puan) olarak bulunur.

Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı; 0 (0 puan), 1-2 (1 puan), 3-4 (2 puan), 5-6 (3 puan). Çıkan puan ile bileşen 2 puanı bulunur.

Bileşen 3 puanı: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile bulunur. Puanlama; > 7 saat (0 puan), 6-7 saat (1 puan), 5-6 saat (2 puan), < 5 saat (3 puan) ile bulunur.

Bileşen 4 puanı: Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile yapılır. Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanıp yataktageçirilen süre elde edilir. Sonra soru 4 ile uyuma saatlerin süresi bulunup, alışılmış uyku etkinliği puanı oluşturulur.

Alışılmış Uyku Etkinliği (%) = $\frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi}}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$

Alışılmış Uyku Etkinliği puanı; < % 85 (0 puan), % 75-84 (1 puan), % 66-75 (2 puan), % 65 (3 puan) olarak bulunur.

Bileşen 5 puanı: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile bulunur. Soru 5b, c, d, e, f, g, h, i, j sorularının puanlaması; hiç (0 puan), haftada birden az (1 puan), haftada bir veya iki kez (2 puan), haftada üç veya daha fazla (3 puan) olarak belirlenir.

Soru 5b-5j puanları toplamı; 0 (0 puan), 1-9 (1 puan), 10-18 (2 puan), 19-21 (3 puan) şeklindedir.

Bileşen 6 puanı: Uyku ilacı kullanımı soru 7'nin puanlaması ile bulunur. Puanlama; hiç (0 puan), haftada birden az (1 puan), haftada bir veya iki kez (2 puan), haftada üç veya daha fazla (3 puan) olarak belirlenir.

Bileşen 7 puanı: Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve soru 9 puanlamasıyla elde edilmiştir.

Soru 8 puanı için; hiç (0 puan), haftada birden az (1 puan), haftada bir veya iki kez (2 puan), haftada üç veya daha fazla (3 puan).

Soru 9 puanı için; hiç problem oluşturmadı (0 puan), yalnızca çok az problem oluşturdu (1 puan), bir dereceye kadar problem oluşturdu (2 puan), çok büyük problem oluşturdu (3 puan).

Soru 8 ve soru 9'un toplamı; 0 (0 puan), 1-2 (1 puan), 3-4 (2 puan), 5-6 (3 puan). Tüm bu bileşenlerin puanları toplandığında GlobalPittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puanı elde edilir.

3.5.3 Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 (The Short Form Health Survey)

Yaşam kalitesinin ölçekleri arasındaki Kısa Form 36, ölçek olarak jenerik ve geniş açılı olup, klinik uygulamalarında ve araştırmalarında, sağlık politikalarında kullanılır. Ölçek Ware ve Sherbourne'in (1992) geliştirdiği "SF-36" olup, 36 madde ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanmasıdır (5 madde) (Ware ve Sherbourne, 1992).

Değerlendirme likert tipi yapıp ve son 4 haftabaz alınmaktadır. Alt ölçeklerle sağlığı 0- 100 puan arasında değerlendirilir ve 0 puan sağlık durumunun kötü olduğunu, 100 puan ise sağlık durumunun iyi olduğunu belirtir. Kısa Form 36 ölçeği Amerika Birleşik Devletleri ve çoğu ülkelerde kullanılmaktadır. SF-36 5-10 dakika içinde uygulanabilmektedir (Aydemir, Güvenir, Küey, Kültür, 1997). Ölçeğin Türkçe dil geçerliliği, ölçüm geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pınar tarafından (1995) yapılmıştır (Pınar, 1995) (Ek-6).

3.6-Verilerin Değerlendirilmesi

Anket yoluyla elde edilen verilerin elektronik ortama aktarımı ve verilerin analizi IBM SPSS 20 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılıma uymayan nicel değişkenlerin özet gösterilimi ise medyan (Q1-Q3) olarak verilmiştir. İki grup karşılaştırılması sırasında, veriler normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırılması sırasında, verilerin dağılımı normal olmadığından Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler ise frekans ve yüzde olarak gösterilmiştir. Nitel değişkenler arasındaki ilişki Ki Kare Analizi ile incelenmiştir. Yaşam kalitesi ve PUKİ ölçeği karşılaştırılmasında Spearman kolerasyon analizi yapılmıştır. Çok değişkenlerin karşılaştırılmasında ise lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmada; öğrenim düzeyi ilköğretim olanlar (ilkokul ve okuryazar), çalışma grubu çalışanlar (memur, özel bir şirkette çalışan, diğer), kötü obstetrik öykü yaşama (düşük, kürtaj, ölü doğum), gebelik dönemi I.trimester (1-13 hafta), II.trimester (14-26 hafta), III.trimester (27-41 hafta), önceki gebeliği arasındaki süre (24 ay ve altı olanlar yetresiz, 25 ay ve üstü olanlar yeterli), uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu (kitap ve egsersiz uygun, televizyon izlemek ve yemek yemek uygunsuz) olarak gruplandırılmıştır.

3.7 –Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik olarak uygun olup olmadığının değerlendirmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulduktan sonra etik kurul onayı alınmıştır (Onay tarihi ve Kodu: 28 Nisan 2016/101) (Ek-2). Ayrıca Vadişehir ASM, ESOĞÜ ASM, Emek ASM'lerinde araştırma yapılabilmesi için Eskişehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yasal izin alınmıştır (Ek-3).

4- BULGULAR

4.1.Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve uyku alışkanlıklarına ilişkin bulgular (Tablo 4.1, 4.2, 4.3)'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Yaş grubu	<29	230	59.60
	≥30	156	40.40
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	185	37.10
	Lise	118	30.60
	Üniversite	83	21.50
Çalışma grubu	Çalışmıyor	280	72.50
	Çalışır	106	27.5
Yaşadığı yer	İl merkezi	369	95.60
	İlçe merkezi	17	4.40
Hanedeki kişi sayısı	1-4	327	84.70
	5-8	59	15.30
Aylık hane geliri	<2000	253	65.50
	≥2000	133	34.50
VKİ	Normal	147	38.10
	Fazla kilolu	175	45.30
	Obez	64	16.60
Sigara içme durumu	İçiyor	82	21.20
	İçmiyor	304	78.80
Toplam		386	100.00

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; %40.40'ının (n=156) 30 yaş ve üstü, yaş ortalamasının 28.80 ± 6.12 olduğu görülmüştür. Gebelerin %37.10'unun (n=185) ilköğretim mezunu, %72.50'sinin (n=280) çalışmadığı, %95.60'ının (n=369) şehirde yaşadığı, %84.70'inin (n=327) 1-4 kişilik ailede yaşadığı, %65.50'sinin (n=253) 2000 tl den az geliri olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi (VKİ) hesaplandığında ise, %45.30'unun (n=175) fazla kilolu, %78.80'inin (n=304) sigara kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı

Gebelein obstetrik özellikleri		n	%
Toplam gebelik sayısı	1	119	30.80
	2-3	183	47.40
	≥4	84	21.80
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	156	40.40
	1	128	33.20
	≥2	102	26.40
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	134	34.70
	Hayır	252	65.30
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	306	79.30
	Hayır	80	20.70
Gebelik dönemi	1.Trimester	73	18.90
	2.Trimester	130	33.70
	3.Trimester	183	47.40
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	246	63.70
	Yetersiz	140	36.30
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	61	15.80
	Yok	325	84.20
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	184	47.70
	Hayır	202	52.30
Toplam		386	100.00

*İlk gebeliği olmayanlar üzerinden hesaplanmıştır

Tablo 4.2’de gebelerin gebelik öyküsü ile ilgili bilgilerin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 1.53 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda toplam gebelik sayısı %47.40’ının (n=183) 2-3 gebelik geçirdiği görülmüştür. Çalışmamızda gebelerin çocuk sayısı ortalaması 1.69 ± 0.64 olarak saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı %40.40’ının (n=156) çocuğu olmadığı tespit edilmiştir. Gebelerin %65.30’unun (n=252) kötü obstetrik öykü yaşamadığı belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %79.30’unun (n=306) gebeliğinin planlı bir gebelik olduğu, %47.40’ının (n=183) üçüncü trimesterde, önceki gebelikleri ile şimdiki gebelik arasında geçen sürenin %36.30’unun (n=140) yetersiz olduğu, %15.80’inin (n=61) gebelikte eşlik eden bir hastalığı olduğu ve bu hastalıklar arasında en sık %54.20 ile hipertansiyon ve %23.00 ile diyabet olduğu saptanmıştır. Gebelerin %47.70’inin (n=184) düzenli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3 Gebelerin uyku alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin dağılımı

Özellikler		n	%
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	316	81.90
	Düzensiz	70	18.10
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	20	5.20
	Hayır	366	94.80
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	36	9.30
	Hayır	350	90.70
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	127	32.90
	Uygunsuz	259	67.10
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	116	30.10
	Hayır	270	69.90
Toplam		386	100.00

Tablo 4.3’de gebelerin uyku alışkanlıkları ile ilgili bilgilerin dağılımı verilmiştir. Çalışmamızda gebelerin %81.90’ının (n=316) uykusu gebelik öncesinde düzenli, % 94.80’inin (n=366) gebelik öncesi uyku ilacı almadığı, %90.70’inin (n=350) uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmediği görülmüştür. Gebelerin yatmadan önce uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların %67.10’unun (n=259) uygun olmadığı ve %67.10’u televizyon izlediği veya müzik dinlediği, %30.10’unun (n=116) uyku problemi olduğunda bitki çayı kullandığı ve %18.40’inin (n=71) papatya çayı olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Gebelerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Gebelerin pittsburg uyku kalitesi indeksi ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular (Tablo 4.4, 4.5, 4.6)'da verilmiştir.

Tablo 4.4 Pittsburg uyku kalitesi indeksi puan dağılımı

Alt boyutlar	Puan	Subjektif uyku kalitesi (kişinin kendisinin değerlendirmesi)	Toplam	
			n	%
Öznel uyku Kalitesi	0	Çok iyi	5	1.30
	1	Oldukça iyi	94	24.35
	2	Oldukça kötü	175	45.34
	3	Çok kötü	112	29.01
Uyku Latensi (uykuya dalma süresi)	0	15 dak. altında	4	1.00
	1	16-30 dak. arasında	106	27.50
	2	31-60 dak. arası	171	44.30
	3	60 dak. üzeri	105	27.20
Uyku Süresi	0	7 saat ve üzeri	139	36.00
	1	6-6.9 saat	156	40.40
	2	5-5.9 saat	56	14.50
	3	5 saat altı	35	9.10
Alışılmış Uyku Etkinliği	0	%85 üzeri	186	48.20
	1	%75-84	124	32.10
	2	%65-74	40	10.40
	3	%65 altında	36	9.30
Uyku Bozukluğu	0	Hiç	-	-
	1	Haftada 1'den az	115	29.80
	2	Haftada 1-2 defa	245	63.50
	3	Haftada 3 ve üzerinde	26	6.70
Uyku İlacı Kullanımı	0	Hiç kullanmıyor	366	94.80
	1	Haftada 1'den az	20	5.20
	2	Haftada 1-2 defa	0	0.00
Gündüz İşlev Bozukluğu	0	Hiç yaşanmadı	8	2.10
	1	Haftada 1'den az	53	13.70
	2	Haftada 1-2 defa	117	30.30
	3	Haftada 3 ve üzerinde	208	53.90
Global Skor	<5 (İyi uyku kalitesi)		163	42.20
	≥5 (Kötü uyku kalitesi)		223	57.80
TOPLAM			386	100.00

Tablo 4.4'de gebelerin PUKİ puan dağılımı ve indeksin alt boyutlarının puan dağılımı verilmiştir. Gebelerin öznel uyku kalitesinin %45.34'ü (n=175) oldukça kötü, uykuya dalma süresi %44.30'u (n=171) 31-60 dakika arasında, uyku süresinin %40.40'ı (n=156) 6-6.9 saat, alışılmış uyku etkinliğinin %48.20'si (n=186) %85 ve üzeri, uyku bozukluğunun %63.50'si (n=245) haftada 1-2 defa yaşadığı, uyku ilacı kullanımının %94.80'i (n=366) hiç kullanmadığı, gündüz işlev bozukluğunun %53.90'ı (n=208) haftada 3 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Gebelerin genel olarak % 57.80'inin (n=223) kötü uyku kalitesine, %42.20'sinin de (n=163) iyi uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	SF-36 Puanı	
	Ortanca (25.-75.Çeyreklikler)	Min-Max
Fiziksel fonksiyon	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0
Fizik fonksiyon rol kısıtlılığı	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0
Ağrı	52.0 (22.0-64.0)	0.0-100.0
Genel sağlık algısı	45.0 (35.0-57.0)	10.0-100.0
Enerji/vitalite	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0
Sosyal fonksiyon	37.5 (37.5-62.5)	0.0-100.0
Emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı	0.0 (0.0-33.3)	0.0-100.0
Mental sağlık	56.0 (36.0-76.0)	12.0-96.0

Tablo 4.5'de gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımları verilmiştir. Tabloya göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla, fiziksel fonksiyon puan sıra ortalaması 35.00, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puan sıra ortalaması 0.0, ağrı puan sıra ortalaması 52.00, genel sağlık algısı puan sıra ortalaması 45.00, enerji/vitalite puan sıra ortalaması 45.00, sosyal fonksiyon puan sıra ortalaması 37.50, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puan sıra ortalaması 0.0 ve mental sağlık puan sıra ortalaması 56.00 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve PUKİ kolerasyonu

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Alanları	PUKİ Genel Skoru	
	rho	p
Fiziksel fonksiyon	- 0.463	<0.001
Fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı	- 0.180	<0.001
Ağrı	- 0.346	<0.001
Genel sağlık algısı	-0.358	<0.001
Enerji/vitalite	-0.342	<0.001
Sosyal fonksiyon	-0.376	<0.001
Emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı	-0.295	<0.001
Mental sağlık	-0.327	<0.001

*Spearman kolerasyon testi

Tablo 4.6'da gebelerin PUKİ ve Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Gebelerin PUKİ'den ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarının hepsinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubunda olan gebelerin PUKİ'den aldıkları puan arttıkça SF-36'nın tüm alt alanlarından alınan puanlar azalmakta olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özelliklerine ve Uyku alışkanlıklarına Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Gebelerin sosyodemografik/obstetrik özelliklerine ve uyku alışkanlıklarına göre uyku kalitesine ilişkin bulgular (Tablo 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11, 4.12, 4.13, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20, 4.21, 4.22, 4.23)'de verilmiştir.

Tablo 4.7 Gebelerin PUKİ'den aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		PUKİ Toplam		İstatistiksel Analiz X ² ; p
		İyi n (%)	Kötü n (%)	
Yaş grubu	≤29	109 (47.4)	121 (52.6)	6.219; 0.013
	≥30	54 (34.6)	102 (65.4)	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	68 (36.8)	117 (63.2)	5.565; 0.062
	Lise	52 (44.1)	66 (55.9)	
	Üniversite	43 (51.8)	40 (48.2)	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	113 (40.4)	167 (59.6)	1.463; 0.226
	Çalışıyor	50 (47.2)	56 (42.8)	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	147 (45.0)	180 (55.0)	6.517; 0.011
	5-8	16 (27.1)	43 (72.9)	
Aylık hane geliri	<2000	100 (39.5)	153 (60.5)	2.198; 0.138
	≥2000	63 (47.4)	70 (52.6)	
VKİ	Normal	75 (51.0)	72 (49.0)	7.540; 0.023
	Fazla kilolu	64 (36.6)	111 (63.4)	
	Obez	24 (37.5)	40 (62.5)	
Sigara içme durumu	İçiyor	30 (36.6)	52 (63.4)	1.359; 0.244
	İçmiyor	133 (43.8)	171 (56.3)	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	61 (51.3)	58 (48.7)	13.002; 0.002
	2-3	80 (43.7)	103 (56.3)	
	≥4	22 (26.2)	62 (73.8)	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	75 (48.1)	81 (51.9)	15.924; 0.000
	1	62 (48.4)	66 (51.6)	
	≥2	26 (25.5)	76 (74.5)	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	138 (45.1)	168 (54.9)	4.985; 0.026
	Hayır	25 (31.3)	55 (68.8)	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	123 (48.8)	129 (51.2)	12.889; 0.000
	Hayır	40 (29.9)	94 (70.1)	
Gebelik dönemi	1.Trimester	61 (51.3)	153 (60.5)	35.462; 0.000
	2.Trimester	80 (43.7)	103 (56.3)	
	3.Trimester	22 (26.2)	62 (73.8)	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	60 (37.7)	99 (62.3)	0.012; 0.913
	Yetersiz	43 (38.4)	69 (61.6)	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	15 (24.6)	46 (75.4)	9.239; 0.002
	Yok	148 (45.5)	177 (54.5)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	72 (39.1)	112 (60.9)	1.383; 0.240
	Hayır	91 (45.0)	111 (55.0)	

Tablo 4.7’de gebelerin PUKİ’den aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin PUKİ’den aldıkları puanlarla yaş grubu, hanedeki kişi sayısı, VKİ, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi ve gebelikte eşlik eden hastalık değişkenleri arasında anlamlı ölçüde fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üzeri olan gebelerin uyku kalitesinin anlamlı ölçüde daha kötü olduğu tespit edilmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi VKİ’ye göre; fazla kilolu olan gebelerin normal kilolu olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin gebelik sayısı daha az olanlara göre uyku kalitelerinin anlamlı ölçüde daha kötü olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Gebeliği planlı olmayanların olanlara göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerinde kötü obstetrik öykü yaşamayanların uyku kalitesinin yaşayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların uyku kalitelerinin olmayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.8 Gebelerin PUKİ’den aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku Alışkanlıkları		PUKİ Toplam		İstatistiksel Analiz X^2 ; p
		İyi n (%)	Kötü n (%)	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	143 (45.3)	173 (54.7)	6.537; 0.011
	Düzensiz	20 (28.6)	50 (71.4)	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	10 (50.0)	10 (50.0)	0.522; 0.470
	Hayır	153 (41.8)	213 (58.2)	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	60 (47.2)	67 (57.8)	1.952; 0.162
	Uygunsuz	103 (39.8)	156 (60.2)	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	38 (32.8)	78 (67.2)	6.095; 0.014
	Hayır	125 (46.3)	145 (53.7)	

Tablo 4.8’de gebelerin PUKİ’den aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin PUKİ’den aldıkları puanlarla gebelik öncesi uyku düzeni ve uyumak için bitki çayı kullanımı arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik öncesi uykusu düzensiz olanların uyku kalitesi olanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Gebelerde uyumak için bitki çayı kullananların kullananlara göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre uyku kalitesi ile ilişkili bulunan ($p < 0.05$) değişkenlerle (yaş, hanedeki kişi sayısı, vücut kitle indeksi, toplam gebelik sayısı, yaşıyan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, kötü obstetrik öyküsü olma durumu, gebelik dönemi, gebeliğe eşlik eden hastalık, gebelik öncesi uyku düzeni ve uyumak için bitki çayı kullanımı) lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9 Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	OR	%95 Güven Aralığı	p
Yaş grubu			
≤29	1	-	0.319
≥30	0.77	0.47-1.28	
Hanedeki kişi sayısı			
1-4	1	-	0.631
5-8	1.22	0.54-2.79	
VKİ			
Normal	1	-	0.213
Fazla kilolu	0.64	0.38-1.06	0.081
Obez	0.72	0.36-1.44	0.350
Toplam gebelik sayısı			
1	1	-	0.559
2-3	1.58	0.57-4.32	0.377
≥4	2.40	0.52-9.7	0.281
Yaşıyan çocuk sayısı			
Yok	1	-	0.063
1	0.90	0.36-2.25	0.828
≥2	0.38	0.12-1.20	0.100
Gebeliğin planlı olma durumu			
Hayır	1	-	0.946
Evet	0.97	0.50-1.90	
Kötü obstetrik öykü yaşama			
Hayır	1	-	0.011
Evet	0.40	0.20-0.81	
Gebelik dönemi			
1.	1	-	-
2.	3.08	1.34-7.08	0.346
3.	8.60	3.70-19.99	0.000
Gebelikte eşlik eden hastalık			
Hayır	1	-	0.565
Evet	1.241	0.60-2.59	
Gebelik öncesi uyku düzeni			
Düzenli	1	-	0.026
Düzensiz	0.477	0.25-0.92	

Gebeliklerinde kötü obstetrik öykü yaşamayanların uyku kalitesi riski yaşayanlara göre bir kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Gebelik dönemi III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre kötü uyku kalitesi riski 8.60 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi uykusu düzensiz olanların kötü uyku kalitesi riski olmayanlara göre 0.477 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 Gebelerin PUKİ alt boyutu Öznel Uyku Kalitesi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Öznel Uyku Kalitesi		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	1.826; 0.068
	≥30	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	9.164;0.010
	Lise	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	
	Üniversite	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	0.332;0.740
	Çalışıyor	2.0 (2.0-2.0)	0.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	2.517;0.012
	5-8	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.458;0.145
	≥2000	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
VKİ	Normal	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	13.512;0.001
	Fazla kilolu	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	Obez	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.376;0.169
	İçmiyor	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	13.630;0.001
	2-3	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
	≥4	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	11.633; 0.003
	1	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
	≥2	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	1.474; 0.140
	Hayır	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	2.975; 0.003
	Hayır	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	21.299; 0.000
	2.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
	3.Trimester	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	0.346;0.729
	Yetersiz	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	2.718;0.007
	Yok	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.585; 0.113
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.10'da gebelerin uyku kalitesi alt boyutu öznel uyku kalitesi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, VKİ, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık değişkenleri ile uyku kalitesi alt boyutu öznel uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olan gebelerin lise ve üniversite mezunu olan gebelere göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Fazla kilolu olan gebelerin normal kilolu olanlara göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin gebelik sayısı daha az olanlara göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Gebelerde yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Gebeliklerinde kötü obstetrik öykü yaşamayanların uyku öznel uyku kalitesinin yaşayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre öznel uyku kalitesinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların öznel uyku kalitelerinin olmayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.11 Gebelerin PUKİ alt boyutu Öznel Uyku Kalitesi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Öznel Uyku Kalitesi		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	1.964;0.050
	Düzensiz	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	0.168; 0.867
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	4.735; 0.000
	Hayır	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	3.579; 0.000
	Uygunsuz	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	2.849; 0.004
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.11'de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu öznel uyku kalitesi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin öznel uyku kalitesinden aldıkları puanlarla uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu, uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu ve uyumak için bitki çayı kullanımı arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin öznel uyku kalitesinin hissedenlere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkları uygun olmayan gebelerin öznel uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Uyumak için bitki çayı kullanan gebelerin kullamayanlara göre öznel uyku kalitesinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.12 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Latensi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Uyku Latensi (uykuya dalma süresi)		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	2.322; 0.020
	≥30	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	13.868;0.001
	Lise	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	
	Üniversite	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	784; 0.433
	Çalışıyor	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	2.252; 0.024
	5-8	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	0.389; 0.698
	≥2000	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	
VKİ	Normal	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	3.869; 0.145
	Fazla kilolu	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	Obez	2.0 (1.0-2.50)	1.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	1.583; 0.113
	İçmiyor	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	13.268; 0.001
	2-3	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
	≥4	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	9.904; 0.007
	1	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
	≥2	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	2.760; 0.006
	Hayır	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	3.729; 0.000
	Hayır	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	48.869; 0.000
	2.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
	3.Trimester	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	0.423; 0.672
	Yetersiz	2.0(1.50-3.0)	1.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	4.746; 0.000
	Yok	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	2.154; 0.031
	Hayır	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.12’de gebelerin uyku aklitesi alt boyutu uyku latensi’nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, düzenli ilaç kullanımı değişkenleri ile uyku kalitesi alt boyutu uyku latensi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Otuz yaş ve üstü olan gebelerin uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olan gebelerin lise ve üniversite mezunu olan gebelere göre uykuya dalma sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. Gebelerde yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Gebeliği planlı olmayanların olanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerinde kötü obstetrik öykü yaşayanların yaşamayanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanan gebelere göre kullanmayanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.13 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Latensi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Uyku Latensi		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	3.187; 0.001
	Düzensiz	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	2.0 (1.0-2.50)	0.0-3.0	0.322; 0.748
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	2.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	4.176; 0.000
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	2.132; 0.033
	Uygunsuz	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	3.677; 0.000
	Hayır	2.0 (1.0-2.0)	0.0-2.0	

Tablo 4.13'de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku latensi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku latensi'nden aldıkları puanlarla gebelik öncesi uyku düzeni, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu, uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu ve uyumak için bitki çayı kullanımı arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelik öncesi uykusu düzensiz olanların düzenli olanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin uykuya dalma süresinin hissedenlere göre daha uzun olduğu belirlenmiştir. Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkları uygun olmayan gebelerin uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Uyumak için bitki çayı kullanan gebelerin kullamayanlara göre uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.14 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Süresi'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Uyku Süresi		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	5.301; 0.000
	≥30	1.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	6.976; 0.031
	Lise	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
	Üniversite	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	0.970; 0.332
	Çalışıyor	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	2.272; 0.23
	5-8	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	649; 0.516
	≥2000	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
VKİ	Normal	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	5.058; 0.080
	Fazla kilolu	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
	Obez	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	0.961; 0.336
	İçmiyor	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	20.988; 0.000
	2-3	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
	≥4	1.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	31.189; 0.000
	1	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
	≥2	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	4.706; 0.000
	Hayır	1.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	3.389; 0.001
	Hayır	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	22.907; 0.000
	2.Trimester	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
	3.Trimester	1.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.679; 0.497
	Yetersiz	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	4.167; 0.000
	Yok	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	1.0 (0.0-1.50)	0.0-3.0	1.942; 0.052
	Hayır	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.14’de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku süresi’nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık değişkenleri ile uyku kalitesi alt boyutu uyku süresi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Otuz yaş ve üstü olan gebelerin uyku süresinin daha kısa olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olan gebelerin üniversite mezunu olan gebelere göre uyku sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre uyku süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Gebelerde yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre uyku süresinin daha kısa olduğu saptanmıştır. Gebeliği planlı olmayanların olanlara göre uyku süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerinde kötü obstetrik öykü yaşayanların yaşamayanlara göre uyku süresinin daha kısa olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.15 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Süresi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Uyku Süresi		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	3.999; 0.000
	Düzensiz	1.0 (1.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.382; 0.702
	Hayır	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	1.939; 0.052
	Hayır	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.140; 0.889
	Uygunsuz	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	1.0 (0.50-2.0)	0.0-3.0	2.540; 0.011
	Hayır	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.15'de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku süresi'nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku süresi'nden aldıkları puanlarla gebelik öncesi uyku düzeni ve uyumak için bitki çayı kullanımı arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik öncesi uykusu düzensiz olanların uyku süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Uyumak için bitki çayı kullanan gebelerin kullamayanlara göre uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.16 Gebelerin PUKİ alt boyutu Alışılmış Uyku Etkinliği'nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Alışılmış Uyku Etkinliği		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.465; 0.642
	≥30	0.50 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.767; 0.413
	Lise	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
	Üniversite	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.978; 0.048
	Çalışıyor	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.290; 0.772
	5-8	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	2.093; 0.036
	≥2000	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
VKİ	Normal	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.364; 0.506
	Fazla kilolu	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
	Obez	1.0 (0.0-2.0)	1.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	0.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	1.585; 0.113
	İçmiyor	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.386; 0.500
	2-3	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
	≥4	1.0(0.0-1.50)	0.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	2.435; 0.296
	1	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
	≥2	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.364; 0.173
	Hayır	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.502; 0.133
	Hayır	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.038; 0.981
	2.Trimester	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
	3.Trimester	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.727; 0.467
	Yetersiz	1.0(0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	0.342; 0.732
	Yok	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.182; 0.855
	Hayır	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.16’da gebelerin uyku kalitesi alt boyutu alışılmış uyku etkinliği’nden aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin çalışma grubu ve aylık hane geliri değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmayan gebelerin çalışan gebelere göre alışılmış uyku etkinliği puanı daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelerde 2000 ve altı gelire sahip olanların alışılmış uyku etkinliği puanı daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.17 Gebelerin uyku kalitesi alt boyutu alışılmış uyku etkinliği’nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Alışılmış Uyku Etkinliği		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.348; 0.178
	Düzensiz	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	0.0 (1.0-2.50)	0.0-3.0	0.484; 0.628
	Hayır	1.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	0.655; 0.512
	Hayır	0.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	1.0 (0.0-2.0)	0.0-3.0	1.110; 0.267
	Uygunsuz	2.0 (1.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	0.094; 0.925
	Hayır	1.0 (0.0-1.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.17’de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu alışılmış uyku etkinliği’nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku alışkanlıkları ile alışılmış uyku etkinliği puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Bozukluğu'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Uyku Bozukluğu		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	0.167; 0.867
	≥30	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	4.751; 0.093
	Lise	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
	Üniversite	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	0.645; 0.519
	Çalışıyor	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	1.980; 0.048
	5-8	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	1.040; 0.298
	≥2000	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
VKİ	Normal	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	7.113; 0.029
	Fazla kilolu	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
	Obez	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	2.677; 0.007
	İçmiyor	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	8.161; 0.017
	2-3	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
	≥4	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	8.427; 0.015
	1	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
	≥2	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	0.551; 0.581
	Hayır	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	1.964; 0.050
	Hayır	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	28.473; 0.000
	2.Trimester	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
	3.Trimester	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	1.960; 0.050
	Yetersiz	2.0(1.50-3.0)	1.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	3.082; 0.002
	Yok	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	2.819; 0.005
	Hayır	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	

Tablo 4.18’de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku bozukluğu’ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin hanedeki kişi sayısı, VKİ, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, düzenli ilaç kullanımı değişkenleri ile uyku kalitesi alt boyutu uyku bozukluğu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi fazla kilolu olanların normal kiloda olanlara daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Gebelerde yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullanan gebelerin daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.19 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku Bozukluğu’ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Uyku Bozukluğu		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	1.213; 0.225
	Düzensiz	2.0 (2.0-2.0)	1.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	0.132; 0.895
	Hayır	2.0 (1.0-3.0)	1.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	1.363; 0.173
	Hayır	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	2.028; 0.043
	Uygunsuz	2.0 (1.0-2.0)	1.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	2.0 (1.0-1.50)	1.0-3.0	1.523; 0.128
	Hayır	2.0 (1.0-1.0)	1.0-3.0	

Tablo 4.19’da gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku bozukluğu’ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku bozukluğu ile uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu arasında bir fark saptanmıştır (p<0.05). Gebelerde uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkları uygunsuz olanların daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları tespit edilmiştir (p<0.05).

Tablo 4.20 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku İlacı Kullanımı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Uyku İlacı Kullanımı		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.429; 0.668
	≥30	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.455; 0.796
	Lise	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
	Üniversite	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.289; 0.198
	Çalışıyor	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.876; 0.061
	5-8	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Aylık hane geliri	<2000	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.500; 0.134
	≥2000	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
VKİ	Normal	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	5.798; 0.055
	Fazla kilolu	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
	Obez	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.982; 0.326
	İçmiyor	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.486; 0.476
	2-3	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
	≥4	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.172; 0.557
	1	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
	≥2	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.648; 0.517
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.454; 0.650
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	5.081; 0.079
	2.Trimester	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
	3.Trimester	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.646; 0.518
	Yetersiz	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	1.785; 0.074
	Yok	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	0.214; 0.830
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-1.0	

Tablo 4.20'de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku ilacı kullanımı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku ilacı kullanımı ile sosyodemografik, obstetrik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.21 Gebelerin PUKİ alt boyutu Uyku İlacı Kullanımı'ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Uyku İlacı Kullanımı		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	1.564; 0.118
	Düzensiz	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	0.997; 0.319
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	0.895; 0.371
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	2.645; 0.008
	Uygunsuz	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	0.505; 0.613
	Hayır	0.0 (0.0-0.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.21'de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku ilacı kullanımı'ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku ilacı kullanımı ile uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkları uygunsuz olan gebelerin uyku ilacı daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.22 Gebelerin PUKİ alt boyutu Gündüz İşlev Bozukluğu'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Gündüz İşlev Bozukluğu		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.062; 0.951
	≥30	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	3.945; 0.139
	Lise	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	Üniversite	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.661; 0.508
	Çalışıyor	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.661; 0.508
	5-8	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Aylık hane geliri	<2000	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.526; 0.599
	≥2000	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
VKİ	Normal	2.0 (2.0-2.0)	0.0-3.0	10.281; 0.006
	Fazla kilolu	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	Obez	3.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.559; 0.576
	İçmiyor	3.0 (2.0-2.0)	0.0-3.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	4.056; 0.132
	2-3	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	≥4	3.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	6.528; 0.038
	1	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	≥2	3.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.786; 0.432
	Hayır	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.764; 0.078
	Hayır	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	2.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	5.567; 0.062
	2.Trimester	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
	3.Trimester	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Önceki gebeliği arasındaki süre*	Yeterli	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.815; 0.070
	Yetersiz	3.0(2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	3.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	1.542; 0.123
	Yok	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.087; 0.931
	Hayır	3.0 (2.0-2.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.22’de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu uyku bozukluğu’ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin VKİ, yaşayan çocuk sayısı, değişkenleri ile uyku kalitesi alt boyutu gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Gebelik öncesi fazla kilolu olanların diğer gruplara göre gündüz işlev bozukluğu daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Gebelerde yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebelerin daha çok gündüz işlev bozukluğu uyku yaşadıkları saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.23 Gebelerin PUKİ alt boyutu Gündüz İşlev Bozukluğu’ndan aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Uyku alışkanlıkları		Gündüz İşlev Bozukluğu		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Gebelik öncesi uyku düzeni	Düzenli	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	1.457; 0.145
	Düzensiz	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Gebelik öncesi uyku ilacı alımı	Evet	2.50 (2.0-2.0)	0.0-3.0	0.422; 0.673
	Hayır	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	2.0 (1.50-3.0)	0.0-3.0	1.234; 0.217
	Hayır	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygunluğu	Uygun	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	0.118; 0.906
	Uygunuz	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	
Uyumak için bitki çayı kullanımı	Evet	2.0 (2.0-3.0)	1.0-3.0	-1.839; 0.066
	Hayır	3.0 (2.0-3.0)	0.0-3.0	

Tablo 4.23’de gebelerin uyku kalitesi alt boyutu alışılmış uyku etkinliği’nden aldıkları puanların uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin uyku alışkanlıkları ile gündüz işlev bozukluğu puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

4.4. Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özelliklerine ve Uyku alışkanlıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Gebelerin sosyodemografik/obstetrik özelliklerine ve uyku alışkanlıklarına göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular (Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31)'de verilmiştir.

Tablo 4.24 Gebelerin SF-36 alt boyutu Fiziksel Fonksiyon'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Fiziksel Fonksiyon		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	40.0(20.0-55.0)	0.0-95.0	1.529;0.126
	≥30	30.0 (20.0-55.0)	0.0-85.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	30.0 (20.0-55.0)	0.0-80.0	6.186; 0.045
	Lise	35.0 (25.0-55.0)	0.0-95.0	
	Üniversite	40.0 (25.0-55.0)	0.0-80.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	0.038; 0.970
	Çalışıyor	40.0 (20.0-55.0)	0.0-80.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	1.542; 0.123
	5-8	30.0 (15.0-55.0)	0.0-80.0	
Aylık hane geliri	<2000	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	0.159; 0.874
	≥2000	35.0 (20.0-55.0)	0.0-90.0	
VKİ	Normal	40.0 (25.0-55.0)	0.0-80.0	9.464; 0.009
	Fazla kilolu	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	
	Obez	25.0 (10.0-47.0)	0.0-90.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	25.0 (20.0-45.0)	0.0-95.0	2.845; 0.004
	İçmiyor	40.0 (20.0-55.0)	0.0-90.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	40.0(25.0-50.0)	0.0-80.0	11.949; 0.003
	2-3	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	
	≥4	25.0 (15.0-45.0)	0.0-85.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	40.0 (25.0-50.0)	0.0-95.0	4.648; 0.098
	1	35.0 (20.0-57.0)	0.0-80.0	
	≥2	30.0 (20.0-50.0)	0.0-95.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	35.0 (20.0-55.0)	0.0-95.0	1.194; 0.232
	Hayır	30.0 (17.0-55.0)	0.0-80.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	40.0 (25.0-55.0)	0.0-90.0	3.942; 0.000
	Hayır	25.0 (15.0-50.0)	0.0-85.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	50.0 (35.0-65.0)	5.0-90.0	72.927; 0.000
	2.Trimester	45.0 (35.0-55.0)	0.0-80.0	
	3.Trimester	20.0 (15.0-30.0)	0.0-95.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	20.0 (15.0-30.0)	0.0-95.0	5.868; 0.000
	Yok	40.0 (25.0-55.0)	0.0-90.0	
Uyku Alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	50.0 (27.0-62.0)	0.0-95.0	2.274; 0.023
	Hayır	35.0 (20.0-55.0)	0.0-90.0	

Tablo 4.24'de gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyon'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin öğrenim düzeyi, VKİ, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyon arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olan gebelerin fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelik öncesi fazla kilolu olanların normal kiloda olanlara göre fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların fiziksel fonksiyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların fiziksel fonksiyon puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin fiziksel fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.25 Gebelerin SF-36 alt boyutu Fiziksel Fonksiyon Rol Kısıtlılığı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Fiziksel Fonksiyon Rol Kısıtlılığı		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.-75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	2.541; 0.011
	≥30	0.0 (0.0-37.0)	0.0-100.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	6.285; 0.043
	Lise	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
	Üniversite	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	0.693; 0.488
	Çalışıyor	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	2.554; 0.011
	5-8	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	
Aylık hane geliri	<2000	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	0.704; 0.482
	≥2000	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
VKİ	Normal	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	3.594; 0.166
	Fazla kilolu	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
	Obez	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	2.515; 0.012
	İçmiyor	25.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	6.696; 0.035
	2-3	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
	≥4	0.0 (0.0-37.0)	0.0-100.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	4.370; 0.112
	1	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
	≥2	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	1.492; 0.136
	Hayır	0.0 (0.0-37.0)	0.0-100.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	3.670;0.000
	Hayır	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	50.0(0.0-75.0)	0.0-100.0	38.242;0.000
	2.Trimester	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	
	3.Trimester	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	0.0 (0.0-25.0)	0.0-100.0	3.063; 0.002
	Yok	25.0(0.0-50.0)	0.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	12.0 (0.0-8.0)	0.0-100.0	1.076; 0.282
	Hayır	0.0 (0.0-50.0)	0.0-100.0	

Tablo 4.25’de gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı’ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üstü olan gebelerin fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. İlköğretim mezunu olan gebelerin fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu saptanmıştır. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin tek gebelik geçirenlere göre fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı puanın olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.26 Gebelerin SF-36 alt boyutu Ağrı'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Ağrı		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	52.0 (31.0-72.0)	0.0-100.0	2.531; 0.011
	≥30	41.0 (21.0-62.0)	0.0-100.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	42.0 (22.0-64.0)	0.0-100.0	0.893; 0.640
	Lise	52.0 (22.0-64.0)	0.0-100.0	
	Üniversite	52.0 (32.0-64.0)	0.0-100.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	35.0 (30.0-64.0)	0.0-100.0	1.302; 0.193
	Çalışıyor	40.0 (21.0-62.0)	0.0-100.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	52.0 (20.0-55.0)	0.0-100.0	1.509; 0.131
	5-8	42.0 (15.0-55.0)	0.0-80.0	
Aylık hane geliri	<2000	51.0 (22.0-64.0)	0.0-100.0	0.383; 0.702
	≥2000	52.0 (31.0-64.0)	0.0-100.0	
VKİ	Normal	52.0 (32.0-74.0)	0.0-100.0	10.258;0.006
	Fazla kilolu	42.0 (22.0-62.0)	0.0-100.0	
	Obez	41.0 (12.0-74.0)	0.0-100.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	41.0 (21.0-62.0)	0.0-90.0	2.071; 0.038
	İçmiyor	52.0 (30.0-68.0)	0.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	52.0 (32.0-74.0)	0.0-100.0	9.181; 0.010
	2-3	52.0 (30.0-64.0)	0.0-96.0	
	≥4	32.0 (16.0-62.0)	0.0-84.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	52.0 (31.0-69.0)	0.0-100.0	10.848; 0.004
	1	52.0 (31.0-74.0)	0.0-100.0	
	≥2	32.0(12.0-62.0)	0.0-100.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	52.0 (31.0-64.0)	0.0-100.0	1.807; 0.071
	Hayır	41.0 (16.0-62.0)	0.0-84.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	52.0 (31.0-64.0)	0.0-100.0	1.775; 0.076
	Hayır	41.0 (21.0-62.0)	0.0-90.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	52.0 (32.0-74.0)	0.0-100.0	28.581; 0.000
	2.Trimester	53.0 (41.0-74.0)	0.0-100.0	
	3.Trimester	32.0 (12.0-54.0)	0.0-100.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	31.0 (12.0-52.0)	0.0-90.0	3.712; 0.000
	Yok	52.0 (31.0-72.0)	0.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	64.0 (52.0-74.0)	0.0-100.0	4.602; 0.000
	Hayır	42.0 (22.0-64.0)	0.0-100.0	

Tablo 4.26'da gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu ağrı'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; yaş grubu, VKİ, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu ağrı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üstü olan gebelerin ağrı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi fazla kilolu olanların normal kiloda olanlara göre ağrı puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre ağrı puanı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin tek gebelik geçirenlere göre ağrı puanı yüksek olduğu belirlenmiştir. 2 ve üzerinde çocukları olan gebelerin ağrı puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre ağrı puanı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların ağrı puanı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin ağrı puanı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.27 Gebelerin SF-36 alt boyutu Genel Sağlık Algısı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Genel Sağlık Algısı		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca(25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	46.0(35.0-62.0)	15.0-100.0	1.806; 0.071
	≥30	42.0 (32.0-57.0)	0.0-85.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	42.0 (30.0-57.0)	10.0-95.0	12.903; 0.002
	Lise	47.0 (37.0-62.0)	15.0-100.0	
	Üniversite	50.0 (35.0-62.0)	22.0-97.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	45.0 (35.0-60.0)	10.0-100.0	1.124;0.261
	Çalışıyor	45.0 (32.0-57.0)	10.0-97.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	45.0 (20.0-55.0)	10.0-100.0	2.744; 0.006
	5-8	40.0(15.0-55.0)	10.0-92.0	
Aylık hane geliri	<2000	45.0 (10.0-35.0)	10.0-100.0	0.124; 0.902
	≥2000	45.0 (15.0-35.0)	15.0-97.0	
VKİ	Normal	52.0 (37.0-65.0)	15.0-97.0	12.550; 0.002
	Fazla kilolu	42.0 (30.0-57.0)	10.0-97.0	
	Obez	42.0 (33.0-63.0)	10.0-47.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	38.0 (20.0-45.0)	10.0-92.0	3.238; 0.001
	İçmiyor	47.0 (20.0-55.0)	10.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	52.0 (25.0-50.0)	20.0-100.0	28.051; 0.000
	2-3	45.0 (20.0-55.0)	10.0-97.0	
	≥4	36.0 (15.0-45.0)	10.0-92.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	48.0 (25.0-50.0)	15.0-100.0	12.286; 0.002
	1	45.0 (20.0-57.0)	20.0-95.0	
	≥2	41.0 (20.0-50.0)	10.0-87.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	45.0 (35.0-62.0)	15.0-100.0	1.520; 0.128
	Hayır	45.0 (31.0-57.0)	10.0-92.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	47.0(35.0-62.0)	17.0-100.0	3.879; 0.000
	Hayır	40.0 (30.0-62.0)	10.0-97.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	52.0 (37.0-57.0)	20.0-100.0	19.296; 0.000
	2.Trimester	50.0 (37.0-67.0)	15.0-97.0	
	3.Trimester	40.0 (30.0-55.0)	10.0-9.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	35.0 (30.0-45.0)	10.0-87.0	4.748; 0.000
	Yok	47.0 (35.0-62.0)	15.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	58.0 (38.0-78.0)	10.0-95.0	2.994; 0.003
	Hayır	45.0 (32.0-57.0)	10.0-100.0	

Tablo 4.27’de gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu genel sağlık algısı’ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, VKİ, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayn çocuk sayısı, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu genel sağlık algısı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olan gebelerin genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin genel sağlık puanının 1-4 kişilik ailede yaşayan gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelik öncesi fazla kilolu olanların normal kiloda olanlara göre genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. 2 ve üzerinde yaşayan çocukları olan gebelerin hiç çocuğu olmayan gebelere göre genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların genel sağlık algısı puanlarının olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre genel sağlık algısı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların genel sağlık algısı puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin genel sağlık algısı puanının hissedenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.28 Gebelerin SF-36 alt boyutu Enerji/Vitalite aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Enerji/Vitalite		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca (25.-75. Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	47.0(30.0-100.0)	5.0-100.0	2.576; 0.010
	≥30	40.0 (30.0-57.0)	0.0-85.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	40.0 (30.0-55.0)	0.0-95.0	8.966; 0.011
	Lise	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	
	Üniversite	50.0 (40.0-65.0)	15.0-85.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	1.399; 0.162
	Çalışıyor	40.0 (30.0-55.0)	10.0-95.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	3.694; 0.000
	5-8	35.0 (25.0-50.0)	0.0-85.0	
Aylık hane geliri	<2000	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	1.655; 0.098
	≥2000	45.0 (35.0-60.0)	0.0-90.0	
VKİ	Normal	50.0 (35.0-65.0)	0.0-90.0	11.695; 0.003
	Fazla kilolu	40.0 (30.0-55.0)	0.0-95.0	
	Obez	50.0 (30.0-65.0)	0.0-100.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	25.0 (25.0-50.0)	0.0-85.0	3.435; 0.001
	İçmiyor	40.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	50.0 (35.0-70.0)	15.0-100	20.837; 0.000
	2-3	45.0 (30.0-60.0)	0.0-85.0	
	≥4	40.0 (25.0-50.0)	0.0-85.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	50.0 (30.0-65.0)	10.0-100.0	10.553; 0.005
	1	45.0 (35.0-60.0)	10.0-85.0	
	≥2	40.0 (30.0-50.0)	0.0-85.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	2.583; 0.010
	Hayır	40.0 (25.0-50.0)	0.0-90.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	40.0(25.0-55.0)	0.0-90.0	3.579; 0.000
	Hayır	25.0 (15.0-50.0)	0.0-85.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	45.0 (40.0-60.0)	0.0-95.0	6.787; 0.034
	2.Trimester	50.0 (30.0-65.0)	0.0-100.0	
	3.Trimester	40.0 (30.0-55.0)	0.0-90.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	35.0(25.0-50.0)	0.0-80.0	3.450; 0.001
	Yok	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	60.0 (42.0-70.0)	25.0-95.0	3.731; 0.000
	Hayır	45.0 (30.0-60.0)	0.0-100.0	

Tablo 4.28'de gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu enerji/vitalite'den aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, öğrenim düzeyi, hanedeki kişi sayısı, VKİ, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu enerji/vitalite arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üzeri olan gebelerin enerji/vitalite'den aldıkları puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. İlköğretim mezunu olan gebelerin üniversite mezunu olanlara göre enerji/vitalite'den aldıkları puanın daha düşük olduğu saptanmıştır. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi fazla kilolu olanların normal kiloda olanlara göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin çocuğu olmayanlara göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebeliklerini planlı geçirenlerin enerji/vitalite puanının planlı geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların enerji/vitalite puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların enerji/vitalite puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin enerji/vitalite puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.29 Gebelerin SF-36 alt boyutu Sosyal Fonksiyon'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Sosyal Fonksiyon		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca (25.- 75. Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	3.489; 0.000
	≥30	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	37.0 (25.0-62.0)	0.0-100.0	5.285; 0.071
	Lise	50.0 (37.0-62.0)	12.0-100.0	
	Üniversite	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	43.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	0.737; 0.461
	Çalışıyor	62.0 (25.0-62.0)	0.0-100.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	3.151; 0.002
	5-8	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	
Aylık hane geliri	<2000	37.0 (25.0-62.0)	0.0-100.0	0.962; 0.336
	≥2000	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
VKİ	Normal	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	2.818; 0.244
	Fazla kilolu	37.0 (37.0-50.0)	12.0-100.0	
	Obez	37.0 (25.0-62.0)	0.0-100.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	2.385; 0.017
	İçmiyor	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	25.065; 0.000
	2-3	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
	≥4	37.0 (12.0-50.0)	0.0-75.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	12.390; 0.002
	1	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
	≥2	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	3.554; 0.000
	Hayır	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	40.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	4.195; 0.000
	Hayır	25.0 (25.0-50.0)	0.0-87.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	28.094; 0.000
	2.Trimester	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
	3.Trimester	37.0 (25.0-50.0)	0.0-100.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	37.0 (12.0-3.0)	0.0-100.0	5.440; 0.000
	Yok	50.0 (37.0-62.0)	0.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	62.0 (37.0-81.0)	0.0-100.0	3.734; 0.000
	Hayır	37.0 (25.0-62.0)	0.0-100.0	

Tablo 4.29'da gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu sosyal fonksiyon'dan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, hanedeki kişi sayısı, sigara içme durumu, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu sosyal fonksiyon arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üzeri olan gebelerin sosyal fonksiyon'dan aldıkları puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebeliklerini planlı geçirenlerin sosyal fonksiyon puanının planlı geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların sosyal fonksiyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların sosyal fonksiyon puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin sosyal fonksiyon puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.30 Gebelerin SF-36 alt boyutu Emosyonel Fonksiyon Rol Kısıtlılığı'ndan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Emosyonel Fonksiyon Rol Kısıtlılığı		İstatistiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca (25.-75. Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	1.828; 0.068
	≥30	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	5.726; 0.057
	Lise	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
	Üniversite	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	0.405; 0.685
	Çalışıyor	0.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	33.0 (20.0-55.0)	0.0-100.0	2.852; 0.004
	5-8	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Aylık hane geliri	<2000	33.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	0.236; 0.814
	≥2000	0.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
VKİ	Normal	33.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	0.430; 0.807
	Fazla kilolu	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
	Obez	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	2.133; 0.033
	İçmiyor	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	10.561; 0.005
	2-3	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
	≥4	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	10.853; 0.004
	1	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
	≥2	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	3.332; 0.001
	Hayır	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	3.864; 0.000
	Hayır	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	41.537; 0.000
	2.Trimester	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
	3.Trimester	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	3.528; 0.000
	Yok	33.0 (0.0-66.0)	0.0-100.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	33.0 (0.0-83.0)	0.0-100.0	1.805; 0.071
	Hayır	0.0 (0.0-33.0)	0.0-100.0	

Tablo 4.30'da gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı'ından aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin hanedeki kişi sayısı, sigara içme durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin tek gebelik geçirenlere göre emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının çocuğu olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebeliklerini planlı geçirenlerin emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının planlı geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.31 Gebelerin SF-36 alt boyutu Mental Sağlık'tan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler		Mental Sağlık		İstatiksel Analiz Kw/z; p
		Ortanca (25.- 75.Çeyreklikler)	Min.-Max.	
Yaş grubu	<29	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	2.149; 0.032
	≥30	30.0 (20.0-55.0)	12.0-96.0	
Öğrenim düzeyi	İlköğretim	52.0 (36.0-72.0)	16.0-96.0	2.892; 0.235
	Lise	52.0 (36.0-72.0)	12.0-96.0	
	Üniversite	60.0 (44.0-76.0)	12.0-92.0	
Çalışma grubu	Çalışmıyor	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	1.459; 0.145
	Çalışıyor	48.0 (36.0-72.0)	12.0-96.0	
Hanedeki kişi sayısı	1-4	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	3.075; 0.002
	5-8	44.0 (36.0-72.0)	16.0-92.0	
Aylık hane geliri	<2000	56.0 (36.0-76.0)	16.0-96.0	0.864; 0.387
	≥2000	60.0 (40.0-76.0)	12.0-92.0	
VKİ	Normal	60.0 (44.0-80.0)	20.0-96.0	18.066; 0.000
	Fazla kilolu	48.0 (32.0-68.0)	12.0-96.0	
	Obez	60.0 (40.0-76.0)	16.0-96.0	
Sigara içme durumu	İçiyor	44.0 (32.0-64.0)	16.0-92.0	3.662; 0.000
	İçmiyor	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	
Obstetrik özellikler				
Toplam gebelik sayısı	1	60.0 (40.0-84.0)	12.0-96.0	29.698; 0.000
	2-3	56.0 (40.0-76.0)	12.0-9.06	
	≥4	40.0 (30.0-60.0)	16.0-96.0	
Yaşayan çocuk sayısı	yok	58.0 (40.0-80.0)	12.0-96.0	17.522; 0.000
	1	59.0 (38.0-76.0)	12.0-96.0	
	≥2	48.0 (32.0-60.0)	16.0-92.0	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	56.0 (40.0-76.0)	12.0-9.0	3.377; 0.001
	Hayır	48.0 (32.0-60.0)	16.0-96.0	
Kötü obstetrik öykü yaşama	Evet	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	3.365; 0.001
	Hayır	48.0 (32.0-68.0)	12.0-96.0	
Gebelik dönemi	1.Trimester	60.0 (44.0-76.0)	12.0-96.0	9.445; 0.009
	2.Trimester	58.0 (44.0-76.0)	12.0-96.0	
	3.Trimester	48.0 (36.0-72.0)	12.0-96.0	
Gebelikte eşlik eden hastalık	Var	40.0 (28.0-60.0)	16.0-84.0	4.353; 0.000
	Yok	56.0 (40.0-76.0)	12.0-96.0	
Uyku alışkanlıkları				
Uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu	Evet	76.0 (62.0-80.0)	36.0-96.0	4.894; 0.000
	Hayır	52.0 (30.0-72.0)	12.0-96.0	

Tablo 4.31'de gebelerin yaşam kalitesi alt boyutu mental sağlık'tan aldıkları puanların sosyodemografik, obstetrik özelliklerine, uyku alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin yaş grubu, hanedeki kişi sayısı, VKİ, sigara içme durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama durumu, kötü obstetrik öykü yaşama, gebelik dönemi, gebelikte eşlik eden hastalık, uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetme durumu değişkenleri ile yaşam kalitesi alt boyutu mental sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 30 yaş ve üzeri olan gebelerin mental sağlık puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre mental sağlık puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi fazla kilolu olan gebelerin olmayanlara göre mental sağlık puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sigara içen gebelerin içmeyenlere göre mental sağlık puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin diğer gruplara göre mental sağlık puanın daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olan gebelerin mental sağlık puanın çocuğu olmayanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebeliklerini planlı geçirenlerin mental sağlık puanın planlı geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliklerin de kötü obstetrik öyküsü olanların mental sağlık puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre mental sağlık puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte eşlik eden hastalığı olanların mental sağlık puanın olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelerde uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin mental sağlık puanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

5-TARTIŞMA

5.1 Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadının yaşamında gebelik ve doğum doğal bir süreçtir. Bu süreç doğal olmasına rağmen kadında fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Gebelikte uyku sorunları bu değişikliklerden biri olup, günlük yaşam kalitesini ve gebelik seyrini önemli ölçüde etkilemektedir (Çoban ve Yanikkerem, 2010; Çelikgöz, 2015). Bu çalışma, gebelikte uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda gebelerin **yaş ortalaması** 28.80 ± 6.12 idi (Tablo 4.1). Ölçer ve Bozkurt'un çalışmasında gebelerin yaş ortalaması 25.84 ± 6.31 , Arabacıoğlu'nun çalışmasında 30.02 ± 5.15 , Rezaei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 26.86 ± 6.51 , Okun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 29 ± 4.7 olduğu görülmüştür (Ölçer ve Bozkurt, 2014; Arabacıoğlu, 2012; Rezaei, Moghadam, Nejat, Dehghannayeri, 2014; Okun, Tolge, Hall, 2014). Çalışmamızdaki ve diğer çalışmalardaki yaş ortalaması birbirine benzerdir. Bu sonuçlar gebelerin yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığının da (18-35) olduğunu göstermektedir.

Gebelerin **öğrenim düzeyine** göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin en fazla ilköğretim mezunu %72.50 olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, Türkiyede ilköğretim mezunu olan kadın oranı %56.90 olarak belirtilmiştir. Kızıllık ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %44.20'si ilköğretim, Çelikgöz'ün çalışmasında %41.20'si ilköğretim, Doğan'ın çalışmasında %35.20'si ilköğretim ve altı, Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında %35.30'u ilköğretim mezunu, Altıparmak'ın çalışmasında %71.80'i ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Çelikgöz, 2015; Doğan, 2012; Pınar ve ark. 2014; Altıparmak, 2006). Bu çalışmalar ve bizim çalışmamız arasında benzerlik olup, ülkemizde öğrenim düzeyinin hala düşük olduğu söylenebilir.

Çalışmaya alınan gebelerin %72.50'sinin **herhangi bir işte çalışmadığı** saptanmıştır (Tablo 4.1). Chang ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %40.50'si, Taşkiran'ın çalışmasında %81.00'inin, Çelikgöz'ün çalışmasında %67.80'inin, Özçelik'in çalışmasında %72.70'inin, Yanikkerem'in çalışmasında %90.20'sinin herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (Chang, M., Brown, R., Nitzke, S., Simith, B., Eghtdary, K., 2015; Taşkiran, 2009; Çelikgöz, 2015; Özçelik, 2010; Yanikkerem, 2009).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Haziran verileri incelendiğinde, kadınların %87.6'sının istihdam olmadığı görülmüştür (TÜİK, 2016). Chang ve ark.'nın yaptığı çalışmada herhangi bir işte çalışmayan gebe oranı bizim çalışmamız ve Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre düşüktür. Bunun nedeni sosyo-kültürel veya ülke farklılığı olabilir.

Çalışmamızda **gebelik öncesi VKİ'ye** göre gebelerin %38.10'nun normal kilolu, %45.30'unun fazla kilolu, %16.60'ının obez olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Doğan'ın çalışmasında ise gebelerin %54.70'si normal, %20.00'si fazla kilolu, %18.80'i obez olduğu belirlenmiştir (Doğan, 2012). Çelikköz'ün çalışmasında gebelerin %33.70'i normal, %45.70'i fazla kilolu, %20.60'ı obez; Yanikkerem'in yaptığı çalışmada gebelerin 54.80'i normal, %24.40'ı fazla kilolu, %20.80'i obez olduğu saptanmıştır (Çelikköz, 2015; Yanikkerem, 2009). Bizim çalışmamızla yapılan çalışmalar arasındaki farklılığın çalışma gruplarındaki gebeler arasındaki bireysel farklılıktan kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Gebelerin **sigara alışkanlıkları** incelendiğinde, %21.20'sinin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 4.1). Arabacıoğlu'nun yaptığı çalışmada gebelerin %11.70'inin, Cemal ve arkadaşlarının çalışmasında %20.50'sinin, Marakoğlu'nun çalışmasında %17.00'sinin, Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında ise %12.80'inin sigara kullandığı rapor edilmiştir (Arabacıoğlu, 2012; Cemal, Mehmet, İnan, 2015; Marakoğlu, 2003). Schneider ve arkadaşlarının Almanya da yaptıkları çalışmada %25.10, Amasha ve Jaradeh'in Ürdün de yaptıkları çalışmada %22,40, Dhalwani ve arkadaşlarının İngiltere de yaptıkları çalışmada %11.60 oranında gebelerde sigara kullanımı olduğu görülmüştür. (Schneider, Maul, Freerksen, Pötschke, 2008; Amasha, Jaradeh, 2012; Dhalwani, Tata, Coleman, Fiaschi, Szatkowski, 2014). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup kadınların gebeliği sırasında sigara kullanımını sürdürdükleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan gebelerin **toplam gebelik sayısı** ortalaması 1.53 ± 0.68 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda gebelik sayısı ortalamaları; Zahra ve Elham'ın çalışmasında 1.96 ± 0.85 , Doğan'ın çalışmasında 2.07 ± 1.27 , Altıparmak'ın çalışmasında 2.40 ± 1.90 , Çoban ve Yanikkerem'in çalışmasında 2.00 ± 2.10 , Efe'nin yaptığı çalışmada 2.30 ± 1.67 olarak bulunmuştur (Zahra ve Elham, 2014; Doğan, 2012; Çoban ve ark., 2010; Altıparmak, 2006; Efe, 2006). TNSA 2013 yılı verilerine göre ortalama gebelik sayısı 2.26 olarak bulunmuştur (TNSA, 2013). Çalışmamızdaki toplam gebelik sayısı ortalaması diğer çalışmalar ve TNSA verilerine göre düşüktür. Bu farklı sonuç gebelerin yaşadığı bölgesel değişikliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin **çocuk sayısı** ortalaması 1.69 ± 0.64 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). TNSA 2013 yılı verilerine göre, çocuk sayısı ortalama 1.60 olarak görülmüştür (TNSA, 2013). Efe'nin yaptığı çalışmada 0.98 ± 1.15 , Kılıçarslan'ın çalışmasında 1.46 ± 1.05 , Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında 1.09 ± 1.06 olarak çocuk sayısı ortalamaları bulunmuş olup çalışmamızla benzerdir (Kılıçarslan, 2008; Pınar ve ark. 2014; Efe, 2006).

Çalışmamıza katılanların %79.30'unun **planlı gebelikleri** olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). TNSA 2013 verilerine bakıldığında, planlı gebelik oranı %74,1 olarak bildirilmektedir (TNSA, 2013). Çeliköz çalışmasında bu oranı %73, Köybaşı %86, Yılmaz ve Beji %69.1 olarak bulmuşlardır (Çeliköz, 2015; Köybaşı, 2013; Yılmaz ve Beji, 2010). Bizim çalışmamızdaki TNSA verisi ve diğer sonuçlar birbiri ile uyumludur.

Çalışmamıza katılanların gebelerin %36.30'u **önceki gebelikleri ve şimdiki gebelikleri arasındaki geçen süreyi** 24 ay ve altında yetersiz olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.2). Arabacıoğlu'nun çalışmasında kadınların %14.10'unun gebelik aralığı 13-24 ay, Özçelik'in çalışmasında %16.50'si gebelerin gebelik aralıklarının 24 ay ve daha az olduğu bulunmuştur (Arabacıoğlu, 2012; Özçelik, 2010). Çalışma bulgumuz yapılan çalışmalar ile benzerdir.

Çalışmamızda gebelerin %15.80'ninde **gebeliğe eşlik eden bir hastalık** olduğu, bu hastalıklar arasında en sık %54.20 ile hipertansiyon ve %23.00 ile diyabet olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Tantrakul ve arkadaşları çalışmasında gebelerin %18.10'unun hipertansiyon, %48.60'ında gestasyonel diyabeti olduğunu tespit etmişlerdir (Tantrakul ve ark., 2015). Taşkiran'ın çalışmasında gebelerin %25.00'inde gebeliğe eşlik eden bir hastalığın olduğunu, bu hastalıklardan en yüksek oranda hipertansiyon ve diyabetin olduğunu rapor etmişlerdir (Taşkiran, 2009). Ulusal yüksek kan basıncı eğitim raporunda (BPEP), tüm gebeliklerin %6-8'inde hipertansiyon görüldüğü belirlenmiştir (BPEP, 2000). Uluslararası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grubu Birliği (IADPSG), gebelerde diyabet görülme sıklığı %18.00 olarak bildirmiştir (IADPSG, 2010). Hipertansiyonun ve diyabetin ülkemizde gebelikte sıklıkla görülen sağlık problemleri arasında olduğu söylenebilir. Diğer çalışmalar ve ulusal veriler bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin %47.70'i **düzenli ilaç kullandığını** ifade etmiştir (Tablo 4.2). Çeliköz'ün çalışmasında %19.90, Taşkiran'ın çalışmasında %27.00, Kılıçarslan'ın çalışmasında %88.20 ile gebelikte düzenli ilaç kullanıldığı tespit edilmiştir (Çeliköz, 2015; Taşkiran, 2009; Kılıçarslan, 2008). Bizim ve diğer araştırmalardaki farklı sonuçların çalışma grubuna katılan gebelerin farklı sağlık sorunlarına sahip olabileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda **kadınların %81.90'ının gebelik öncesinde uykusunun düzenli olduğu** saptanmıştır (Tablo 4.3). Çelikköz'ün çalışmasında kadınların %97.80'i, Köybaşı'nın çalışmasında %88.50'si; Neau ve arkadaşlarının çalışmasında %80.40'ı gebelik öncesi uyku sorunu yaşamadığı görülmüştür. (Çelikköz, 2015; Köybaşı, 2013; Neau, Texier, Ingrand, 2009). Bu sonuçlara göre gebeliğin uyku düzenini etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerde uykuya dalmak için kazanılan alışkanlıkların uygun olmadığı ve **%67.10'u televizyon izlediği veya müzik dinlediği, uyku problemi olduğunda ise %30.10'u oranında bitki çayı kullandığı** saptanmıştır (Tablo 4.3). Çelikköz'ün çalışmasında gebeler uyku sorunu ile baş edebilmek için %41.00'i televizyon izlediği ve müzik dinlediği, %1.40'ı bitki çayı kullandıkları görülmüştür (Çelikköz, 2015). Çalışmalarda uyku sorunu yaşayan bireylerin sıklıkla televizyon izledikleri, müzik dinledikleri veya bitki çayı içtikleri bilinmektedir (Altan Sarıkaya, Oğuz; 2016). Bu etkinliklerin yapılması bireylerde bir rahatlama sağlayarak uyumalarına yardımcı olacağını düşüncelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin **%90.70'i gebeliklerinde kendini uyandıktan sonra dinlenmemiş hissettiğini** ifade etmiştir (Tablo 4.3). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gebelerin %59.30'unun kendini uyandıktan sonra dinlenmemiş hissettiği bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2014). Çalışmamızda kadınların çoğunluğu gebeliğin uyku düzenini bozduğunu bildirmişti. Buna göre uyku düzeninin bozulması gebelerin kendini uyandıktan sonra dinlenmemiş hissetmelerine de neden oluyor olabilir.

5.2 Gebelerin Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda PUKİ'ne göre **gebelerin %57.80'inin kötü uyku kalitesine** sahip olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.4). Mindel ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin %76.00'sinin, Çelikköz %68.50'inin, Naud ve arkadaşları %56.00'sinin, Naghi ve arkadaşları %46.00'sinin, Reutrakul ve arkadaşları %64.00'ünün, Çoban ve Özkan %89.30'ünün, Taşkiran %86.00'sinin, Ko ve arkadaşları ise %60.00'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirmişlerdir (Mindel, Cook, Nikolovski, 2015; Çelikköz, 2015; Naud, Ouellet, Brown, Pasquier, Moutquin, 2010; Naghi, Keypour, Ahari, Tavalai, Khak, 2011; Reutrakul ve ark. 2011; Özkan, 2012; Ko ve ark., 2010; Taşkiran, 2009). Topluca yapılan çalışmalarda gebelerin %89.30-%46 arasında kötü uyku kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar ile benzerdir. Buna göre gebeliğin kötü uyku kalitesi sıklığını arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarına göre puan ortalamaları, ağrı ve mental sağlık dışındaki tüm alt boyutların sıra ortalamasının orta düzeyin altında yaşam kalitesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). **Buna göre çalışmamızda gebelerin genel olarak yaşam kalitelerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz.** Ünver'in yaptığı çalışmada; SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından mental sağlık olduğunu tespit etmiştir (Ünver, 2014). Özer'in yaptığı çalışmada; fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı dışındaki tüm alt boyutların orta düzeyin üstünde yaşam kalitesi olduğu görülmüştür (Özer, 2015). Çalışmamızda yaşam kalitesi puan ortalamaları diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bizim çalışmamızdaki gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olmasının sebebi bireysel özellikler, gebelik özellikleri ve sosyo kültürel özellikler gibi farklı değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin **PUKİ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan kolerasyon analizine göre, uyku kalitesi kötü olanların yaşam kalitesinin de kötü olduğu saptanmıştır** ($p < 0.001$) (Tablo 4.6). Yanikkerem'in çalışmasında yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel ve emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı, mental sağlık, fiziksel fonksiyon puanları yükseldikçe, uyku kalitesinde arttığı saptanmıştır (Yanikkerem, 2009). Rezaei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku bozukluğu yaşayan gebelerin yaşam kalitelerinde düşük olduğu bildirilmiştir (Rezaei ve vd., 2014). Rezaei ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada uyku kalitesi düşük olan gebelerin yaşam kalitelerinde düşük olduğu saptanmıştır (Rezaei, Moghadam, Saraylu, 2013).

Çelikköz'ün çalışmasında gebelerin uyku kalitesi arttığında yaşam kalitesinde arttığını saptamıştır (Çelikköz, 2015). Yaşam kalitesi pek çok değişkenden etkilenebilmektedir. Gebelik tek başına yaşam kalitesini düşürebildiği gibi gebelikle birlikte uyku kalitesi düştüğünde yaşam kalitesi de düşmektedir. Çalışmamız literatürle uyumlu olup, kötü uyku kalitesinin yaşam kalitesini de düşürebileceği sonucu genellenebilir.

5.3 Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özelliklerine ve Uyku alışkanlıklarına Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda **yaşa göre gebelerin uyku kalitesi** ve alt boyutlarının puan dağılımı (Tablo 4.7, 4.12, 4.14)'de incelendiğinde; 30 yaş ve üzeri olan gebelerin uyku kalitesinin anlamlı ölçüde daha kötü olduğu, uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu, uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hedman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, gebelerin yaşı ile uyku düzeni değişiklikleri arasında bir ilişki olduğu ve 30 yaşından büyük gebelerin toplam uyku süresinin 7 saatten az olduğunu tespit etmişlerdir (Hedman, Pohjasvaara, Tolonen, Suhonen-Malm ve Myllyla, 2002). Taşkiran'ın çalışmasında 29-45 yaş grubu, Pınar ve arkadaşları çalışmasında 27-35 yaş grubu gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğunu saptamışlardır (Taşkiran, 2009; Pınar ve ark., 2014). Çelikköz çalışmasında 35-42 yaş grubu gebelerde uyku bozukluklarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (Çelikköz, 2015). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermekte olup, gebelik yaşı yükseldikçe uyku kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin **uyku kalitesi ve alt boyutlarının öğrenim durumuna** göre puan ortalamaları (Tablo 4.10, 4.12, 4.14) incelendiğinde, İlköğretim mezunu olan gebelerin diğer gebelere göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü, uykuya dalma süreslerinin daha uzun olduğu, uyku sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Zahra ve Elham'ın yaptıkları çalışmada ilköğretim mezunu olan gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğunu saptamıştır (Zahra ve ark.,2014). Çelikköz çalışmasında gebelerde eğitim düzeyi yükseldiğinde, uyku kalitesinin düştüğünü ve uykuya dalarken sıkıntı yaşadıklarını tespit etmiştir (Çelikköz, 2015). Karagözoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada lise ve üzeri okul mezunu olanların uyku alışkanlığında büyük ölçüde değişim olduğu gözlenmiştir (Karagözoğlu, Çabuk, Tahta, Temel, 2007). Çalışma sonucumuza göre; gebelerde eğitim düzeyi arttıkça bilgiye ulaşma ve kullanabilme, tedavi sürecinde gelişen semptomları kontrol edebilme gibi durumları yapamadıklarından dolayı uyku problemlerini daha fazla yaşayabilirler.

Çalışan kadınların literatürde uyku problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. (Bingöl, 2006). Çalışmamızda **çalışmayan gebelerin çalışan** gebelere göre alışılmış uyku etkinliği puanının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4.16). Taşkiran çalışmasında gebelerin çalışma durumunun uyku kalitesi üzerine bir etkisinin bulunmadığını belirtmiştir (Taşkiran, 2009). Çalışmamız Taşkiranın çalışması ile benzer sonuca sahiptir. Çalışmayan gebelerin ise iş stresi olmadığı için daha uzun uyku süresine sahip oldukları düşünülebilir.

Çalışmamızda **uyku kalitesi ile aile meskenindeki birey sayısı** karşılaştırıldığında, 5-8 kişilik ailede yaşayanların 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre uyku kalitesi ve öznel uyku kalitesi daha kötü ve uykuya dalma süreleri daha uzun, uyku süresi daha kısa, alışılmış uyku etkinliği puanı daha düşük, uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.12, 4.14, 4.18). Özçelik çalışmasında aile grupları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak bir fark tespit etmemiştir (Özçelik, 2010). Çalışma sonucumuza göre, aile içinde birey sayısı fazla olan gebelerde gebe kadına düşen sorumluluklar ve gürültü daha fazla olabilir ve bu durumun uyku kalitesini düşürebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda **gelire göre** PUKİ ve yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; gebelerde 2000 ve altı gelire sahip olanların alışılmış uyku etkinliği puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Taşkiran çalışmasında gebelerin uyku kalitesi üzerine gelir durumunun etkisi olduğunu bildirmiştir (Taşkiran, 2009). Çelikköz çalışmasında gelir durumu düşük olan gebelerin uykuya dalmada sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir (Çelikköz, 2015). Gelir durumu ile ilgili ortaya çıkan farklı sonuçlar ışığında gelir durumunun tek başına uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı farklı değişkenlerden etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmamızda **gebelik öncesi VKİ'ye göre uyku kalitesi karşılaştırıldığında;** fazla kilolu olan gebelerin normal kilolu olanlara göre uyku kalitesi ve öznel uyku kalitesi daha kötü, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.18, 4.22). Göktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez olan gebelerin normal kiloda olanlara göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu ispatlanmıştır (Göktaş, Çelik, Özer, Gündüzoğlu, 2015). Çelikköz çalışmasında obez olan gebelerin normal kilolu gebelere göre daha çok uyku problemlerini yaşadıklarını tespit etmiştir (Çelikköz, 2015). Bu iki çalışma obezlerin daha çok uyku sorunu yaşadığını bildirmektedir ve çalışmamız bu sonuçlarından farklıdır. Bu farklılığın sebebi bizim çalışmamızdaki gebelerin bireysel özelliklerinin farklılığından kaynaklanabilmektedir.

Çalışmamızda **uyku kalitesi ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında**; sigara içen gebelerin içmeyenlere göre uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Çelikköz'ün çalışmasında sigara kullanan gebelerin kullanmayanlara göre uyku sürelerinin daha az olduğu bildirilmiştir (Çelikköz, 2015). Ölmez ve arkadaşları çalışmalarında sigara kullanan gebelerin uyku bozukluğundan dolayı hastaneye başvuru yaptıklarını tespit etmişlerdir (Ölmez ve ark., 2015). Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerdir. Sigara içen gebelerin uyku sorunu yaşaması, sigaranın neden olduğu solunum rahatsızlıklardan ve nikotinin uyarıcı etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda **gebelik sayısı** ile uyku kalitesi karşılaştırıldığında; toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin gebelik sayısı daha az olanlara göre uyku kalitelerinin ve öznel uyku kalitesinin daha kötü, uykuya dalma süresinin daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu ve daha fazla uyku bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.12, 4.14, 4.18). Bazı çalışmalarda primipar gebelerin multipar gebelere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıkları görülmüştür. Lee ve arkadaşları uyku sorunlarının primiparlarda daha gözle görülür şekilde fazla olduğunu, Signal ve arkadaşları primiparların ikinci trimesterden sonra etkili bir şekilde uyuyamadığını bildirmişlerdir (Signal ve ark., 2007; Lee, Zaffke, Mcenany, 2000). Özkan ve Taşkiran çalışmalarında gebelik sayısının uyku kalitesine etki etmediğini saptamışlardır (Taşkiran, 2009; Özkan, 2012). Çalışma bulgumuz yapılan çalışma sonuçlarından farklı olup, gebelerde gebelik sayısı artması yeterince kendilerine zaman ayıramama ve dinlenememeye neden olabilir, bunun sonucunda da uyku kaliteleri olumsuz etkilenebilir.

Çalışmamızda **çocuk sayı** iki ve üzerinde olan gebelerin uyku kalitelerinin ve öznel uyku kalitelerinin daha kötü, uykuya dalma sürelerinin daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu, daha fazla uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.12, 4.14, 4.18, 4.22). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında 2-5 arası çocuğu olan gebelerin uyku kalitesinin hiç çocuğu olmayanlara göre daha kötü olduğunun tespit etmişlerdir (Pınar ve ark., 2014). Çalışma bulgumuz Pınar ve arkadaşlarının çalışması ile benzer olup çocuk sayısı fazla olan gebelerin çocuklarına karşı daha fazla sorumluluklarının olmasından dolayı yorgunluk yaşayabileceği ve bunun uyku sorunlarına neden olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda **gebeliği planlı** olmayanların **uyku kalitesi** daha kötü, uyku süresinin daha kısa olduğu ve uykuya dalmada sıkıntı yaşadıkları görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.12, 4.14). Pınar ve arkadaşları yaptıkları çalışmada isteyerek gebe kalmayanların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu belirtmiştir (Pınar, 2014).

Çalışmamız literatür ile uyumlu olup, gebeliğin planlı olmaması gebeliğe uyumu zorlaştırabilir ve uyku problemlerine neden olabilir.

Gebelerde **trimesterlere** göre **uyku kalitesi** incelendiğinde, III. trimesterde olan gebelerin I. ve II. trimesterde olan gebelere göre uyku kalitesi ve öznel uyku kalitesi daha kötü, uykuya dalma süresi daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu ve daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre kötü uyku kalitesi riski 8.60 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.9, 4.10, 4.12, 4.14, 4.18). Facco ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik haftası artıkça uyku kalitelerinin azaldığını ve üçüncü trimesterde gebelerin uyku kalitesinin kötüleştiğini, Köybaşı çalışmasında gebelerin son trimesterde daha çok uyku sorunları yaşadığını, Kamysheva ve arkadaşları son trimesterde gebelerin uyku kalitesinin düştüğünü, Ko ve arkadaşları ikinci ve üçüncü trimesterde gebelerin uyku kalitelerinin kötüleştiğini, Çoban ve Yanikkerem gebelik haftası artıkça uyku kalitesinin kötüleştiğini çalışmalarında bildirmişlerdir (Facco ve ark., 2010; Köybaşı, 2013; Kamysheva ve ark., 2010; Ko ve ark., 2010; Çoban ve ark. 2010). Çalışmamızdaki sonuç diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Gebeler özellikle son trimestere geldiklerinde doğumun yaklaşmasına bağlı kaygı yaşayabilir aynı zamanda gece idrara çıkma ve karnın büyümesi ile birlikte yaşanan fiziksel değişimlere bağlı olarak uyku bölünmeleri artabilir, uyku süresinde azalmalar meydana gelebilir ve uyku kalitesi olumsuz etkilenebilir.

Çalışmamızda **gebeliğe eşlik eden bir hastalığı** olan gebelerin **uyku kalitesinin** ve öznel uyku kalitesinin daha kötü olduğu, uykuya dalmada sıkıntı yaşadıkları, uyku süresinin kısa olduğu, uyku bozukluğu fazla yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.12, 4.14, 4.18). Yapılan çalışmalarda uyku sorunu yaşayan gebelerin beraberinde farklı hastalıklarının da olduğu bildirilmiştir (Taşkırın, 2009; Ursavaş ve Karadağ, 2009; Lee ve ark., 2004). Çelikköz çalışmasında hastalığı olan gebelerin uyku sorunlarının daha fazla olduğunu ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir (Çelikköz, 2015). Çalışmamız literatür ile uyumlu olup gebeliğe eşlik eden sağlık sorunlarının uyku kalitesini de olumsuz etkilediği görülmüştür.

Çalışmamızda gebelerin **uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin hissedenerlere göre** öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, uykuya dalmada sıkıntı çektikleri saptanmıştır. Ayrıca uykuya dalma süresi fazla, öznel uyku kalitesi düşük, total uyku süresi daha az, alışılmış uyku etkinliği düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.11, 4.13). Pınar ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyen ve gündüz uyuma gereksinimi duyan gebelerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir (Pınar ve ark., 2014).

Çalışma sonucumuz Pinar ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olup uyku ve dinlenme arasında doğru bir orantı olduğu düşünülebilir.

5.4 Gebelerin Sosyo-Demografik/Obstetrik Özelliklerine ve Uyku alışkanlıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin **yaşam kalitesi alt boyutlarının yaşa göre** incelendiğinde; 30 yaş ve üstü olan gebelerin emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarının puanın düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.25, 4.26, 4.28, 4.29, 4.31). Karataylı ve Arabacıoğlu'nun çalışmasında gebelerin yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Karataylı, 2007; Arabacıoğlu, 2012). Drescher ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada adolesan gebelerin yaşam kalitesi alt boyutlarından enerji/vitalite haricindeki tüm alt boyutların puanı anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Drescher, Monga, Williams, Promecene-Cook, Schneider, 2003). Çalışmamızdaki sonuca göre gebelikte yaş yükseldikçe yaşam kalitesi düşmektedir. Çalışmamızla birlikte farklı sonuçların sebebi yaş yükseldikçe gebeliğe uyum zorlaşabilir ve farklı sonuçlar gebelerin sosyo-kültürel özellikleri ve bireysel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesi alt boyutlarının öğrenim durumuna** göre incelendiğinde; ilköğretim mezunu olan gebelerin lise ve üniversite mezunu olan gebelere göre fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı, enerji puanın daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.24, 4.25, 4.27, 4.28). Özer'in, Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda gebelerin öğrenim düzeyi ve yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Taşdemir, Balcı, Günay, 2010; Özer, 2015). Altıparmak çalışmasında öğrenim düzeyi ilköğretim ve altı olan gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu saptamıştır (Altıparmak, 2006). Çelikköz çalışmasında eğitim durumu üniversite ve üzeri olan gebelerin lise mezunu olanlara göre genel sağlık algısı puanı daha yüksek bulunmuştur (Çelikköz, 2015). Kahraman'ın çalışmasında yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı dışındaki tüm boyutlarda eğitim düzeyi düşük olanların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (Kahraman, 2009). Çalışma sonuçları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında gebelerin eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitelerinin de düştüğü ve olumsuz etkilendiği ifade edilebilir.

Çalışmamızda gebelerin **yaşam kalitesi alt boyutlarının çalışma** durumuyla arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31).

Çelikköz çalışmasında gebelerin çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çelikköz, 2015). Çalışmamızdan çıkan sonuç, yapılan çalışma ile benzer olup, çalışmamıza katılan gebelerin büyük bir kısmının çalışmadığı için sonucun farklı çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesi ölçeği ile aile meskenindeki birey sayısı** karşılaştırıldığında, 5-8 kişilik ailede yaşayanların 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre fiziksel fonksiyon, ağrı dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarındaki puanın anlamlı derecede daha küçük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.25, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Özçelik çalışmasında aile grupları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak bir fark tespit etmemiştir (Özçelik, 2010). Çalışma sonucumuza göre, aile içinde birey sayısı fazla olan gebelerin aile bireylerine olan sorumluluklarının fazla olmasına bağlı olarak kendine daha az zaman ayırabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesi ve gebelik öncesi VKİ** ile karşılaştırıldığında; fazla kilolu olanların fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarının puanı normal kilolu olanlara göre daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.24, 4.26, 4.27, 4.28, 4.31). Safarzadeh ve arkadaşlarının 220 obez ve 220 normal kilolu gebeyle yaptıkları çalışmada, gebeliğin birinci trimesterinde yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol güçlüğü ve ağrı puanları obez kadınların normal kilolu kadınlara göre anlamlı derecede puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada gebeliğin üçüncü trimesterinde obez kadınların normal kilolu kadınlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (Safarzadeh, Boryri, Khojasteh, Navvabirigi, 2013). Amador ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin birinci ve üçüncü trimesterinde obez kadınların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanları obez olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak daha düşüktür (Amador, Juarez, Guizar, Linares, 2008). Doğan'ın çalışmasında obez kadınların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyondan aldıkları puan obez olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür (Doğan, 2012).

Çelikköz'ün çalışmasında obez olan gebelerle olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını ispatlamıştır (Çelikköz, 2015). Çalışmamızdaki sonuç diğer çalışmalarla benzerdir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesi ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında;** sigara içen gebelerin sigara içmeyenlere göre yaşam kalitesi daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31).

Kahraman'ın çalışmasında sigara içen gebelerin genel sağlık puanı içmeyenlere göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Kahraman, 2009). Çelikgöz'ün çalışmasında sigara içen gebelerin ağrı puanı içmeyenlere göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Çelikgöz, 2015). Arabacıoğlu çalışmasında gebelerin sigara kullanma durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmiştir (Arabacıoğlu, 2012). Sigara içme durumu genel olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olmakla birlikte çalışmamız literatür ile uyumlu olup, gebelikte sigara kullanımının da yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda **gebelik sayısı ile yaşam kalitesi** karşılaştırıldığında; gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin yaşam kalitesi daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Altıparmak çalışmasında gebelik sayısı ile yaşam kalitesini karşılaştırmış buna göre, ilk gebelik geçirenlerin daha fazla gebelik geçirenlere göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (Altıparmak, 2006). Arabacıoğlu'un ve Özçelik'in çalışmalarında gebelik sayısı ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır (Arabacıoğlu, 2012; Özçelik, 2010). Farklı çalışma sonuçları olsa da çalışma bulgumuz sonucunda gebelik sayısı arttıkça kadın sağlığının olumsuz etkilendiği ve yaşam kalitesinin de düştüğü söylenebilir.

Çalışmamızda **çocuk sayısı ile gebelerin yaşam kalitesi** karşılaştırıldığında; 2 ve üzerinde çocukları olan gebelerin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı hariç tüm yaşam kalitesi alt boyutların puanı daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Karataylı, Özçelik ve Çelikgöz'ün çalışmalarında gebelerin çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Karataylı, 2007; Özçelik, 2010; Çelikgöz, 2015). Bu sonucumuz diğer çalışma sonuçları ile benzer değildir. Bunun nedeni yaşam kalitesi üzerinde etkili olan farklı değişkenlerin olması ve çalışmaya dahil edilen gebelerin farklılığı ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda **yaşam kalitesi ile gebeliği planlama durumu** karşılaştırıldığında; gebeliği planlayanların enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puanlara göre yaşam kalitesi daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Kahraman, Altıparmak, Kılıçarslan ve Özçelik'in çalışmalarında gebeliği planlayan gebelerin planlamayanlara göre yaşam kalitesi anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kahraman, 2009; Altıparmak, 2006; Kılıçarslan, 2008; Özçelik, 2010).

Özer'in çalışmasında gebeliği planlı olanların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, genel sağlık puanları planlı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Özer, 2015).

Schwarz ve arkadaşları yaptığı çalışmada planlanmayan gebeliklerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir (Schwarz ve ark., 2008). Çalışmamız ve diğer çalışmalardaki benzer sonuçlar ışığında planlı gebeliklerin anne bebek uyumunu kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin **trimesteri** ile **yaşam kalitesi** karşılaştırıldığında; III. trimesterdeki gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Arabacıoğlu çalışmasında gebelik haftası arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının da arttığı gözlenmiştir (Arabacıoğlu, 2012). Mogren ve Pojhanen gebeliğin üçüncü trimesterinde anlamlı derecede yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmişlerdir (Mogren ve Pojhanen, 2005). Kahraman çalışmasında yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı dışındaki tüm boyutların puanının 3.trimesterde en düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir (Kahraman, 2009). Karataylı çalışmasında gebelerde gebelik haftası arttıkça yaşam kalitesinin bozulduğunu belirtmiştir (Karataylı, 2007). Yapılan çalışmalar ve bizim çalışma bulgumuza göre gebelikte yaşanan değişimler gebeliğin 3.trimesterinde daha belirgin olup bu değişimlerin gebelerin yaşam kalitesini düşürmektedir.

Çalışmamızda **gebeliğe eşlik eden bir hastalığı** olan gebelerin **yaşam kalitesi** karşılaştırıldığında; gebelikte eşlik eden hastalığı olanların yaşam kaliteleri olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0.05$) Tablo 4.24, 4.25, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Arabacıoğlu çalışmasında kronik hastalığı olan gebelerin olmayanlara göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Arabacıoğlu, 2012). Kılıçarslan çalışmasında var olan bir hastalığı olan gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (Kılıçarslan, 2008). Çalışmamız Arabacıoğlu ve Kılıçarslanın çalışması ile uyumlu olup, gebeliğe eşlik eden bir hastalığın varlığı ile gebelikte oluşan değişimler birlikte yaşandığında yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceğinden söz edilebilir.

Çalışmamızda kendini **uyandıktan sonra dinlenmiş hissedenden** gebelerin **yaşam kalitesi** alt boyutlarından fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı hariç diğer boyutların hepsinin puanı anlamlı derecede hissetmeyenlere göre daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.24, 4.26, 4.27, 4.28, 4.29, 4.30, 4.31). Buna göre gebe olmayan bireylerde ve gebelikte bireyin kendini dinlenmemiş hissetmesi durumu yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kesgin, Kublay, 2011).

6- SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

Çalışmamızda gebelerin %40.40'ının 30 yaş ve üstü ve yaş ortalaması ise 28.80 ± 6.12 olarak tespit edilmiştir.

Gebelerin toplam gebelik sayısı %47.40'ının 2-3 gebelik olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan ebelerin %47.40'ının III. trimesterde olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %15.80'i gebeliğe eşlik eden bir hastalığı olduğunu belirtmiştir ve bu hastalıklar içinde en sık %54.20 ile hipertansiyon, %23.00 ile diyabet olduğu saptanmıştır.

Gebelerin %90.70'i uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmediği ifade etmiştir.

Çalışmamızda PUKİ'ne göre gebelerin %57.80'inin kötü uyku kalitesinin olduğu saptanmıştır.

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği puan sıra ortalamaları 0.0-56.00 arasında olup, mental sağlık ve ağrı alt boyutu dışında yaşam kalitesi orta düzeyin altında olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin PUKİ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan kolerasyon analizine göre, uyku kalitesi kötü olanların yaşam kalitesinin de kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Çalışmamızda 30 yaş ve üzeri olan gebelerin uyku kalitesinin anlamlı ölçüde daha kötü olduğu, uykuya dalma süresinin daha uzun olduğu, uyku süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Çalışmamızda ilköğretim mezunu olan gebelerin diğer gebelere göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü, uykuya dalma süreslerinin daha uzun olduğu, uyku sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Çalışmamızda çalışmayan gebelerin uyku süresi çalışanların uyku süresinden anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışmamızda 5-8 kişilik ailede yaşayanların 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre uyku kalitesi ve öznel uyku kalitesi daha kötü ve uykuya dalma süreleri daha uzun, uyku süresi daha kısa, alışılmış uyku etkinliği puanı daha düşük, uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda sigara içen gebelerin içmeyenlere göre uyku bozukluğu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin gebelik sayısı daha az olanlara göre uyku kalitelerinin ve öznel uyku kalitesinin daha kötü, uykuya dalma süresinin daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu ve daha fazla uyku bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$)

Çalışmamızda çocuk sayı iki ve üzerinde olan gebelerin uyku kalitelerinin ve öznel uyku kalitelerinin daha kötü, uykuya dalma sürelerinin daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu, daha fazla uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda gebeliği planlı olmayanların uyku kalitesi daha kötü, uyku süresinin daha kısa olduğu ve uykuya dalmada sıkıntı yaşadıkları görülmüştür ($p<0.05$)

Çalışmamızda gebelerde trimesterlere göre uyku kalitesi incelendiğinde, III. trimesterde olan gebelerin I. ve II. trimesterde olan gebelere göre uyku kalitesi ve öznel uyku kalitesi daha kötü, uykuya dalma süresi daha uzun, uyku süresinin daha kısa olduğu ve daha fazla uyku bozukluğu yaşadıkları saptanmıştır. III. trimesterde olan gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre kötü uyku kalitesi riski 8.60 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebeliğe eşlik eden bir hastalığı olan gebelerin uyku kalitesinin ve öznel uyku kalitesinin daha kötü olduğu, uykuya dalmada sıkıntı yaşadıkları, uyku süresinin kısa olduğu, uyku bozukluğu fazla yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0.05$)

Çalışmamızda gebelerin uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissetmeyenlerin hissedenlere göre öznel uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, uykuya dalmada sıkıntı çektikleri saptanmıştır. Ayrıca uykuya dalma süresi fazla, öznel uyku kalitesi düşük, total uyku süresi daha az, alışılmış uyku etkinliği düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmamızda 30 yaş ve üstü olan gebelerin emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarının puanın düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)

Çalışmamızda ilköğretim mezunu olan gebelerin lise ve üniversite mezunu olan gebelere göre fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı, enerji puanın daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda 5-8 kişilik ailede yaşayan gebelerin 1-4 kişilik ailede yaşayanlara göre fiziksel fonksiyon, ağrı dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarındaki puanın anlamlı derecede daha küçük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda sigara içen gebelerin sigara içmeyenlere göre yaşam kalitesi daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebelerin yaşam kalitesi gebelik daha düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmamızda 2 ve üzerinde çocukları olan gebelerin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı hariç tüm yaşam kalitesi alt boyutların puanı daha düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebeliği planlayanların enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon rol kısıtlılığı ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puanlara göre yaşam kalitesi daha yüksektir ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebelerin III. trimesterdeki gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebelikte eşlik eden hastalığı olanların yaşam kaliteleri olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmamızda kendini uyandıktan sonra dinlenmiş hisseden gebelerin yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon rol kısıtlılığı hariç diğer boyutların hepsinin puanı anlamlı derecede hissetmeyenlere göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Öneriler;

Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar ışığında;

- 1.** Yaşı 35 ve üstü olan gebeler, ileri yaşın gebeliğe getireceği riskleri konusunda bilgilendirilmeli,
- 2.** Planlanmayan gebelikler, anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Kadınlara yönelik planlaması konusundaki eğitim hizmetleri artırılmalıdır. Kadınlar isteyerek ve planlayarak gebe kalmaları hakkında bilinçlendirilmesi,
- 3.** Ebeler gebe takibi sırasında gebelerin uyku kalitesini değerlendirmelidir. Gebelikte birlikte ortaya çıkan uyku sorunlaritespit edilmelive gebelere uyku hijyeni konusunda danışmanlık verilmesi,
- 4.** Uyku kalitesini iyileştirmek için doğuma hazırlık kurslarının içinde alternatif yaklaşımlar ve eğitim programları geliştirilmelidir. Gebelikte uyku kalitesini arttırmak için gebelere yardımcı olacak yöntemlerle ilgili olarak ebelere güncel eğitim programları uygulanması,
- 5.** Ebelerin gebelerin yaşam kalitesini değerlendirmeleri ve gebelikte birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek durumları belirlemesi ve çözüm önerileri sunabilmesi konusunda eğitilmesi,
- 6.** Gebelerin gebelikte birlikte yaşadığı uyku sorunları ve sağlık problemlerinin ve bunun yaşam kalitesine etkilerini araştırandaaha fazla çalışma yapılması,
- 7.** Gebelikte uyku kalitesi ve yaşam kalitesini yükseltmek için alternatif yöntemler geliştiren ebelerin uygulamalarından oluşan çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

Acartürk, G., Karaman, Ö., Köken, T., & Melek, M. (2008). *Hemodiyaliz Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu*. Bakırköy Tıp Dergisi. 4:8-13.

Ağargün, M.Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). *Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi.7(2): 107-115.
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tfrd/article/viewFile/5000109112/500010154>

Akça, F., Turan Ertem, Ü., Keser Özcan, N., Demir Işık, R., Savran, S. (2007). *Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar (s.41020)*.İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Akdemir, N., Birol, L. (2003). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Dinlenme uyku ve düzensizlikleri* (s. 129-39). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

Akdeniz, C., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Gülseren, Ş., Kültür, S. (1999). *Sağlık düzeyi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 9(2): 104-108

Aksu, M., Ogan Akyıldız, U., & Yılmaz, Z. (Ed.). (2014). *Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi*.

Altan Sarıkaya, N., Oğuz, S. (2016). *Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 7(2): 55-60.

Altıparmak, S. (2006). *Gebelerde sosyo-demografik özellikler,öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi*. TSK koruyucu hekimlik bülteni. 5 (6).

Amador, N., Juarez, JM., Guizar, JM., Linares, B. (2008). *Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study*, American Journal of Obstetrics &Gynecology, 198(2): 203-204.

Ammy, R. Wolfson, Kathryn A. Lee. (2009). *Pregnancy and the Postpartum Period. Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th edition. p: 1278-86.

Amasha, HA., Jaradeh, MS. (2012). *Effect of active and passive smoking during pregnancy on its outcomes*, Health Science Journal, 6(2): 335-352.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Arslan, E. (2006). Anemik Hastalarda Huzursuz Bacak Sendromu Prevalansı ve Anemi Derecesi ile Semptomların Şiddeti Arasındaki İlişki. Uzmanlık tezi. İstanbul. T.C. Sağlık Bakanlığı Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği. İstanbul.

Arabacıoğlu, C. (2012). Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Ayhan A, Durukan T, & Yüce KE. (Eds.). (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara :Güneş Tıp Kitapevi.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). *Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatri Dergisi. 8(4):280-7

Beşiroğlu, L., Ağargün, MY. (2006). *Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalıkla ilişkili ve genel etmenlerin rolü*. Türk Psikiyatri Dergisi. 17(3): 213-22

Bingöl, N.(2006). Hemsirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Sivas.

Biröl, L. (2004). *Hemşirelik süreci (s.51-92)*. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.

Black, J., Hawks, HJ., Keene, MA. (2003). *Foundations of Medical Surgical Nursing (s. 431-443)*. 6th Ed. England: Mosby.

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. Research*. 28(2): 193-213.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>

Carlin, A., Alfirevic, Z. (2008). *Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology*. 22(5):801-823.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Chamberlain, G., Morgan, M. (2002). *ABC of Antenatal Care*. BMJ Books, Fourth Edition. London.

Chandrahara, E., Arulkumaran, S. (2007). *Minor disorders in pregnancy*. In Arulkumaran S. (Ed.), *Essentials in Obstetrics*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.

Chandrahara, E., Arulkumaran, S. (2012). *Obstetric and Intrapartum Emergencies: A Practical Guide to Management*. In Chandrahara E.(Ed.), Publisher: Cambridge University Press, United Kingdom.

Chang, M., Brown, R., Nitzke, S., Smith, B., Eghtedary, K. (2015). *Stress, Sleep, Depression and Dietary Intakes Among Low-Income Overweight and Obese Pregnant Women*. *Matern Child Health*. 19: 1047-1059. DOI 10.1007/s10995-014-1604-y

Cemal, K., Mehmet A., K., İnan İ., A. (2015). *Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesi Gebe Polikliniğine Başvuran Kadınların Sigara İçme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları*. *İstanbul Med J*, 16: 133-6

Cunningham, FG., Leveno, KJ., Bloom, SL., Hauth, JC., Rouse, DJ., Spong, CY. (2010). (Eds) *Williams Obstetrik*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.

Çakmak, B., Fulya, Z., Karataş, MA., Özsoy, Z., Demirtürk, F. (2014). *Gebelikte huzursuz bacak sendromu, Perinatoloji Dergisi*. 22(1): 1-5

Çakırcalı E. (2000). *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar (s. 25-26)*. 3. Baskı, İzmir: E.Ü Basımevi.

Çetin, E. (2009). *İlköğretim öğrencilerinin uyku alışkanlıkları ile duyu davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Çelikköz, D.(2015). *Gebelikte uyku bozukluklarının yaşam kalitesine etkisi*. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Çiçek, MN., Mungan, MT. (2008). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Çoban, A., Yanikkerem, E. (2010). *Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi*. *Ege Journal of Medicine*, 49(2), 87-94.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Dhalwani, NN., Tata, LJ., Coleman, T., Fiaschi, L., Szatkowski, L. (2014). *A comparison of UK primary care data with other national data sources for monitoring the prevalence of smoking during pregnancy, Journal of Public Health AdvanceAccess*, 36(3): 1-8.

Drescher, KM., Monga, M., Williams, P., Promecene-Cook, P., Schneider, K. (2003). *Perceived quality of life in pregnant adolescent girls, Am J Obstet Gynecol*, 188(5): 1231-1233.

Decherney, AH., Nathan, L., Goodwin, TM. (2007). *Current Diagnosis and Treatment, Obstetrics & Gynecology*. Newyork, McGrawHill Medical.

Demir, U.A. (2007). *Obstruktif Uyku Apne Sendromu ve Obezite. Hacettepe Tıp Dergisi*. 38:177-193.

Demiryay, A. (2006). *Gebe Kadınları Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Afyon.*
[doi:10.1016/S1389-9457\(01\)00130-7](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(01)00130-7)

Dünya Sağlık Örgütü. (2012).
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf
erişim tarihi:15.04.2012

Doğan, R. (2012). *Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Eskişehir.*

Doğan, O., Ertekin, Ş., & Doğan, S. (2005). *Sleep quality in hospitalized patients. Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 107-113.

Durmazlar, SP., Atacan, D., Eskioğlu, F. (2007). *Gebelikte fizyolojik ve biyolojik deri değişiklikleri derleme. Kadın Doğum Dergisi*. 6; 1331-1334.

Edwards, N., Middleton, PG., Bylton, DM., Sullivan, CE. (2002). *Sleep Disorderedbreathing and pregnancy*. 57: 55-58.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Efe, H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği. İstanbul.

Erdem, N. (2005). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevseme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Eryavuz, N.(2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Afyon.

Eser, E., Yüksel, H., & Sieberer, U.R. (2008). *Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 19 (4):409-417.*

Eser, E., Fidaner, H., & Göker E. (1999). *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREEF' in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi. 2: 23-40.*

Eser, E. (2006). *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi. 1(2):1-5.*

Facco, F. L., Kramer, J., & Grobman, W. A. (2010). *Sleep disturbances in pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 115(1), 77-83.*

Fairly Hamilton, D. (2004). *The Mother and fetus in pregnancy. (2 th Ed.). Obstetrics and Gynecology içinde (s. 83-94). London.*

Fidaner, C. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: bir giriş denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu özet Kitabı s.1, İzmir.

Gabbe, GS., Nieblyl, JR. ve Simpson, JL. (Ed.). (2009). *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Ankara: Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri.*

Gibbs, SR., Kartan, YB., Hansey, FA., Nygaard, I. (Ed.). (2010). *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.*

Grant, M. ve Rivera, ML. (1990). *Evaluation quality of life in oncology and Oncology Nursing. Quality of Life in Oncology and Oncology Nursing ,646.*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Guilleminault, C., Kreutz, M., Chang, J.L. (2004). *Pregnancy, sleep disordered breathing and treatment with nasal continuous positive airway pressure. Sleep Med.* 5:43-51.

Güleç, G. (2003).
<http://uykubozuklugu.uludag.edu.tr/dersnotlari001htm>. 22.12.2010.

Güler, D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi. İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Göktaş, E., Çeli, F., Özer, H., Gündüzoğlu, NÇ. (2015). *Obez bireylerin uyku kalitesini belirlenmesi, DEUHFED*, 8(3): 156-161.

Helli, A., Dolapçioğlu, K., Çekiç, Ç. (2011). *Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. Türk Üroloji Seminerleri.* 2:121-123.

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.

Hutchison, B.L., Stone, P.R., & Mitchel, E.A. (2012). *A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth.* 12: 144.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. (2010). Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care.* 33(3):676-682

Izci, B., Vennelle, M., & Douglas, N. J. (2006). *Sleep-disordered breathing and upper airway size in pregnancy and post-partum. European Respiratory Journal*, 27(2), 321-327.

İmamoglu, D.N. (2005). *Anne Kanındaki Demir, Total Demir Baglama Kapasitesi ve Ferritin Düzeylerinin Fetal degerler ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Dogumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul.*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kahraman, S. (2009). Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması, Yüksek Lisans tezi, Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

Kamysheva, E., Skouteris, & Milgrom, J. (2010). *A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. Journal of Affective Disorders.* 123(1-3),317-320.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.015>

Kapsimalis, F., Kryger, M. (2009). *Sleep breathing disorders in the U.S. female population. J Womens Health (Larchmt).*18: 1211-9.

Karataylı, S., Gezginç, & Çilli, A.S. (2010). *Gebelikte Trimesterler Arası Depresyon Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Gynecol Obstet Reprod Med.* 16:79-83

Karataylı, S. (2007). Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Uzmanlık tezi, Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya.

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

Katz, VL., Gibbs, SR., & Nygonard, I. (2010). *Danforth's Obstetric ve Gynecology. Prenatal Bakım İçinde: Ayhan A (Çeviri Editörü). Obstetrik ve Jinekoloji.* İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri

Kesgin, M.T., Kublay, G. (2011). *Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 41-49

Kısa, C., Yıldırım, SG. (2004). *Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi.* 4:30-75.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kılıçarslan, S. (2008). Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Uzmanlık tezi.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Edirne.

Kızılırmak, A., Timur, S., Kartal, B. (2012). *Insomnia in Pregnancy and Factors Related to Insomnia*. The ScientificWorld Journal. 1-8.
doi:10.1100/2012/197093

Kimya, Y., Cengiz, C. (2001). *Gebelike bağlı Annedeki Sistemik Degisiklikler*.In:Medikal Network,Berksaç MS, Maternal Tıp ve Perinatoloji (s:676-792).Ankara.

Kiper, S.(2008). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Degerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Afyon.

Ko, S.H., Chang, S.C., & Chen, C.H. (2010). *A Comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women*. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 23-30.

Köken, G., Coşar, & Yilmazer, M. (2009). *Erken Gebelikte Bulantı ve Kusmaya Etki Eden Faktörler*. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 6(2), 92-98.

Kömürcü, N. (2010). *Perinataloji Hemşireliği Kitabı*. 1.Baskı. Bakanlık Yayını No: 767.

Köybaşı, EŞ. (2013). Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

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

Küçük, M., Yavaşoğlu, İ., & Bolaman, Z. (2011). *Gebelik ve hematoloji*. *Nobel Medicus*. 7; 1017.

Küçükkömürcü, Ş., Özakin, C., & Özyürek, EŞ. (2006). *Hiperemezis Gravidarum ve Helicobacter Pylori: Derleme*. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 3(4) 235-241.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Lafçı, D. (2009). Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana.
- Lee, KA. (2003). "Impaired sleep," in *Pathophysiological Phenomena in Nursing*. V. Carrier-Kohoman, C. M. Lindsey, and C. M. West, (Eds., pp. 363–385), WB Saunders, St. Louis, Mo, USA.
- Lee, KA.,& Gay, CL. (2004). Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 191(6), 2041–2046.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.086>
- Lee, KA., Zaffke, ME., Mcenany, G. (2000). *Parity and sleep patterns during and after pregnancy*, *Obstetrics & Gynecology*, 95(1): 14-18.
- Levend, JK., Cunningham, GF., & Roberts, WS. (2010). *Williams Obstetrik El Kitabı*. Edt. Önderoğlu LS, Öztüncü Ö, Bozdağ G, Salman MC. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Louis J, Auckley D, Bolden N. (2012). *Management of obstructive sleep apnea in pregnant women*. *Obstet Gynecol*. 119: 864-8.
- Lopes, EA., Carvalho, LB., & Prado, LB. (2004). *Sleep disorders in pregnancy*. *Arq Neuropsiquiatr*. 62:217-21.
- Magee, LA., Chandra, K., & Guyatt, GH. (2002). *Development of Health Related Quality of Life Insurument for Nausea and Vomiting of Pregnancy*.*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(5):232-238.
- Manconi, M., Govoni, V.,& Granieri, E. (2004). *Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome*. *Sleep medicine*, 5(3),305-308.[doi:10.1016/j.sleep.2004.01.013](http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2004.01.013)
- Marakoğlu, K., Sezer, RE. (2003). *Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı*. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25: 157-64.
- Mckee, MD., Cunningham, M., & Zayas, L. (2001). *Health-related functional status in pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in A Multi-Ethnic Population*. *Obstetric and Gynecology*. 97:988-993.
- Mc Daniel, RW, Bach, CA. (1994). *Quality of life; a concept analysis*. *Rehab Nurs Res*. 3(1):18-22.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Mendelson, W. (2007). *Uyku bozuklukları*. (s. 20222034). (Çev. Özgen F, Aydın H). Sadock B, Sadock V. Eds. (Aydın H, Bozkurt A. Çev Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi.

Mete, S. (Ed.). (2008). *Doğum Öncesi Bakım*, Kadın Sağlığı (sf:454-470, 489-500). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.

Mindel, J.A, Cook, R.A., Nikolovski, J. (2015). *Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy*. Sleep Medicine. (16): 483-488.

Mogren, IM., Pohjanen, AI. (2005). *Low back pain and pelvic pain during pregnancy prevalence and risk factors*, Spine, 30(8): 983-991.

Naud, K., Ouellet, A., Brown, C., Pasquie,r JC., Moutquin, JM. (2010). *Is Sleep Disturbed In Pregnancy?* J Obstet Gynaecol Can. 32(1): 28-34.

Naghi, I., Keypour, F., Ahari, SB., Tavalai, SA., Khak, M. (2011). *Sleep Disturbance In Late Pregnancy And Type And Duration Of Labour*. J Obstet Gynaecol. 31(6): 489-91.

Nansel, TR., Doyle, F., & Zhang, J. (2005). *Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 34(4): 473-481.

Ngai, FW., Chan, SW. (2012). *Stress, Maternal Role Competence, and Satisfaction Among Chinese Women in The Perinatal Period*. Research in Nursing Health. 35,1: 9-30.

Neau, JP., Texier, B., Ingrand, P. (2009). *Sleep and vigilance disorders in pregnancy*, European Neurology, 62(1): 23-29.

Nihal, T. (2011). *Gebelik ve Uyku Kalitesi*. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (J Turk Soc Obstet Gynecol). 8(3): 181- 7.

Okun, M.L., Tolge, M., Hall, M. (2014). *Low Socioeconomic Status Negatively Affects Sleep in Pregnant Women*. JOGNN. 43, 160-167.
DOI: 10.1111/1552-6909.12295

Okun, ML., Kline, CE., & Hall, M. (2013). *Prevalence of sleep deficiency in early gestation and its associations with stress and depressive symptoms*. J Womens Health (Larchmt). 22: 1028-37.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ölüç, F. (2007). Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne.
- Ölçer, Z., Bozkurt, G., (2014). *Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2(3): 334-344.
- Ölmez, S., Keten, H.E., & Kardaş, F. (2015). *Gebelerde uyku kalitesi ve genel uyku düzenini etkileyen faktörler. Turk Soc Obstet Gynecol.* 1:1-5
- Özçelik, G. (2010). *Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi.* Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Özkan, Z. (2012). *Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.*
- Özer, K. (2015). *Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.*
- Pesavento, F., Marconcini, E., Drago, D. (2005). *Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy, Analysis of a sample of 100women, MinervaGinecol,* 57(4): 451-460.
- Pınar, R. (1995). *Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Hemşirelik Bülteni.* 9: 85-95.
<http://edergi.marmara.edu.tr/marumj/article/view/5000128823/5.000.118.234>
- Pınar, Ş.E., Arslan, Ş., & Dağlar, G. (2014). *Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 7(3), 171-177.
<http://www.deuhyoedergi.org>
- Pien, G.W., Schwab, R.J. (2004). Sleep disorders during pregnancy. *Sleep,* 27(7), 1405-1417.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Polat, B., Hanoğlu, L. (2013). *Uyku ve bilişsel işlevler. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*. 6:39-45.

Porkka-Heiskanen, T., Zitting, KM., Wigren, HK. (2013). *Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. Acta physiologica*. 208(4):311-28.

Potter, AP., Perry, AG. (2003). *Basic Nursing Essential for Practice* (5th Ed., s. 689-706). England: Mosby.

Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. (2000). *Obstet Gynecol*. 183(1):1-22.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920346>

Reutrakul, S., Zaidi, N., Wroblewski, K., Kay, HH. & Van Cauter, E. (2011). *Sleep Disturbances And Their Relationship To Glucose Tolerance In Pregnancy*. *Diabetes Care*. 34(11): 2454-7.

Rezaei, E., Moghadam, Z.B., Saraylu, K. (2013). *Quality of Life in Pregnant Women with Sleep Disorder*. *Journal of Family and Reproductive Health*. 7 (2): 87-93.

Rezaei, E., Moghadam, Z.B., & Dehghannayeri, N. (2014). *The impact of sleep healthy behavior education on the quality of life in the pregnant women with sleep disorder: A randomized control trial in the year 2012*. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 19(5): 508-516.

Read, J. (1999). *ABC of sexual health-sexual problems associated with infertility pregnancy and ageing*. *British Medical Journal*. 318:587-579.

Safarzadeh, A., Boryri, T., & Navvabirigi, SD. (2013). *Evaluation of quality of life and pregnancy outcome in overweight pregnant women in Zahedan, JPain Relief*. 2(3): 2-4.

Sarah, LB., Benjamin, JS., & Virginia, A. (2007). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç içinde, Klinik Psikiyatri El Kitabı*, 8. Baskı. (Ed., 3: 2305-2314), Ankara: Güneş Kitabevi.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Sarınc, S., Ünlü, M. (2014). *Gebelikte Uyku Sorunları.Guncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2 (2): 237-244*

Sarıyıldız, T., Akdağ, T. (2013). *Some haematological and metabolic changes observed in pregnancy.Journal of Clinical and Analytical Medicine. 4; 245-248.*

Sharma, S., Franco, R. (2004). *Sleep and its diorders in pregnancy. Wisconsin Medical Journal, 103(5), 48- 52.*

Scott, F.R., Laird, B. (2004). *Obstruktive Sleep Apne in Pregnancy. JABFP. 17:292-94.*

Schwarz, EB., Smith, R., & Caughey, AB. (2008). *Measuring The Effects of Unintended Pregnancy on Women's Quality of Life. Contraception. 78:204-210.*

Schneider, S., Maul, H., & Pötschke-Langer, M. (2008). *Public Health 122: 1210-6.*

Signal, TL., Gander, PH., & 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.*

Sunal, N., Demiryay, A. (2009). *Gebe Kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12): 99-110.*

Sönmez, S. (2006). *Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde, Horlama, uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi. Bursa.*

Srivanitchapoom, P., Pandey, S., Hallett, M. (2014). *Restless legs syndrome and pregnancy: a review. Parkinsonism & related disorders. 20(7):716-22.*

Şahin, F. K., Köken, G., & Ünlü, M. (2007). *Gebelerde Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 4(4), 246-9.*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Şahin, FK., Köken, G., &Ünlü, M. (2008). *Gebelikte uyku apne sendromu ve eşlik eden hastalıklar, Türk Jinekoloji veObstetrik Derneği Dergisi*, 100(2): 141-146.

Şahin, M. (2006). 14-17 yaş arası lise öğrencilerinde uyku bozukluğu ve risk faktörlerinin sıklığının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniği. İstanbul.

Şahsıvar, M.Ş., Marakoğlu, K. (2010). *Riskli Gebelerde Depresyon ve Yaşam Kalitesini Değerlendiren Bir Vaka-Kontrol Çalışması. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 30(3):871-9.*

doi: [10.5336/medsci.2008-9824](https://doi.org/10.5336/medsci.2008-9824)

Şahsıvar, MŞ. (2007). Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya.

Şenel, F.(2005). *Uyku ve Rüya. Bilim ve Teknik Dergisi*. 2:214.

Şenol, Y. (2006). *Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin*. 5 (5):382- 389

Şirin, A. (2008). *Kadın Sağlığı*, 1.Baskı. İstanbul: Berday Yayıncılık.

Tantrakul, V., Sirijanchune, P., Panburana, P., Pengjam, J. & Guillemineault, C. (2015). *Screening of Obstructive Sleep Apnea during Pregnancy: Differences in Predictive Values of Questionnaires across Trimesters. Journal of Clinical Sleep Medicine*. (11): 2, 157-163.

Taşdemir, S., Balcı, E., Günay, O. (2010). *Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey, Upsala Journal ofMedical Sciences*, 115(4): 275-281.

Taskın, L. (2003). *Gebelikte Annenin Fizyolojisi, In: Dogum ve Kadın SağlığıHemsireliği*, (6:65-75).Ankara :Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemsireliği.*, 7. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

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

Taşkıran, N. (2011). *Gebelik ve uyku kalitesi.Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 8(3):181-187.

Taylor, C., Lillis, C., Priscilla, LM. (2001). *Fundamentals of the Nursing* (4th Ed.,s. 1013-1036). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

Terci, A. (2001). *Gebe ve gebelik. İç Hastalıkları Kitabı*. (s: 317-328). İzmir-Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi.

Tetikurt, C. (2000). *Respiratory Physiology İn Pregnancy. Cerrahpaşa Journal of Medicine.Vakıf Gureba Eğitim ve Arastırma Hastanesi*. 31 (2): 118-122.

Tononi, G., Cirelli, C. (2009). *Sleep function and synaptic homeostasis. Sleep Medicine Reviews*.10:49-62.

Türk Ebeler Derneği, (2011). Ebeler derneği tarihçesi. Retrieved from <http://www.turkebelerderneği.com/index.php?option.Com>

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 2009. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>

Türkiye İstatistik Kurumu, İşgücü İstatistikleri, Haziran 2016 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21573>

Ursavaş, A., Ege, E. (2004). *Uyku apne sendromu ve trafik kazaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30(1):37-41.

Ursavaş, A., Karadağ, M. (2009). *Sleep breathing disorders in pregnancy, Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 57(2): 237-243.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Ünver, H. (2014). Gebelerde Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya.

Van Dongen, HP., Maislin, G., & Dinges, DF. (2003). *The cumulative cost of additional wakefulness: doseresponse effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. Sleep.* 26:117-26.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care,* 30, 473-83.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>

Wolters, SJ., Munra, JR., Brazier, JE. (2001). *Using the SF-36 whith older adults: a crossectional community-based survey. Age Ageing.* 30:337- 43.

Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır, N. (2002). *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar* (s. 18, 1219, 5359, 8688, 76), 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Yanikkerem, UE. (2009). Gastroözofageal Reflüsü Olan Gebelerde Hemşirelik Yönetiminin Yaşam ve Uyku Kalitesi ile İlaç Kullanımına Etkisi, Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Yılmaz, SD., Beji, NK. (2010). *Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi,* 20(4): 137-142.

Yoshida, CM. (2003). *Pregnancy and the GI tract. In: AGA postgraduate course book* (s.553-561). Orlando.

Yücel, A. (2001). *Gebelikte Maternal Fizyoloji,* In:Berksaç MS, Maternal Tıp vePerinatoloji, Medikal Network (s:1025-1039). Ankara.

Zahra, B.M., Elham, R. (2014). *The Prevalence of Depression in Pregnant Women with Sleep Disorder. J Psychiatry.* 17: 6.

Ekler Dizini

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı “Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bu araştırma da gebelik süresince uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçları, durum tespiti ile birlikte gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi bozulduğunda anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi için erken önlem alma ve çözüm bulma sürecine katkıda bulunacaktır.

Çalışmamızda size herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Çalışmamızda herhangi bir deneysel uygulama olmayacaktır. Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur. Çalışmamız da size anket uygulaması ile sorular sorulacaktır. Bu araştırmada olmanız nedeniyle herhangi bir ödeme sizden talep edilmeyecektir.

Çalışma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevap vermek ve araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır ve tıbbi amaçlı değildir. Bu yüzden size araştırma sonuçlarına göre açıklayıcı bilgi verilecektir.

Çalışma sonuçları, durum tespiti ile birlikte gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi bozulduğunda anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi için erken önlem alma ve çözüm bulma sürecine katkıda bulunacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında gönüllülük esasına dayanarak istediğiniz zaman çıkabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmacı, soruları gerçekçi şekilde cevaplamamanız, çalışma programını aksatmanız veya araştırmaya alınacak niteliklere uymamanız vb. nedenlerle isteğiniz dışında, ancak bilginiz dahilinde de sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz durumunda sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

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.

Araştırmaya katıldığınızda yeni bilgiler eklendiğinde araştırmacı tarafından zamanında iletişime geçilerek bilgilendirileceksiniz.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0539 509 60 71nolu telefondan 24 saat Yasemin Özhüner' e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakikadır.

Çalışmaya katılacak olan ortalama 386 gönüllüdür.

Bu bir anket çalışmasıdır. Araştırmaya katılma kriterlerine sahip kişiler eğer gönüllü iseler araştırmaya katılacaklardır. Bu çalışmada araştırma amaçlı biyolojik materyal alımı yoktur. Bu çalışmada araştırma amaçlı biyolojik materyal alımı ve analizi söz konusu değildir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen Yasemin Özhüner tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,
Adı Soyadı:
İmzası:
Tarih :

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin,
Adı Soyadı:
İmzası:
Tarih:

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının,
Adı Soyadı:
İmzası:
Tarih:

Gerekliyse yasal temsilcinin,
Adı Soyadı:
İmzası:
Tarih:

EK-2: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Kararı



ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

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

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşirciliği Anabilim
Dalı

**Prof. Dr. Setenay DİNÇER
ÖNER**
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim
Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruhsal Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Koray HARMANCI
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi
Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

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

Sayı: 80558721/G - 101
Konu: Karar – Yüksek Lisans Öğr.Yasemin ÖZHÜNER

28 Nisan 2016

Sayın; Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇELİK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

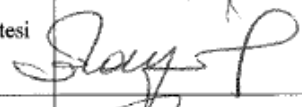





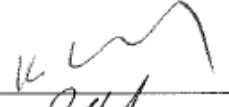

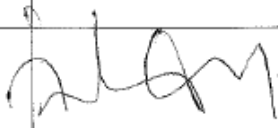
Prof. Dr. Ömür SAYLIGİL
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
KARAR FORMU

Başvuru Tarihi: 15.01.2016	Çalışmanın Başlığı: Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi – Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇELİK (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin ÖZHÜNER (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 09.02.2016	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1. Etik Kurul onay süreci dikkate alınarak çalışmaya ilişkin tarihler düzenlenmelidir.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu yeniden hazırlanmalıdır. Başında gönüllü katılmaya dair bir hitap olmalıdır.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda çalışmaya katılma ile uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi şeması ve bunların olası yarar ve riskleri nelerdir? Sorusu altında yer alan son açıklama cümlesi çıkarılmalıdır. Hangi durumda çalışmaya katılması sona erdirilir? Sorusu ve altında yer alan ifade çıkarılmalıdır. Bu bir anket çalışmasıdır. Araştırmaya katılma kriterlerine sahip kişiler eğer gönüllü iseler araştırmaya katılacaklardır. Çalışmaya katıldığında elde edilecek olan biyolojik materyaller hangi amaçla kullanılacaktır soru ve yanıtı çıkarılmalıdır. Bu çalışmada araştırma amaçlı biyolojik materyal alımı yoktur. Çalışmada kullanılacak biyolojik materyal analizleri yurtdışında yapılacak mıdır? Soru ve yanıtı çıkarılmalıdır. Bu çalışmada araştırma amaçlı biyolojik materyal alımı ve analizi söz konusu değildir.
Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi: 01.03.2016	Yrd.Doç.Dr.Neşe ÇELİK'in cevabı "Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlığı ile daha önce başvuruda bulunduğum çalışma hakkında etik kurulunuz tarafından yapılan inceleme sonucunda öngördüğünüz görüşlerinize ilişkin gerekli değişiklikler yapılmış ve ekte sunulmuştur. Gereğini saygılarımla bilgilerinize arz ederim
Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi: 22.03.2016	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu düzeltilmelidir. 4.Paragraf, 7. paragraf yeniden dikkatle ele alınmalıdır. Gönüllüler için tehdit olarak algılanabilecek ifadeler bahsi geçen paragraflardan çıkartılmalıdır.

<p>Çalışmacılardan gelen düzeltme metni tarihi:</p> <p>04.04.2016</p>	<p>Yrd.Doç.Dr.Neşe ÇELİK'in cevabı</p> <p>“Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlığı ile daha önce başvuruda bulunduğum çalışma hakkında etik kurulunuz tarafından yapılan inceleme sonucunda öngördüğünüz görüşlerinize ilişkin gerekli değişiklikler yapılmış ve ekte sunulmuştur. Gereğini saygılarımla bilgilerinize arz ederim.</p> <p>Ek: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu</p>
<p>Çalışmanın değerlendirildiği ikinci toplantı tarihi:</p> <p>18.04.2016</p>	<p>Sonuç:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda yer alan (4 ve 5. Paragraflar birleştirilmiştir) (6 ve 7. Paragraflar birleştirilmiştir) ifadeleri metin içinden çıkartılmalıdır. Bu düzeltme yapıldıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu aynı içerikle kullanılabilir. 2. Araştırma süresince hasta haklarına uyum zorunludur. 3. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken tedbirler alınmalıdır. 4. Araştırmada kayıtların gizliliği esastır. 5. Helsinki Bildirgesi 2013'e göre “araştırmacı katılımcı kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerin gizliliğini korumak için her türlü önlemi almak zorundadır. 6. Araştırmacılar Helsinki Bildirgesi (2013) ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzunun son versiyonunu imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir. 7. Araştırmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili oldukları anlaşılmaktadır.
<p>Karar Tarihi:</p> <p>18.04.2016</p> <p>Karar No: 08</p>	<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇELİK (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) ve Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin ÖZHÜNER (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen “<i>Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</i>” başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmacılara başarılar dileriz.</p>

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

	Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1	Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2	Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3	Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4	Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı	
5	Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6	Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7	Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8	Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9	Prof. Dr. Koray HARMANCI	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk İmmünolojisi ve Allerjisi Bilim Dalı	
10	Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11	Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12	Av. Önder CAN	Hukuk	

EK-3: Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Alınan Çalışma İzin Belgesi



T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü



3

Sayı : 14198468/772.02
Konu : Anket İzni

ESKİŞEHİR ODUNPAZARI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

İlgi: Osmangazi Üniversitesi'nin 01.06.2016 tarihli ve 509 sayılı yazısı

İlgi yazı gereği Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı 522720140003 numaralı öğrencisi Yasemin ÖZHÜNER'in "Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma talebi incelenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmekte olup bununla birlikte, Aile Sağlığı Merkezinde ve Toplum Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, Aile Sağlığı Merkezinin işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, mesai saatleri içerisinde ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuş olup Toplum Sağlığı Merkezimize bağlı Emek, Vadişehir, ESOĞÜ Aile Sağlığı Merkezlerine bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Yavuz Selim KÜÇÜK
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

ODUNPAZARI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	
GELEN EMİAK	
Evrak Tarihi ve No:	
Kayıt No:	1079-772-02
Kayıt Tarihi:	06.06.2016

ASİM
Süventi Elektronik İmza
Ayrıca Ayni İmza
Asım KARADAĞ
Birim Görevlisi
15.06.2016

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi Arifiye Mahallesi İkiyıldız Caddesi no:2 Odunpazarı/
ESKİŞEHİR İrtibat: B.S. GÜL

Faks No:0222 221 57 28

e-Posta:burcinsati.gul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0222 230 73 20 - 1202

Evrakın elektronik imza suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bde667b6-7e38-4e1d-b180-17f2feebbf7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Burçin Satır GÜL

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0222 230 73 20 - 1202

EK-4: Anket Formu

1. Yaşınız:.....

2. Boyunuz:.....

3.Kilonuz:.....

4. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur yazar değil
- b) Okur yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

5. Mesleğiniz?

- a) Ev hanımı / çalışmıyor
- b) Memur
- c) Özel bir şirkette çalışıyor
- d) Emekli
- e) Diğer

6. Nerede yaşıyorsunuz?

- a) şehir
- b) ilçe
- c) kasaba
- d) köy
- e) yurt dışı

7. Sosyal güvenceniz?

- a) var
- b) yok

8. Ailede meskeninde yaşayan birey sayınız:

9. Aylık net geliriniz?

- a) < 500 YTL
- b) 500-1000 YTL
- c) 1000-2000 YTL
- d) 2000 YTL ve üzeri

10. Sigara kullanıyormusunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Kullanıyorsanız kaç yıldır günde kaç tane tüketiyorsunuz:.....

12. Gebelik öncesi kilonuz:.....

13. Şu anki gebeliğiniz kaçınıcı gebeliğiniz:.....

14. Toplam gebelik sayınız:.....

15. Yaşayan çocuk sayısı:.....

16. Düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelikleriniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

17. Varsa türünü ve sayısını belirtiniz:.....

18. İsteyerek/ Planlayarak mı gebe kaldınız?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Şu andaki gebelik haftanız:.....

20. Gebeliğiniz boyunca kaç kez doktora gittiniz:.....
21. Düzenli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?
a) Evet b) Hayır
22. Gebeliğunuze eşlik eden bir hastalığınız var mı?
a) Var b)Yok
23. Cevabınız var ise türünü belirtiniz.
a) KBY
b) Hipertansiyon
c) Preeklampsi
d) Eklampsi
f) Kalp yetmezliği
e) HELP sendromu
f)Diyabet
g) Diğer.....
- 24.Daha önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasında süre ne kadardır?
a) 9 ay -12 ay b) 13-24 ay c) 25-36 ay d) 36 ay ve üzeri
25. Gebeliğiniz boyunca hiç uyku ilacı kullandınız mı?
a) Evet b) Hayır
26. Gebelik öncesi uyku ilacı kullandınız mı?
a) Evet b) Hayır
27. Gebelik öncesi uykularınız düzenli miydi?
a) Evet b) Hayır
28. Uyandıktan sonra kendinizi dinlenmiş hissediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 29.Yatmadan önce uykuya dalmak için yaptığınız alışkanlıklar var mı?
a) Yemek yemek b) Egzersiz yapmak
c) TV izlemek/ müzik dinlemek d) Diğer....
- 30.Uyku problemi yaşadığınızda bitki çayı kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 31.Cevabınız evet ise hangi bitki çaylarını tüketiyorsunuz?
.....

EK-5: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

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

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1.Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?	GENEL YATIŞ SAATİ:.....
2.Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?	DAKİKA:.....
3.Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?	GENEL KALKIŞ SAATİ:.....
4.Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)	BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT

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

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?				
	Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?				
(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?				
(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?				
(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?				
(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?				
(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?				
(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?				
(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?				
(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?				
(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 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 boyunca hiç	{ } haftada birden az	{ } haftada bir veya iki kez	{ } haftada  veya daha fazla
9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeterli 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-6: YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

1.Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2.Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3.Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamı yor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Özgeçmiş

Bireysel Bilgiler

AdıSoyadı: YASEMİN ÖZHÜNER
Doğum tarihi ve yeri: 27.02.1984 Eskişehir
Uyruğu: T.C.
Medeni durumu:Bekar
İletişim adresleri: canannury@hotmail.com.tr

Eğitim Durumu

Lisans: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü-2010

Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ebelik (Devam ediyor)

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim:

Mahmudiye Devlet Hastanesi-Ebe/2011-2013
Evde Sağlık Hizmetleri-Ebe/2013-2016
Vadişehir Aile Sağlığı Merkezi 2016-Halen

Bilimsel Etkinlikler

1.Uluslararası-5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi/2014

Sertifikalar

İlkyardımcı Sertifikası/2015
İş Güvenliği Sertifikası/2015

