

2015

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ÇELİKGÖZ



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE UYKU BOZUKLUKLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ÇELİKGÖZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

ANKARA, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE UYKU BOZUKLUKLARININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ÇELİKGÖZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

ANKARA, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Dilek ÇELİKGÖZ

Yüksek Lisans Tezi

19.11.2015

Tez Danışmanı Adı
Doç.Dr. Gül PINAR

Jüri Üyelerinin Adları
Doç.Dr. Gül PINAR

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Müzeyyen ARSLAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı
Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

19.11.2015

Dilek ÇELİKGÖZ



TEŐEKKÜR

Çalıőmamın konusunun belirlenmesi, çalışmanın planlanması, sürdürülmesi ve yazımı esnasında bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, gösterdiği ilgi, zaman ve anlayıő için danıőman hocam *Doç. Dr. Gül PINAR'a*,

Sabrı, sevecenliği, tezimin her adımında beni yönlendiriő en önemlisi beni hiç yalnız bırakmadığı için sevgili hocam *Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e*,

Her zaman yardımlarını aldığım yüksek lisans dönem arkadaşlarım; *Ebru İNAN KIRMIZIGÜL, Melek KOÇ, Handan ORAL, Yeőim ASLANTÜRK* ve özellikle *Gonca Karataş BARAN'a*,

İstatistik analizler sırasındaki danıőmanlığı ve yardımlarından dolayı *Sayın Ahmet GÜL'e*,

Anketlerimde yardımcı olan sevgili kardeőim *Esra KETEN'e*,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm gebelere,

Eğitim sürem ve tez çalışmam boyunca desteğini aldığım annem *Fatma KETEN'e*, babam *Mustafa KETEN'e*, eőim *Hasan Hüseyin ÇELİKGÖZ'e* ve benimle birlikte yüksek lisans yapan oğlum *Muhsin ÇELİKGÖZ'e*

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Amaç.....	2
1.3. Hipotezler.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelikte Maternal Fizyoloji.....	3
2.1.1. Sistemlere Göre Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler.....	3
2.1.1.1. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	3
2.1.1.2. Solunum Sistem Değişiklikleri.....	3
2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	4
2.1.1.4. Üriner Sistem Değişiklikleri.....	4
2.1.1.5. Hematolojik Sistem Değişiklikleri.....	4
2.1.1.6. Santral Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	4
2.1.1.7. İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	5
2.1.1.8. Memedeki Değişiklikler.....	5
2.2. Uyku.....	5

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri.....	5
2.2.2. Uykunun Fizyolojisi.....	6
2.2.3. Uykunun Evreleri.....	6
2.2.3.1. Yavaş Uyku Devresi – NREM.....	7
2.2.3.2. Hızlı Uyku Devresi – REM.....	8
2.2.4. Uyku Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim).....	8
2.2.5. Uyku Gereksinimi.....	9
2.2.6. Uykunun İşlevi.....	9
2.2.7. Uyku Kalitesi.....	9
2.2.8. Gebelik Dönemi ve Uyku Sorunları.....	9
2.2.8.1. Uykuda Solunum Bozuklukları ve Gebelik.....	12
2.2.8.2. Huzursuz Bacak Sendromu ve Gebelik.....	14
2.2.8.3. İnsomnia ve Gebelik.....	16
2.2.8.4. Parasomnia ve Gebelik.....	17
2.2.8.5. Narkolepsi ve Gebelik.....	18
2.2.9. Uyku Problemi Olan Gebelerde Hemşirelik Yaklaşımları.....	18
2.2.10. Uyku Hijyeni.....	20
2.3. Gebelik ve Yaşam Kalitesi.....	21
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	21
2.3.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar.....	22
2.3.2.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması.....	22
2.3.2.2. İşlevsel Durum.....	22
2.3.2.3. Ruhsal Durum.....	22

2.3.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	22
2.3.3. Hemşirelik ve Yaşam Kalitesi.....	23
2.3.4. Gebelikte Yaşam Kalitesi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	27
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	27
3.4. Örneklem Seçim Kriterleri.....	28
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	28
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
3.7. Veri Toplama Araçları.....	29
3.7.1. Bireysel Bilgi Formu.....	29
3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	30
3.7.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Short Form Health Survey).....	31
3.8. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34

4.3. Gebelerin Hastalıklarına ve Gebelikteki Sorunlarına İlişkin Bulgular...	36
4.4. Gebelerin Uyku ve Diğer Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	38
4.5. Gebelerin Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular.....	40
4.6. Gebelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular.....	71
5. TARTIŞMA.....	88
5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	88
5.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine İlişkinin Bulguların İncelenmesi.....	90
5.3. Gebelerin Hastalıklarına ve Gebelikteki Sorunlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	92
5.4. Gebelerin Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	94
5.5. Gebelerin Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	96
5.6. Gebelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
7. KAYNAKLAR.....	110
8. EKLER.....	126
EK-1. ETİK KURUL RAPORU.....	126
EK-2. KURUM ONAYI.....	127
EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	128
EK-4. BİREYSEL BİLGİ FORMU.....	129
EK-5. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ).....	133
EK-6. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	136
ÖZGEÇMİŞ.....	139

ÖZET

Gebelerde Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Annelik gebelik ve doğumla başlayıp kadının yaşamı boyunca devam eden doğal bir olay olmasına rağmen fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Bu değişiklikler arasında günlük yaşam kalitesi ve gebelik seyrini etkilemesi bakımından uyku önemli bir faktördür.

Bu çalışma gebelerde uyku bozukluklarının saptanması ve uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 1 Haziran-30 Temmuz 2014 tarihleri arasında Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılım kriterlerine uyan 267 gebe oluşturmuştur. Araştırmada; “Bireysel Bilgi Formu”, “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” olmak üzere üç ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

Çalışmada gebelerin yaş ortalaması 27.5 ± 4.9 olup yarıdan fazlasında uyku sorunu (%68.5) olduğu tespit edilmiştir. İleri yaş grubundakiler, primiparlar, gelir düzeyi düşük olanlar, obez olanlar, gebeliği boyunca 16 ve üzeri kilo alanlar, gebeliğin son trimesterinde bulunanlar ve sigara kullananların uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt bileşen puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 36.9 ± 14.6 , rol güçlüğü (fiziksel) 21.6 ± 20.5 , ağrı 33.8 ± 18.5 , genel sağlık 35.3 ± 9.5 , vitalite (enerji) 34.1 ± 15.3 , sosyal fonksiyon 34.6 ± 14.7 , rol güçlüğü (emosyonel) 25.3 ± 20.0 , mental sağlık 36.3 ± 10.4 dür. Buna göre gebelerin yaşam kaliteleri ortalamanın altında olup, eğitim, aile tipi, gebelikte alınan kilo, gebelik haftası, sigara kullanımı ve uyku sorunu yaşama durumlarıyla ilişkili bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma sonucunda, gebelerin yaklaşık üçte ikisinin uyku kalitesinin kötü olduğu ve gebeliğe bağlı pek çok faktörle ilişkili olduğu, dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Bu anlamda gebelerin yaşadığı uyku sorunlarını en kısa sürede azaltarak yaşam kalitelerini geliştirmek için ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, uyku kalitesi, uyku sorunu, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Effect of Sleep Disorders on Quality of Life in Pregnant Women

Although maternity is a natural process starting with pregnancy and childbearing and lasting a lifetime, it comes with many physiological, psychological and social changes. Among these changes, sleep is an important factor as it affects quality of daily life and course of pregnancy.

This descriptive study was conducted to determine sleep disorders in pregnant women and their effect on quality of life. Sample of this study consisted of 267 pregnant eligible women who presented to Ankara Keciören Training and Research Hospital Gynecology Polyclinic from June 1, 2014 to July 30, 2014. Three data collections instruments were used in this study. These instruments were "Personal Information Form", the "Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)" and the "SF-36 Quality of Life Survey".

Mean age of pregnant women in this study was determined to be 27.5 ± 4.9 years and more than half of the women (68.5%) had a sleep disorder. Women of advanced age, primipar, those with a low income level, obese women, those who have gained 16 kg or more throughout their pregnancy, smokers and women in the last trimester were found to have poorer sleep quality ($p < 0.05$). Mean scores of women obtained from the SF-36 Quality of Life Survey were 36.9 ± 14.6 in physical functioning, 21.6 ± 20.5 in physical role functioning, 33.8 ± 18.5 in bodily pain, 35.3 ± 9.5 in general health perceptions, 34.1 ± 15.3 in vitality, 34.6 ± 14.7 in social role functioning, 25.3 ± 20.0 in emotional role functioning, and 36.3 ± 10.4 in mental health. Accordingly, quality of life among pregnant women was below average, which was found to be associated with education, family type, weight gained in pregnancy, pregnancy week, smoking and having sleep problems ($p < 0.05$).

As a result of the study, approximately two third of pregnant women were determined to have poor sleep quality and it was associated with many factors related pregnancy, which affects quality of life adversely. Consequently, all healthcare professionals, particularly midwives and nurses, have an important role in minimizing the sleep problems of pregnant women and improving their quality of life.

Keywords: Pregnant women, sleep disorder, sleep quality, quality of life.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

\bar{x}	: Ortalama
n	: Sayı
p	: Anlamlılık seviyesi
r	: Kolerasyon katsayısı
%	: Yüzde
Min	: Minimum
Max	: Maximum
SS	: Standart Sapma

Kısaltmalar

PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SF-36	: The MOS 36 Item Short Form Health Survey- SF 36(Yasam Kalitesi Ölçegi-Kısa Form-36)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
GIS	: Gastrointestinal sistem
PaCO ₂	: Arteriyel parsiyel karbondioksit
O ₂	: Oksijen
EKG	: Elektro kardio grafi
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
EEG	: Elektroansefalografi
RAS	: Retiküler aktivasyon sistemi
BSR	: Bulbar senkronize edici sistem
SWP	: Slow Wave Sleep(Yavaş dalga uykusu, derin uyku, delta uykusu)
TSH	: Tiroid-stimule edici hormon
CPAP	: Sürekli pozitif havayolu basıncı
NREM	: Non rapid eye movement-Hızlı olmayan göz hareketleri
REM	: Rapid eye movement-Hızlı göz hareketleri
OUAS	: Obstruktif uyku apne sendromu
HBS	: Huzursuz bacak sendromu

PSG	: Polisomnografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden kitle indeksi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
HIV	: Human immunodeficiency virüs (İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü)
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
NST	: Non-stres test



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.1. Gebelerin uyku kalitesi dağılımı.....	41
Şekil 4.2. BKİ'ne göre uyku kalitesi dağılımı.....	48
Şekil 4.3. Gebelikte alınan kiloya göre uyku kalitesi dağılımı.....	50
Şekil 4.4. Gebelik haftasına göre uyku kalitesi dağılımı.....	52
Şekil 4.5. Gebelik sayısına göre uyku kalitesi dağılımı.....	54
Şekil 4.6. Çocuk sayısına göre uyku kalitesi dağılımı.....	56
Şekil 4.7. Hastalık durumuna göre uyku kalitesi dağılımı.....	58
Şekil 4.8. Uyku sorunu yaşama durumuna göre uyku kalitesi dağılımı.....	60
Şekil 4.9. Gebelik öncesi sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi dağılımı.....	62
Şekil 4.10. Gebelikte sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi dağılımı.....	64
Şekil 4.11. Gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre uyku kalitesi dağılımı.....	66
Şekil 4.12. Gebelerin çay içme durumuna göre uyku kalitesi dağılımı.....	68
Şekil 4.13. Gebelerin kahve tüketme durumuna göre uyku kalitesi dağılımı.....	70
Şekil 4.14. PUKİ ile fiziksel fonksiyon dağılım grafiği.....	87

TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	33
Tablo 4.2. Gebelerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.3. Gebelerin gebelikle ilgili özelliklerine göre dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Gebelerin gebelik öncesindeki mevcut hastalıklarına ve gebelikte ortaya çıkan hastalıklarına göre dağılımı.....	36
Tablo 4.5. Gebelerin gebelik süresince yaşadığı sorunlara göre dağılımı.....	37
Tablo 4.6. Gebelerin uyku ile ilgili özelliklerine göre dağılımı.....	38
Tablo 4.7. Gebelerin alışkanlıklarla ilgili özelliklerine göre dağılımı.....	39
Tablo 4.8. Pittsburg uyku kalitesi indeksi puan dağılımı.....	40
Tablo 4.9. Gebelerin eğitim durumlarına göre PUKİ puan dağılımı.....	42
Tablo 4.10. Gebelerin yaş durumlarına göre PUKİ puan dağılımı.....	43
Tablo 4.11. Gebelerin çalışma durumlarına göre PUKİ puan dağılımı.....	44
Tablo 4.12. Gebelerin gelir durumlarına göre PUKİ puan dağılımı.....	45
Tablo 4.13. Gebelerin aile tiplerine göre PUKİ puan dağılımı.....	46
Tablo 4.14. Gebelerin gebelik öncesi BKİ'ne göre PUKİ puan dağılımı.....	47
Tablo 4.15. Gebelerin gebelikte alınan kiloya göre PUKİ puan dağılımı.....	49
Tablo 4.16. Gebelerin gebelik haftalarına göre PUKİ puan dağılımı.....	51
Tablo 4.17. Gebelerin gebelik sayısına göre PUKİ puan dağılımı.....	53
Tablo 4.18. Gebelerin çocuk sayısına göre PUKİ puan dağılımı.....	55
Tablo 4.19. Gebelerin gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumlarına göre PUKİ puan dağılımı.....	57
Tablo 4.20. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	59
Tablo 4.21. Gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	61
Tablo 4.22. Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	63
Tablo 4.23. Gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	65
Tablo 4.24. Gebelerin çay içme durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	67
Tablo 4.25. Gebelerin kahve tüketme durumuna göre PUKİ puan dağılımı.....	69

Tablo 4.26. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	71
Tablo 4.27. Gebelerin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	72
Tablo 4.28. Gebelerin yaş durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	73
Tablo 4.29. Gebelerin çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	74
Tablo 4.30. Gebelerin gelir durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	75
Tablo 4.31. Gebelerin aile tipine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	76
Tablo 4.32. Gebelerin gebelik öncesi BKİ' ne göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	77
Tablo 4.33. Gebelerin gebelikte alınan kiloya göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği dağılımı.....	78
Tablo 4.34. Gebelerin gebelik haftasına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	79
Tablo 4.35. Gebelerin gebeliği planlama durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	80
Tablo 4.36. Gebelerin çocuk sayısına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	81
Tablo 4.37. Gebelerin gebelikte ortaya çıkan hastalıklarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	82
Tablo 4.38. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	83
Tablo 4.39. Gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	84
Tablo 4.40. Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	85
Tablo 4.41. Gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	86
Tablo 4.42. PUKİ VE SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kolerasyonu.....	86

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kadının yaşamında en önemli olaylardan biri gebeliktir. Gebelik bir kadının hayatında unutamayacağı en güzel ve bir o kadar da zahmetli bir deneyimdir. Annelik gebelik ve doğumla başlayıp kadının yaşamı boyunca devam eden doğal bir olay olmasına rağmen fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Bu değişiklikler arasında günlük yaşam kalitesi ve gebelik seyrini etkilemesi bakımından uyku önemli bir faktördür (1).

Günümüzde uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarılarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu” olarak tanımlanmaktadır (2). Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır. İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklerine göre değişebilen ve genetik özelliği olan bir durumdur (3). Çalışmalar, uykunun vücudu dinlendirme ve ertesi güne hazırlama işlevinin yanında enerji tasarrufu, büyüme, hücrelerin yenilenmesi, organizmanın onarımı, hafıza, türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması, yeni bilgilerin öğrenilmesi-kalıcı hale getirilmesi, bazı canlılarda ortama uyum sağlaması ve tehlikelerden korunması gibi işlevlerinin bulunduğunu göstermektedir (4, 5, 6).

Gebelik süresince meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler uyku ve uyku kalitesinde önemli değişikliklere neden olur. Büyüyen fetüsün diyafragma yaptığı bası sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklar gebenin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini bozar (7, 8, 9). Yapılan bir çalışmada, kadınların uyku kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu, özellikle gebelerde uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı (%97) ve

yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (8). Oysa annenin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesinde uyku sorunlarının en aza indirgenmesi ve uyku kalitesinin artırılması önemli rol oynamaktadır.

1.2. Amaç

Literatürde gebelerin yaşam kalitesi ve uyku sorunları ile ilişkisini irdeleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır (10, 11, 12, 13). Bu görüşten hareketle, bu çalışma gebelerde uyku bozukluklarının saptanması ve uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

1.3. Hipotezler

H₁: Uyku sorunu yaşayan gebelerde yaşam kalitesi olumsuz yönde değişmektedir.

H₀: Uyku sorunu yaşayan gebelerin yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Maternal Fizyoloji

Gebelikte büyüyen fetusun artan metabolik gereksinimi tüm maternal sistemde anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler, korpus luteum ve plasentadan salgılanan hormonlar ile ilk trimesterden itibaren başlar ve üçüncü trimesterde büyüyen uterusun mekanik etkileri ile daha yoğun bir şekilde görülür (14, 15).

2.1.1 Sistemlere Göre Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler

2.1.1.1 Gastrointestinal Sistem (GIS) Değişiklikleri

- GIS motilite ve sekresyonun da azalma
- Mide boşalmasında yavaşlama
- GIS tonusunda azalma (14, 16, 17).

2.1.1.2. Solunum Sistem Değişiklikleri

- Hiperventilasyon
- Artmış dakika ventilasyonu
- Düşük arteriyel parsiyel karbondioksit basıncı (PaCO₂)
- Artmış ekspiratuar rezerv volum
- Artmış residuel volum
- Azalmış fonksiyonel residuel kapasite
- Gebenin ve fetusun temel metabolik değişiklikleri nedeniyle O₂ tüketiminde artma (14, 16, 17).

2.1.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

- Kalp atım hızında artış
- Kardiak outputta artış
- Kan volumünde artış
- Azalmış periferik vasküler direnç
- EKG de sol aks deviasyonu
- Vena cava inferiora bası (14, 16, 17).

2.1.1.4. Üriner Sistem Değişiklikleri

- Progesteron ve büyüyen uterusun etkisiyle hafif hidroüreter ve hidronefroz gelişimi
- Sırtüstü pozisyonda böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızında azalma (14, 16, 17).

2.1.1.5. Hematolojik Sistem Değişiklikleri

- Hemoglobin ve hematokritte relatif azalma
- Sodyum retansiyonu
- Artmış vücut sıvısı ile plazma volumü
- Düşük serum kolinesteraz aktivitesi
- Total protein değerinde azalma (14, 16, 17).

2.1.1.6. Santral Sinir Sistemi Değişiklikleri

- Aorta, kaval bası nedeniyle vertebral venöz sistemde dolgunlaşma, epidural ve subaraknoid aralık kapasitesinde daralma
- Eylemin evresi ve ıkınma derecesine göre beyin omurilik sıvısı (BOS) basıncında artma
- Minimum alveolar konsantrasyonun hamilelikte progresif olarak azalması (18).

2.1.1.7. İskelet Sistemi Değişiklikleri

- Gebelikte lomber omurgada anterior konveksitede artış (lordoz).
- Relaksin hormonu etkisiyle pubik symphysis ve sakroiliak ligamentlerde gevşeme (17).

2.1.1.8. Memedeki Değişiklikler

- Vasküler angorjmana bağlı ilk sekiz hafta içinde memelerde hızlı büyüme
- Daha sonraki dönemlerde östrojene bağlı duktal büyüme ve progesterona bağlı alveolar hipertrofi nedeniyle memelerdeki büyümenin devamı
- Meme başları genişlemesi ve mobilize olması
- Areola da genişleme ve pigmentasyonun da derinleşme
- Gebeliğin ikinci yarısında meme başlarında kolostrum salınımı gözlelenebilmesi (17).

2.2. Uyku

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri

Uyku; sinir sisteminin gelişim ve onarımını sağlayan doğal bir süreç olup; uyarılmışlığı, otomatik işlevleri, davranışı, bilişsel işlevleri ve hücre içi mekanizmaları kontrol eden sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile ilişkilidir (19).

Berger tarafından 1929 yılında gerçekleştirilen elektroansefalografi (EEG) uygulamaları uykunun araştırılmasında önemli bir yer tutmuştur (20). Uyku sırasındaki EEG kayıtları ile ilgili çalışmalar 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar bu çalışmaları sonunda uykunun beş dönemi olduğunu belirlemişler fakat beşinci dönemi hızlı göz hareketlerinin (Rapid Eye Movement) eşlik ettiği REM dönemi (paradoksal uyku=desenkronize uyku) olarak tanımlayamamışlardır. Uykunun REM dönemini 1957 yılında Dement ve Kleitman tanımlamışlar ve uykunun periyodik olarak birbirini izleyen dönemlerden oluştuğunu göstermişlerdir (21).

Uyku düzenleri bir bireyden diğerine büyük oranda değişiklik gösterirler. Erişinler genellikle bir gecede yaklaşık olarak yedi ila sekiz saat uyurlar fakat dinlenmiş hissetmek için bazıları sadece dört ila beş, bazıları da on ila oniki saate ihtiyaç duyarlar. Sonuçta yaşamlarımızın yaklaşık üçte birlik kısmını uykuda harcarız, bu yüzden algılanan uyku kalitesi öznel iyiliğin belli başlı göstergelerinden biridir (22).

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System- RAS) ve medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region- BSR) tarafından düzenlenir (23, 24, 25).

Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olur. İnhibasyon uykuya neden olurken, aktivasyonda uyanıklığı sağlar. RAS dokunma, ağrı, işitme, görme gibi uyarıları anlamlandırır. RAS'ın beyin sapındaki kısmı uyanık durumda iken gelen uyarıları kortekse iletir. RAS serebral korteksten ve periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık oluşur. Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır (23, 24, 25, 26).

Ön hipotalamustan gelen döngüsel girdiler ve endojen kimyasal uyarılar aracılığıyla gelen homeostatik bilgi doğrultusunda hipotalamusta ventrolateral preoptik çekirdek uykuyu başlatır. Uyanıklığı lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik, beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik, posterior hipotalamustan gelen histaminerjik uyarılar sağlar ve bunların azalması ise uykuyu başlatır (21).

2.2.3. Uykunun Evreleri

Uykuda birbirini periyodik olarak izleyen iki değişim dönemi vardır. Bunlar REM (Rapid Eye Movement-Hızlı Göz Hareketleri) ve NREM (Non Rapid Eye Movement-Hızlı Olmayan Göz Hareketleri). Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın latent dönemi denir ve bu latent

dönemden sonra değişim dönemleri başlar. Bu evreler, beynin elektriksel aktivitesinin EEG ile ölçümü, göz hareketleri ve kas tonusundaki değişiklikler değerlendirilerek belirlenmiştir (18).

2.2.3.1. Yavaş Uyku Devresi – NREM

NREM uyku, dört evre içermektedir.

Evre 1: Uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Bu dönemde vücut ısısı düşer, nabız yavaşlar, periferik kas aktivitesi devam eder. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duyuumsal uyaranlarla uyandırılabilir. Tüm uykunun %2-5'ini oluşturur.

Evre 2: Kas tonusunun azaldığı hafif uyku dönemidir. 1. evreye göre daha derindir. Gerçek uykunun başladığı ilk evredir. Tüm uykunun %2-5'ini oluşturur. Evre 1 ve 2 yüzeysel uyku olarak adlandırılır.

Evre 3: Derin uykuya başlama aşamasıdır. Kas tonusunun daha da azaldığı uykudur. Uyanmak daha zordur. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak nabız ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır. Beyin dalgaları düzensizdir. Bütün uykunun yaklaşık %10'unu kapsar.

Evre 4: Bu evrenin tipik özelliği EEG'de yüksek voltajlı ve yavaş frekanslı delta dalgalarının görülmesidir. O nedenle bu evredeki uykuya delta uykusu da denir. Kan basıncı, nabız, solunum hızı, oksijen tüketimi normalin altına düşer. Kasların gevşediği ve dinlenmenin sağlandığı evredir. Bu evre özellikle asıl uykunun olduğu evre olup sağlık açısından gerekli bir bölümdür. Evre 4 gecenin erken saatlerinde gerçekleşir ve 10-15 dakika kadar kısa sürelidir. Daha sonra uykunun derinliği azalır ve ilk REM uykusu dönemine girilir (Evre 3 ile birlikte tüm uykunun %20-25'ini oluşturur. Evre 3 ile birlikte evre 4 derin uyku, yavaş dalga uykusu (SWS), delta uykusu şeklinde isimlendirilir (21, 25, 27, 28).

Evre 3 ve 4 fiziksel dinlenmenin sağlandığı evrelerdir. Bu nedenle Yavaş dalga uykusu yeterince uyunmadığı ya da ortadan kaldırıldığı durumlarda insanların fiziksel anlamda dinlenemedikleri dikkati çeker. Evre 3 ve 4 çocuklarda büyüme hormonunun yüksek miktarda salındığı erişkinlerde ise hücre yenilenmesinin ve

organizmanın onarımının hızlandığı evrelerdir. NREM ile başlayan uyku, birbirini takip eden evrelerden geçerek NREM Evre 4'e ulaşır, sonra NREM 4, 3, 2 olmak üzere geriye doğru döner ve birey NREM Evre 1'e dönmek ya da uyanmak yerine REM evresine girer. Bu periyotlar kendilerini uyku boyunca yaklaşık 70-90 dakikada bir tekrarlarlar (21, 25).

2.2.3.2. Hızlı Uyku Devresi – REM

REM uykusunda hızlı, konjuge göz hareketleriyle birlikte kas potansiyelinde azalma, kalp hızında artma, EEG'de düşük voltajlı, hızlı desenkronize bir aktivasyon mevcuttur. Bu dönemde periferik kasların aşırı inhibisyonuna rağmen bazı düzensiz kas hareketleri ortaya çıkar. Bunların arasında özellikle hızlı göz hareketleri dikkati çeker. Rüya da REM döneminde görülür (27, 28, 29, 30).

NREM uyku 32-35. gestasyonel haftalarda, REM uyku, 29. haftadan itibaren organize olmaya başlar. Yenidoğanlar, erişkinlerden daha fazla uyumakta ve bu uyku sürecinin büyük kısmını REM döneminde geçirmektedirler. Doğumdan sonraki ilk yıllarında REM uykunun oranı giderek azalmakta ve yaklaşık on yaşında erişkin seviyesine ulaşmaktadır. Çocuklarda NREM'in 3. ve 4. evreleri uzundur ve yaşla azalır. Yaşlılarda ise evre 4 hemen hemen hiç görülmez. Toplam uyku süresi de kişiye göre değişmekle birlikte erişkinlerde yedi ila sekiz saat arasındadır. Bu süre yaş ilerledikçe azalır (21, 25).

2.2.4. Uyku Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

24 saatlik gece-gündüz ya da uyku uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılır. Uyku genellikle yetişkinlerde 24 saatte bir yinelenen döngüsel bir süreçtir. Normalde her uyku döngüsü yaklaşık 80 ile 100 dakika sürmektedir ve uyku sırasında ardışık olarak dört ila altı kez tekrarlanır. Uyku döngüsü sırasında birey ilk olarak NREM uykusuna geçer. Birey; 1. evreden 4. evreye, daha sonra 3. ve 2. evreye geçer ve on dakika süren ilk REM uykusu başlar. Bu sıra ilk döngüyü tamamlar. Birey dinlendikçe döngü uzar. Eğer birey çok yorgunsa, REM uykusu, uykunun başlarında kısa sürer. Normal bir uyku süresinin %20 ile %25'ini REM uyku, %75 ile %80'ini ise NREM uyku oluşturur (28, 30, 31).

2.2.5. Uyku Gereksinimi

Uyku sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil, beden kendisini yenilediği, sağlıklı ve uzun yaşamın temeli olan yaşamsal bir gerekliliktir. İnsan yaşamında uyku nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli ve vazgeçilemez bir gereksinimdir ve gerek fiziksel, gerekse ruhsal yönden sağlıklı olmanın temel koşuludur (32).

2.2.6. Uykunun İşlevi

Çalışmalar, uykunun vücudu dinlendirme ve ertesi güne hazırlama işlevinin yanında enerji tasarrufu (enerji biriktirme), büyüme (büyüme hormonu en fazla uykuda salgılanır ve çocuklarda büyümeyi sağlar), hücrelerin yenilenmesi, organizmanın onarımı, hafıza, türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması, yeni bilgilerin öğrenilmesi-kalıcı hale getirilmesi ve özellikle bazı canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma işlevlerinin bulunduğunu göstermektedir (4, 5, 6).

2.2.7. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; yaşam stili, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu ve stres gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (5).

2.2.8. Gebelik Dönemi ve Uyku Sorunları

Gebelik süresince meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler uyku ve uyku kalitesinde önemli değişikliklere neden olur. Gebelik sırasında kadınların %15-20 sinde yeni başlayan horlama yakınması görülmektedir. Birçok hormon sirkardiyen ritme sahiptir; gebeliğin seyrini ve uyku yapısını etkiler. Bu hormonlar; büyüme (growth) hormonu, prolaktin, melatonin, kortizol, tiroid-stimule edici hormon (TSH), ve plasental hormonlardır (progesteron, estriol). Estrogen ve progesterone gebelik boyunca progressif olarak artar. Gebeliğin 25. haftası ve term arasında prolaktin

düzeıı yükselir. Estrogen REM uykusunu azaltmaktadır ancak plasental estrogen (estriol) ovarian forma göre daha zayıf etkilidir. Progesterone, eksojen verildiğinde kadın ve erkekte sedatizan etkiye sahiptir ve NREM uykuyu artırır (33).

Kortizol konsantrasyonları sabahın erken saatlerinde zirve yapar, hamilelikte kortizolün yarı ömrü uzar, gebeliğin sonlarında düzeıı iki katına ve doğum esnasında dört katına çıkar. Üçüncü trimesterde uykusu kötü olan gebelerin, uykusu daha iyi olanlara göre sabah kortizol düzeyleri düşüktür ve melatonin düzeyleri yüksektir ve sonuç olarak kortizol-melatonin oranları düşüktür. Oksitosin sekresyonunun zirve yaptığı gece boyunca uterus aktivitesi belirgin olarak artar ki bu doğumların akşam ve gece daha sık olmasını açıklayabilir (33).

Büyüyen fetüsün diyafragma yaptığı bası, östrojenin vasküler dokular üzerine etkisiyle oluşan daralmış üst hava yolları nedeniyle oluşan kenjesyon, artan abdominal rahatsızlıklar, uterus kasılmaları, fetal hareketler, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi hastalıklar gebenin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini bozabilir (7, 8, 9).

Birinci trimester: Toplam uyku süresi, gündüz uyuklama hali, uykusuzluk ve gece uyanmalarında artış, non-REM evre 3-4 uykusu ve genel uyku kalitesinde düşüş olur (9). Kadınlar ilk trimesterde bulantı, kusma, sırt ağrısı ve göğüslerde gerginlik nedeniyle uykularının bölündüğünü belirtmektedirler. Progesteronun uyku verici ve sedatize edici etkileri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, gebeliğin termojenik etkisi ile vücut ısısı artar ve üriner düz kaslar üzerine inhibitör etkileri nedeniyle oluşan artmış idrara çıkma gereksinimi sonucunda uyku kalitesi azalabilmektedir (34).

İkinci trimester: Gestasyonun 10.-12. haftasından itibaren uyku değişmeye başlar. Toplam uyku süresi normalleşme olur fakat gece uyanmaları artar. Non-REM evre 3-4 uyku ve REM uykusu azalır (9). Birçok kadın ikinci trimesterde daha rahat olduklarını, gece uykularının düzeldiğini ve gündüz daha enerjik olduklarını belirtirler. Kadının ikinci trimestere girmesi ile progesterone seviyeleri yükselmeye devam eder ancak daha yavaş bir yükselme olmaktadır. Hem subjektif hem de objektif uyku parametreleri bu trimesterde daha iyidir ancak %30 olguda hamilelik

öncesinde olmayan bir horlama ortaya çıktığında gebe pre-eklampsi ve uyku apne sendromu gelişme riski altındadır. Bu nedenle nazal CPAP (Sürekli pozitif havayolu basıncı) pre-eklampsi tedavisinde önerilmektedir (34).

Üçüncü trimester: İlk iki trimestre göre üçüncü trimesterde uyku kalitesi daha kötüdür. Üçüncü trimesterde, sık idrara çıkma, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacak krampları nedeniyle uykuları bölünmektedir. Uykusuzluk, gece uyanma, gündüz uykululuk, uyku başlangıcından sonra uyanma, non-REM evre 1 uykusu artışı, toplam uyku süresi, non-REM evre 3-4 uyku ve REM uykusu azalır. Çoğu hamile kadın üçüncü trimesterde gece üç ila beş kez uyanır (9).

Literatürde gebelik boyunca yavaş dalga uykusunun azaldığı gösterilmektedir. Uyku boyunca daha sık ve uzun uyanma atakları REM uykusu üzerine çok az etki etmektedir, ancak derin uyku ve total uyku zamanında azalmaya yol açmaktadır (20).

Çoban ve Yanikkerem'in 198 gebe üzerinde yapılan çalışmasında gebelerin yaklaşık olarak yarısının uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışmada uykusunu çoğu zaman yeterli bulan ve gün içerisinde en sık oturarak dinlenen gebelerin uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış ve gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (10).

Yanikkerem'in gastroözofageal reflü olan gebelerde hemşirelik yönetiminin, yaşam ve uyku kalitesi ile ilaç kullanımına olan etkisini incelemek amacıyla müdahale tipi (kontrol grublu) ve longitudinal yapılan çalışmada; deney grubu (41 gebe), kontrol grubu (41 gebe) olmak üzere 82 gebeden oluşmuştur. İlk izlemde deney grubundaki gebelerin %41.5'inin, kontrol grubundaki gebelerin %48.8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Son izlemde, deney grubundaki gebelerin %51.2'sinin, kontrol grubundaki gebelerin %87.8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (11).

Beebe ve Lee 25 kadın ile bir çalışma yapmışlar, bu kadınları gebe kalmadan başlayıp üçüncü trimesterin sonuna kadar izlemişlerdir. Kadınların üçüncü

trimesterde gebe uyku bölünmelerinin gebe kalmadan önceki döneme göre iki kat fazla olduğunu bulmuşlardır (35).

Lee ve Gay üçüncü trimesterde yetersiz uyuyan gebelerde olumsuz obstetrik sonuçlar saptamışlardır. 131 kadın ile yapılan bu çalışmada günde altı saatten az uyuyan gebelerde doğumun daha uzun sürdüğü sezaryen oranlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (36).

Beebe ve Lee gebelikte yetersiz uyuyan kadınlarda olumsuz doğum sonuçları görüldüğünü, yorgunluk ve ağrı düzeylerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir (37).

2.2.8.1. Uykuda Solunum Bozuklukları ve Gebelik

Uyku vücudumuzun fiziksel ve ruhsal olarak dinlendiği, yenilendiği, yeni bir güne hazırlandığı dönem ve sağlıklı yaşam için vazgeçilmez bir olgu olarak bilinse de, normal kişilerde bile uykuda bazı olumsuz değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişikliklerden en fazla etkilenen sistem ise solunum sistemidir (38, 39).

Horlama, üst solunum yolu rezistans sendromu ve obezite hipoventilasyon sendromu uykuda solunum bozuklukları olarak tanımlanır. Gebelik boyunca fiziksel ve hormonal nedenlerle solunum ve uyku fizyolojisinde birçok değişiklik ortaya çıkar. Gebeliğin üçüncü trimesterinde fonksiyonel rezidüel kapasite, total uyku süresi, REM uykusu ve non-REM evre 3 uykusu azalır. Horlama gebelerde, gebe olmayanlara göre daha sık görülür. Gebelikte horlama, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği ve yenidoğanda düşük Apgar skoru ile birlikte olabilir. Gebelikte uyku apne prevalansı bilinmemektedir. Tüm gebelerde, özellikle obez ve preeklampşik olanlarda uykuda solunum bozuklukları sorgulanmalıdır (9).

Obstruktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)

Uyku apnesi; periferik ya da santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında on saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için bir saatlik uykuda beş taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır (40, 41, 42).

Obstruktif uyku apne sendromu (OUAS) üst hava yolu obstrüksiyonu ve uyku esnasında hipoksemi ile karakterize solunum bozukluğudur (41). OUAS hastalarında horlama, gün boyu uykululuk hali ve tanıklı apne sık görülen semptomlardır (40, 43).

Günün ilk saatlerinde (sabah 06.00 ile 12.00 arası) artış gösteren akut miyokard infarktüsü, ani ölüm, ritim bozuklukları ve hipertansif krizleri OUAS'ın toplum sağlığı açısından önemini sergilemektedir (40).

Kadınlarda uyku solunum bozukluğu genel populasyonun %5'sinde görülürken gebelikte prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Ancak gebelikte arttığı bildirilmiştir. Üçüncü trimesterde OUAS tanısı konulan pek çok kişide, pulmoner hipertansiyon, preeklampsi ve gestasyonel diyabet gibi gebelik komplikasyonlarına rastlanıldığı, OUAS'nın fetüs için de riskleri olabileceği, intrauterin gelişme geriliği ile ilişkisi bulunduğu belirtilmektedir (44). Puapornpong ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uyku apne sıklığını %5 olarak bulunmuştur (45).

Şahin ve arkadaşlarının 76'sı birinci trimester, 167'si ikinci trimester 157'si üçüncü trimesterde olan 400 gebe ile yapılan çalışmada gebelerde tanıklı apne sıklığı %14.5 ve son trimesterdeki sıklığı birinci ve ikinci trimestere göre daha yüksek olduğu ancak trimesterler arasında anlamlı farklılık olmadığını saptamışlardır (42).

Horlama

Toplumda pek üstünde durulmayan ve sosyal sorunlara yol açması dışında gereken önem verilmeyen horlama; uykuda nefeste duraklama olmadan oluşan yüksek hacimli üst hava yolundan kaynaklanan solunum sesleridir (46).

Haftada beş gecedan fazla olan horlama habitüel horlama olarak tanımlanmaktadır. Tipik olarak ikinci trimesterde başlayan difüz farengeal ödem, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması ve kilo alımı gebeleri horlama ve üst hava yolu obstrüksiyonuna eğilimli kılabilir. Habitüel horlama kadınlarda ve erkeklerde uyku apnesinin en iyi tahmini göstergesidir ve obstruktif uyku apne sendromu gelişimi için bir risk faktörü kabul edilmektedir (54).

Puapornpong ve arkadaşlarının Tayvanlı 238 hamile kadında yaptıkları araştırmada horlama sıklığını %35.3 bulmuşlardır (45).

Ursavaş ve arkadaşlarının 469 gebe ve 208 gebe olmayan kadınla yaptıkları araştırmada doğumdan önceki kilo, yaş, gebelik sırasında içilen sigara, horlama için bağımsız risk faktörleri olarak saptanmış. Sürekli horlama, gebe olmayan kadınlarda %1.9, hamilelik öncesinde gebe kadınlarda %2.5 ve gebeliğin üçüncü trimesterde aynı kadınlarda %11.9 olarak bulunmuştur. Horlama sıklığı gebe olmayan kadınlara göre gebelerde daha yüksektir (48).

Şahin ve arkadaşlarının 76'sı birinci trimester, 167'si ikinci trimester 157'si üçüncü trimesterde olan 400 gebe ile yapılan çalışmada horlama sıklığı üçüncü trimesterdeki gebelerde %29.9, trimester ayrımı yapılmadan tüm gebelerde %25.8 olarak bulunmuş. Habitüel horlaması olan gebelerde olmayanlara göre, yaş, boyun çevresi, vücut kitle indeksi, sistolik ve diyastolik tansiyon arteryel değerleri anlamlı olarak yüksek bulunmuş. Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların dağılımına bakıldığında habitüel horlaması olan gebelerde preeklampsi, gestasyonel diyabet ve kalp hastalığı anlamlı olarak yüksek saptanmış. Habitüel horlamanın gestasyonel diyabet için beş kat, preeklampsi için dokuz kat, kalp hastalığı için on iki kat risk oluşturduğu saptanmıştır (42).

2.2.8.2. Huzursuz Bacak Sendromu ve Gebelik

Huzursuz bacak sendromu (HBS), ilk kez 1685 yılında Thomas Willis tarafından uykusuzluk ve bacaklarda huzursuzluk şikayeti "anxietas tibiaram" olan hastalarda tanımlanmıştır. Daha sonra 1945'te Dr. Karl-Axem Ekbom "irritable legs" ve "restless legs" tanımlarını kullanmış, bu durum Ekbom Sendromu olarak da anılmıştır. Huzursuz Bacak Sendromu (HBS); hastalarda, bacaklarını hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, duyuşal ve motor semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı ve yaşla beraber prevalansı artan bir sensorimotor hastalıktır. Semptomlar genellikle bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı, simetrik çoğunlukla geceleri oluşur, uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareketle düzelir. Hastalık aralıklı olarak alevlenir ve uzun süreli asemptomatik dönemler olabilir. Kadınlarda iki kat fazladır ve özellikle yaşlılarda (>65 yaş) daha sık görülmektedir (49, 50, 51, 52).

Huzursuz bacak sendromu, %5-10 oranında insomnia nedeni olmakta ve uyku kalitesi bozulmaktadır. Gece boyu devam eden huzursuzluk ve hareket ettirme zorunluluğu ile uykuya başlama, devam ettirme zor olmakta, şiddetli olgularda gün içi uyuklamalar, kronik uyku deprivasyonu, emosyonel bozukluklar ve patolojik yorgunluk hali görülmektedir (53).

Gebelik HBS semptomlarının başlamasında ve kötüleşmesinde risk faktörü olarak bildirilmektedir. Gebelikte hormonal faktörler (prolaktin, progesteron, östrojenler), psikomotor /davranışsal faktörler, motor değişiklikler, uyku alışkanlıklarında değişiklikler, anksiyete ve metabolik faktörlere (azalan folat ve demir düzeyi) bağlı olabileceği düşünülmektedir. Doğumdan sonra HBS ortadan kalkmaktadır (54, 55).

Gebelikte HBS prevalansını Ekbom ve arkadaşları (56) %11, Goodman ve arkadaşları (57) %19, Manconi ve arkadaşları (58) %19, olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde HBS prevalansını Sevim ve arkadaşları %3.19 olarak bildirilmiştir (59).

Şahin ve arkadaşlarının 400 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelikte HBS sıklığını %19 olarak bulmuştur. HBS sıklığı açısından trimesterler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. HBS pozitif olanlarda olmayanlara göre horlama, tanıklı apne, uyku sonrası yorgunluk ve gün boyu yorgunluk semptomları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş. Gündüz aşırı uyku isteği HBS pozitif olanlarda daha fazla bulunmuştur (54).

Çakmak ve arkadaşlarının 500 gebeyle yaptıkları araştırmada gebelikte HBS sıklığı %15.4 olarak bulunmuş, gebelik haftası HBS olan olgularda daha fazla ve HBS sıklığı üçüncü trimesterde diğer trimesterlere göre daha fazla saptanmıştır. Çalışmada HBS (+) olan gebelerde BKİ ve vücut ağırlığı daha yüksek tespit edilmiştir. Huzursuz bacak sendromu olan gebelerde demir replasmanı alma oranı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (60).

Prenatal dönemde folat içeren vitaminler ve demir preparatları HBS belirtilerini azaltmaya yardımcı olabilir. Bazı besinler HBS'yi kötüleştirebileceği için bunlardan kaçınılmalıdır. Uyku hijyeninin sağlanması önemlidir. Nikotin, kafein,

alkol, dopamin antagonistleri, andidepresanların hepsi, antihistaminikler ve antiemetik ilaçların birçoğundan uzak durulmalıdır (54).

2.2.8.3. İnsomnia ve Gebelik

İnsomnia, uykuya dalma ve/veya sürdürme güçlüğü yakınmalarına ek olarak, ertesi sabah dinlenmiş olarak uyanamama şeklinde tanımlanabilir (61). Uykusuzluk, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal performansları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Doğrudan uyku ve uyanıklığı düzenleyen mekanizmalardaki bir bozukluktan veya dolaylı olarak eşlik eden psikiyatrik ya da tıbbi durumlardan kaynaklanabilir. Eşlik ettiği tabloların klinik yapısını, tedavi yanıtını ve prognozunu olumsuz yönde etkilediği de bilinmektedir. Ancak çoğu zaman bir hastalıktan çok bir semptom olarak değerlendirilmekte ve tedavi edilmemektedir. Uykusuzluk, üç temel biçimde kliniğe yansımaktadır: Uykuya dalma güçlüğü, uyku sürekliliğinde bozulma ve uykunun sonlanmasında ortaya çıkan sorun (62).

Aslan ve arkadaşlarının 1034 kişiyle yaptıkları çalışmada tüm katılımcıların % 29.4 toplam uyku sorunu, % 32.2 eşik altı uykusuzluk, % 17.6 klinik uykusuzluk, % 4.9 şiddetli klinik uykusuzluk tespit edilmiştir. Uykusuzluk riski önemli ölçüde yaş, kadın cinsiyet, sigara ve kronik tıbbi hastalıklarla arttığı bulunmuştur (63).

Kızılırmak ve arkadaşlarının 486 gebeyle yaptıkları araştırmada uykusuzluk prevalansı % 52.2 bulunmuştur. Uykusuzluk üçüncü trimesterde olanlarda birinci ve ikinci trimesterdekilere göre 2.03 kat daha yüksek, depresyon sendromu olanlarda olmayanlara göre 2.63 kat daha yüksek bulunmuş. Her dört katılımcıdan üçü kendi uyku alışkanlıkları gebelikte değiştiğini ve bunların yarıdan fazlası eskisinden daha az uyumaya başladığını belirtmişlerdir. Ayrıca uykusuzluk nedenleri; tuvalete sık gitmek, uyunurken rahat bir pozisyon bulamamak, nefes darlığı, mide bulantısı, kusma, diğer gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar, hormonal değişiklikler, büyüyen fetus ve huzursuz bacak sendromunun bulunmasıdır. Fiziksel ve psikososyal değişimler sonucu uykusuzluk üçüncü trimesterde daha yaygındır (64).

İnsomnia'yı önlemek için gebelere öğleden sonra saat 13.00'dan önce 20 dakikadan az olmak üzere kısa şekerlemelerin yapılabileceği önerilebilir. Bu gebenin

yorgunluğunu gidererek rahatlamasına yardımcı olacaktır. Ancak uyku zamanına yakın yapılan şekerlemeler insomnia'yı artıracaktır. Ayrıca gebelere rahatlatıcı tekniklerin öğretilmesi, kafeinden kaçınma, akşam saat 18.00'den sonra sıvı alımının sınırlandırılması, masajla sırt ağrısının azaltılması, lokal ısı uygulamaları, yastık desteği yararlı olacaktır. Ayrıca varsa OUAS, HBS gibi uykuyu etkileyen hastalıkların erken teşhis ve tedavisi önceliklidir (4, 65).

2.2.8.4. Parasomnia ve Gebelik

Uyku ve uyanıklık evrelerinde herhangi bir bozukluğa neden olmayan, ancak öncelikli olarak uykuda ortaya çıkan istenilmeyen fiziksel fenomenleri içeren klinik bozukluklardır. Sıklıkla otonom sinir sistemi değişiklikleri ve iskelet kas aktivitesi bu bozukluğa eşlik eder (66, 67) .

Parasomniler; uykunun primer bir bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi altta yatan çeşitli bozukluk ve belirtilere (baş ağrısı, nöbet, astım, aritmiler, gastroözefagial reflü gibi) ikincil olarak ortaya çıkabilirler (68).

Parasomnia; uykuda konuşma, yürüme (uyurgezerlik) dış gıcırdatma, kabus bozukluğu ve derin uyku döneminde oluşan, çığlık atma ve ağlamanın eşlik ettiği yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluk olan ve "uyku terörü" adını alan bozuklukları içermektedir (4).

Gebelikte ve postpartum dönemde, yenidoğan ile ilgili görülen rüyalar ve kabuslar nedeniyle kadınların daha fazla anksiyete yaşadığı ve bebeğini tehlike içinde gördükleri bulunmuştur. Gebelik ve doğum sonu dönemde, bebekle ilgili rüyaların yaygın olarak görülmesinin sebebi annelerin kaygılarının duygusal etkileri olabileceği gibi ciddi uyku bozuklukları, REM uyku yoksunluğu, hormon düzeylerinin değişmesinden kaynaklanabilir (69).

Hedman ve arkadaşlarının 325 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda uyurgezerlik, uykuda konuşma, hipnagogik halüsinasyon ve uyku bruksizm dahil olmak üzere ortak hafif parasomnia belirtilerinin genellikle üç aylık gebelik öncesi döneme göre gerilediği saptanmış, parasomnia görülen olgularda bu durumun psikolojik stres ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Gebelik ya da bebek

hakkında korkutucu rüyalar gebelik sırasında kadınların en az % 25 oranında görüldüğünü bildirilmişlerdir. Tedavi edilmezlerse gebe kadın ve bebek için olumsuz etkileri olabilir. Riskli gruptaki kadınların kadın doğum uzmanlarının yanı sıra psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmesinde de fayda vardır (7).

2.2.8.5. Narkolepsi ve Gebelik

Narkolepsi, yaşam boyu devam eden ve önemli derecede yeti yitimine yol açan, nadir görülmesi nedeniyle tanısı atlanan bir uyku bozukluğudur. Narkolepsinin ana belirtileri gündüz aşırı uykulu olma hali ve uyku atakları, planlanmayan veya beklenmeyen bir durum karşısında ortaya çıkan ani kas tonusu kaybına bağlı katapleksi, uyku paralizisi, hipnagogik ve hipnopompik halüsinasyonlardır (70, 71, 72).

Gündüzleri aşırı uykululuk, kişiye şiddetli uyku yoksunluğu yaşatır ve kronik yorgunluk hissi verir. Hastalara, uyku ataklarının en yoğun olduğu saatlerde kısa süreli uykular önerilmesi, uyandıktan sonra uyku ataklarının görülme sıklığını azaltmaktadır (73).

Narkolepsili kişilerde gündüz aşırı uykululuk mevcuttur ve bu kişiler ayakta, araba kullanırken, gülerken veya sohbet ederken birden uykuya dalabilir. Menstruasyon, gebelik, stres gibi durumların narkolepsiye eğilimi arttırdığı belirtilmektedir. Gebelikte katalepsi ile birlikte narkolepsinin sezaryen doğuma neden olduğu düşünülmektedir (74).

2.2.9. Uyku Problemi Olan Gebelerde Hemşirelik Yaklaşımları

Kilolu, aşırı kilo alan ve horladığını belirten gebe kadınlar uyku apnesi yönünden değerlendirilmelidir. Aşırı kilo almaktan kaçınmak, beden kitle indeksinin 25kg/m^2 ve altında olması, nazal tıkanıklığın tedavi edilmesi, allerjenlerden uzak durulması, sedatif ve alkolün kısıtlanması gibi koruyucu önlemler alınabilir. Gebelikte uyku apnesi için sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir. Pre-eklampsili kadınlarda gece kan basıncındaki artışları düşürmede yararlı olduğu bildirilmektedir (44, 74, 75, 76).

Erişkinler için geniş sınırlarda dört ila on saat uyku yeterlidir. Ancak gebelik döneminde her gün en az sekiz saat uyumaya özen gösterilmelidir. İyi bir gece uykusu yanında sabah ve öğleden sonra yarımşar saat uyku önerilmelidir. Gündüz uykuları azaltılarak gece uyuma kolaylaşabilir. Hep aynı saatte yatmaya çalışmak, bioritmi düzenleyeceği için uyku düzenini sağlayabilir. Yatmadan önceki üç saat yiyecek alınmamalıdır. Kafeinli içecekler (çay, kahve, kola) ve çikolata uykuyu kaçırabilir. Yatmadan önce kafeinsiz sıcak ya da ılık bir içecek içilmesi önerilebilir. Gevşeme teknikleri uygulama uykuya dalmaya yardımcı olabilir. Yemek sonrası kitap okumak, televizyon seyretmek, ılık bir banyo yapmak, rahatlatıcı bir müzik dinlemek gebenin kendini rahat hissetmesi için yararlıdır. Hafif bir sırt masajı gebeyi rahatlatır. Uygun pozisyon (sırtın ve bacaklarının arasını yastıkla destekleme) gebeyi rahatlatır. Gebenin odası gürültülü, havasız, aşırı sıcak ya da soğuk olmamalıdır. Omuz ve başı içine alan büyük rahat yumuşak yastıklar kullanılmalıdır. Gebelikte en uygun uyku pozisyonu; annenin sol yana yatması ve hafif bükülmüş sağ bacağının altının bir yastıkla desteklenmesidir. Ancak reflü belirtileri yaşayan gebelere semifowler pozisyonunda (başı 35-40 derece yükseltilerek) yatması önerilmelidir. Gece reflü nedeniyle uyanıldığında uykunun uzun süre bölünmemesi için yatağının başına bir tükürme kabı konmalıdır. Gebelik döneminde sağlıklı fizyolojik uykunun yararları her gebeye anlatılmalıdır (11, 17).

Kullanılan ilaçların fetüse zarar verme olasılığı nedeniyle gebelikte uyku bozukluklarının tedavisi zordur. İnsomnia tedavisinde kullanılan birçok ilacın bilinen riskleri nedeniyle, gebe ve emziren kadınların bu ilaçları kullanması önerilmemektedir. İyi bir uyku hijyeni ile çoğu kadında gebeliğe bağlı uykusuzluk yönetilebilir. Gebe kadınlar fiziksel yönden olduğu kadar duygusal yönden de desteklenmelidir. Hemşireler özellikle gebelikte ve erken postpartum dönemdeki değişimler konusunda kadınlara bilgi vermeli, psikolojik sorunları olan, ağır uyku kaybı ve bozukluğu yaşayan kadınları belirlemeli, endişe, stres ve uyku bozukluklarıyla baş etme becerileri kazanmada kadınlara yardımcı olmalıdır (75, 77, 78).

2.2.10. Uyku Hijyeni

Uyku hijyeni, uykuya dalmaya engel olan veya yavaşlatan her türlü alışkanlığı, kişinin hayatından çıkarmasıdır. Uykusuzluğunun hafif olduğu ya da uykuyla ilgili kötü alışkanlıkları olduğu belirlenen kişiye, yapılacak ilk tedavi uyku hijyeninin sağlanması olacaktır (75).

Uyku Hijyenine Yönelik Düzenlemeler

- Sabah belirli bir saatte kalkmalı
- Uyku saatlerini düzenleme: Sabah kalkınca gün ışığı almalı (20 dakika kadar), gece uyanınca ışıktan uzak kalınmalı
- Gündüz uyuklamalarından kaçınılmalı
- Egzersiz yapmalı (akşam saat altıdan önce)
- Yatmadan önce ılık duş yapılabilir
- Sigara, alkol, kafeinden uzak kalmalı (sabah saat 10 da kahve içilebilir)
- Aç ya da tok yatmamalı (son yemek yatmadan 3 saat önce yenmiş olmalı)
- Gastroözofageal reflü varsa yastık yüksek olmalı
- Yatak odası ısı, ses, ışık yönünden izole olmalı
- Yatmadan önceki hazırlıklar aynı düzen içinde sürdürülmeli
- Farklı yerlerde yatmamaya özen göstermeli
- Yatak odası sadece uyumak için kullanılmalı
- Yatak, uyumak için uygun yapıda olmalı
- Uyku ilacı, hekimin önerisiyle gerektiğinde kullanılabilir
- Gecenin geç saatlerine yapılacak iş bırakmamalı
- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir (2, 4, 17, 75, 79, 80, 81).

Konservatif (Koruyucu) Yöntemler

- Kilo alımının kontrolü,
- Supin pozisyonda uykudan kaçınmak,
- Uykuda başın elevasyonu

- Alkol ve sedatif alımının kısıtlanmasıdır.

Bu yöntemler basit horlaması olan ve gündüz uykululuk tanımlayan OUAS olmayan hamilelerde de faydalıdır.

- Her gebe obesite, horlama, tanıklı apne, gündüz uykululuk yönünden sorgulanmalıdır. Eğer apne şüphesi varsa tüm gece polisomnografi (PSG) yapılmalıdır.
- Preeklampsi gelişen gebelerde (özellikle obez iseler) PSG önerilmektedir.
- İlave olarak intrauterin gelişme geriliği hikayesi olan gebelerde ileri araştırma yapılmalıdır.
- Gebelikte OUAS tanısı konulanlar takip eden gebeliklerde yakından takip edilmelidirler (20).

2.3. Gebelik ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'te, sağlığı "yalnızca hastalık bulunmayışıyla değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (82, 83, 84).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. "Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" gibi basit bir soru, yaşam kalitesini, resmi olmasa da bir ölçme yoludur (85).

2.3.2. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

2.3.2.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (12).

2.3.2.2. İşlevsel Durum

Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilir (12).

2.3.2.3. Ruhsal Durum

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıtıdır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (12).

2.3.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki

algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (12, 82).

2.3.3. Hemşirelik ve Yaşam Kalitesi

Hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik mesleğinde yaşam kalitesi 1980’li yıllarda tanınmaya başlamıştır. Pallida ve arkadaşları, yaşam kalitesinin bölümlerini hemşirelik ile ilişkilendirerek özetlemiştir. Bu bölümler;

- **Psikolojik iyilik hali:** Yaşamdan doyum alma, yaşamı anlamı, yararlılık, mutluluk, dinlenme, meşguliyet, otokontrol, hedefe ulaşma ve anksiyete gibi duygulardır.
- **Fiziksel iyilik hali:** Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, uyku, seks, yorgunluk, zindelik gibi durumları içerir.
- **Sosyal ve bireysel iyilik hali:** Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, red edilme, rol işlevi gibi durumları içerir.
- **Finansal ve maddi esenlik hali:** Mevcut durumda geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, ev değiştirebilme ve iş güvencesidir (11).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin amacı; insanların sağlık durumlarında olumlu gelişmeler meydana getirmek ve bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (11, 86).

Profesyonel bağlamda yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Çünkü sağlıklı/hasta bireyin gereksinim duyduğu yardımın

verilebilmesi ancak bireyle kurulacak olan mesleki ilişkinin niteliği ve niceliğine bağlıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda tüm sağlık bakım profesyonellerinin yaşam kalitesi ile ilgili kavramaları ve felsefeleri sorgulayarak uygulamalarına aktarmaları gerekir (11).

2.3.4. Gebelikte Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşüleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Gebelik, yaşamın önemli bir parçası, kadın ve ailesi için ise önemli bir yaşam deneyimidir. Gebelik döneminin başlangıcından itibaren fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik doğal, fizyolojik bir süreçtir, kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi girişime gerek kalmadan bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirirler. Fakat kadınların bazılarında gebelik esnasında komplikasyonlar da oluşabilir. Ayrıca gebelik, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde de değişiklikler yapan durumdur. Gebelik boyunca oluşan fizyolojik, psikososyal değişiklikler, fiziksel, sosyal, psikolojik alandaki değişimlerin yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışan sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyecektir (13).

Kılıçaslan'ın Edirne Şehir Merkezi'ndeki son trimester gebelerin sosyodemografik özelliklerini, kaygı düzeylerini, yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada; yaşam kalitesi gebelik sayısının fazla olması, daha önceki gebelikte sezaryen öyküsü, sık gebelik takiplerine gitme, gebenin eşinin eğitim durumunun iyi olması, istenen gebelik olması, eşinin, yakınlarının sevinme ve destek olma durumu ile olumlu etkilenirken kaygı düzeyi ve depresyonun artması ile olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (13).

Özçelik'in gebelikte yaşanan sağlık sorunlarının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla 607 gebe ile yapılan çalışmada gebelikte yüksek depresyon riskinde olma, gebelik öncesi dönemde sağlık sorununun bulunması, gebelik döneminde sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatma, sahip olunan yüksek risk

sayısı, gelir düzeyini düşük algılama, iki ya da daha fazla düşük yapma, resmi nikâhın bulunmaması, planlanmamış gebeliğin olması, gebelikten önce cinsel sorunu olma ve gebelik süresince cinsel yaşamda değişiklik yaşama ile gebelerin yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (87).

Şahsıvar'ın riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği 297 gebeyle yaptığı çalışmada; riskli gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük saptanmış. Riskli gebelerde %42.6, tüm gebelerde %34.4 gibi yüksek oranda depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı ve yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (12).

Altıparmak'ın gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisini belirlemek amacıyla 269 gebeyle yaptığı çalışmasında, gelir düzeyi yüksek olan, sosyal güvencesi olan, çekirdek aileye sahip olan ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitesi ve öz bakım gücü daha yüksek olduğu ve öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (88).

Nansel ve arkadaşları, erken doğum tehdidi nedeniyle risk altında olan gebelerde fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler alanlarında yaşam kalitesi puan ortalamalarını aynı yaş grubundaki normal gebelere göre daha istatistiksel olarak düşük bulmuşlardır (89).

Pesavento ve arkadaşlarının yüksek riskli ve normal gebelerde yaşam kalitesi ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında riskli gebelerin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alan puanlarının risksizlere göre daha düşük olduğu, normal gebelik yaşayan kadınların riskli gebelere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (90).

Larrabee ve arkadaşlarının human immunodeficiency virüs (HIV)-pozitif 21 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm alanlara ait yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (91).

Couto ve arkadaşlarının önceki olumsuz gebelik sonuçları ile gebe kadınlarda yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyeteyi araştırdığı çalışmalarında; tekrarlayan

spontan abortus, fetal ölüm, erken doğum ya da erken neonatal ölüm öyküsü olan kadınlar, bu olumsuz gebelik sonuçları olmayanlara göre onların daha sonraki gebelik dönemlerinde yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha düşük olduğu görülmüştür (92).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelerde uyku bozuklukları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde 1 Haziran-30 Temmuz 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Hastane 2005 yılında hizmete girmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 308'dir. Hastane bünyesinde 289 hemşire, 135 sağlık memuru ve 77 ebe görev yapmaktadır. Kadın Doğum Kliniğinde dokuz tane uzman doktor ve altı tane ebe ve hemşire çalışmaktadır. Klinikte; dört poliklinik aynı anda hizmet vermektedir. Polikliniğe başvuran hasta sayısı günlük ortalama 200'dür. Ayrıca poliklinikte, ultrason, NST (Non-stres Test) odası ve iki adet jinekolojik muayene odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Kamu Hastaneler Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Haziran-Temmuz 2014 tarihinde gebe polikliniğine kontrol amaçlı gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 267 sağlıklı

gebe oluşturmuştur. Evreni bilinmeyen örnekleme formülü aracılığı ile %95 güven ve 0.06 duyarlılıkla toplam 267 gebe ile görüşme yapılmıştır.

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

d: duyarlılık (0,06)

t: 1.96 (tablo değeri)

p: 0.05

q: 1-0.05 (1-p)

3.4. Örneklem Seçim Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar,
- İşitsel veya zihinsel bir engeli olmayanlar,
- İletişime ve iş birliğine açık olanlar,
- Hastanede yatmayı gerektirecek bir sağlık sorunu olmayanlar,
- Polikliniğe kontrol amacıyla başvuran gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; uyku sorunu, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi puanları ortalaması.

Bağımsız değişkenler; 1) gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelikten önce çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencenin varlığı aile tipi), 2) tıbbi ve gebelikle ilgili özellikleri (kilo, boy, gebelik öncesi kilo, düzenli kullanılan ilaçlar, gebelik haftası, kronik hastalığın varlığı, gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, sosyal destek alma durumu, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu ve gebelikle birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları), 3) alışkanlıklar (sigara, alkol, çay-kahve tüketimi, düzenli egzersiz yapma)

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yürütülebilmesi için Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek-1). Araştırma yapılacak kurum ve birim sorumlusundan onay alınmıştır (EK-2). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara görüşme öncesi araştırmanın amacı, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek- 3).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplamak için “Bireysel Bilgi 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.

3.7.1. Bireysel Bilgi Formu

Üç bölümden oluşan bu form, araştırmacı tarafından literatür (11, 13, 19, 75, 85, 87, 93, 94, 95, 96, 97) incelemesi ile hazırlanmış olup, toplam 32 soru maddesi içermektedir.

1-Sosyodemografik özelliklere ilişkin sorular (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencenin varlığı, aile tipi).

2-Tıbbi ve gebelikle ilgili özelliklere ilişkin sorular (kilo, boy, gebelik öncesi kilo, düzenli kullanılan ilaçlar, şu anki gebelik haftası, gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, yasayan çocuk sayısı, sosyal destek alma durumu, doğuma hazırlık eğitimi alıp almadığı, gebelik öncesi mevcut bir hastalığın varlığı ve gebelik süresince yaşadığı rahatsızlıklar).

3-Uyku ve diğer alışkanlıklarla ilgili özelliklere ilişkin sorular (sigara ve alkol kullanma durumu, çay ve kahve tüketme miktarı, gebelikte düzenli egzersiz yapma durumu, geçmişte ve şimdiki gebeliğinde uyku sorunu yaşayıp yaşamadığı ve yaşamışsa nedenleri, bu sorun için herhangi bir sağlık kuruluşuna gidip gitmediği,

devam etme durumu, uyku sorunuyla baş edebilmek için neler yaptığı) yer almaktadır.

3.7.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (98), Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (99). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Bu ölçek ile uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir “Uykusu iyi olanlar” ve “Uykusu kötü olanlar” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir.

Ölçek toplam 19 soru içerir, bu soruların 19'u kendini değerlendirme(self-rated) sorusudur. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensi ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin 7 bileşeni vardır:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 2 (soru 2 ve 5a), bileşen 3 (soru 4), bileşen 4 (soru 1, 3, 4), bileşen 5 (soru 5b-k), bileşen 6 (soru 7) ve bileşen 7 (soru 8, 9) puanlarının toplamından elde edilmektedir.

Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanın

yüksek oluşu son bir ay içerisindeki uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın beş ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Kesme noktası beştir, uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılır. Tanısal duyarlılığı % 89.6 ve özgüllüğü % 86.5'dir. Ölçeğin doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür (4).

3.7.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form Health Survey)

Toplum araştırmalarında, sağlık politikası ve sağlık durumu değerlendirmelerinde kullanılmak için tasarlanan SF-36, hastalığa spesifik anketlerle birlikte kullanılabilir. Bu ölçek herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü bulunmamakla birlikte, genel sağlık kavramlarını içermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (100). SF-36'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (101).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 36 soru maddesi içermekte olup, sekiz alt boyuta sahiptir; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, ikinci soruda geçen yıla göre sağlık durumundaki değişiklikler de sorgulanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 100 olup, puan arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı düşünülmektedir (101).

3.8. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplama formu, anlaşılabilirliği ve uygularken algıda bir değişiklik amacıyla araştırma kriterlerine uygun 20 kadına ulaşılarak, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anlaşılması sıkıntılı olan sorularda düzenlemeler yapılmıştır. Elde edilen veriler analize dahil edilmemiştir.

Bu aşamada, araştırmaya kriterlerine uygun 267 gebe veri toplama formu araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Veri

toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her hasta için yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve ölçek sorularına eksik cevap veren 12 kişi araştırma dışı bırakılmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada, elde edilen veriler SPSS 20 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlere ait sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gösterimlerin yanında, iki gruplu karşılaştırmalarda verilerin normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi, iki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneler Kurumu Sekreterliği Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerle ve bu kişilerin bireysel beyanları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	n=267	%
Yaş		
17-24 yaş	81	30.3
25-29 yaş	90	33.7
30-34 yaş	74	27.7
35-42 yaş	22	8.3
Eğitim durumu		
Okuryazar	4	1.5
İlköğretim	110	41.2
Lise	109	40.8
Üniversite ve üzeri	44	16.5
Çalışma durumu		
Vardiyalı çalışıyor	6	2.2
Sadece gece çalışıyor	1	0.4
Sadece gündüz çalışıyor	17	6.4
Çalışıyordu gebelikte bıraktı	62	23.2
Hiç çalışmadı	181	67.8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	74	27.7
Gelir gidere eşit	152	56.9
Gelir giderden fazla	41	15.4
Sosyal güvence		
Var	261	97.8
Yok	6	2.2
Aile tipi		
Geniş aile	73	27.3
Çekirdek aile	194	72.7

Tablo 4.1 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan gebelerin %30.3'ünün (n=81) 17-24 yaş grubunda, %33.7'sinin (n=90) 25-29 yaş gurubunda yer aldığı, yaş ortalamalarının ise 27.5 ± 4.9 (min:17, max:42) olduğu görülmektedir. Gebelerin %41.2'sinin (n=110) ilköğretim mezunu olduğu, %67.8'inin (n=181) hiç çalışmadığı, %23.2'sinin (n=62) gebelikte çalışmayı bıraktığı, %9'unun (n=24) halen çalışmaya devam ettiği, %56.9'unun (n=152) gelirin giderine eşit şeklinde ifade ettiği,

%97.8'inin (n=261) sosyal güvencesinin olduğu ve %72.7'sinin (n=194) çekirdek aile tipine sahip olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Gebelerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı

Tıbbi Özellikler	n	%
BKİ (n=267)		
Normal (17-24.99)	90	33.7
Fazla kilolu (25-29,99)	122	45.7
Obez (30-34)	55	20.6
Gebelikte alınan kilo durumu (n=267)		
1-5 kg	79	29.6
6-10 kg	75	28.1
11-15 kg	79	29.6
16 ve üzeri kg	34	12.7
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=267)		
Evet	53	19.9
Hayır	214	80.1
İlaç türleri* (n=53)		
Demir preparatları	30	46.6
Vitamin ilaçları	20	30.8
İnsülin	3	4.6
Kalsiyum tableti	1	1.5
Magnezyum ilacı	1	1.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde; BKİ' ne göre gebelerin %33.7'sinin (n=90) normal kilolu, %45.7'sinin (n=122) fazla kilolu ve %20.6'sının (n=55) obez olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %12.7'sinin (n=34) gebeliklerinde 16 ve üzeri kilo aldığı, 19.9'unun (n=53) düzenli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların %46.6'sının (n=30) demir preparatı, %30.8'inin (n=20) vitamin tableti, %15.5'inin (n=10) tiroid hormonu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Gebelerin gebelikle ilgili özelliklerine göre dağılımı

Gebelikle İlgili Özellikler	n=267	%
Gebelik haftası		
I.trimester (1-13. hafta)	33	12.4
II. trimester (14-26. hafta)	67	25.0
III. trimester (27-41. hafta)	167	62.6
Gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	195	73.0
Hayır	72	27.0
Gebelik sayısı		
1	97	36.3
2	100	37.5
3 ve üzeri	70	26.2
Yaşayan çocuk sayısı		
0	100	37.5
1	110	41.2
2	46	17.2
3 ve üzeri	11	4.1
Gebelik boyunca sosyal destek alma durumu		
Evet	219	82.0
Hayır	23	8.6
Kısmen	25	9.4
Gebelikte doğuma hazırlık eğitimi alma durumu		
Evet	71	26.6
Hayır	196	73.4

Tablo 4.3 incelendiğinde; gebelerin %12.4'ü (n=33) birinci trimesterde, %25'i (n=67) ikinci trimesterde, %62.6'sı (n=167) üçüncü trimesterde bulunmaktadır. Gebelerin %36.3'ünün (n=97) bir, %37.5'inin (n=100) iki, %26.2'sinin (n=70) üçüncü ve üzeri gebeliklerini yaşadığı, % 41.2'sinin (n=110) bir yaşayan çocuğunun olduğu saptanmıştır. Gebelerin %73'ünün (n=195) gebeliğinin planlı bir gebelik olduğu, %82'sinin (n= 219) gebelik boyunca eşi ve/veya sosyal çevresi tarafından desteklendiği, %26.6'sının (n=71) doğuma hazırlık eğitimi aldığı belirlenmiştir.

4.3. Gebelerin Hastalıklarına ve Gebelikteki Sorunlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Gebelerin gebelik öncesindeki mevcut hastalıklarına ve gebelikte ortaya çıkan hastalıklarına göre dağılımı

Hastalıklarla İlgili Özellikler	n	%
Gebelik öncesi hastalığın var olma durumu (n=267)		
Evet	18	6.7
Hayır	249	93.3
Gebelik öncesindeki mevcut hastalıklar* (n=18)		
Troid	7	38.9
Astım	3	16.7
Diyabet	3	16.7
Hepatit B	3	16.7
Romatizma	1	5.6
Panik atak	1	5.6
Gebelikte ortaya çıkan hastalığın var olma durumu (n=267)		
Evet	26	9.7
Hayır	241	90.3
Gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalıklar (n=26)*		
Troid	14	53.8
Hipertansiyon	3	11.5
Diyabet	2	7.7
Migren	2	7.7
Varis	2	7.7
Depresyon	1	3.8
Anemi	1	3.8
KOAH-Astım	1	3.8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4 incelendiğinde; gebelerin %6.7'sinde (n=18) gebelik öncesinde mevcut bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklardan en sık görülenlerinin troid (%38.9, n=7), astım (%16.7, n=3), diyabet (%16.7, n=3), hepatit B (%16.7, n=3) olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %9.7'sinde (n=26) gebelikle birlikte ortaya çıkan bir hastalığının olduğu ve bu hastalıklarında en sık görülenlerinin troid (%53.8, n=14), hipertansiyon (%11.5, n=3) olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerin gebelik süresince yaşadığı sorunlara göre dağılımı

Gebelikte Yaşanan Sorunlar İle İlgili Özellikler	n	%
Gebelikte sorun yaşama durumu (n=267)		
Evet	260	97.4
Hayır	7	2.6
Gebelikte yaşanan sorunlar* (n= 260)		
Yorgunluk	186	69.7
Gece sık idrara çıkma	157	58.8
Bulantı- kusma	153	57.3
Bacak krampları	150	56.2
Gerginlik- sinirlilik	121	45.3
Ağrı	107	40.1
Anemi	90	33.7
Karında şişlik- gaz	82	30.7
Solunum sıkıntısı	52	19.5
Reflü	39	14.6
Kanama- düşük tehdidi	28	10.5
Horlama	25	9.4
Gece öksürme	25	9.4
Uykuda boğulma hissi	21	7.9
Periyodik bacak hareketi (HBS)	12	4.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde; gebelerin %97.4'ünün (n=260) gebeliklerinde sorun yaşadığı ve bu sorunların en sık görülenlerinin yorgunluk (%69.7, n=186), gece sık idrara çıkma (%58.8, n=157), bulantı-kusma (%57.3, n=153), bacak krampları (%56.2, n=150), gerginlik-sinirlilik (%45.3, n=121), ağrı (%40.1, n=107), anemi (%33.7, n=90), karında şişlik-gaz (%30.7, n=82) olduğu belirlenmiştir.

4.4. Gebelerin Uyku ve Diğer Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Gebelerin uyku ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Uyku ile İlgili Özellikler	n	%
Geçmişte uyku sorunu yaşama durumu (n=267)		
Evet	6	2.2
Hayır	261	97.8
Şimdiki gebelikte uyku sorunu yaşama durumu (n=267)		
Evet	144	53.9
Hayır	123	46.1
Uyku sorunu yaşama nedenleri* (n=144)		
İleri gebelik haftası	39	20.5
Ağrı	30	15.6
Bebek hareketleri	24	12.5
Stres	18	9.4
Kilo alımı	15	7.8
Mide problemleri	16	8.3
Sıcaklık	14	7.3
Sık idrara çıkma	13	6.8
Yorgunluk	10	5.2
Solunum sıkıntısı	6	3.1
Diğer çocuklar	3	1.6
Öksürük	2	1.0
Sinirlilik	2	1.0
Uyku sorunu için sağlık kuruluşuna gitme durumu (n=144)		
Evet	9	6.2
Hayır	135	93.8
Uyku sorununun devam etme durumu (n=144)		
Evet	128	87.7
Hayır	16	12.3
Uyku sorunu ile baş edebilmek için yapılanlar* (n=144)		
Ilık duş almak	53	36.8
Herhangi bir şey yapmamak	51	35.4
TV izlemek	45	31.3
Ilık süt içmek	42	29.2
Kitap okumak	17	11.8
Müzik dinlemek	14	9.7
Bitki çayı içmek	2	1.4
Ev işi yapmak	1	0.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.6 incelendiğinde; gebelerin %2.2'sinin (n=6) geçmişte uyku sorunu yaşadığı, %53.9'unun (n=144) şimdiki gebeliğinde uyku sorunu yaşadığı ve uyku sorunu yaşayan gebelerin % 6.2'sinin (n=9) uyku sorunu için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir. Gebelerin uyku sorunu yaşama nedenleri arasında en sık ileri gebelik haftası (%20.3, n=39), ağrı (%15.6, n=30), bebek hareketleri (%12.5, n=24), stres (%9.4, n=18), mide problemleri (%8.3, n=16), kilo alımı (%7.8, n=15) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uyku sorunu yaşayan gebelerin %87.7'sinin (n=128) uyku sorununun devam ettiği ve bu uyku sorunuyla baş edebilmek için en sık ılık duş aldıkları (%36.8, n=53), televizyon izledikleri (%31.3, n=45), ılık süt içtikleri (%29.2, n=42), %35.4'ünün (n=51) ise herhangi bir şey yapmadığı ifade edilmiştir.

Tablo 4.7. Gebelerin alışkanlıklarla ilgili özelliklerine göre dağılımı

Alışkanlıklarla ilgili özellikler	n=267	%
Gebelik öncesinde sigara kullanma durumu		
Evet	45	16.6
Hayır	222	94.4
Gebelikte sigara kullanma durumu		
Evet	15	5.6
Hayır	252	94.4
Gebelikte alkol tüketme durumu		
Evet	1	0.4
Hayır	266	99.6
Gebelikte düzenli kahve tüketme durumu		
Evet	40	15.0
Hayır	227	85.0
Gebelikte düzenli çay tüketme durumu		
Evet	219	80.0
Hayır	48	20.0
Gebelikte düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	78	29.2
Hayır	189	70.8

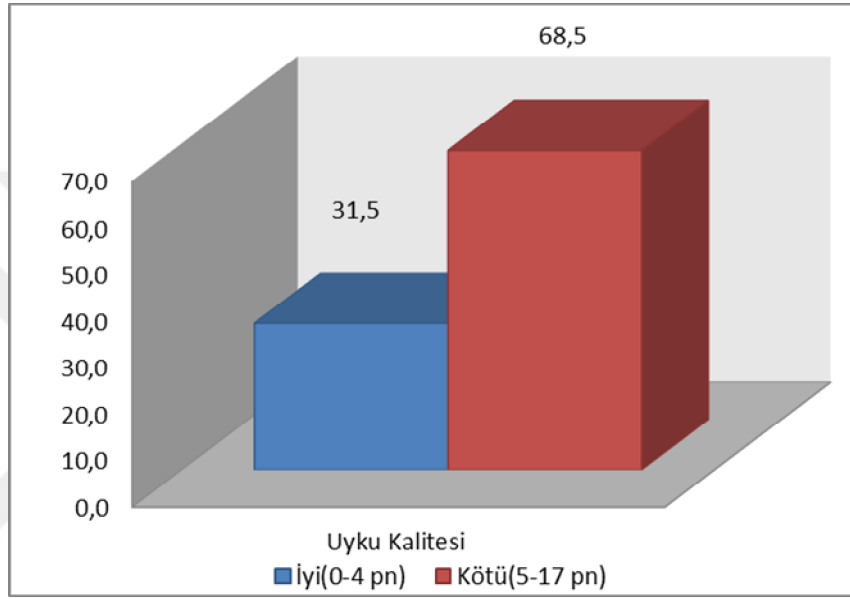
Tablo 4.7 incelendiğinde; gebelerin %16.9'unun (n=45) gebelik öncesinde sigara kullandığı, %5.6'sının (n=15) gebeliklerinde sigara kullandığı, % 0.4'ünün (n=1) alkol kullandığı, %15'inin kahve (n=40), %80'ninin (n=219) çay tükettiği belirlenmiştir. Bunun yanında gebelerin sadece %29.2'sinin (n=78) düzenli egzersiz yaptığı tespit edilmiştir.

4.5. Gebelerin Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Pittsburg uyku kalitesi indeksi puan dağılımı

Alt Boyutlar	Uyku kalitesi iyi olanlar (n=84)		Uyku kalitesi kötü olanlar (n=183)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Öznel uyku kalitesi (uyku kalitesini kendisinin değerlendirmesi)						
Çok iyi (0 puan)	55	65.5	12	6.6	67	25.1
Oldukça iyi (1 puan)	28	33.3	74	40.4	102	38.2
Oldukça kötü (2 puan)	1	1.2	73	39.9	74	27.7
Oldukça kötü (3 puan)	0	0.0	24	13.1	24	9.0
Uyku latensi (uykuya dalma süresi)						
15 dk.altında (0 puan)	46	54.8	11	6.0	57	21.3
16-30 dk. arası (1 puan)	31	36.9	49	26.8	80	30.0
31-60 dk. arası (2 puan)	7	8.3	86	47.0	93	34.8
60 dk. üzeri (3 puan)	0	0.0	37	20.2	37	13.9
Uyku süresi						
7 saat ve üzeri (0 puan)	72	85.7	81	44.3	153	57.3
6-6.9 saat (1 puan)	12	14.3	71	38.8	83	31.1
5-5.9 saat (2 puan)	0	0.0	19	10.4	19	7.1
5 saat altı (3 puan)	0	0.0	12	6.6	12	4.5
Alışılmış uyku etkinliği (uykuda yatakta kalma süresi x100)						
% 85 üzeri (0 puan)	71	84.5	60	32.8	131	49.1
%75-84 (1 puan)	13	15.5	50	27.3	63	23.6
%65-74 (2 puan)	0	0.0	31	16.9	31	11.6
%65 altında (3 puan)	0	0.0	42	23.0	42	15.7
Geçen ayda yaşanan uyku bozukluğu sıklığı						
Hiç yaşanmadı (0 puan)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Haftada 1'den az (1 puan)	63	75.0	30	16.4	93	34.8
Haftada 1-2 defa (2 puan)	21	25.0	142	77.6	163	61.0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0.0	11	6.0	11	4.1
Uyku ilacı kullanımı						
Hiç kullanmıyor (0 puan)	84	100.0	182	99.5	266	99.6
Haftada 1'den az (1 puan)	0	0.0	1	0.5	1	0.4
Haftada 1-2 defa (2 puan)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Geçen ay yaşanan gündüz işlev bozukluğu						
Hiç yaşanmadı (0 puan)	70	83.3	27	14.8	97	36.3
Haftada 1'den az (1 puan)	12	14.3	101	55.2	113	42.3
Haftada 1-2 defa (2 puan)	2	2.4	46	25.1	48	18.0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0.0	9	4.9	9	3.4

Tablo 4.8’de gebelerin son bir ay içindeki toplam PUKİ puanı ve alt bileşenlerinin puanları gösterilmektedir. Uykuya dalma süreleri incelendiğinde araştırmamıza katılan hastaların büyük bölümünün uykuya dalma sürelerinin normalden uzun olduğu yani NREM’in normalden uzun sürdüğü görülmektedir. Gebelerin uykuya dalma süreleri sırası ile 0 ile 15 dakika arasında (%21.3), 16-30 dakika arası (%30), 31–60 dakikada arasında (%34.8), 60 dakikanın üzerinde (%13.9) olarak değişim göstermektedir (Tablo 4.8).



Şekil 4.1. Gebelerin uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.1’de gebelerin uyku kalitesi dağılımları görülmektedir. Şekil incelendiğinde; gebelerin %68.5’inin (n=183) kötü uyku kalitesine sahip olduğu, %31.5’inin (n=84) iyi uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

4.5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. Gebelerin eğitim durumlarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Eğitim durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test	
							χ^2	p
Öznel uyku kalitesi	İlköğretim	114	1.17	0.00	3.00	0.94	0.33	0.847
	Lise	109	1.20	0.00	3.00	0.90		
	Üniversite ve üzeri	44	1.25	0.00	3.00	0.93		
Uyku latensi	İlköğretim	114	1.39	0.00	3.00	0.99	2.18	0.335
	Lise	109	1.25	0.00	3.00	0.94		
	Üniversite ve üzeri	44	1.50	0.00	3.00	1.01		
Uyku süresi	İlköğretim	114	0.54	0.00	3.00	0.83	1.78	0.408
	Lise	109	0.59	0.00	3.00	0.76		
	Üniversite ve üzeri	44	0.70	0.00	3.00	0.88		
Uyku etkinliği	İlköğretim	114	0.82	0.00	3.00	1.07	3.01	0.223
	Lise	109	0.99	0.00	3.00	1.14		
	Üniversite ve üzeri	44	1.11	0.00	3.00	1.13		
Uyku bozukluğu	İlköğretim	114	1.68	1.00	3.00	0.57	0.85	0.652
	Lise	109	1.69	1.00	3.00	0.54		
	Üniversite ve üzeri	44	1.75	1.00	3.00	0.49		
Uyku ilacı kullanımı	İlköğretim	114	0.00	0.00	0.00	0.00	1.44	0.484
	Lise	109	0.01	0.00	1.00	0.10		
	Üniversite ve üzeri	44	0.00	0.00	0.00	0.00		
Gündüz işlev bozukluğu	İlköğretim	114	0.83	0.00	3.00	0.77	0.56	0.754
	Lise	109	0.93	0.00	3.00	0.85		
	Üniversite ve üzeri	44	0.91	0.00	3.00	0.86		
Global skor	İlköğretim	114	6.44	1.00	16.00	3.66	1.13	0.566
	Lise	109	6.94	1.00	15.00	3.65		
	Üniversite ve üzeri	44	6.93	1.00	17.00	4.01		

Tablo 4.9’da gebelerin eğitim durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerin yaş durumlarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Yaş Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test		
							χ^2	p	İkili karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	17-24	81	1.37	0.00	3.00	0.90	5.57	0.134	-
	25-29	90	1.20	0.00	3.00	0.89			
	30-34	74	1.03	0.00	3.00	0.94			
	35-42	22	1.23	0.00	3.00	1.02			
Uyku latensi	17-24	81	1.58	0.00	3.00	0.97	4.07	0.252	-
	25-29	90	1.40	0.00	3.00	0.92			
	30-34	74	1.26	0.00	3.00	0.98			
	35-42	22	1.36	0.00	3.00	1.14			
Uyku süresi	17-24	81	0.49	0.00	3.00	0.73	5.01	0.171	-
	25-29	90	0.58	0.00	3.00	0.83			
	30-34	74	0.59	0.00	3.00	0.81			
	35-42	22	0.95	0.00	3.00	0.95			
Uyku etkinliği	17-24	81	0.80	0.00	3.00	0.99	8.17	0.042	1-4 3-4
	25-29	90	1.04	0.00	3.00	1.10			
	30-34	74	0.84	0.00	3.00	1.13			
	35-42	22	1.50	0.00	3.00	1.34			
Uyku bozukluğu	17-24	81	1.78	1.00	3.00	0.50	7.96	0.046	1-3 3-4
	25-29	90	1.55	1.00	3.00	0.57			
	30-34	74	1.70	1.00	3.00	0.53			
	35-42	22	1.82	1.00	3.00	0.59			
Uyku ilacı kullanımı	17-24	81	0.00	0.00	0.00	0.00	2.6	0.456	-
	25-29	90	0.00	0.00	0.00	0.00			
	30-34	74	0.01	0.00	1.00	0.12			
	35-42	22	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	17-24	81	0.94	0.00	3.00	0.84	4.86	0.182	-
	25-29	90	0.97	0.00	3.00	0.80			
	30-34	74	0.72	0.00	3.00	0.80			
	35-42	22	0.91	0.00	3.00	0.81			
Global skor	17-24	81	6.96	1.00	17.00	3.36	6.01	0.11	-
	25-29	90	6.89	1.00	16.00	3.73			
	30-34	74	5.96	1.00	15.00	3.84			
	35-42	22	7.77	1.00	14.00	4.19			

Tablo 4.10’de gebelerin yaş durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Uyku etkinliği ve uyku bozukluğu bileşeni açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görölmektedir ($p<0.05$). 35 yaş üstü grupta uyku etkinliği puanının, diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görölmektedir. 35-42 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede uyku bozukluğu olduğu söylenebilir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Gebelerin çalışma durumlarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test	
							χ^2	p
Öznel uyku kalitesi	Çalışıyor	24	1.35	0.00	3.00	1.08	2.98	0.225
	Gebelikte bıraktı	62	1.29	0.00	3.00	0.87		
	Hiç çalışmadı	181	1.14	0.00	3.00	0.91		
Uyku latensi	Çalışıyor	24	1.29	0.00	3.00	0.95	0.85	0.652
	Gebelikte bıraktı	62	1.48	0.00	3.00	1.02		
	Hiç çalışmadı	181	1.40	0.00	3.00	0.96		
Uyku süresi	Çalışıyor	24	0.63	0.00	2.00	0.77	1.09	0.579
	Gebelikte bıraktı	62	0.65	0.00	3.00	0.81		
	Hiç çalışmadı	181	0.56	0.00	3.00	0.82		
Uyku etkinliği	Çalışıyor	24	1.21	0.00	3.00	1.18	1.81	0.403
	Gebelikte bıraktı	62	0.97	0.00	3.00	1.13		
	Hiç çalışmadı	181	0.90	0.00	3.00	1.10		
Uyku bozukluğu	Çalışıyor	24	1.76	1.00	2.00	0.48	1.9	0.385
	Gebelikte bıraktı	62	1.77	1.00	3.00	0.53		
	Hiç çalışmadı	181	1.67	1.00	3.00	0.56		
Uyku ilacı kullanımı	Çalışıyor	24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	0.788
	Gebelikte bıraktı	62	0.00	0.00	0.00	0.00		
	Hiç çalışmadı	181	0.01	0.00	1.00	0.07		
Gündüz işlev bozukluğu	Çalışıyor	24	1.04	0.00	3.00	1.04	0.44	0.801
	Gebelikte bıraktı	62	0.87	0.00	3.00	0.74		
	Hiç çalışmadı	181	0.87	0.00	3.00	0.81		
Global skor	Çalışıyor	24	7.13	1.00	13.00	4.32	1.21	0.545
	Gebelikte bıraktı	62	7.10	1.00	15.00	3.73		
	Hiç çalışmadı	181	6.55	1.00	17.00	3.62		

Tablo 4.11’de gebelerin çalışma durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Gebelerin gelir durumlarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	Gelir giderden az	74	1.26	0.00	3.00	0.92	1.28	0.526	-
	Gelir gidere eşit	152	1.15	0.00	3.00	0.90			
	Gelir giderden fazla	41	1.32	0.00	3.00	1.01			
Uyku latensi	Gelir giderden az	74	1.62	0.00	3.00	0.96	9.23	0.009	1-2 2-3
	Gelir gidere eşit	152	1.61	0.00	3.00	0.97			
	Gelir giderden fazla	41	1.26	0.00	3.00	0.92			
Uyku süresi	Gelir giderden az	74	0.86	0.00	3.00	1.05	5.9	0.052	-
	Gelir gidere eşit	152	0.49	0.00	3.00	0.67			
	Gelir giderden fazla	41	0.46	0.00	2.00	0.67			
Uyku etkinliği	Gelir giderden az	74	1.05	0.00	3.00	1.19	1.75	0.415	-
	Gelir gidere eşit	152	0.87	0.00	3.00	1.10			
	Gelir giderden fazla	41	1.00	0.00	3.00	1.02			
Uyku bozukluğu	Gelir giderden az	74	1.74	1.00	3.00	0.57	1.05	0.591	-
	Gelir gidere eşit	152	1.71	1.00	3.00	0.55			
	Gelir giderden fazla	41	1.60	1.00	2.00	0.46			
Uyku ilacı kullanımı	Gelir giderden az	74	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.685	-
	Gelir gidere eşit	152	0.01	0.00	1.00	0.08			
	Gelir giderden fazla	41	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	Gelir giderden az	74	0.89	0.00	3.00	0.88	0.84	0.655	-
	Gelir gidere eşit	152	0.86	0.00	3.00	0.81			
	Gelir giderden fazla	41	0.95	0.00	2.00	0.71			
Global skor	Gelir giderden az	74	7.43	1.00	17.00	3.91	5.05	0.079	-
	Gelir gidere eşit	152	6.30	1.00	14.00	3.68			
	Gelir giderden fazla	41	7.05	1.00	13.00	3.26			

Tablo 4.12’de gebelerin gelir durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Uyku latensi açısından gelir durumu grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Uyku latensi gelir düzeyi düşük gruplarda anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Gebelerin aile tiplerine göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Aile tipi	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Geniş aile	73	1.05	0.00	3.00	0.97	-1.80	0.072
	Çekirdek aile	194	1.26	0.00	3.00	0.90		
Uyku latensi	Geniş aile	73	1.32	0.00	3.00	1.03	-0.91	0.363
	Çekirdek aile	194	1.45	0.00	3.00	0.95		
Uyku süresi	Geniş aile	73	0.40	0.00	3.00	0.66	-2.30	0.021
	Çekirdek aile	194	0.66	0.00	3.00	0.85		
Uyku etkinliği	Geniş aile	73	1.02	0.00	3.00	1.00	-1.72	0.085
	Çekirdek aile	194	0.74	0.00	3.00	1.14		
Uyku bozukluğu	Geniş aile	73	1.56	1.00	3.00	0.55	-2.47	0.014
	Çekirdek aile	194	1.74	1.00	3.00	0.53		
Uyku ilacı kullanımı	Geniş aile	73	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.61	0.540
	Çekirdek aile	194	0.01	0.00	1.00	0.07		
Gündüz işlev bozukluğu	Geniş aile	73	0.66	0.00	2.00	0.67	-2.59	0.009
	Çekirdek aile	194	0.97	0.00	3.00	0.85		
Global skor	Geniş aile	73	5.73	1.00	15.00	3.45	-2.63	0.008
	Çekirdek aile	194	7.10	1.00	17.00	3.74		

Tablo 4.13’de gebelerin aile tiplerine göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çekirdek ailesi olanların uyku süresi, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, global skoru geniş ailesi olanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

4.5.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Gebelerin gebelik öncesi BKİ'ne göre PUKİ puan dağılımı

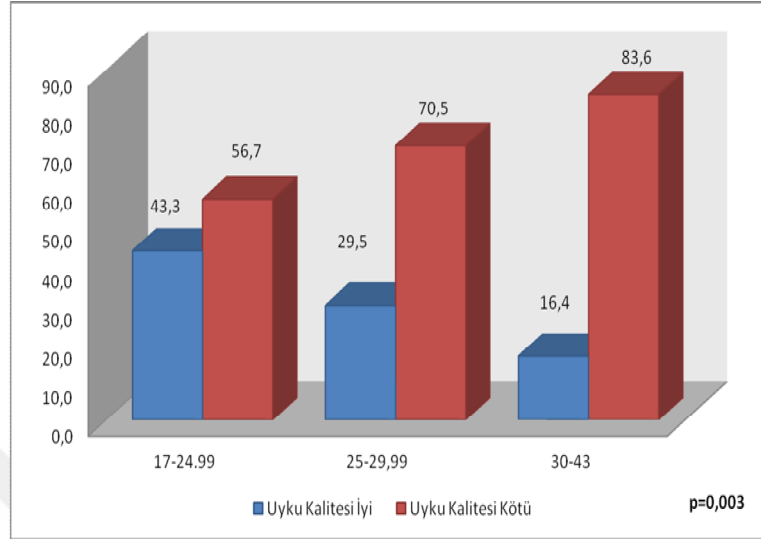
Alt Boyutlar	BKİ*	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test İkilli Karşılaştırma		
							χ^2	p	
Öznel uyku kalitesi	Normal	90	1.03	0.00	3.00	0.88			
	Kilolu	122	1.29	0.00	3.00	0.97	4.834	0.089	-
	Obez	55	1.31	0.00	3.00	0.84			
Uyku latansı	Normal	90	1.38	0.00	3.00	0.97			
	Kilolu	122	1.39	0.00	3.00	0.95	0.806	0.668	-
	Obez	55	1.51	0.00	3.00	1.05			
Uyku süresi	Normal	90	0.50	0.00	3.00	0.74			
	Kilolu	122	0.54	0.00	3.00	0.79	6.168	0.046	3-1 3-2
	Obez	55	0.84	0.00	3.00	0.92			
Uyku etkinliği	Normal	90	0.79	0.00	3.00	1.10			
	Kilolu	122	0.87	0.00	3.00	1.04	9.868	0.007	3-1 3-2
	Obez	55	1.35	0.00	3.00	1.21			
Uyku bozukluğu	Normal	90	1.64	1.00	3.00	0.62			
	Kilolu	122	1.66	1.00	3.00	0.51	5.781	0.056	-
	Obez	55	1.84	1.00	3.00	0.46			
Uyku ilacı kullanımı	Normal	90	0.00	0.00	0.00	0.00			
	Kilolu	122	0.01	0.00	1.00	0.09	1.189	0.552	-
	Obez	55	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	Normal	90	0.82	0.00	3.00	0.80			
	Kilolu	122	0.86	0.00	3.00	0.81	2.198	0.333	-
	Obez	55	1.04	0.00	3.00	0.86			
Global skor	Normal	90	6.17	1.00	15.00	3.66			
	Kilolu	122	6.62	1.00	17.00	3.70	7.147	0.019	3-1 3-2
	Obez	55	7.87	1.00	15.00	3.63			

*Normal: 17-24.99 kg, kilolu: 25-29.99 kg, obez: 30-43 kg

Tablo 4.14'de gebelerin gebelik öncesi BKİ'ne göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelik öncesi BKİ ile uyku süreleri, uyku etkinliği, global skor arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Obez olan gebelerin uyku süreleri uzun, ancak uyku etkinliği düşük bulunmuştur. Toplam skor obezlerde

diğerlerine göre daha yüksek olması nedeniyle uyku kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).



Şekil 4.2. BKİ'ne göre uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.2'de gebelerin BKİ' ne göre uyku kalitesinin dağılımı görölmektedir. Şekil incelendiğinde normal kilolu gebelerin %43.3'ünün uyku kalitesi iyi iken %56.7'sinin kötü, fazla kilolu gebelerin %29.5'inin uyku kalitesi iyi iken %70.5'inin kötü, obez gebelerin %16.4'ünün uyku kalitesi iyi iken %83.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu görölmektedir.

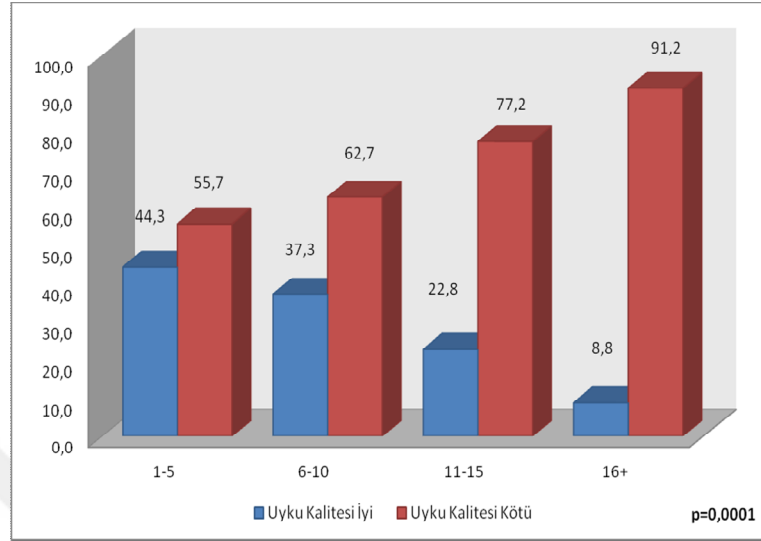
Tablo 4.15. Gebelerin gebelikte alınan kiloya göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelikte Alınan kg	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	1-5	79	0.92	0.00	3.00	0.90	13.003	0.005	1-2 1-3 1-4
	6-10	75	1.23	0.00	3.00	0.89			
	11-15	79	1.37	0.00	3.00	0.92			
	16+	34	1.44	0.00	3.00	0.89			
Uyku latensi	1-5	79	1.22	0.00	3.00	0.92	4.656	0.199	-
	6-10	75	1.49	0.00	3.00	0.98			
	11-15	79	1.48	0.00	3.00	1.00			
	16+	34	1.53	0.00	3.00	1.02			
Uyku süresi	1-5	79	0.42	0.00	3.00	0.73	9.422	0.024	1-4 2-4
	6-10	75	0.56	0.00	3.00	0.76			
	11-15	79	0.68	0.00	3.00	0.90			
	16+	34	0.82	0.00	3.00	0.83			
Uyku etkinliği	1-5	79	0.76	0.00	3.00	1.02	5.838	0.121	-
	6-10	75	0.99	0.00	3.00	1.13			
	11-15	79	0.92	0.00	3.00	1.13			
	16+	34	1.29	0.00	3.00	1.19			
Uyku bozukluğu	1-5	79	1.58	1.00	3.00	0.57	8.221	0.142	-
	6-10	75	1.67	1.00	3.00	0.58			
	11-15	79	1.76	1.00	3.00	0.46			
	16+	34	1.85	1.00	3.00	0.56			
Uyku ilacı kullanımı	1-5	79	0.00	0.00	0.00	0.00	2.381	0.497	-
	6-10	75	0.00	0.00	0.00	0.00			
	11-15	79	0.01	0.00	1.00	0.11			
	16+	34	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	1-5	79	0.84	0.00	3.00	0.82	4.702	0.195	-
	6-10	75	0.75	0.00	3.00	0.74			
	11-15	79	0.99	0.00	3.00	0.84			
	16+	34	1.06	0.00	3.00	0.89			
Global skor	1-5	79	5.73	1.00	15.00	3.31	11.802	0.008	1-4 2-4
	6-10	75	6.68	1.00	15.00	3.95			
	11-15	79	7.22	1.00	17.00	3.77			
	16+	34	8.00	1.00	14.00	3.46			

Tablo 4.15’de gebelerin gebelikte alınan kiloya göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; uyku latensi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelikte aldığı kilo ile öznel uyku kalitesi, uyku süresi ve global skor arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelerin aldığı kilo

arttıkça uyku süresinin azaldığı, kalitesinin düştüğü ve uyku problemin daha yoğun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).



Şekil 4.3. Gebelikte alınan kiloya göre uyku kalitesi dağılımı

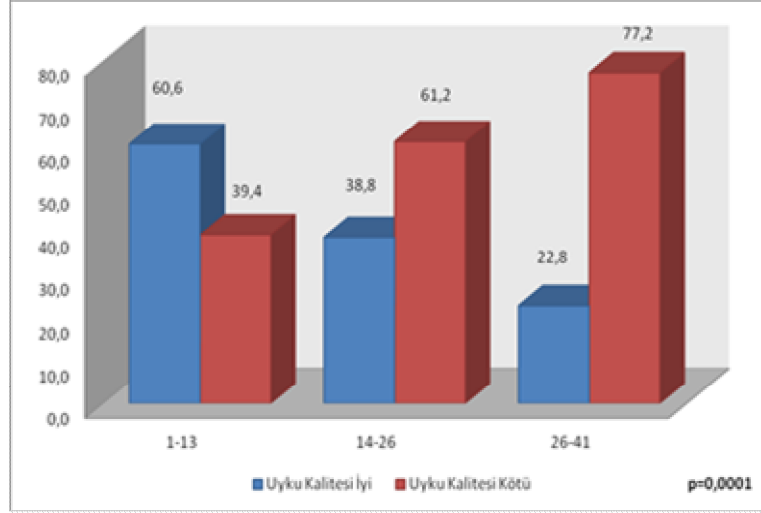
Şekil 4.3’de gebelerin gebelikte alınan kiloya göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebeliklerinde 1-5 kilo arası alan gebelerin %43.3’ünün uyku kalitesi iyi iken %55.7’sinin kötü, 6-10 kilo arası alan gebelerin %37.3’ünün uyku kalitesi iyi iken %62.7’sinin kötü, 11-15 kilo arası alan gebelerin %28.8’inin uyku kalitesi iyi iken %77.2’sinin kötü, 16 kilo ve üzeri alan gebelerin %8.8’inin uyku kalitesi iyi iken %91.2’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.16. Gebelerin gebelik haftalarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelik Haftası	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	p	İkilli Karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	1-13	33	0.67	0.00	3.00	0.78	20.371	0.0001	1-2 1-3
	14-26	67	1.04	0.00	3.00	0.91			
	26-41	167	1.38	0.00	3.00	0.90			
Uyku latansı	1-13	33	1.06	0.00	3.00	0.90	6.297	0.041	1-2 1-3
	14-26	67	1.34	0.00	3.00	0.93			
	26-41	167	1.51	0.00	3.00	0.99			
Uyku süresi	1-13	33	0.27	0.00	2.00	0.57	9.533	0.009	1-2 1-3
	14-26	67	0.48	0.00	3.00	0.70			
	26-41	167	0.69	0.00	3.00	0.87			
Uyku etkinliği	1-13	33	0.48	0.00	3.00	0.83	11.061	0.004	1-2 1-3
	14-26	67	0.76	0.00	3.00	1.03			
	26-41	167	1.10	0.00	3.00	1.16			
Uyku bozukluğu	1-13	33	1.45	1.00	3.00	0.56	14.767	0.001	1-3
	14-26	67	1.58	1.00	3.00	0.55			
	26-41	167	1.78	1.00	3.00	0.52			
Uyku ilacı kullanımı	1-13	33	0.00	0.00	0.00	0.00	2.985	0.225	-
	14-26	67	0.01	0.00	1.00	0.12			
	26-41	167	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	1-13	33	0.64	0.00	2.00	0.78	6.084	0.048	1-3
	14-26	67	0.79	0.00	3.00	0.79			
	26-41	167	0.97	0.00	3.00	0.82			
Global skor	1-13	33	4.58	1.00	11.00	2.86	19.835	0.0001	1-2 1-3
	14-26	67	6.01	1.00	15.00	3.29			
	26-41	167	7.44	1.00	17.00	3.81			

Tablo 4.16’da gebelerin gebelik haftasına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; uyku ilacı kullanımı bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelik haftası ile öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve global skor arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Buna göre, gebelik haftası arttıkça uyku süresinin azaldığı, uyku kalitesinin düştüğü, öznel uyku kalitesinin azaldığı, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğunun arttığı saptanmıştır (Tablo 4.16).



Şekil 4.4. Gebelik haftasına göre uyku kalitesi dağılımı

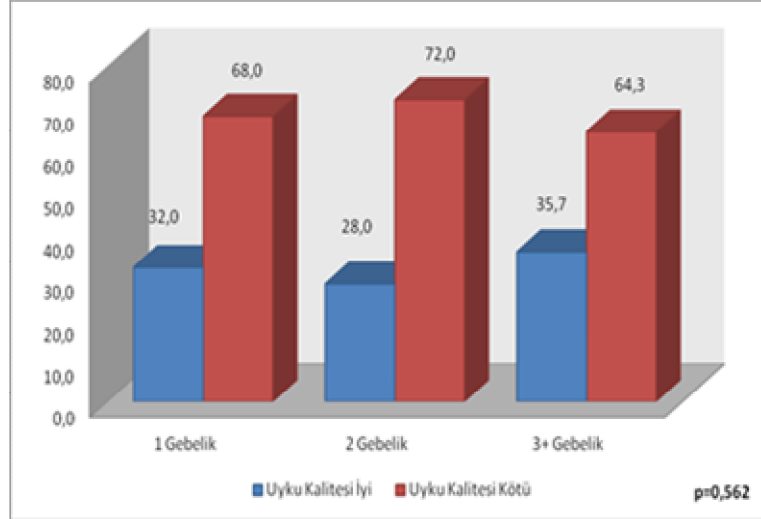
Şekil 4.4’de gebelerin gebelik haftasına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde birinci trimesterdeki gebelerin % 60.6’sını uyku kalitesi iyi iken %39.4’ünün kötü, ikinci trimesterdeki gebelerin % 38.8’inin uyku kalitesi iyi iken %61.2’sinin kötü, üçüncü trimesterdeki gebelerin % 22.8’inin uyku kalitesi iyi iken %77.2’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.17. Gebelerin gebelik sayısına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutları	Gebelik Sayısı	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	1	97	1.26	0.00	3.00	0.93	3.834	0.147	-
	2	100	1.28	0.00	3.00	0.92			
	3 ve üzeri	70	1.03	0.00	3.00	0.90			
Uyku latensi	1	97	1.52	0.00	3.00	1.02	6.351	0.042	1-3 2-3
	2	100	1.49	0.00	3.00	0.90			
	3 ve üzeri	70	1.16	0.00	3.00	0.97			
Uyku süresi	1	97	0.53	0.00	3.00	0.82	3.221	0.201	-
	2	100	0.69	0.00	3.00	0.84			
	3 ve üzeri	70	0.53	0.00	3.00	0.76			
Uyku etkinliği	1	97	0.90	0.00	3.00	1.03	1.674	0.433	-
	2	100	1.05	0.00	3.00	1.18			
	3 ve üzeri	70	0.84	0.00	3.00	1.14			
Uyku bozukluğu	1	97	1.73	1.00	3.00	0.49	1.574	0.455	-
	2	100	1.69	1.00	3.00	0.56			
	3 ve üzeri	70	1.64	1.00	3.00	0.59			
Uyku ilacı kullanımı	1	97	0.00	0.00	0.00	0.00	2.814	0.245	-
	2	100	0.00	0.00	0.00	0.00			
	3 ve üzeri	70	0.01	0.00	1.00	0.12			
Gündüz işlev bozukluğu	1	97	0.84	0.00	3.00	0.80	2.088	0.352	-
	2	100	0.97	0.00	3.00	0.81			
	3 ve üzeri	70	0.83	0.00	3.00	0.85			
Global skor	1	97	6.76	1.00	17.00	3.68	4.006	0.135	-
	2	100	7.17	1.00	16.00	3.76			
	3 ve üzeri	70	6.04	1.00	14.00	3.62			

Tablo 4.17’de gebelerin gebelik sayısına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelik sayısı ile uyku latensi arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Buna göre, primiparların uykuya dalmada daha fazla sıkıntı yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.17).



Şekil 4.5. Gebelik sayısına göre uyku kalitesi dağılımı

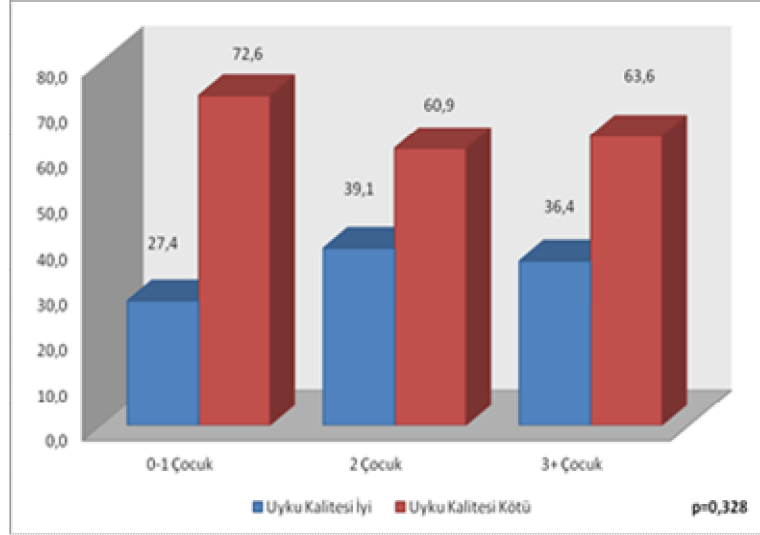
Şekil 4.5’de gebelerin gebelik sayısına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde ilk gebeliklerini yaşayan gebelerin %32’sinin uyku kalitesi iyi iken %68’inin kötü, ikinci gebeliklerini yaşayan gebelerin %28’inin uyku kalitesi iyi iken %72’sinin kötü, üç ve üzeri sayıdaki gebeliklerini yaşayan gebelerin %35.7’sinin uyku kalitesi iyi iken %64.3’ünün uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.18. Gebelerin çocuk sayısına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	P	İkili Karşılaştırma
Öznel uyku kalitesi	0-1	113	1.27	0.00	3.00	0.90	4.156	0.125	-
	2	46	0.96	0.00	3.00	0.89			
	3 ve üzeri	11	1.18	0.00	3.00	1.17			
Uyku latensi	0-1	113	1.48	0.00	3.00	0.92	7.725	0.021	2-1 2-3
	2	46	1.02	0.00	3.00	0.88			
	3 ve üzeri	11	1.45	0.00	3.00	1.21			
Uyku süresi	0-1	113	0.72	0.00	3.00	0.87	5.533	0.063	-
	2	46	0.37	0.00	2.00	0.57			
	3 ve üzeri	11	0.73	0.00	2.00	0.79			
Uyku etkinliği	0-1	113	1.06	0.00	3.00	1.18	4.142	0.126	-
	2	46	0.67	0.00	3.00	1.03			
	3 ve üzeri	11	1.18	0.00	3.00	1.33			
Uyku bozukluğu	0-1	113	1.67	1.00	3.00	0.57	0.868	0.648	-
	2	46	1.70	1.00	3.00	0.55			
	3 ve üzeri	11	1.55	1.00	3.00	0.69			
Uyku ilacı kullanımı	0-1	113	0.00	0.00	0.00	0.00	2.696	0.261	-
	2	46	0.02	0.00	1.00	0.15			
	3 ve üzeri	11	0.00	0.00	0.00	0.00			
Gündüz işlev bozukluğu	0-1	113	0.96	0.00	3.00	0.81	2.478	0.291	-
	2	46	0.85	0.00	3.00	0.84			
	3 ve üzeri	11	0.64	0.00	2.00	0.92			
Global skor	0-1	113	7.16	1.00	16.00	3.77	5.709	0.052	-
	2	46	5.59	1.00	14.00	3.24			
	3 ve üzeri	11	6.73	1.00	14.00	4.63			

Tablo 4.18’de gebelerin çocuk sayısına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin çocuk sayısı ile uyku latensi arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Tek çocuğu olanların ya da primiparların uykuya dalmada daha uzun süre harcadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.18).



Şekil 4.6. Çocuk sayısına göre uyku kalitesi dağılımı

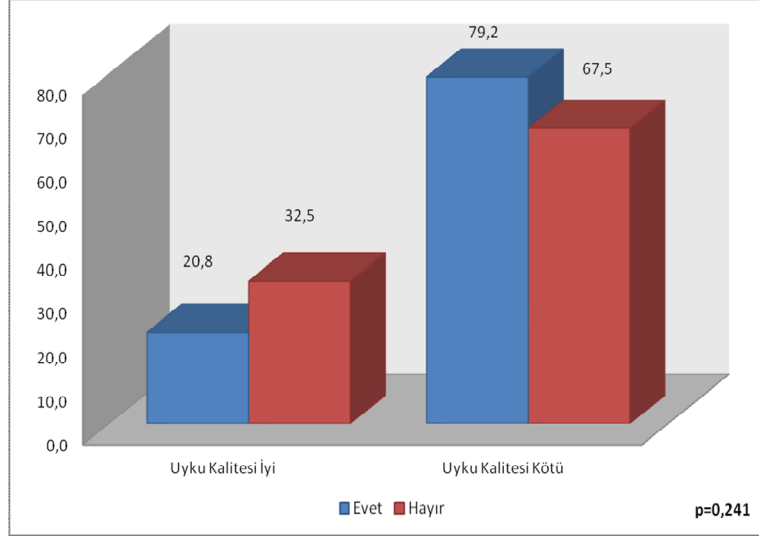
Şekil 4.6'de gebelerin çocuk sayısına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan gebelerin %27.4'ünün uyku kalitesi iyi iken %72.6'sının kötü, iki çocuğu olan gebelerin %39.1'inin uyku kalitesi iyi iken %60.9'unun kötü, üç ve daha fazla çocuğu olan gebelerin %36.4'ünün uyku kalitesi iyi iken %63.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu görülmüştür.

4.5.3. Gebelerin Hastalıklarına Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.19. Gebelerin gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumlarına göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Hastalık Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Evet	24	1.33	0.00	3.00	0.87	-0.656	0.512
	Hayır	243	1.19	0.00	3.00	0.93		
Uyku latansı	Evet	24	1.54	0.00	3.00	0.93	-0.741	0.459
	Hayır	243	1.40	0.00	3.00	0.98		
Uyku süresi	Evet	24	0.46	0.00	3.00	0.78	-0.961	0.337
	Hayır	243	0.60	0.00	3.00	0.81		
Uyku etkinliği	Evet	24	1.08	0.00	3.00	1.21	-0.559	0.576
	Hayır	243	0.93	0.00	3.00	1.10		
Uyku bozukluğu	Evet	24	1.88	1.00	3.00	0.45	-1.813	0.071
	Hayır	243	1.67	1.00	3.00	0.55		
Uyku ilacı kullanımı	Evet	24	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.314	0.753
	Hayır	243	0.00	0.00	1.00	0.06		
Gündüz işlev bozukluğu	Evet	24	1.21	0.00	3.00	0.88	-1.948	0.051
	Hayır	243	0.85	0.00	3.00	0.80		
Global skor	Evet	24	7.50	3.00	15.00	3.69	-0.993	0.321
	Hayır	243	6.65	1.00	17.00	3.71		

Tablo 4.19’da gebelerin gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.7. Hastalık durumuna göre uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.7’da gebelerin gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalığı olan gebelerin %28.8’inin uyku kalitesi iyi iken %79.2’sinin kötü, sağlıklı gebelerin ise %32.5’inin uyku kalitesi iyi iken %67.5’inin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmüştür.

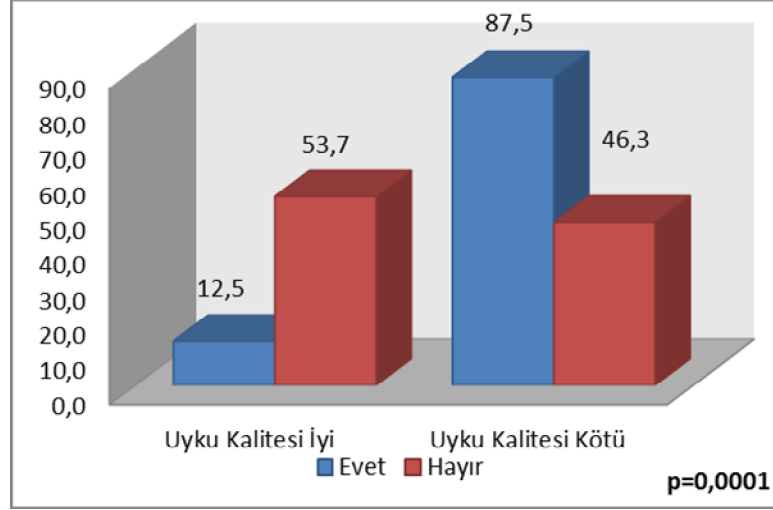
4.5.4. Gebelerin Uyku ve Diğer A1şkanlıklarına İlişkin zeliklerine Göre Uyku Kalitesi Bulguları

Tablo 4.20. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	şimdiki Gebelikte Uyku Sorunu Yaşama Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Evet	144	1.64	0.00	3.00	0.87	-8.45	0.000
	Hayır	123	0.70	0.00	3.00	0.70		
Uyku latensi	Evet	144	1.80	0.00	3.00	0.88	-7.00	0.000
	Hayır	123	0.96	0.00	3.00	0.88		
Uyku süresi	Evet	144	0.84	0.00	3.00	0.91	-5.64	0.000
	Hayır	123	0.29	0.00	3.00	0.55		
Uyku etkinliği	Evet	144	1.31	0.00	3.00	1.20	-5.74	0.000
	Hayır	123	0.51	0.00	3.00	0.82		
Uyku bozukluğu	Evet	144	1.91	1.00	3.00	0.46	-7.20	0.000
	Hayır	123	1.44	1.00	3.00	0.53		
Uyku ilacı kullanımı	Evet	144	0.00	0.00	0.00	0.00	-1.08	0.279
	Hayır	123	0.01	0.00	1.00	0.09		
Gündüz işlev bozukluğu	Evet	144	1.17	0.00	3.00	0.78	-6.45	0.000
	Hayır	123	0.55	0.00	3.00	0.73		
Global skor	Evet	144	8.66	1.00	17.00	3.42	-9.31	0.000
	Hayır	123	4.46	1.00	13.00	2.59		

Tablo 4.20’de gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; uyku ilacı kullanımı bileşeni arasında anlamlı lde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin şimdiki gebelikte uyku sorunu yaşayıp yaşamama ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve global skor arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebeliğinde uyku sorunu yaşayanların öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve global skor puanları gebelikte uyku sorunu yaşamayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.20).



Şekil 4.8. Uyku sorunu yaşama durumuna göre uyku kalitesi dağılımı

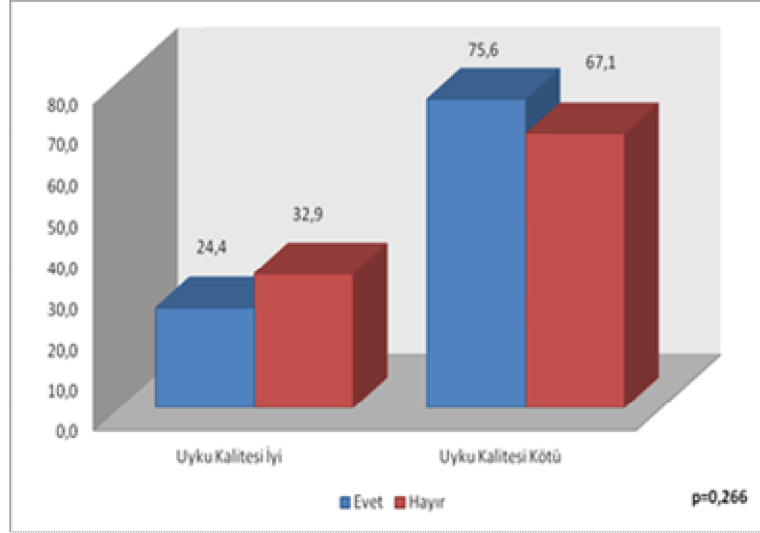
Şekil 4.8’de gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşamayan gebelerin %53.7’sinin uyku kalitesi iyi iken %46.3’ünün kötü, yaşayan gebelerin ise %12.5’inin uyku kalitesi iyi iken %87.5’inin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.21. Gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelik Öncesi Sigara Kullanma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Evet	45	1.42	0.00	3.00	0.99	-1.72	0.085
	Hayır	222	1.16	0.00	3.00	0.90		
Uyku latensi	Evet	45	1.76	0.00	3.00	0.98	-2.58	0.010
	Hayır	222	1.34	0.00	3.00	0.96		
Uyku süresi	Evet	45	0.80	0.00	3.00	1.01	-1.36	0.174
	Hayır	222	0.55	0.00	3.00	0.76		
Uyku etkinliği	Evet	45	0.91	0.00	3.00	1.22	-0.63	0.527
	Hayır	222	0.95	0.00	3.00	1.09		
Uyku bozukluğu	Evet	45	1.87	1.00	3.00	0.55	-2.26	0.024
	Hayır	222	1.66	1.00	3.00	0.54		
Uyku ilacı kullanımı	Evet	45	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.45	0.653
	Hayır	222	0.00	0.00	1.00	0.07		
Gündüz işlev bozukluğu	Evet	45	1.09	0.00	3.00	0.85	-1.87	0.062
	Hayır	222	0.84	0.00	3.00	0.81		
Global skor	Evet	45	7.84	1.00	16.00	4.06	-2.05	0.040
	Hayır	222	6.50	1.00	17.00	3.60		

Tablo 4.21’de gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin uyku latensi, uyku bozukluğu ve global skor açısından gebelik öncesinde sigara kullanıp kullanmama arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik öncesinde sigara kullananların uyku latensi, uyku bozukluğu ve genel skor puanı kullanmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir (Tablo 4.21).



Şekil 4.9. Gebelik öncesi sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi dağılımı

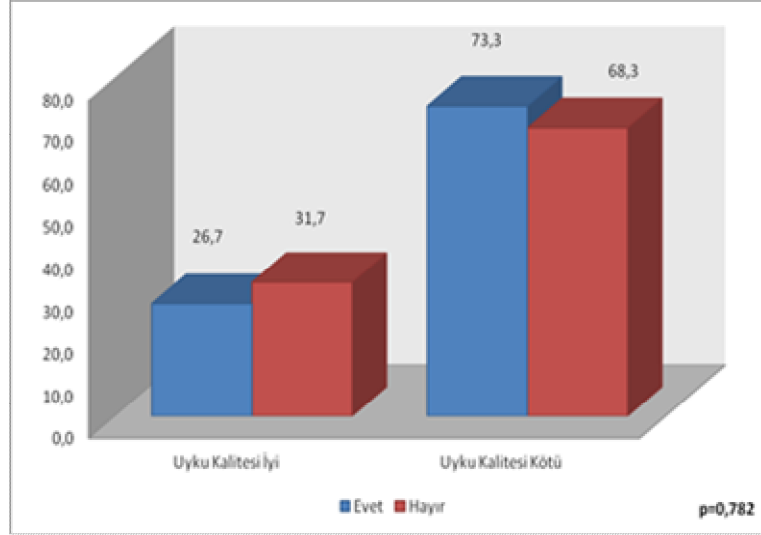
Şekil 4.9’da gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebelik öncesi sigara kullanan gebelerin %24.4’ünün uyku kalitesi iyi iken %75.6’sının kötü, kullanmayan gebelerin ise %32.9’unun uyku kalitesi iyi iken %67.1’inin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.22. Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutları	Gebelikte Sigara Kullanma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Evet	15	1.40	0.00	3.00	1.06	-0.68	0.494
	Hayır	252	1.19	0.00	3.00	0.91		
Uyku latensi	Evet	15	1.73	0.00	3.00	1.10	-1.34	0.182
	Hayır	252	1.39	0.00	3.00	0.97		
Uyku süresi	Evet	15	1.07	0.00	3.00	0.96	-2.44	0.015
	Hayır	252	0.56	0.00	3.00	0.79		
Uyku etkinliği	Evet	15	0.94	0.00	3.00	1.25	-0.52	0.603
	Hayır	252	0.87	0.00	3.00	1.11		
Uyku bozukluğu	Evet	15	1.87	1.00	3.00	0.64	-1.12	0.265
	Hayır	252	1.68	1.00	3.00	0.54		
Uyku ilacı kullanımı	Evet	15	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.24	0.807
	Hayır	252	0.00	0.00	1.00	0.06		
Gündüz işlev bozukluğu	Evet	15	1.33	0.00	3.00	1.05	-1.85	0.065
	Hayır	252	0.86	0.00	3.00	0.80		
Global skor	Evet	15	8.27	1.00	15.00	4.40	-1.52	0.127
	Hayır	252	6.63	1.00	17.00	3.65		

Tablo 4.22’de gebelerin gebelikte sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin uyku süresi açısından gebelikte sigara kullanıp kullanmama arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelikte sigara kullananların uyku süresi kullanmayanlara oranla anlamlı derecede daha azdır (Tablo 4.22).



Şekil 4.10. Gebelikte sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesi dağılımı

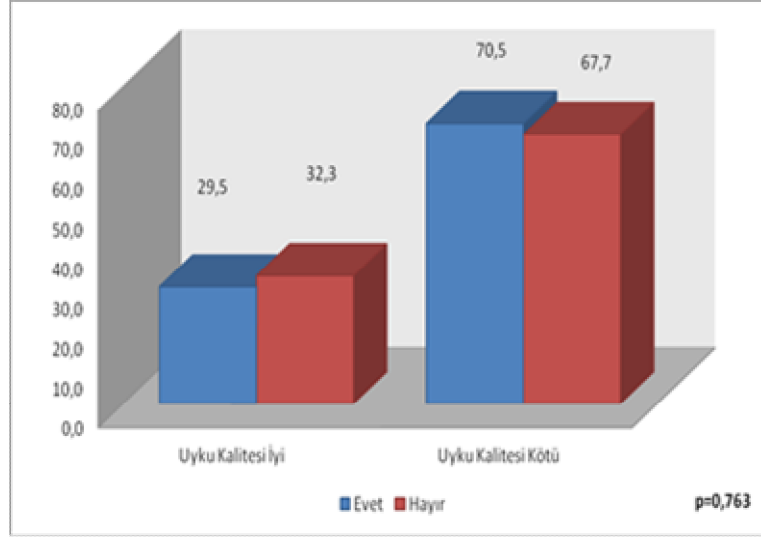
Şekil 4.10’da gebelerin gebelikte sigara kullanma durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebelikte sigara kullanan gebelerin %26.7’sinin uyku kalitesi iyi iken %73.3’ünün kötü, kullanmayan gebelerin ise %31.7’sinin uyku kalitesi iyi iken %68.3’ünün uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.23. Gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelikte Düzenli Egzersiz Yapama Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Evet	78	1.41	0.00	3.00	0.90	-2.46	0.014
	Hayır	189	1.12	0.00	3.00	0.92		
Uyku latansı	Evet	78	1.42	0.00	3.00	0.95	-0.26	0.797
	Hayır	189	1.41	0.00	3.00	0.99		
Uyku süresi	Evet	78	0.73	0.00	3.00	0.92	-1.50	0.133
	Hayır	189	0.53	0.00	3.00	0.75		
Uyku etkinliği	Evet	78	1.17	0.00	3.00	1.17	-2.24	0.025
	Hayır	189	0.85	0.00	3.00	1.08		
Uyku bozukluğu	Evet	78	1.76	1.00	3.00	0.54	-1.23	0.220
	Hayır	189	1.67	1.00	3.00	0.55		
Uyku ilacı kullanımı	Evet	78	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.64	0.521
	Hayır	189	0.01	0.00	1.00	0.07		
Gündüz işlev bozukluğu	Evet	78	0.97	0.00	3.00	0.82	-1.22	0.221
	Hayır	189	0.85	0.00	3.00	0.81		
Global skor	Evet	78	7.46	1.00	15.00	4.01	-1.98	0.048
	Hayır	189	6.42	1.00	17.00	3.54		

Tablo 4.23’de gebelerin gebelikte düzenli egzersiz (haftada üç kez en az 20 dk yürüyüş) yapma durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; uyku latansı, uyku süresi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin öznel uyku kalitesi, uyku etkinliği ve global skor açısından gebelikte düzenli egzersiz yapıp yapmama arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelikte düzenli egzersiz yapanların öznel uyku kalitesi, uyku etkinliği ve global skor puanı yapmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir (Tablo 4.23).



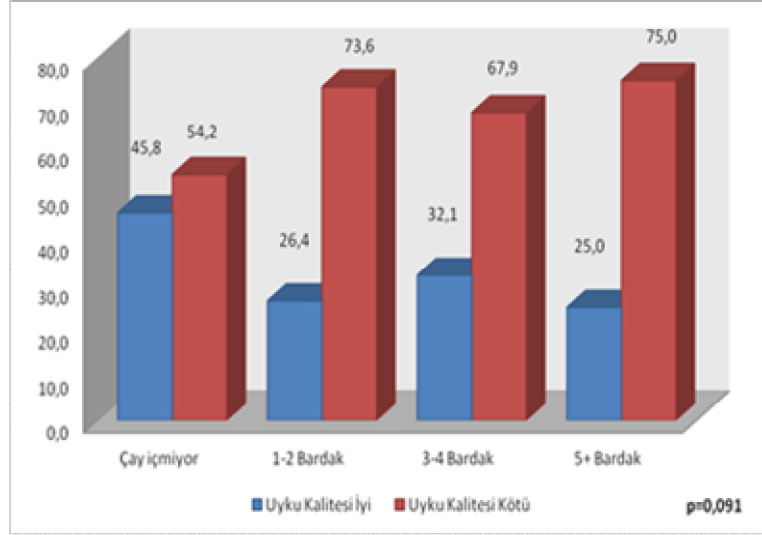
Şekil 4.11. Gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.11’de gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebelikte düzenli egzersiz yapan gebelerin %29.5’inin uyku kalitesi iyi iken %70.5’inin kötü, yapmayan gebelerin ise %32.3’ünün uyku kalitesi iyi iken %67.7’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.24. Gebelerin çay içme durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutları	Çay İçme Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Testi	
							χ^2	p
Öznel uyku kalitesi	İçmiyor	48	0.94	0.00	3.00	0.93	7.864	0.051
	1-2 Bardak	106	1.32	0.00	3.00	0.94		
	3-4 Bardak	81	1.28	0.00	3.00	0.88		
	5+ Bardak	32	1.03	0.00	3.00	0.86		
Uyku latansı	İçmiyor	48	1.23	0.00	3.00	0.95	5.175	0.159
	1-2 Bardak	106	1.52	0.00	3.00	0.96		
	3-4 Bardak	81	1.31	0.00	3.00	1.01		
	5+ Bardak	32	1.59	0.00	3.00	0.95		
Uyku süresi	İçmiyor	48	0.50	0.00	3.00	0.71	0.621	0.892
	1-2 Bardak	106	0.61	0.00	3.00	0.87		
	3-4 Bardak	81	0.62	0.00	3.00	0.80		
	5+ Bardak	32	0.56	0.00	3.00	0.80		
Uyku etkinliği	İçmiyor	48	0.81	0.00	3.00	1.10	5.305	0.151
	1-2 Bardak	106	1.08	0.00	3.00	1.08		
	3-4 Bardak	81	0.88	0.00	3.00	1.18		
	5+ Bardak	32	0.81	0.00	3.00	1.06		
Uyku bozukluğu	İçmiyor	48	1.56	1.00	3.00	0.54	3.962	0.266
	1-2 Bardak	106	1.75	1.00	3.00	0.52		
	3-4 Bardak	81	1.69	1.00	3.00	0.56		
	5+ Bardak	32	1.72	1.00	3.00	0.58		
Uyku ilacı kullanımı	İçmiyor	48	0.00	0.00	0.00	0.00	2.296	0.513
	1-2 Bardak	106	0.00	0.00	0.00	0.00		
	3-4 Bardak	81	0.01	0.00	1.00	0.11		
	5+ Bardak	32	0.00	0.00	0.00	0.00		
Gündüz işlev bozukluğu	İçmiyor	48	0.67	0.00	2.00	0.69	6.832	0.077
	1-2 Bardak	106	0.99	0.00	3.00	0.86		
	3-4 Bardak	81	0.94	0.00	3.00	0.81		
	5+ Bardak	32	0.72	0.00	3.00	0.81		
Global skor	İçmiyor	48	5.71	1.00	15.00	3.67	6.604	0.086
	1-2 Bardak	106	7.27	1.00	17.00	3.73		
	3-4 Bardak	81	6.73	1.00	16.00	3.78		
	5+ Bardak	32	6.44	1.00	13.00	3.30		

Tablo 4.24’de gebelerin çay içme durumuna göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



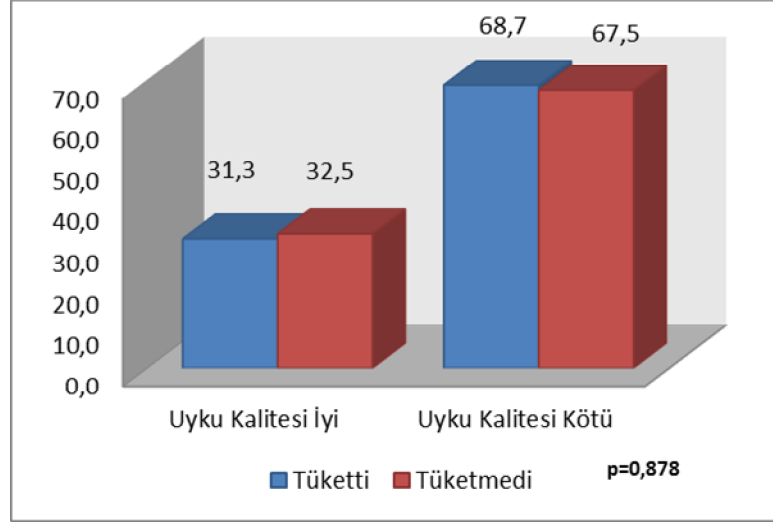
Şekil 4.12. Gebelerin çay içme durumuna göre uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.12’de gebelerin çay içme durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebeliklerinde çay içmeyen gebelerin %45.8’inin uyku kalitesi iyi iken %54.2’sinin kötü, 1-2 bardak içen gebelerin %26.4’ünün uyku kalitesi iyi iken %73.6’sının kötü, 3-4 bardak içen gebelerin %32.1’inin uyku kalitesi iyi iken %67.9’unun kötü, 5 bardak ve daha fazla içen gebelerin ise %25’inin uyku kalitesi iyi iken %75’inin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.25. Gebelerin kahve tüketme durumuna göre PUKİ puan dağılımı

Alt Boyutlar	Kahve Tüketme Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U testi	
							z	p
Öznel uyku kalitesi	Tüketmedi	227	1.20	0.00	3.00	0.90	-0.055	0.956
	Tüketti	40	1.23	0.00	3.00	1.03		
Uyku latansı	Tüketmedi	227	1.41	0.00	3.00	0.99	-0.226	0.821
	Tüketti	40	1.45	0.00	3.00	0.90		
Uyku süresi	Tüketmedi	227	0.59	0.00	3.00	0.80	-0.138	0.891
	Tüketti	40	0.60	0.00	3.00	0.87		
Uyku etkinliği	Tüketmedi	227	0.93	0.00	3.00	1.10	-0.069	0.945
	Tüketti	40	0.98	0.00	3.00	1.19		
Uyku bozukluğu	Tüketmedi	227	1.69	1.00	3.00	0.54	-0.391	0.697
	Tüketti	40	1.73	1.00	3.00	0.55		
Uyku ilacı kullanımı	Tüketmedi	227	0.00	0.00	1.00	0.07	-0.421	0.675
	Tüketti	40	0.00	0.00	0.00	0.00		
Gündüz işlev bozukluğu	Tüketmedi	227	0.85	0.00	3.00	0.79	-1.158	0.247
	Tüketti	40	1.05	0.00	3.00	0.93		
Global skor	Tüketmedi	227	6.67	1.00	15.00	3.64	-0.212	0.832
	Tüketti	40	7.03	2.00	17.00	4.10		

Tablo 4.25’de gebelerin kahve içme durumuna göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, global skor bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 4.13. Gebelerin kahve tüketme durumuna göre uyku kalitesi dağılımı

Şekil 4.13’de gebelerin kahve tüketme durumlarına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde gebeliklerinde kahve tüketmeyen gebelerin %31.3’ünün uyku kalitesi iyi iken %68.7’sinin kötü, tüketen gebelerin ise %32.5’inin uyku kalitesi iyi iken %67.5’inin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

4.6. Gebelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.26. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	n	Mean	Median	Minimum	Maximum	SS
Fiziksel fonksiyon	267	36.9	36.7	0.0	66.7	14.6
Rol güçlüğü (fiziksel)	267	21.6	12.5	0.0	62.5	20.5
Ağrı	267	33.8	36.4	0.0	81.8	18.5
Genel sağlık	267	35.3	36.0	0.0	60.0	9.5
Vitalite (enerji)	267	34.1	37.5	0.0	66.7	15.3
Sosyal fonksiyon	267	34.6	40.0	0.0	80.0	14.7
Rol güçlüğü (emosyonel)	267	25.3	16.7	0.0	50.0	20.0
Mental sağlık	267	36.3	36.7	0.0	63.3	10.4

Tablo 4.26'da gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımları verilmiştir. Tabloya göre fiziksel fonksiyon puan ortalaması 36.9 ± 14.6 , rol güçlüğü (fiziksel) puan ortalaması 21.6 ± 20.5 , ağrı puan ortalaması 33.8 ± 18.5 , genel sağlık puan ortalaması 35.3 ± 9.5 , vitalite (enerji) puan ortalaması 34.1 ± 15.3 , sosyal fonksiyon puan ortalaması 34.6 ± 14.7 , rol güçlüğü (emosyonel) puan ortalaması 25.3 ± 20.0 , mental sağlık puan ortalaması 36.3 ± 10.4 olduğu saptanmıştır.

4.6.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.27. Gebelerin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Testi		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Fiziksel fonksiyon	İlköğretim	114	36.29	0.00	63.33	13.74	0.78	0.674	-
	Lise	109	37.09	0.00	66.67	15.32			
	Üniversite ve üzeri	44	38.03	0.00	63.33	15.05			
Rol güçlüğü (fiziksel)	İlköğretim	114	19.63	0.00	62.50	19.81	4.21	0.121	-
	Lise	109	24.89	0.00	62.50	21.07			
	Üniversite ve üzeri	44	18.75	0.00	50.00	20.08			
Ağrı	İlköğretim	114	34.21	0.00	81.82	18.51	2.83	0.241	-
	Lise	109	31.86	0.00	72.73	18.08			
	Üniversite ve üzeri	44	37.81	9.09	81.82	19.00			
Genel sağlık	İlköğretim	114	35.82	0.00	60.00	10.00	9.13	0.01	3-2
	Lise	109	33.61	4.00	60.00	9.48			
	Üniversite ve üzeri	44	38.18	24.00	52.00	6.98			
Vitalite (enerji)	İlköğretim	114	31.87	0.00	66.67	16.16	4.24	0.119	-
	Lise	109	35.44	0.00	66.67	14.92			
	Üniversite ve üzeri	44	36.65	4.17	66.67	13.56			
Sosyal fonksiyon	İlköğretim	114	34.04	0.00	80.00	15.56	0.02	0.986	-
	Lise	109	34.95	0.00	80.00	13.72			
	Üniversite ve üzeri	44	35.23	10.00	80.00	14.86			
Rol güçlüğü (emosyonel)	İlköğretim	114	22.08	0.00	50.00	19.01	5.37	0.067	-
	Lise	109	28.44	0.00	50.00	20.45			
	Üniversite ve üzeri	44	26.14	0.00	50.00	20.46			
Mental sağlık	İlköğretim	114	35.70	0.00	60.00	10.35	3.5	0.173	-
	Lise	109	36.02	16.67	63.33	10.54			
	Üniversite ve üzeri	44	38.64	10.00	53.33	10.10			

Tablo 4.27’de gebelerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi bileşen puanları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin genel sağlık açısından eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların genel

sağlık puanı, lise olanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. Gebelerin yaş durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Yaş Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	17-24	81	36.21	3.33	63.33	14.61	0.5	0.917
	25-29	90	37.67	0.00	66.67	15.38		
	30-34	74	36.49	0.00	63.33	14.49		
	35-42	22	37.73	20.00	63.33	11.79		
Rol gücülüğü (fiziksel)	17-24	81	22.38	0.00	62.50	21.26	0.38	0.943
	25-29	90	22.08	0.00	62.50	21.04		
	30-34	74	20.27	0.00	50.00	19.49		
	35-42	22	21.59	0.00	50.00	19.74		
Ağrı	17-24	81	34.46	0.00	81.82	19.16	0.46	0.927
	25-29	90	33.23	0.00	81.82	18.89		
	30-34	74	33.42	0.00	81.82	17.49		
	35-42	22	35.54	0.00	72.73	18.38		
Genel sağlık	17-24	81	35.11	4.00	60.00	9.86	1.36	0.712
	25-29	90	36.18	0.00	60.00	10.31		
	30-34	74	34.81	12.00	60.00	8.70		
	35-42	22	34.18	24.00	48.00	6.62		
Vitalite(enerji)	17-24	81	35.75	0.00	62.50	14.28	1.15	0.762
	25-29	90	33.19	0.00	66.67	15.70		
	30-34	74	33.39	0.00	66.67	16.36		
	35-42	22	34.28	0.00	50.00	14.49		
Sosyal fonksiyon	17-24	81	34.81	0.00	60.00	13.33	4.06	0.254
	25-29	90	34.78	0.00	80.00	15.45		
	30-34	74	32.84	0.00	80.00	15.04		
	35-42	22	39.09	10.00	70.00	14.77		
Rol gücülüğü (emosyonel)	17-24	81	27.98	0.00	50.00	20.38	3.16	0.367
	25-29	90	25.56	0.00	50.00	19.86		
	30-34	74	22.30	0.00	50.00	19.56		
	35-42	22	25.00	0.00	50.00	20.41		
Mental sağlık	17-24	81	34.49	0.00	63.33	11.75	4.42	0.219
	25-29	90	37.15	16.67	60.00	9.32		
	30-34	74	36.53	16.67	60.00	10.17		
	35-42	22	38.94	20.00	53.33	9.67		

Tablo 4.28’de gebelerin yaş durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol gücülüğü (fiziksel), ağrı, genel

sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.29. Gebelerin çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test	
							χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Çalışıyor	24	31.67	0.00	46.67	11.88	4.52	0.104
	Gebelikte bıraktı	62	38.98	3.33	63.33	14.57		
	Hiç çalışmadı	181	36.89	0.00	66.67	14.79		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Çalışıyor	24	24.48	0.00	50.00	21.33	0.89	0.638
	Gebelikte bıraktı	62	22.58	0.00	50.00	21.81		
	Hiç çalışmadı	181	20.93	0.00	62.50	19.98		
Ağrı	Çalışıyor	24	39.77	0.00	81.82	20.73	2.6	0.271
	Gebelikte bıraktı	62	34.46	9.09	72.73	17.89		
	Hiç çalışmadı	181	32.85	0.00	81.82	18.29		
Genel sağlık	Çalışıyor	24	36.50	24.00	52.00	6.60	1.23	0.538
	Gebelikte bıraktı	62	35.87	4.00	56.00	9.47		
	Hiç çalışmadı	181	34.96	0.00	60.00	9.79		
Vitalite (enerji)	Çalışıyor	24	34.20	8.33	58.33	15.39	0.12	0.94
	Gebelikte bıraktı	62	33.87	0.00	66.67	14.70		
	Hiç çalışmadı	181	34.19	0.00	66.67	15.61		
Sosyal fonksiyon	Çalışıyor	24	30.83	10.00	80.00	15.01	4.3	0.116
	Gebelikte bıraktı	62	33.71	0.00	70.00	14.74		
	Hiç çalışmadı	181	35.41	0.00	80.00	14.59		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Çalışıyor	24	25.00	0.00	50.00	20.85	1.71	0.424
	Gebelikte bıraktı	62	28.49	0.00	50.00	22.05		
	Hiç çalışmadı	181	24.31	0.00	50.00	19.12		
Mental sağlık	Çalışıyor	24	37.64	10.00	53.33	10.00	0.84	0.654
	Gebelikte bıraktı	62	36.24	16.67	53.33	10.75		
	Hiç çalışmadı	181	36.17	0.00	63.33	10.37		

Tablo 4.29’da gebelerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.30. Gebelerin gelir durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal Wallis Test	
							χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Gelir giderden az	74	37.52	3.33	63.33	13.81	1.68	0.429
	Gelir gidere eşit	152	37.30	0.00	66.67	15.16		
	Gelir giderden fazla	41	34.31	0.00	60.00	13.75		
Rol gücülüğü (fiziksel)	Gelir giderden az	74	20.61	0.00	50.00	19.57	1.68	0.429
	Gelir gidere eşit	152	23.03	0.00	50.00	20.70		
	Gelir giderden fazla	41	18.29	0.00	62.50	21.30		
Ağrı	Gelir giderden az	74	34.52	0.00	81.82	18.49	1.44	0.484
	Gelir gidere eşit	152	32.54	0.00	72.73	17.40		
	Gelir giderden fazla	41	37.47	0.00	81.82	21.91		
Genel sağlık	Gelir giderden az	74	34.65	16.00	60.00	8.72	2.23	0.326
	Gelir gidere eşit	152	35.76	0.00	60.00	9.91		
	Gelir giderden fazla	41	34.83	8.00	60.00	9.18		
Vitalite(enerji)	Gelir giderden az	74	33.61	0.00	54.17	13.02	1.12	0.568
	Gelir gidere eşit	152	33.74	0.00	66.67	16.84		
	Gelir giderden fazla	41	36.38	0.00	58.33	13.31		
Sosyal fonksiyon	Gelir giderden az	74	36.35	0.00	80.00	14.95	3.25	0.196
	Gelir gidere eşit	152	34.34	0.00	80.00	14.27		
	Gelir giderden fazla	41	32.44	0.00	80.00	15.62		
Rol gücülüğü (emosyonel)	Gelir giderden az	74	21.17	0.00	50.00	20.70	5.15	0.076
	Gelir gidere eşit	152	27.30	0.00	50.00	19.33		
	Gelir giderden fazla	41	25.61	0.00	50.00	20.45		
Mental sağlık	Gelir giderden az	74	37.03	0.00	56.67	10.53	2.46	0.291
	Gelir gidere eşit	152	36.54	16.67	60.00	10.21		
	Gelir giderden fazla	41	34.23	10.00	63.33	10.85		

Tablo 4.30’da gebelerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol gücülüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol gücülüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.31. Gebelerin aile tipine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Aile Tipi	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Geniş aile	73	37.21	6.67	63.33	13.86	-0.20	0.844
	Çekirdek aile	194	36.79	0.00	66.67	14.87		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Geniş aile	73	23.29	0.00	62.50	20.87	-0.72	0.474
	Çekirdek aile	194	21.01	0.00	62.50	20.36		
Ağrı	Geniş aile	73	30.88	0.00	81.82	19.91	-1.77	0.076
	Çekirdek aile	194	34.96	0.00	81.82	17.82		
Genel sağlık	Geniş aile	73	36.05	16.00	60.00	9.20	-0.05	0.961
	Çekirdek aile	194	35.03	0.00	60.00	9.57		
Vitalite (enerji)	Geniş aile	73	28.14	0.00	66.67	17.81	-3.47	0.001
	Çekirdek aile	194	36.36	0.00	66.67	13.67		
Sosyal fonksiyon	Geniş aile	73	33.01	0.00	80.00	14.78	-0.94	0.350
	Çekirdek aile	194	35.21	0.00	80.00	14.62		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Geniş aile	73	25.34	0.00	50.00	19.86	-0.03	0.978
	Çekirdek aile	194	25.34	0.00	50.00	20.09		
Mental sağlık	Geniş aile	73	35.66	16.67	63.33	9.90	-1.05	0.295
	Çekirdek aile	194	36.56	0.00	60.00	10.59		

Tablo 4.31’de gebelerin aile tipine göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin vitalite (enerji) açısından aile tipi grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Çekirdek ailesi olanların vitalite puanı geniş ailesi olanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Tablo 4.31).

4.6.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.32. Gebelerin gebelik öncesi BKİ' ne göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	BKİ*	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test	
							χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	Normal	90	39.44	3.33	66.67	14.25	2.971	0.226
	Kilolu	122	35.85	0.00	63.33	14.67		
	Obez	55	35.09	0.00	63.33	14.58		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Normal	90	25.00	0.00	62.50	20.87	5.08	0.079
	Kilolu	122	19.06	0.00	50.00	19.96		
	Obez	55	21.82	0.00	50.00	20.58		
Ağrı	Normal	90	31.72	0.00	81.82	18.90	4.154	0.125
	Kilolu	122	36.21	0.00	81.82	17.92		
	Obez	55	32.07	0.00	72.73	18.67		
Genel sağlık	Normal	90	35.38	8.00	60.00	9.35	0.488	0.784
	Kilolu	122	34.79	0.00	60.00	9.93		
	Obez	55	36.36	20.00	60.00	8.62		
Vitalite(enerji)	Normal	90	33.24	0.00	62.50	15.65	0.654	0.721
	Kilolu	122	34.97	0.00	66.67	15.03		
	Obez	55	33.64	0.00	58.33	15.63		
Sosyal fonksiyon	Normal	90	36.89	10.00	80.00	14.11	2.916	0.233
	Kilolu	122	33.93	0.00	80.00	15.72		
	Obez	55	32.36	0.00	50.00	12.76		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Normal	90	28.33	0.00	50.00	19.90	3.139	0.208
	Kilolu	122	23.77	0.00	50.00	19.98		
	Obez	55	23.94	0.00	50.00	19.97		
Mental sağlık	Normal	90	36.22	16.67	63.33	10.01	0.875	0.646
	Kilolu	122	35.96	0.00	60.00	10.88		
	Obez	55	37.27	16.67	53.33	10.06		

*Normal: 17-24.99 kg, kilolu: 25-29.99 kg, obez: 30-43 kg

Tablo 4.32'de gebelerin gebelik öncesi BKİ'ye göre yaşam kalitesi bileşeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.33. Gebelerin gebelikte alınan kiloya göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği dağılımı

Alt Boyutlar	Alınan Kilo	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Fiziksel fonksiyon	1-5	79	42.57	3.33	66.67	14.02	23.035	0.0001	1-3 1-4
	6-10	75	37.56	0.00	63.33	13.46			
	11-15	79	33.04	0.00	63.33	13.94			
	16+	34	31.27	0.00	63.33	15.35			
Rol gücülüğü (fiziksel)	1-5	79	25.95	0.00	62.50	21.63	10.061	0.018	1-3 1-4 2-3 2-4
	6-10	75	24.00	0.00	50.00	20.32			
	11-15	79	15.98	0.00	50.00	18.77			
	16+	34	19.49	0.00	50.00	19.51			
Ağrı	1-5	79	30.72	0.00	81.82	18.08	5.328	0.149	-
	6-10	75	32.97	0.00	81.82	17.80			
	11-15	79	36.36	0.00	81.82	18.64			
	16+	34	37.17	.00	72.73	19.81			
Genel sağlık	1-5	79	35.49	16.00	60.00	8.67	0.834	0.841	-
	6-10	75	35.04	4.00	60.00	9.88			
	11-15	79	35.70	0.00	60.00	9.75			
	16+	34	34.59	20.00	52.00	9.94			
Vitalite (enerji)	1-5	79	35.97	0.00	66.67	14.92	5.092	0.165	-
	6-10	75	30.50	0.00	58.33	17.00			
	11-15	79	34.12	0.00	58.33	14.72			
	16+	34	37.75	8.33	66.67	12.48			
Sosyal fonksiyon	1-5	79	35.32	0.00	80.00	16.08	4.155	0.245	-
	6-10	75	34.13	10.00	80.00	14.53			
	11-15	79	32.78	0.00	60.00	14.14			
	16+	34	38.24	10.00	60.00	12.42			
Rol gücülüğü (emosyonel)	1-5	79	29.75	0.00	50.00	20.09	15.483	0.001	3-1 3-2 3-4
	6-10	75	28.44	0.00	50.00	19.52			
	11-15	79	18.35	0.00	50.00	18.60			
	16+	34	24.51	0.00	50.00	20.20			
Mental sağlık	1-5	79	37.30	16.67	63.33	10.04	0.822	0.844	-
	6-10	75	35.96	16.67	60.00	9.75			
	11-15	79	35.86	10.00	53.33	10.56			
	16+	34	35.88	0.00	60.00	12.39			

Tablo 4.33’de gebelerin gebelik boyunca aldığı kilo göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin aldığı kilo ile fiziksel fonksiyon, rol gücüğü (fiziksel) ve rol gücüğü (emosyonel) arasında anlamlı bir farklılık görölmektedir ($p<0.05$). Gebeliklerinde 1-5 kilo alanlar diğerlerine göre fiziksel fonksiyon, rol gücü (fiziksel) ve rol gücüğü (emosyonel) değeriinin daha yüksek olduğu görölmektedir (Tablo 4.33).

Tablo 4.34. Gebelerin gebelik haftasına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelik Haftası	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test		
							χ^2	p	İkili Karşılaştırma
Fiziksel fonksiyon	1-13	33	43.54	3.33	66.67	15.70	19.417	0.0001	3-1 3-2
	14-26	67	40.95	0.00	63.33	14.16			
	26-41	167	33.97	0.00	63.33	13.75			
Rol gücüğü (fiziksel)	1-13	33	27.65	0.00	62.50	21.14	11.782	0.003	3-1 3-2
	14-26	67	27.05	0.00	62.50	21.61			
	26-41	167	18.26	0.00	50.00	19.25			
Ağrı	1-13	33	28.65	0.00	81.82	19.96	6.411	0.041	3-1
	14-26	67	31.21	0.00	72.73	17.42			
	26-41	167	35.93	0.00	81.82	18.34			
Genel sağlık	1-13	33	33.58	16.00	52.00	8.12	1.594	0.451	-
	14-26	67	35.76	0.00	60.00	9.67			
	26-41	167	35.47	4.00	60.00	9.63			
Vitalite (enerji)	1-13	33	35.10	0.00	62.50	16.04	0.352	0.839	-
	14-26	67	33.52	0.00	66.67	15.48			
	26-41	167	34.16	0.00	66.67	15.21			
Sosyal fonksiyon	1-13	33	41.21	0.00	80.00	17.81	7.939	0.019	1-2 1-3
	14-26	67	31.64	0.00	70.00	13.99			
	26-41	167	34.49	0.00	80.00	13.91			
Rol gücüğü (emosyonel)	1-13	33	29.80	0.00	50.00	19.88	8.585	0.014	3-1 3-2
	14-26	67	30.10	0.00	50.00	20.36			
	26-41	167	22.55	0.00	50.00	19.45			
Mental sağlık	1-13	33	35.35	16.67	63.33	10.24	0.883	0.643	-
	14-26	67	36.02	16.67	56.67	9.38			
	26-41	167	36.63	0.00	60.00	10.85			

Tablo 4.34'de gebelerin gebelik haftası durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelik haftası ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) ve rol güçlüğü (fiziksel) arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik haftası ileri olanların fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) ve rol güçlüğü (fiziksel) değerinin diğerlerine oranla daha düşük olduğu görülmüştür.

Gebelerin gebelik haftası ile ağrıları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik haftası ileri olanların diğerlerine göre ağrı puanlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Gebelerin gebelik haftası ile sosyal fonksiyon arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik haftası erken olanların (1 ile 13 hafta) diğerlerine göre sosyal fonksiyon değerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.34).

Tablo 4.35. Gebelerin gebeliği planlama durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutları	Gebeliği planlama durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	195	36.60	0.00	66.67	14.95	-0.10	0.917
	Hayır	72	37.73	6.67	63.33	13.56		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Evet	195	21.09	0.00	50.00	20.31	-0.59	0.553
	Hayır	72	23.09	0.00	62.50	21.05		
Ağrı	Evet	195	33.33	0.00	81.82	17.24	-0.47	0.641
	Hayır	72	35.23	0.00	81.82	21.52		
Genel sağlık	Evet	195	35.12	0.00	60.00	9.75	-0.40	0.687
	Hayır	72	35.83	16.00	60.00	8.66		
Vitalite (enerji)	Evet	195	34.25	0.00	66.67	15.49	-0.24	0.810
	Hayır	72	33.74	0.00	58.33	14.98		
Sosyal fonksiyon	Evet	195	33.95	0.00	80.00	14.44	-1.42	0.156
	Hayır	72	36.39	0.00	80.00	15.23		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Evet	195	25.30	0.00	50.00	19.76	-0.03	0.980
	Hayır	72	25.46	0.00	50.00	20.74		
Mental sağlık	Evet	195	36.26	0.00	60.00	10.20	-0.21	0.832
	Hayır	72	36.48	10.00	63.33	11.00		

Tablo 4.35’de gebelerin gebeliği planlama durumuna göre yaşam kalitesi bileşeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.36. Gebelerin çocuk sayısına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutları	Çocuk Sayısı	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Kruskal-Wallis Test	
							χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	0-1	113	35.93	0.00	63.33	14.85	0.652	0.722
	2	46	36.88	0.00	63.33	13.17		
	3 ve üzeri	11	34.85	23.33	63.33	10.79		
Rol güçlüğü (fiziksel)	0-1	113	23.45	0.00	62.50	20.47	2.777	0.249
	2	46	17.93	0.00	50.00	19.30		
	3 ve üzeri	11	20.45	0.00	50.00	20.37		
Ağrı	0-1	113	31.78	0.00	72.73	17.90	3.078	0.215
	2	46	34.78	0.00	81.82	17.17		
	3 ve üzeri	11	39.67	9.09	63.64	17.38		
Genel sağlık	0-1	113	35.79	0.00	60.00	9.91	1.176	0.555
	2	46	34.35	16.00	60.00	9.14		
	3 ve üzeri	11	33.82	28.00	40.00	3.74		
Vitalite(enerji)	0-1	113	33.22	0.00	66.67	15.49	0.508	0.776
	2	46	34.87	0.00	58.33	14.50		
	3 ve üzeri	11	31.44	0.00	58.33	18.29		
Sosyal fonksiyon	0-1	113	35.13	0.00	80.00	14.58	1.605	0.448
	2	46	35.65	10.00	70.00	14.09		
	3 ve üzeri	11	30.91	10.00	50.00	11.36		
Rol güçlüğü (emosyonel)	0-1	113	26.25	0.00	50.00	20.02	1.317	0.518
	2	46	24.64	0.00	50.00	19.16		
	3 ve üzeri	11	19.70	0.00	50.00	22.13		
Mental sağlık	0-1	113	35.66	16.67	63.33	9.86	0.157	0.925
	2	46	36.81	16.67	60.00	11.20		
	3 ve üzeri	11	36.06	23.33	50.00	8.00		

Tablo 4.36’de gebelerin çocuk sayısına göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.6.3. Gebelerin Hastalıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.37. Gebelerin gebelikte ortaya çıkan hastalıklarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutları	Hastalık Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	24	33.19	0.00	60.00	15.89	-1.125	0.261
	Hayır	243	37.27	0.00	66.67	14.42		
Rol gücülüğü (fiziksel)	Evet	24	19.79	0.00	50.00	19.82	-0.314	0.753
	Hayır	243	21.81	0.00	62.50	20.58		
Ağrı	Evet	24	35.23	9.09	81.82	22.48	-1.132	0.895
	Hayır	243	33.71	0.00	81.82	18.07		
Genel sağlık	Evet	24	36.17	24.00	48.00	8.30	-0.491	0.624
	Hayır	243	35.23	0.00	60.00	9.58		
Vitalite (enerji)	Evet	24	35.24	8.33	58.33	13.57	-0.265	0.791
	Hayır	243	34.00	0.00	66.67	15.51		
Sosyal fonksiyon	Evet	24	31.25	0.00	80.00	18.25	-1.433	0.152
	Hayır	243	34.94	0.00	80.00	14.27		
Rol gücülüğü (emosyonel)	Evet	24	24.31	0.00	50.00	23.04	-0.364	0.716
	Hayır	243	25.45	0.00	50.00	19.71		
Mental sağlık	Evet	24	34.03	10.00	46.67	10.12	-0.998	0.318
	Hayır	243	36.54	0.00	63.33	10.42		

Tablo 4.37’de gebelerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol gücülüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol gücülüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.6.4. Gebelerin Uyku ve Diğer Alışkanlıklarına Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.38. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Şimdiki Gebelikte Uyku Sorunu Yaşama Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	144	32.52	0.00	63.33	13.47	-5.20	0.000
	Hayır	123	42.03	0.00	66.67	14.18		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Evet	144	16.15	0.00	50.00	18.69	-4.60	0.000
	Hayır	123	28.05	0.00	62.50	20.70		
Ağrı	Evet	144	39.58	0.00	81.82	18.23	-5.47	0.000
	Hayır	123	27.12	0.00	81.82	16.42		
Genel sağlık	Evet	144	36.08	20.00	60.00	8.60	-0.91	0.360
	Hayır	123	34.41	0.00	60.00	10.34		
Vitalite (enerji)	Evet	144	35.27	0.00	58.33	13.06	-0.82	0.414
	Hayır	123	32.76	0.00	66.67	17.58		
Sosyal fonksiyon	Evet	144	32.36	0.00	80.00	15.01	-2.84	0.004
	Hayır	123	37.24	0.00	80.00	13.87		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Evet	144	20.60	0.00	50.00	19.71	-4.25	0.000
	Hayır	123	30.89	0.00	50.00	18.93		
Mental sağlık	Evet	144	36.09	0.00	60.00	10.86	-0.04	0.969
	Hayır	123	36.59	16.67	63.33	9.88		

Tablo 4.38’de gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; genel sağlık, vitalite (enerji), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşama durumları ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, sosyal fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelikte uyku sorunu yaşamayanların fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), sosyal fonksiyon ve rol güçlüğü (emosyonel) puanları uyku sorunu yaşayanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir. Gebelikte uyku sorunu yaşayanların ağrı puanı yaşamayanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir (Tablo 4.38).

Tablo 4.39. Gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelik Öncesi Sigara Kullanma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	45	34.59	3.33	56.67	12.56	-1.18	0.239
	Hayır	222	37.37	0.00	66.67	14.93		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Evet	45	21.39	0.00	62.50	20.58	-0.19	0.846
	Hayır	222	21.68	0.00	62.50	20.52		
Ağrı	Evet	45	35.76	9.09	81.82	18.02	-0.71	0.477
	Hayır	222	33.46	0.00	81.82	18.57		
Genel sağlık	Evet	45	36.00	20.00	48.00	7.58	-0.67	0.502
	Hayır	222	35.17	0.00	60.00	9.81		
Vitalite (enerji)	Evet	45	34.54	0.00	58.33	15.38	-0.54	0.591
	Hayır	222	34.03	0.00	66.67	15.35		
Sosyal fonksiyon	Evet	45	38.00	0.00	80.00	16.04	-1.80	0.072
	Hayır	222	33.92	0.00	80.00	14.32		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Evet	45	24.81	0.00	50.00	19.98	-0.14	0.885
	Hayır	222	25.45	0.00	50.00	20.03		
Mental sağlık	Evet	45	34.89	10.00	63.33	11.67	-1.19	0.235
	Hayır	222	36.61	0.00	60.00	10.13		

Tablo 4.39’da gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.40. Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

Alt Boyutlar	Gebelikte Sigara Kullanma Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	15	31.78	3.33	56.67	12.08	-1.62	0.104
	Hayır	252	37.21	0.00	66.67	14.67		
Rol güçlüğü (fiziksel)	Evet	15	16.67	0.00	50.00	19.86	-1.22	0.224
	Hayır	252	21.92	0.00	62.50	20.53		
Ağrı	Evet	15	44.85	18.18	81.82	16.29	-2.34	0.019
	Hayır	252	33.19	0.00	81.82	18.41		
Genel sağlık	Evet	15	34.93	20.00	48.00	8.48	-0.07	0.942
	Hayır	252	35.33	0.00	60.00	9.53		
Vitalite (enerji)	Evet	15	30.56	0.00	50.00	17.16	-0.64	0.525
	Hayır	252	34.33	0.00	66.67	15.23		
Sosyal fonksiyon	Evet	15	41.33	10.00	80.00	17.67	-1.71	0.086
	Hayır	252	34.21	0.00	80.00	14.41		
Rol güçlüğü (emosyonel)	Evet	15	24.44	0.00	50.00	20.77	-0.17	0.867
	Hayır	252	25.40	0.00	50.00	19.98		
Mental sağlık	Evet	15	34.00	16.67	50.00	8.28	-1.06	0.288
	Hayır	252	36.46	0.00	63.33	10.51		

Tablo 4.40’da gebelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumu ile ağrı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Gebelikte sigara kullananların ağrı puanı kullanmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir (Tablo 4.40).

Tablo 4.41. Gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı

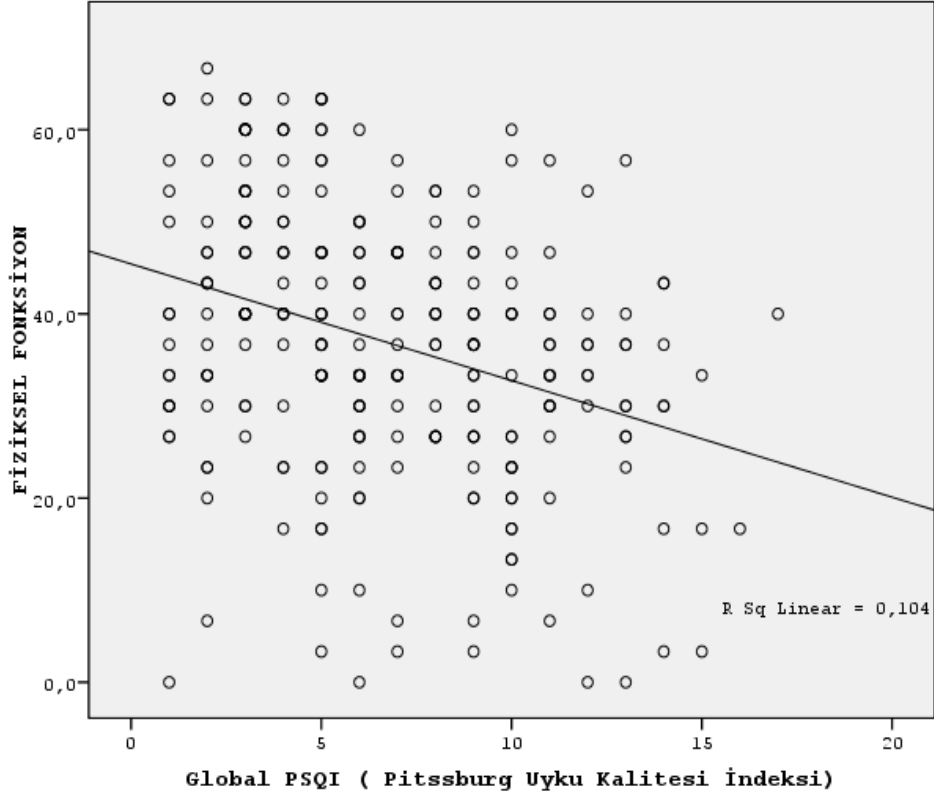
Alt Boyutlar	Gebelikte Düzenli Egzersiz Yapama Durumu	n	\bar{x}	Min	Max	SS	Mann-Whitney U Testi	
							z	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	78	38.80	0.00	66.67	15.16	-1.73	0.083
	Hayır	189	36.12	0.00	63.33	14.30		
Rol güclüğü (fiziksel)	Evet	78	22.28	0.00	62.50	20.80	-0.49	0.627
	Hayır	189	21.36	0.00	62.50	20.41		
Ağrı	Evet	78	35.20	9.09	72.73	17.11	-0.80	0.422
	Hayır	189	33.29	0.00	81.82	19.01		
Genel sağlık	Evet	78	34.62	4.00	60.00	9.25	-1.02	0.310
	Hayır	189	35.60	0.00	60.00	9.56		
Vitalite (enerji)	Evet	78	33.23	0.00	66.67	14.70	-0.92	0.355
	Hayır	189	34.48	0.00	66.67	15.61		
Sosyal fonksiyon	Evet	78	32.95	0.00	70.00	14.78	-1.15	0.252
	Hayır	189	35.29	0.00	80.00	14.61		
Rol güclüğü (emosyonel)	Evet	78	24.57	0.00	50.00	20.05	-0.44	0.659
	Hayır	189	25.66	0.00	50.00	20.01		
Mental sağlık	Evet	78	35.77	0.00	63.33	11.20	-0.45	0.654
	Hayır	189	36.54	16.67	60.00	10.07		

Tablo 4.41’de gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi bileşeni puan dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, rol güclüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, rol güclüğü (emosyonel), mental sağlık bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.42. PUKİ VE SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kolerasyonu

Yaşam Kalitesi									
		Fiziksel fonksiyon	Rol güclüğü fiziksel	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite enerji	Sosyal fonksiyon	Rol güclüğü emosyonel	Mental sağlık
Pittsburg									
Uyku Kalitesi	r	-0.322	-0.280	0.386	0.116	0.140	-0.098	-0.251	0.027
İndeksi	p	0.000	0.000	0.000	0.059	0.022	0.109	0.000	0.656

Tablo 4.42’de gebelerin PUKİ’den ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan, fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (fiziksel-emosyonel) aldıkları puanlar arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, ağrı ile ise pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre ağrı skoru arttıkça beraberinde uyku sorunu da artmaktadır ($p=0.000$). Bununla birlikte uyku sorunu arttıkça fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü (fiziksel-emosyonel) puanı ortalamaları düşmektedir (Şekil 4. 14).



Şekil 4.14. PUKİ ile fiziksel fonksiyon dağılım grafiği

5. TARTIŞMA

Araştırma, gebelerde uyku bozukluklarının saptanması ve uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda yer alan gebelerin yaş ortalamasının 27.5 ± 4.9 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; gebelerin yaş ortalamasının 26.10 ± 5.05 ile 27.42 ± 5.04 arasında olduğu belirlenmiştir (4, 11, 87, 88). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş aralığında olduğunu (18-35 yaş) ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla da benzer özellikte olduğunu göstermektedir.

Kadının toplumda birey olabilmesini sağlayan en önemli şey eğitimidir. Günümüzde dünya ülkelerinin gelişmişlik düzeyi, o toplumlardaki kadınların eğitim düzeyi ile ölçülmektedir (3). Çalışma kapsamında yer alan gebelerin eğitim durumu incelendiğinde; gebelerin %41.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 yılı verilerine göre; Türkiye'de ilköğretim mezunu olan kadın oranı %52.5, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre ise %56.9 olarak bulunmuştur (102, 103). Gebelerde yapılan çalışmalara bakıldığında gebelerin eğitim durumları, Taşkiran'ın çalışmasında %62'sinin, Yanikkerem'in çalışmasında %64.6'ünün, Kılıçaslan'ın çalışmasında %40.9'unun Altıparmak'ın çalışmasında ise %71.8'inin, ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Yapılan çalışma sonuçları araştırma bulgumuzla benzerlik göstermekte ve ülkemizde hala eğitim seviyesini istendik düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır (4, 11, 13, 88).

Bir toplumda kadın ne kadar etkin ve üretkense toplum o kadar gelişmiştir. Çalışma hayatında kadının yer alması toplumsal ve ekonomik kalkınma sürecinde, insanın ve insan emeğinin özgürleşmesi bakımından büyük önem taşımaktadır (104). Araştırmaya katılan gebelerin çoğunlukla (%67.8) çalışmadığı tespit edilmiştir

(Tablo 4.1). Taşkiran'ın çalışmasında %81'inin, Yanikkerem'in çalışmasında %90.2'sinin, Kılıçarslan'ın çalışmasında %71.2'sinin, Özçelik'in çalışmasında %72.7'sinin, Altıparmak'ın çalışmasında ise gebelerin %87'sinin, herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (4, 11, 29, 87, 88). Bu sonuçlar kadınların büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığını ve bu durumda ailede gelir ve refah düzeyinin azalmasına neden olabileceğini gösterebilir.

Araştırmaya katılan gebelerin tamamına yakınının (%97.8) sosyal güvencesinin olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.1). Yanikkerem'in çalışmasında %93.9'unun, Özçelik'in çalışmasında gebelerin %92.1'inin Altıparmak'ın çalışmasında ise gebelerin %89.3'ünün, sosyal güvencesi olduğu belirtilmiştir (11, 87, 88). Yapılan çalışma sonuçları araştırma bulgumuzla uyum göstermektedir. Gebelerin sosyal güvencesinin var olması, sağlık kurumlarından ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden kolaylıkla yararlanmalarını ve dolayısı ile anne ve bebek mortalite ve morbidite oranlarının azalmasını sağlayabilir.

Bir ülkenin kalkınmışlık seviyesi o ülkede yaşayan insanların gelir, eğitim ve sağlık göstergeleri ile birlikte açıklanmaktadır (105). Araştırmada gebelerin büyük çoğunluğunun (%56.9) gelirin giderine eşit şeklinde ifade ettiği bulunmuştur (Tablo 4.1). Sevil ve Bakıcı'nın çalışmasında %56'sının, Altıparmak çalışmasında ise gebelerin %67.9'unun, gelirin gidere eşit olduğu saptanmıştır (1, 88). Taşkiran'ın çalışmasında %63'ünün, Çoban ve Yanikkerem'in çalışmasında %67.7'sinin, Yanikkerem'in çalışmasında % 59.7'unun, Özçelik'in çalışmasında ise gebelerin %62.7'sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur (4, 10, 11, 87). Gelişmekte olan ülkemizde gelir durumunun çoğunlukla orta düzeyde olması beklenen bir durumdur. Gelir düzeyinin düşük olması doğum hizmetlerinden yararlanmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi olumsuz etkileyebilir. Gebelerin daha çok gelir düzeyini orta olarak ifade etmeleri temel gereksinimlerinin karşılandığını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada gebelerin büyük çoğunluğunun %72.7'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Geçmişten günümüze değişen toplumsal yaşantı geniş aileden çekirdek aileye doğru bir geçiş yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle kentlerde geniş ailelerin yerini giderek çekirdek aileler almaya başlamıştır. (106). Yanikkerem'in çalışmasında %64.6'sının, Köybaşı'nın çalışmasında

%97'sinin, Özçelik'in çalışmasında ise gebelerin % 85.7'sinin çekirdek aile yapısında olması bunu doğrulamaktadır (11, 87, 107).

5.2. Gebelerin Tıbbi ve Gebelikle İlgili Özelliklerine İlişkinin Bulguların İncelenmesi

Son 20 yılda, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durumun ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite görülme oranlarında artış görülmüştür. Birçok çalışmanın verilerine dayanarak 20-39 yaş grubu kadınlarda obezite görülme oranı %20-35 olup, doğurganlık çağındaki kadınlarda morbid obezite görülme oranlarında giderek artış gözlenmektedir. Obezitenin kadınlarda daha sıklıkla görülmesinin nedenlerinin başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde kazanılan ağırlık fazlalığı gelmektedir (108). Çalışmamızda gebelik öncesi BKİ' ye göre gebelerin %33.7'sinin normal kilolu, %45.7'sinin fazla kilolu ve %20.6'sının obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yanikkerem çalışmasında ise gebelerin 54.8'inin normal, %24.4'ünün kilolu, 20.8'inin obez olduğu bildirilmiştir (11). İki çalışma arasındaki farklılıklar gebelik haftalarından kaynaklanıyor olabilir.

Gebelik süresince uygun ağırlık kazanımı önemlidir. Çünkü bebeğin doğum ağırlığı ile gebelikte kazanılan ağırlık arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskini artırırken fazla ağırlık kazanımı veya obezite başta fetal anomaliler olmak üzere maternal ve fetal morbidite ve mortalitede artışlara neden olabilmektedir. Gebeliğin ilk üç ayı süresince beklenen ağırlık kazancı 1-2 kg'dır. Daha sonraki dönemde haftalık ağırlık kazanımı 0.3-0.5 kg civarında beklenmektedir. Gebeliğin başlangıcında obez olan kadının fazla ağırlık kazanmasına gerek olmadan gebeliği boyunca kazanacağı 6-7 kg lık artış bebek ve anne sağlığı için yeterli olacaktır. Sağlıklı yetişkin kadınlar için gebelik süresince normal ağırlık kazanımı 10-14 kg (ayda 1-1.5 kg) arasındadır (108). Çalışmamızda gebelerin %12.7'sinin gebeliklerinde 16 ve üzeri kilo aldığı tespit edilmiş (Tablo 4.2). Gümüş ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerin %39.3'ünün, Köybaşı'nın çalışmasında %28'inin gebeliklerinde 16 ve üzeri kilo aldığı bulunmuştur (107, 109). Çalışmalar arasındaki farklılık gebelerin gebelik haftalarının değişikliklerinden kaynaklanıyor

olabilir. TNSA 2013 verilerine göre ise toplumumuzda kadınların %28.6'sı kilolu %26,5'i obezdir (102). Ülkemizde giderek artan obezite sorununun gebelikte de aşırı kilo alımına yol açtığını düşünmekteyiz.

Gebelik süresince ilaç kullanımı hem annenin, hem de fetüsün salıgını yakından ilgilendiren önemli bir konudur. Günümüzde birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz ortaya konulmadığı için gebelikte ilaç kullanımının dikkatlice ele alınması gerekir. Bazı durumlarda gebelik sırasında ilaç kullanımı mutlak zorunluluk arz eder. Örneğin epilepsi, diyabet, inflamatuvar bağırsak hastalığı, astım, hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan kadınlar gebeliklerinden önce almakta oldukları tıbbi tedaviye, gebelikleri sırasında da devam etmek zorunda kalabilirler. Bu gibi durumlarda ilaçların potansiyel zararları ile anneye sağlayacağı yararlarını karşılaştırmak gerekir (110). Çalışmamızda gebelerin %19.9'unun düzenli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların %46.6'sının demir preparatı, %30.8'inin vitamin tableti, %15.5'inin de troid hormonu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Taşkiran çalışmasında gebelerin ilaç kullanma oranı %27 iken Kılıçarslan'ın çalışmasında bu oran %88.2'dir ve bu ilaçlar; demir ve vitamin ilaçları (%56,8) dir (4, 13). Çalışmalar arasındaki farklılık gebelik haftalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin %62.6'sı üçüncü trimesterde bulunmaktadır (Tablo 4.3). Taşkiran'ın çalışmasında %36'sı, Çoban ve Yanikkerem'in çalışmasında %51.5'i, Şahsivar'ın çalışmasında %77.9, Altıparmak'ın çalışmasında ise gebelerin %51.9'u üçüncü trimesterde yer almaktadır (4, 10, 12, 88).

Çalışmamızda gebelerin %37.5'inin ikinci gebeliklerini yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Taşkiran'ın çalışmasında %23'ünün, Şahsivar'ın çalışmasında %24.4'ünün, Kılıçarslan'ın çalışmasında %24.4'ünün, Özçelik'in çalışmasında ise gebelerin % 29.7'sinin gebelik sayısı iki olarak tespit edilmiştir (4, 12, 13, 87). Çalışma bulgumuz diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %41.2'sinin yaşayan bir çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Taşkiran'ın çalışmasında %33'ünün, Şahsivar'ın çalışmasında %26.9'unun, Kılıçarslan'ın çalışmasında ise gebelerin %24.7' ünün yaşayan bir çocuğunun olduğu bulunmuştur (4, 12, 13).

TNSA 2013 verilerine göre, planlı gebelik oranı %74.1'dir. (102). Çalışmamızda gebelerin %73'ünün gebeliğinin planlı bir gebelik olduğu ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında %69.1'i, Yanikkerem'in çalışmasında %70.7'si, Altıparmak'ın çalışmasında ise gebelerin %80.9'u, Köybaşı'nın çalışmasında % 86'sı, gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmişlerdir (11, 88, 107, 111). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu olmakla birlikte yaklaşık dört gebeden üçünün gebeliklerini planladıkları görülmektedir. Ayrıca planlı gebeliklerin anne ve bebek sağlığı açısından önemli olduğu düşünüldüğünde çalışmamızda planlı gebelik oranının yüksek olması sevindiricidir.

Anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal desteğin verilmesi önemlidir (112). Çalışmamızda gebelerin %82'sinin gebelik boyunca eşi ve/veya sosyal çevresi tarafından desteklendiği bulunmuştur (Tablo 4.3). Özkan'ın çalışmasında %74.7'ünün Kılıçarslan'ın çalışmasında ise gebelerin %96.5'inin, gebelik boyunca eşi ve/veya sosyal çevresi tarafından desteklendiği bulunmuştur (12, 75). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu olup gebelerin gebeliklerinde sosyal destek alma oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %26.6'sının doğuma hazırlık eğitimi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında ise gebelerin % 30.5'inin antenatal eğitim aldığı saptanmıştır (111). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile uyumludur.

5.3. Gebelerin Hastalıklarına ve Gebelikteki Sorunlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda gebelerin %6.7'sinde gebelik öncesinde mevcut bir hastalığa sahip olduğu ve bu hastalıklardan en sık görülenlerinin troid, astım, diyabet, hepatit-B olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin %2.9'unda gebelik öncesinde mevcut bir hastalığa sahip olduğu, bu hastalıklarında en sık görülenlerinin tiroid, astım, diyabet, hipertansiyon olduğu bulunmuştur (13). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %9.7'sinde gebelikle birlikte ortaya çıkan bir hastalığının olduğu ve bu hastalıklarında en sık görülenlerinin troid, hipertansiyon olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Taşkiran'ın çalışmasında gebelerin %25'inde gebeliğe eşlik eden bir hastalığı olduğu, en sık görülenlerinin ise hipertansiyon ve diyabet olduğu tespit edilmiştir (4).

Çalışmamızda gebelerin %97.4'ünün gebeliklerinde sorun yaşadığı ve bu sorunların en sık görülenlerinin yorgunluk, gece sık idrara çıkma, bulantı-kusma, bacak krampları, gerginlik-sinirlilik, ağrı, kansızlık, karında şişlik-gaz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Özçelik'in çalışmasında gebelerin tamamına yakınının (%99.8) sorun yaşadıkları bu sorunlarında sırasıyla; sık idrara çıkma, bulantı kusma, mide yanması olduğu bulunmuştur (87). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında; sık idrara çıkma, bulantı kusma, halsizlik yorgunluk, Zib ve arkadaşları gebelerde yaşanan sorunlarını araştırdıkları çalışmalarında, gebelerin genel olarak sık idrara çıkma, yorgunluk, uykusuzluk ve bel ağrısı şikayetlerinden yakındığını belirlemiştir. Özkan'ın çalışmasında sık idrara çıkma, sırt-bel-kasık ağrısı, bacak ağrısı, gerginlik, Kılıçarslan'ın çalışmasında ise bel ağrısı, ayaklarda şişlik, mide yanması gebelerin gebeliklerinde en çok yakındıkları sorunlardır (13, 75, 111, 113). Lopes ve arkadaşları 300 gebede uyku bozuklukları üzerine yaptıkları bir çalışmada, gebelerin en çok sık idrara çıkma, yorgunluk, pelvik bası, uykusuzluk ve bel ağrısı şikayetlerinden yakındığını saptamıştır (130). Bu bulgular gebelere hizmet veren sağlık personelinin, uyku sorunları yaşayan gebe kadınlarda bacak ağrısı/kramp ve sık idrara çıkma sorunları öncelikli olarak sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu sorunları yaşayan gebelere verilecek uygun önerilerle sorunlarının azaltılması dolayısı ile uyku kalitesinin iyileştirilmesi sağlanabilir.

Horlama hem sosyal hem tıbbi bir problem olup toplumda %10-20 sıklığında görülmektedir (115). Gebelikte artmış horlama sıklığı ve geceleri sık uyanma nedeniyle uyku kalitesi daha da azalır. Çalışmamızda gebe kadınların %9.4'ünde horlama saptanmıştır (Tablo 4.5). Puapornpong ve arkadaşlarının Tayvanlı hamile kadınlarda yaptıkları araştırmada horlama sıklığını %35.3 bulmuşlardır (45). Ursavaş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada sürekli horlama, gebe olmayan kadınlarda % 1.9, gebe kadınlarda % 2.5 ve gebeliğin üçüncü trimesterde aynı kadınlarda % 11.9

olarak bulunmuştur (48). Şahin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise horlama sıklığı trimester ayrımı yapılmadan tüm gebelerde %25.8 olarak bulunmuştur (42).

Gebelik boyunca kadınların yaklaşık üçte biri uykuya dalarken ekstremitelerde hareketlerden yakınıdır. Gece bacak krampları nedeniyle uyanmalar hamilelik öncesi ve sonrası düşük iken (%8-10), ilk trimesterde %12-21'e, ikinci trimester sırasında %49-57'ye ve üçüncü trimester boyunca da %73-75'e kadar yükselebilmektedir (20). Gebelik HBS semptomlarının başlamasında ve kötüleşmesinde risk faktörü olarak bildirilmektedir. Gebelikte hormonal faktörler (prolaktin, progesteron, östrojenler), psikomotor /davranışsal faktörler, motor değişiklikler, uyku alışkanlıklarında değişiklikler, anksiyete ve metabolik faktörlere (azalan folat ve demir düzeyi) bağlı olabileceği düşünülmektedir. Doğumdan sonra HBS ortadan kalkmaktadır (54, 55). Gebelikte HBS prevalansını, Ekblom ve arkadaşları %11, Goodman ve arkadaşları %19, Manconi ve arkadaşları %19, olarak bildirmişlerdir (56-58). Ülkemizde HBS prevalansını Sevim ve arkadaşları %3.19, Çakmak ve arkadaşları %15.4, Şahin ve arkadaşları %19 olarak bulmuşlardır (54, 59, 60). Çalışmamızda ise gebe kadınların %4.5'inde huzursuz bacak sendromu saptanmıştır (Tablo 4.5). HBS semptomları doğumdan sonra tipik olarak kaybolmasına karşın, üçüncü trimesterdeki diğer rahatsızlıklara ve uyuma güçlüklerine eklenerek çok rahatsız edici olabilir.

5.4. Gebelerin Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Sigara içimi dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır (116). Son 20 yılda bazı gelişmiş toplumlarda sigara tüketiminde azalma görülürken Türkiye'de 1985-2000 yılları arasında sigara tüketimi %89 artmıştır (117). Toplumda sigara tüketiminin artması gebelikte ilgili risklerin artmasında da etkin bir rol oynar (116). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre kadınlarda sigara kullanımı 2008 yılında %15.2 iken 2012 yılında %13.1'e düşmüştür (118). TNSA 2008 sonuçlarına göre kadınların yüzde 22'si ise halen sigara kullanmaktadır. Gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma oranı %26.2'dir (119). Çalışmamızda gebelerin %16.9'unun gebelik öncesinde sigara kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.7). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında %19.9'unun, Doğu ve Ergin'in çalışmasında %27.2'sinin, Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerin %21.3'ünün gebelikten önce sigara

kullandığı bulunmuştur (111, 120, 121). Çalışmalardaki farklı oranlar gebelerin yaşadığı bölgeden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Dhalwani ve arkadaşlarının İngiltere de yaptıkları çalışmada gebelerin gebelik öncesi sigara içme oranı %20.3 bulunmuştur (122).

Fetusun büyüme ve gelişmesini etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte bunlar arasında sigara içimi ve sigaraya maruz kalma; hem yaygınlığı hem de önlenebilir olması bakımından oldukça önemlidir. Gebelikte sigara içimi, artmış düşük riski, büyüme kısıtlılığı, erken membran rüptürü, prematür doğum, ölü doğum, plasenta previa, dekolman plasenta komplikasyonlarını artırdığı belirtilmektedir (121, 123). Buna rağmen, anne adaylarının gebelikte sigara tüketilmesinin anne /yeni doğan sağlığı üzerine olumsuz etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı dikkat çekici bulunmuştur (120). TNSA-2008 sonuçlarına göre gebelerde sigara kullanma oranı %11.4'tür (119). Çalışmamızda gebelerin %5.6'sının gebeliklerinde sigara kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında %7.4'ünün, Köybaşı'nın çalışmasında %7.5'inin, Doğu ve Ergin'in çalışmasında %11.6'sının, Altıparmak ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerin %12.8 gebeliklerinde sigara kullandığı tespit edilmiştir (107, 111, 120, 121). Dünyadaki çalışmalara baktığımızda, Amasha ve Jaradeh'in Ürdün de yaptıkları çalışmada %22.4, Dhalwani ve arkadaşlarının İngiltere de yaptıkları çalışmada %11.6, Lemola ve Grob'un İsviçre de yaptıkları çalışmada ise gebelerin sigara içme oranı %6.6 olarak bulunmuştur (122, 124, 125). Çalışmamızdan ve diğer araştırma bulgularından yola çıkarak gebelikte sigara kullanımı tüm zararları etkilerine rağmen halen devam ettiği görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin düzenli olarak %15'inin kahve, %80'ninin çay tükettiği tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Özkan'ın çalışmasında gebelerin %12'sinin kahve, %92'sinin de çay tükettiği bulunmuştur (75). Köybaşı'nın çalışmasında ise gebelerin %16'sının kahve, %82.5'inin çay tükettikleri belirlenmiştir (107). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde geleneksel olarak çay içme oranının bu kadar yüksek çıkması doğal karşılanmaktadır.

Kadınlar gebe olduğunu öğrendikten sonra büyük ölçüde fiziksel aktivitelerden kaçınmaktadır. Aslında çoğu gebelikte fiziksel aktivitenin devam

ettirilmesinde sakınca yoktur. Gebelikte fiziksel aktivitenin devamı ve egzersiz başta kas ve iskelet sistemi olmak üzere dolaşım sistemi ve kilo alımı üzerine olumlu etkilere sahiptir, ayrıca gestasyonel diyabet ve preeklampsiyi azalttığını düşündüren çalışmalar mevcuttur (126). Çalışmamızda gebelerin %29.2'sinin düzenli egzersiz yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Köybaşı'nın çalışmasında gebelerin %28.5'inin, Özkan'ın çalışmasında %25.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı bulunmuştur (75). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte gebelikte düzenli egzersiz yapma oranının nisbeten düşük olduğu görülmektedir.

5.5. Gebelerin Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi

İnsan yaşamının önemli bir kısmını oluşturan uyku birçok araştırmacının ilgisini çekmiştir. İnsanın günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku da temel insan gereksinimlerinin başında yer alır. Bu nedenle uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Kadınlar, sorumluluklarının fazla olması, aile içindeki geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, gebelik, hastalıklar ve ruhsal durumdaki değişikliklere daha duyarlı olması nedeniyle daha sık uyku sorunları yaşamaktadır (2, 127). Çalışmamızda gebelerin %2.2'sinin geçmişte uyku sorunu yaşadığı, %53.9'unun şimdiki gebeliğinde uyku sorunu olduğu ve bu gebelerin sadece %6.2'sinin uyku sorunu için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu tespit edilmiştir. Gebelerin, uyku sorunu yaşama nedenleri arasında en sık ileri gebelik haftası, ağrı, bebeğin hareketleri, stres, mide problemleri ve fazla kilo alımı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uyku sorunu yaşayan gebelerin %87.7'sinin uyku sorununun devam ettiği ve bu uyku sorunuyla baş edebilmek için en sık ılık duş aldıkları, televizyon izledikleri ve ılık süt içtikleri ifade edilmiştir (Tablo 4.6). Köybaşı'nın çalışmasında gebelerin %11.5'inin gebelikten önce, %64'ünün gebelikte uyku problemi yaşadıkları saptanmıştır (107). Neau ve arkadaşları 871 gebe kadın ile yaptıkları çalışmada gebelerin %9.6'sının gebelikten önce, %52.7'sinin gebelikte uyku problemi yaşadığını belirlemiştir (128). Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermekle birlikte uyku sorunlarının gebelikte arttığı görülmektedir.

İnsan hayatındaki fiziksel, emosyonel ve sosyal değişimler uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Gebelik–lohusalık

siklusu kadın yaşamında fiziksel, mekanik, hormonal, emosyonel değişimlerin ve yeni tecrübelerin yaygın olduğu bir periyottur (4). Gebelik uyku bozukluklarına neden olabileceği gibi, mevcut uyku sorunlarını da arttırabilir. Gebelikteki fiziksel ve hormonal değişiklikler gebelerin uyku kalitelerini olumsuz etkilemektedir (74, 75).

Çalışmamızda gebelerin üçte ikisinin (%68.5) kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir (Şekil 4.1). Ayrıca, uyku kalitesi iyi olan gebelerin %85.7'sinin total uyku süresi 7 saat ve üzerinde tespit edilmiştir. Buna karşın uyku kalitesi kötü olan gebelerin sadece %44.3'ünün 7 saat ve üzerinde uyuyabildiği saptanmıştır (Tablo 4.8). Total uyku süresindeki azalmanın uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Hedman ve arkadaşları çalışmasında kadınların yarıdan fazlasının gebelikte uyku kalitelerinin bozulduğunu belirtmektedir (7). Taşkıran'ın çalışmasında gebelerin %86'sının, Özkan'ın çalışmasında %89.3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür (4, 75). Lee ve Gay çalışmalarında günde 6 saatten az uyuyan gebelerde doğumların daha uzun sürdüğünü ve sezaryen doğum oranlarının 5.2 kat daha fazla artığını tespit etmişlerdir (36). Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermekle birlikte gebelikte kadınların çoğunluğunun uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumlarına göre uyku kalitesi ve alt bileşenlerinin puan dağılımı (Tablo 4.9) incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p>0.05$) olmamakla birlikte, eğitim düzeyi yükseldikçe uykuya dalmada sıkıntı yaşandığı ve uyku kalitesinin düştüğü görülmektedir. Eğitimli kadınların bilgiye ulaşma, tedaviye uyumları ve gelişen semptomları daha iyi kontrol edebilmeleri dolayısı ile daha az uyku problemi yaşayabilecekleri beklense de Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi yüksek kadınlarda uyku düzeninde daha fazla sorun yaşandığı saptanmıştır (32). Bingöl, Çoban ve Yanikkerem'in çalışmasında ise eğitimin uyku kalitesi üzerine etkili olmadığı ifade edilmiştir (5, 10).

Hedman ve arkadaşları 30 yaşın üstündeki gebe kadınların, 30 yaşından küçük olanlara göre daha az uyuduğunu saptamıştır (7). Çoban ve Yanikkerem, Özkan, Köybaşı ve Taşkıran'ın çalışmalarında ise yaşın uyku kalitesinde belirleyici olmadığı belirtilmiştir (4, 10, 75, 107). Çalışmamızda gebelerin yaş durumlarına göre uyku kalitesi ve alt bileşenlerinin puan dağılımı (Tablo 4.10) incelendiğinde ileri yaş

grubunda (35-42 yaş) uyku bozukluğunun daha yüksek olması dikkat çekici bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşın ilerlemesiyle birlikte normal uyku düzeninde bazı değişikliklerin ve yorgunluğun uyku problemlerine yol açabileceği tahmin edilmektedir.

Literatürde çalışan kadınlarda uyku düzeninde önemli değişikliklerin yaşandığı bildirilmektedir. Özellikle vardiya sistemi ile çalışan bireylerin uykusuzluk problemi yaşadıkları, vardiyaların sık değişmesi ve gün içindeki düzensiz çalışmaların uyku sağlığını bozduğu saptanmıştır (5, 35). Çalışmamızda anlamlı olmamakla birlikte çalışan gebelerin uyku kalitesi çalışmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Ayrıca, gelir düzeyi düşük olan gebelerin uykuya dalmakta güçlük yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Köybaşı ve Taşkıran'ın çalışmasında gebelerin çalışma durumlarının uyku kalitesini etkilemediği ancak gelir düzeyinin etkili olduğu tespit edilmiştir (4, 107). Çalışmamız literatürle uyumludur. Gelir düzeyi yüksek olanların daha iyi yaşam şartlarına sahip olması, düşük olanların ise yaşadıkları kaygının yüksek olmasına bağlı olarak uyku problemleri ortaya çıkmış olabilir. Ayrıca, çekirdek aileyle yaşayan gebeler, geniş aile tipinde yaşayanlara göre daha fazla uyku sorunu yaşamaktadırlar ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Bu durum geniş ailedeki gebelerin daha fazla aile bireyi tarafından desteklenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Uyku süresi ve kalitesinin hafızayı, öğrenmeyi, performansı, metabolik ve endokrin sistemi etkilediği, uyku süresinde azalmanın nörohormonal dengeyi bozarak kilo alımında artışa ve obeziteye neden olduğu bilinmektedir (129). Çalışmamızda obez olan gebelerin normal kilolu gebelere göre daha fazla oranda uyku sorunları yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Göktaş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada obez bireylerin %81.3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (129). Lopes ve arkadaşları hafif şişman ve obez 110 diabet hastasının %45'inde uyku kalitesinin oldukça zayıf olduğunu bildirmiştir (130). Gökçe kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesini incelediği araştırmasında, BKİ 30 ve üzerinde olan kadınların uyku kalitesinin düşük olduğunu belirtmiştir (131). Altın'ın kadınlar üzerinde uyku sorunları ve uyku kalitesini incelediği araştırmasında; BKİ'ye göre uyku kalitesinin değiştiği, normal kilodakilerin %38.3'ü, hafif şişmanların %52.9'u ve çok şişmanların %75'inin kötü uyku

kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (132). Çalışmamızın ve diğer çalışmaların bulgularında gösterildiği gibi, BKİ'nin artmasıyla uyku kalitesinin azaldığı görölmektedir.

Çalışmamızda gebelerin gebelikte alınan kiloya göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; gebelerin aldığı kilo arttıkça uyku süresinin azaldığı, kalitesinin düştüğü ve genel uyku problemin daha yoğun olarak görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Köybaşı'nın çalışmasında gebelerin gebelikte aldıkları kilo ile uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmamış ancak gebeliğinde 16 kilodan fazla kilo alan gebelerin uyku kalitesi diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur (107). Gebelerin aldıkları fazla kilo nedeniyle hareket kabiliyetlerinin azalmasıyla rahat uyku pozisyonu alamamalarına ve uyku sorunlarının artmasına neden olabilir.

Gebeliğin ilk trimesterinde bulantı, kusma, sırt ağrısı, artmış idrara çıkma gereksinimi ve göğüslerde gerginlik nedeniyle uyku bölünmesi görülebilmektedir. İkinci trimesterde ise gece uykuları düzelmekle birlikte hem subjektif hem de objektif uyku parametreleri bu trimesterde nisbeten daha iyi iken üçüncü trimesterde uterusun diafragmaya mekanik baskısı nedeniyle uyku kalitesi daha kötüdür (9, 34, 127). Doğuma yakın uykusuzluk, gece uyanma, gündüz uykululuk, uyku başlangıcından sonra uyanma artar, toplam uyku süresi azalır. Çoğu hamile kadın üçüncü trimesterde gece üç ile beş kez uyanır (9). Çalışmamızda gebelik haftası arttıkça uyku süresinin azaldığı, uyku kalitesinin düştüğü ve uyku sorunlarının daha yoğun yaşandığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Köybaşı'nın çalışmasında da gebelerin son trimesterde uyku sorunlarını daha sık yaşadıkları bulunmuştur (107). Özkan'ın çalışmasında son trimesterdeki gebe kadınların %90.6'sının gece en az bir kez uyandığı ve geceleri ortalama 6.5 saat uyudukları belirlenmiştir (75). Çoban ve Yanikkerem'in ve Köybaşı'nın çalışmasında gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (10, 107). Beebe ve Lee kadınları gebe kalmadan başlayıp üçüncü trimesterin sonuna kadar izlemişler ve kadınların üçüncü trimesterde uyku bölünmelerinin gebe kalmadan önceki döneme göre iki kat fazla olduğunu bulmuşlardır (133). Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda gebelikte uyku kalitesinin en çok üçüncü trimesterde düşmesi doğuma yaklaştıkça artan endişe, kaygı, solunum sıkıntısı ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda primipar gebeler multiparlara göre uykusuzluk açısından daha fazla sorun yaşamaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Lee ve arkadaşları multiparlara primiparlar arasında uyku açısından farklar olduğunu, uyku bozukluklarının ilk kez anne olanlarda daha belirgin olduğunu bulmuştur (134). Signal ve arkadaşları primiparların özellikle ikinci trimesterden sonra verimli uyuyamadığını saptamıştır (78). Özkan'ın çalışmasında ise doğum sayısının uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (75). Gebelik kadın için beklenen ve mutluluk yaratan bir olgu olmasına rağmen özellikle primiparlarda deneyim eksiliği, gebeliğin sistemlerde yarattığı değişimlere adapte olmada sıkıntılar yaşayabilmesi nedeniyle daha fazla oranda gerginlik ve uyku ile ilgili sorunlar yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin çocuk sayısı ile uyku latensi arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Tek çocuğu olanların ya da primiparların uykuya dalmada daha uzun süre zaman harcadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.18). Hedman ve arkadaşları, Taşkiran'ın ve Özkan'ın çalışmalarında ise çocuk sahibi olmanın uyku kalitesini etkilemediğini bulmuştur (7, 19, 75).

Bazı çalışmalarda uyku sorunu olanlarda olmayanlara göre, obezite, artmış gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi daha sık görülmektedir (9, 36), ancak çalışmamızda gebelikte görülen rahatsızlıklarla uyku sorunu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte, yakınması olanların uyku kalitelerinin kötü olduğu ve daha fazla oranda uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.19). Hastalıkların sebep olduğu fiziksel rahatsızlıklar, ağrı gibi durumlar uykuya dalamama, gece uyku bölünmesi, sabah erkenden uyanma, gün boyunca uykulu olma sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Taşkiran'ın çalışmasında, gebelerin %25'inde gebeliğe etki eden bir hastalığın var olduğu ve bunun uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (4).

Çalışmamızda gebelere uyku ölçeği dışında da şimdiki gebeliklerinde uyku sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorusu yöneltilmiştir. Buna göre, uyku sorunu yaşadığını belirten gebelerde uyku kalitesinin daha düşük olduğu elde edilen skorlar ile de desteklenmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.20). Sahota ve arkadaşları çalışmalarında gebeliğin var olan uyku sorununu etkilediğini bildirmiştir (65). Gebelerin üçte ikisinde uyku sorunu olmasına rağmen çok azının (%6.2) bu sorunun çözümüne yönelik sağlık kurumuna gittikleri, durumu kanıksamış olmaları ile ilgili olabilir.

Oysa sağlıklı erişkinlerin ışığı kapattıktan sonra 5-10 dakika içinde uykuya dalması ve en az yedi saat uyuması beklenmektedir.

Çalışmamızda gebelik öncesinde sigara kullananların uykuya dalma süresi ve uyku bozukluğu kullanmayanlara oranla artmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.21). Sigara kullanan gebelerin uyku kalitesinin kullanmayanlara oranla daha kötü olması sigaranın içinde bulunan nikotinin uyarıcı etkisinden dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği, egzersizsiz uyku sorunlarının hafifletilmesinde non-farmakolojik bir yaklaşım olarak desteklemektedir (135). Çalışmamızda aksine gebelikte düzenli egzersiz yapanların uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.23). Gebelerin yarısından fazlası üçüncü trimesterde olduğundan egzersize rağmen uyku sorunları yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Köybaşı'nın çalışmasında ise gebelerin egzersiz yapma durumları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (107).

Kafeinin uyku kalitesini etkilediğini, uykuya dalmayı zorlaştırdığını ve uykunun bölünmesine neden olduğu bildirilmektedir (136). Günlük kafein tüketimi 300 mg'a kadar (iki bardak kahve veya altı bardak çaya eşdeğer) güvenli olduğu kabul edilmektedir. Daha yüksek miktarda kafeinin gebelerde düşük riskini ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini artırdığı saptanmıştır (137). Köybaşı'nın çalışmasında gebelerin kahve tüketimi arttıkça uyku sorunlarının daha fazla yaşandığı saptanmıştır (107). Çalışmamızda gebelerin çay ve kahve içme durumuna göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.24, Tablo 4.25).

5.6. Gebelerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Gebelik üretkenliğin simgesi olan kadın için beklenen ve mutluluk yaratan bir olgudur. Ancak yapılan araştırmalarla gebeliğin ilerleyen dönemlerinde daha yoğun olmakla birlikte tüm gebelik süresince özellikle gebenin fiziksel fonksiyonlarında ve genel iyilik halinde gerileme saptandığı dolayısıyla mutluluk kavramının yerini başka duygusal kavramların aldığı saptanmıştır (138). Yaşanan bu rahatsızlıklar nedeniyle gebelik, uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da kriz olarak

nitelendirilmektedir. Ayrıca gebelik süreci fiziksel semptomların yanı sıra vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde, aile içi rollerde de değişiklik yapan bir durum olduğu için yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (1, 11).

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (min:0, max:100) alt bileşen puan ortalamalarına göre; fiziksel fonksiyon 36.9 ± 14.6 , rol güçlüğü (fiziksel) 21.6 ± 20.5 , ağrı 33.8 ± 18.5 , genel sağlık 35.3 ± 9.5 , vitalite (enerji) 34.1 ± 15.3 , sosyal fonksiyon 34.6 ± 14.7 , rol güçlüğü (emosyonel) 25.3 ± 20.0 , mental sağlık 36.3 ± 10.4 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26). Özer'in çalışmasında; fiziksel fonksiyon 61.8 ± 20.43 , rol güçlüğü (fiziksel) 33.25 ± 39.89 , ağrı 55.90 ± 21.93 , genel sağlık 68.75 ± 18.29 , vitalite (enerji) 61.35 ± 17.07 , sosyal fonksiyon 74.37 ± 23.12 , rol güçlüğü (emosyonel) 47.67 ± 43.23 , mental sağlık 63.20 ± 17.01 olduğu saptanmıştır (94). Ünver'in çalışmasında; fiziksel fonksiyon 47.36 ± 11.42 , rol güçlüğü (fiziksel) 80.00 ± 33.80 , ağrı 60.86 ± 12.18 , genel sağlık 49.95 ± 11.05 , vitalite (enerji) 54.50 ± 13.74 , sosyal fonksiyon 56.79 ± 14.98 , rol güçlüğü (emosyonel) 61.55 ± 11.01 , mental sağlık 49.95 ± 11.05 olduğu saptanmıştır (95). Çalışmamızda elde edilen skor ortalamasının altında olup diğer çalışmalara göre de daha düşüktür.

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi bileşenleri puan dağılımları incelendiğinde; eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların genel sağlık puanı, lise olanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p < 0.05$). (Tablo 4.27). Taşdemir, Özçelik, Safarzadeh ve arkadaşları, Özer ve Arabacıoğlu'nun çalışmasında eğitim durumları arasında fark saptanmamıştır (87, 94, 139-141). Altıparmak'ın ve Ünver'in çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi artmıştır (88, 95). Kahraman'ın çalışmasında bedensel ağrı boyutu dışındaki diğer tüm boyutlarında yaşam kalitesi puanı öğrenim düzeyi düşük olan grupta önemli ölçüde düşük bulunmuştur (93). Elde edilen bulgulardan yola çıkarak eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğünü söylenebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin, benlik saygısının ve özgüveninin artmasıyla yaşam kalitesinin de arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin yaş durumuna göre yaşam kalitesi bileşeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.28). Özçelik, Safarzadeh ve arkadaşları, Özer, Karataylı ve Arabacıoğlu'nun çalışmasında yaş grupları arasında fark

saptanmamıştır (87, 94, 97, 139, 140). Kahraman'ın çalışmasında ise adölesan gebeliğin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (93). Drescher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da adölesan gebelerin diğer gebelere göre vitalite (enerji) bileşeni hariç diğer tüm yaşam kalitesi bileşen puanları daha düşük bulunmuştur (142). Taşdemir ve arkadaşları 147 adölesan 156 yetişkin gebeyle yaptıkları çalışmada ağrı bileşeni hariç adölesan grubunun yaşam kalitesi puanlarının, erişkin gruptan daha düşük bulunmuştur (141). Çalışmalar arasındaki farklılıklar adölesan gebelerin sayısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gebelerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.29). Özçelik, Özer ve Arabacıoğlu'nun çalışmalarında yaşam kalitesi ile çalışma durumları arasında fark saptanmamıştır (87, 94, 139). Çalışmamız bu yönüyle literatürle uyum göstermekle birlikte bu sonucun nedeni gebelerin çoğunluğunun çalışmamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gebelerin gelir durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.30). Taşdemir ve Özer'in çalışmalarında gelir durumuyla yaşam kalitesi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (94, 141). Özçelik, Altıparmak ve Arabacıoğlu'nun çalışmalarında ise gelir durumu yüksek olan gebelerin yaşam kalitesi gelir düzeyi düşük olan gebelere oranla yüksek bulunmuştur (87, 88, 139).

Çalışmamızda gebelerin aile tipine göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; çekirdek ailesi olanların vitalite (enerji) puanı geniş ailesi olanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.31). Çekirdek ailede yaşayan gebelerin daha az kişinin sorumluluklarını yüklenmiş olması, kişisel bakımına daha fazla zaman ayırabilmesi yaşam kalitesine olumlu etkisi olabilir. Özçelik ve Arabacıoğlu'nun çalışmasında aile tipleri arasında fark saptanmamıştır (87, 139). Özer'in çalışmasında çekirdek ailede yaşayan gebelerin yaşam kalitesi vitalite (enerji) ve mental sağlık alt boyut puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (94).

Obezite, fiziksel ve sosyal sağlık, mutluluk, uzun 6m6r6l6l6k ve yaşam kalitesi 6zerinde 6nemli bir etkiye sahiptir. Gebeliğin başlangıcındaki obezite ve gebelik boyunca komplikasyonlar gebeliğin ileri evrelerinde yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir (96). Çalışmamızda gebelerin BKİ'ne g6re yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı 6l6de bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.32). Doğan'ın çalışmasında obez kadınların SF- 36 yaşam kalitesi 6leğinin fiziksel fonksiyon, rol g6l6đ6 (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji) ve sosyal fonksiyon alanlarından aldıkları puanlar daha d6ř6k bulunmuştur (96). Amador ve arkadaşlarının 220 gebe kadınla yaptıkları çalışmada gebeliğin başlangıcında ve 66nc6 trimesterinde obez kadınların fiziksel ve mental komponent alanlarından aldıkları puanların obez olmayanlara g6re daha d6ř6k olduğunu bildirmişlerdir (143). Amador ve Guizar'ın 216 gebe kadınla yaptıkları çalışmada gebeliğin ilk trimesterinde obez kadınların mental komponent alanından aldıkları puanların daha d6ř6k olduğunu fakat fiziksel komponent alanından aldıkları puanlar arasında 6nemli bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Gebeliğin 3. trimesterinde ise obez olan kadınların hem fiziksel hem de mental komponent alanından aldıkları puanların daha d6ř6k olduğunu rapor etmişlerdir (144). Safarzadeh ve arkadaşları 220 obez ve 220 normal kilolu gebeyle yaptıkları çalışmada, gebeliğin birinci trimesterinde yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol g6l6đ6 (fiziksel) ve ağrı alt boyutları kilolu kadınların normal kilolu kadınlara g6re daha d6ř6k bulunmuştur. Gebeliğin 66nc6 trimesterinde ise SF-36'nın t6m alt boyutlarında obez olan kadınların aldıkları puanların daha d6ř6k saptanmıştır (140).

Çalışmamızda gebelerin gebelik boyunca aldığı kiloya g6re yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; gebelerin aldığı kilo ile rol g6l6đ6 (emosyonel) ve fiziksel fonksiyon arasında anlamlı bir farklılık g6r6lmektedir ($p<0.05$). Gebelerin aldığı kilo arttıkça yaşam kalitelerinin d6řt6đ6 g6r6lmektedir (Tablo 4.33). Amador ve arkadaşları yaptıkları çalışmada alınan kilo arttıkça kadınlarda yaşam kalitesinin 6zellikle fiziksel bileşeninde azalma olduğu saptanmıştır (143). Gebelikte fazla kilo alımı gebenin g6nl6k aktivitelerinde azalmaya neden olur ve bu durumun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği d6ř6n6lmektedir.

Çalışmamızda gebelerin gebelik haftası durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; üçüncü trimester da olan gebelerin fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel ve fiziksel) puanlarının diğerlerine göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.34). Arabacıoğlu'nun çalışmasında tam tersi, gebelik haftası arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (139). Mogren ve Pojhanen özellikle üçüncü trimesterde gebelerin yaşam kalitelerinin bozulduğunu belirtmektedirler (145). Kahraman'ın çalışmasında ağrı puanı dışındaki tüm boyutlarında, trimesterler arasındaki fark önemli bulunmuştur (93). Taşdemir ve arkadaşları yaptığı çalışmada gebelikte yaşam kalitesi skorları genellikle ilk trimesterde düşük olduğu tespit edilmiştir, ikinci trimesterde önemli ölçüde artmış ve üçüncü trimesterde yine en düşük seviyesine gerilediği tespit edilmiştir (141). Karataylı'nın çalışmasında gebelik süresi arttıkça, genel ruhsal belirtiler, depresyon ve anksiyete düzeyleri artmış ve gebelerde yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (97). Çalışma sonuçlarımıza benzerlik gösteren ve gebeliğin dönemlerine göre değişkenlik gösteren yaşam kalitesinin gebeliğe bağlı normal fizyolojik değişimler (bulantı, kusma, halsizlik, abdominal distansiyon, kabızlık, idrar yolu stazı veya enfeksiyonları, kilo artışına bağlı olarak kas ve iskelet sistemi ağrıları, doğuma yakın heyecan, bebeğin hareketleri, doğuma ve bebeğe ilişkin kaygı gibi şikâyetler) ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin gebeliği planlama durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.35). Arabacıoğlu'nun çalışmasında gebelerin yaşam kaliteleri ile gebeliğin planlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (139). Altıparmak, Kılıçarslan, Kahraman ve Özçelik'in çalışmalarında ise isteyerek gebe kalan gebelerin diğerlerine göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (13, 87, 88, 93). Özer'in çalışmasında gebeliği planlı olan gebelerin, fiziksel fonksiyon puanı ve genel sağlık puanı, gebeliği planlı olmayanlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır (94).

Çalışmamızda gebelerin çocuk sayısına göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.36). Bu sonuç araştırmaya katılan gebelerin büyük bir bölümünün yaşayan çocuk sayılarının az olması ile ilişkili olabilir. Özçelik,

Karataylı ve Arabacıoğlu'nun çalışmalarında da ocuk sayıları arasında fark saptanmamıştır (87, 97, 139).

Çalışmamızda gebelerin hastalık durumlarına göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı lde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.37). zelik'in çalışmasında da gebelikteki şikayetlerle ile yaşam kalitesi arasında fark saptanmamıştır (87). Oysa Arabacıoğlu gebelerde kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanma durumunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmiştir (139).

Çalışmamızda gebelikte uyku sorunu yaşamadıklarını ifade eden gebelerin sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel ve fiziksel), fiziksel fonksiyon puanları uyku sorunu yaşayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Gebelikte uyku sorunu yaşayanların ağrı puanı yaşamayanlara oranla anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.38). Arslan ve Fadiloğlu'nun kanserli hastaların uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği araştırmada, kanserli hastaların uyku sorunları ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (146). Onat ve arkadaşları 154 osteoporozlu hastada yaptıkları araştırmada uyku bozukluklarının yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu saptanmıştır (147). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı lde bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.39). Çalışmamızda gebelikte sigara kullananların ağrı puanı kullanmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olarak görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.40). Kahraman'ın çalışmasında sigara içen gebelerde yaşam kalitesinin genel sağlık boyutu ile ilgili puanlar sigara içmeyenlerden önemli lde düşük bulunmuştur (93). Arabacıoğlu'nun çalışmasında sigara kullanma durumları arasında fark saptanmamıştır (139).

Günümüzde, egzersiz sağlıklı bir yaşamın temel prensiplerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını ve yaşama kalitesini etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (95). Çalışmamızda gebelerin gebelikte düzenli egzersiz yapama durumuna göre

yaşam kalitesi bilişeni puan dağılımları incelendiğinde; bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.41). Ünver'in çalışmasında gebelerin egzersiz yapma durumları arttıkça toplam yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmıştır (95). Vallim ve arkadaşları sedenter yaşam tarzı olan 66 gebeye su egzersizi yaptırmışlar ve yaşam kaliteleri arasında fark saptanmamıştır (148). Montoya ve arkadaşları 16 ila 20 hafta arasındaki 64 gebeye yürüyüş, aerobik, germe ve gevşeme egzersizlerini üç ay boyunca uygulanmışlar ve bu gebelerde yaşam kalitesinin artırttığı saptanmışlardır (149).

Çalışmamızda gebelerin PUKİ'den ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizine göre, uyku kalitelerinin arttığında yaşam kaliteleri de artmıştır, dolayısıyla H_1 hipotezi doğrulanmıştır ($p=0.000$) (Tablo 4.42). Bu sonuç, diğer çalışma bulguları ile de uyumludur. Yanikkerem'in çalışmasında gebelerin uyku kalitesi yükseldikçe fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel-emostonel), mental sağlık puanları artmaktadır (11). Gebeler dışında yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, Onat ve arkadaşlarının osteoporotik hastalarda, Arslan ve Fadiloğlu'nun kanserli hastalarda, Bayram'ın tip-2 diyabetli hastalarda, Çelik'in hemodiyaliz hastalarında ve Esen'in kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olanlarda hastaların uyku kalitesi yükseldikçe yaşam kalitelerinin de yükseldiği saptanmıştır (146, 147, 150-152).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin yaş ortalaması 27.5 ± 4.9 'dur. Gebelerin %20.6'sı obez, %12.7'si gebeliklerinde 16 ve üzeri kilo almış, %62.6'sı üçüncü trimesterdedir. Gebelerin %97.4'ünün gebeliklerinde sorun yaşamış ve bu sorunların en sık görülenlerinin yorgunluk, gece sık idrara çıkma, bulantı-kusma olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 68,5'inde kötü uyku kalitesi tespit edilmiştir. Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, gebelikle birlikte ortaya çıkan hastalık durumu; çay ve kahve içme durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri ile anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin yaş, gelir düzeyi, aile tipi, BKİ, gebelik boyunca aldıkları kilo, gebelik haftası, çocuk sayısı, gebelik sayısı, gebeliğinde uyku sorunu yaşama durumu, gebelik öncesinde ve gebelikte sigara kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumlarıyla uyku kalitesi bileşenleri arasında ilişki bulunmuştur.

Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımlarına göre puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 36.9 ± 14.6 , rol güçlüğü (fiziksel) 21.6 ± 20.5 , ağrı 33.8 ± 18.5 , genel sağlık 35.3 ± 9.5 , vitalite (enerji) 34.1 ± 15.3 , sosyal fonksiyon 34.6 ± 14.7 , rol güçlüğü (emosyonel) 25.3 ± 20.0 , mental sağlık 36.3 ± 10.4 olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin yaş, çalışma durumu, gelir düzeyi, BKİ'si, gebeliği planlama durumu, çocuk sayısı, hastalık durumu, gebelik öncesi sigara kullanımı, gebelikte düzenli egzersiz yapma durumlarına göre yaşam kalitesi bileşeni puan dağılımlarında bileşenler arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır.

Gebelerin eğitim, aile tipi, gebelikte alınan kilo, gebelik haftası, sigara kullanımı ve uyku sorunu yaşama durumlarıyla yaşam kalitesi bileşenleri arasında ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda PUKİ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizine göre, gebelerin uyku kaliteleri arttığında yaşam kaliteleri de artmıştır, dolayısıyla H_1 hipotezi doğrulanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;

- Gebelikte görülen yakınmalara, gebelik sırasında aşırı kilo alımına özellikle dikkat etmek gereklidir. Bu doğrultuda, gebelerde uykunun fizyolojik ve ruhsal önemini vurgulayan eğitim programları düzenlenmeli, uyku hijyenine yönelik davranışlarının geliştirilmesi sağlanmalı,
- Gebelikte uyku ile ilgili sorunların azaltılması anne ve yenidoğan sağlığını geliştirmeye önemli katkılar sağlayacağı için sağlık çalışanlarının bu konudaki duyarlılığı artırılmalı,
- Uyku solunum bozukluğu, huzursuz bacak sendromu, horlama gibi önemli rahatsızlıkların mümkün olan en iyi zamanda tedavi edilmesi sağlanmalı,
- Gebelik döneminde uyku ve dinlenmenin önemi göz önünde bulundurularak gebelerin uyku kalitesine ilişkin daha fazla çalışma yapılmalı,
- Gebelikteki uyku bozuklukları en kısa sürede tedavi edilerek gebelerin yaşam kalitesi arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sevil Ü, Bakıcı A. Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2002, 12(3): 56-62.
2. Kiper S, Sunal N. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2009, 10: 33-39.
3. Demiray E. Uzaktan eğitim ve kadın eğitiminde uzaktan eğitimin önemi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 2(2): 155-168.
4. Taşkiran N. Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, 2009.
5. Bingöl N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.
6. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012, 14: 93-102.
7. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm AS, Myllylä VV. Effects of pregnancy on mothers' sleep, *Sleep Medicine*, 2002, 3(1): 37-42.
8. Sharma S, Franco R. Sleep and its disorders in pregnancy, *Wisconsin Medical Journal*, 2004, 103(5): 48-51.
9. Ursavaş A, Karadağ M. Sleep breathing disorders in pregnancy, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2009, 57(2): 237-243.
10. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi, *Ege Tıp Dergisi*, 2010, 49(2): 87-94.
11. Yanikkerem UE. Gastroözofageal Reflüsü Olan Gebelerde Hemşirelik Yönetiminin Yaşam ve Uyku Kalitesi ile İlaç Kullanımına Etkisi, Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.

12. Şahsıvar MŞ. Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
13. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
14. Kayhan Z. *Klinik Anestezi*, 2. Baskı. İstanbul, Logus Yayıncılık Tic. A.Ş., 1997: 623-638.
15. Beck WW. *Kadın Doğum*, Asena U (Çeviri editörü). Obstetrics and Gynecology, 2. Baskı, İzmir, Karınca Matbaası, 1993: 177-183.
16. Shnider SM, Levinson G. Anesthesia for Obstetrics. In: Miller RD (ed). *Anesthesia*, 4th ed. New York, Churchill Livingstone, 1994: 2031-2076.
17. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, 2011: 85-100.
18. Benington JH, Frank MG. Cellular and molecular connections between sleep and synaptic plasticity. *Prog Neurobiol*, 2003, 69(2): 71-101.
19. Ertuğrul A, Rezaki M. Uyku nörolojisi ve bellek üzerine etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004, 15: 300-308.
20. Amy R. Wolfson, Kathryn A. Lee. Pregnancy and the Postpartum Period. In: *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Kryger MH, Roth T, Dement WC(eds). 4th ed. Philadelphia, Elsevier, 2009: 1278-1286.
21. Aydın H, Yetkin S. Uyku Yapısı ve İşlevleri. İçinde: *Kognitif Nörobilimler*, Karakaş S (editör). 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 282-299.

22. Lam RW. Sleep disturbances and depression: a challenge for antidepressants, *Int. Clin. Psychopharmacol*, 2006, 21(1): 25-29.
23. Potter PA, Perry AG. *Sleep in fundamentals of nursing*, 7th ed. Canada, Mosby, 2009: 1028-1051.
24. Taylor C, Lills C, Lemone P, Lynn P. *Sleep in fundamentals of nursing the art and science of nursing care*, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2008: 1335-1363.
25. Demiralp T. Beynin etkinlik durumları, uyku, beyin dalgaları, epilepsi, psikozlar. İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Çavuşoğlu H, Yeğen B (Çeviri editörleri). *Textbook of Medical Physiology*, Guyton AC, Hall JE 11. Basım. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 739-747.
26. Black J, Hawks HJ, Keene MA. *Foundations of Medical Surgical Nursing*, 6th ed. England, Mosby, 2003: 431-443.
27. Kaynak H. *Uyku Uykusuzluk mu? Aşırı Uyumak mı?*, 3. Baskı. İstanbul, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic. A.Ş., 2008: 123-132.
28. Demir Y. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. 2. Baskı. İstanbul, Medical Yayıncılık, 2008: 413.
29. Gillin JC, Zolotowski RK, Salin-Pascual R. Basic Science of Sleep. In: Kaplan HB, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Baltimore, Williams and Wilkins; 1995: 80-88.
30. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2003: 129-139.
31. Kurt S, Enç N. Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı, *Türk Kardiyol Dern Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013, 4(5): 1-8.

32. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler, *Toraks Dergisi*, 2007, 8(4): 234-240.
33. Guilleminault C, Querra-Salva M, Chowdhuri S, Poyares D: Normal pregnancy, daytime sleeping, snoring and blood pressure, *Sleep Med*, 2000, 1(4): 289-297.
34. Guilleminault C, Palombini L, Poyares D, Takaoka S, Huynh NT, El-Sayed Y. Pre-eclampsia and nasal CPAP: part 1. Early intervention with nasal CPAP in pregnant women with risk-factors for pre-eclampsia: preliminary findings, *Sleep Med*, 2007, 9(1): 1-2.
35. Beebe KR, Lee KA. Sources of midsleep awakenings in childbearing women, *Clin Nurs Res*, 1999, 8(4): 386-397.
36. Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery, *Am J Obstet Gynecol*, 2004, 191(6): 2041-2046.
37. Beebe KR, Lee KA. Sleep disturbance in late pregnancy and early labor J Perinat, *Neonatal Nurs*, 2007, 21(2): 103-108.
38. Akın N. Astım Hastalarında Obstuktif Uyku Apne Hipopne Sendromu, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi, 2007.
39. Lakadamyalı H. Uykuda solunum bozukluklarında polisomnografik özellikler, *Solunum* 2013, 15(2): 68-74.
40. Demir UA. Obstruktif uyku apne sendromu ve obezite, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2007, 38: 177-193.
41. Lefcourt LA, Rodis JF. Obstructive sleep apnea in pregnancy, *Obstet Gynecol Surv*, 1996, 51: 503-506.

42. Şahin FK, Köken G, Coşar E, Saylan F, Fidan F, Yılmaz M, Ünlü M. Gebelikte uyku apne sendromu ve eşlik eden hastalıklar, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008, 100(2): 141-146.
43. Köktürk O, Tatlıcioğlu T, Kemaloğlu Y, Gürsel G, Fırat H, Çetin N. Habitüel horlaması olan olgularda obstrüktif uyku apne sendromu prevalansı, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 1997, 45(1): 7-11.
44. Edwards N, Middleton PG, Blyton DM, Sullivan CE. Sleep disorders breathing and pregnancy, *Thorax*, 2002, 57(6): 555-558.
45. Puapornpong P, Neruntarat C, Manolerdtthewan W. The prevalence of snoring in Thai pregnant women, *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2010, 93(2): 102-105.
46. Özol D, Akgedik R. Obstrüktif uyku apne sendromu, *Yeni Tıp Dergisi*, 2008, 25: 201-204.
47. Köken G, Şahin FK, Coşar E, Altuntaş İ, Köken R, Fidan F, Ünlü M. Habitüel horlaması olan ve olmayan gebelerde serum leptin, tümör nekrotizan faktör- alfa interlökin-6 düzeyleri, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008, 5(1): 17-21.
48. Ursavaş A, Karadağ M, Nalcı N, Ercan I, Gözü RO. Self-reported snoring, maternal obesity and neck circumference as risk factors for pregnancy-induced hypertension and preeclampsia, *Respiration*, 2008, 76(1): 33-39.
49. Bassetti CL, Mauerhofer D, Gugger M, Mathis J, Hess CW. Restless legs syndrome: a clinical study of 55 patients, *Eur Neurol*, 2001, 45(2): 67-74.
50. Kolster KS, Trenkwalder C, Fogel W, Greulich W, Hahne M, Lachenmayer L, Oechsner M, Oertel WH. Restless legs syndrome new insights into clinical characteristics, pathophysiology and treatment options, *J Neurol*, 2004, 251(6): 39-43.
51. Krishnan PR, Bhatia M, Behari M. Restless legs syndrome in Parkinson's disease: a case-controlled study, *Mov Disord*, 2003, 18(2): 181-185.

52. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Tireli H. Huzursuz bacak sendromu: Klinik ve demografik değerlendirme, *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 2006; 9: 94-103.
53. Skomro RP, Ludwig S, Salamon E, Kryger MH. Sleep complaints and restless legs syndrome in adult type 2 diabetics, *Sleep Med*, 2001, 2(5): 417-422.
54. Şahin FK, Köken G. Coşar E, Solak Ö, Saylan F, Fidan F. Mehmet Ü. Gebelerde huzursuz bacak sendromu sıklığı, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2007, 4(4): 246-249.
55. Ateş EA. Huzursuz bacaklar sendromu, *Turkish Family Physician*, 2012, 3(2): 19-29.
56. Ekbom KA. Restless legs syndrome, *Acta Med Scand*, 1945, 158: 114-122.
57. Goodman JDS, Brodie C, Ayida GA. Restless leg syndrome in pregnancy, *Br Med J*, 1988, 297: 1101-1102.
58. Manconi M, De Vito A, Economou NT, et al. Restless leg syndrome in pregnancy: preliminary epidemiological results in 130 women, *J Sleep Res*, 2002, 11: 145-150.
59. Sevim S, Doğu O, Çamdeviren H, Bugdayci R, Şaşmaz T, Kaleağası H, Aral M, Helvacı I. Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey, *Neurology*, 2003, 61(11): 1562-1569.
60. Çakmak B, Fulya Z, Karataş MA, Özsoy Z, Demirtürk F. Gebelikte huzursuz bacak sendromu, *Perinatoloji Dergisi*, 2014, 22(1): 1-5.
61. Demir B. Uyku bozuklukları, *Türkiye Tıp Dergisi*, 2002, 9(3): 117-127.
62. Yetkin S, Aydın H. Bir semptom ve bir hastalık olarak uykusuzluk, *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 2014, 1: 1-8.

63. Aslan S, Gülçat Z, Albayrak FS, Maral I, Yetkin S, Sutçigil L, Aycan S, Işık E, Aydın H. Prevalence of insomnia symptoms: Results from an urban district in Ankara, Turkey, *Int J Psychiatry Clin Practice*, 2006, 10(1): 52-58.
64. Kızılırmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to İnsomnia, *The Scientific World Journal*, 2012: 1-8.
65. Sahota PK, Jain SS, Dhand R. Sleep disorders in pregnancy, *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 2003, 9(6): 477-483.
66. Plante DT, Winkelman JW. Parasomnias, *Psychiatr Clin North Am*, 2006, 29(4): 969-987.
67. Mahowald MW, Schenck CH. Non-rapid eye movement sleep parasomnias, *Neurol Clin*, 2005, 23(4): 1077-1106.
68. Tuncel D, Orhan FÖ. Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1: 280-296.
69. Nielsen T, Paquette T. Dream-associated behaviors affecting pregnant and postpartum women, *Sleep*, 2007, 30(9): 1162-1169.
70. Nishino S. Clinical and neurobiological aspects of narcolepsy, *Sleep Med*, 2007, 8(4): 373-399.
71. Billard M. Narcolepsy: current treatment options and future approaches, *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2008, 4(3): 557-566.
72. Özdemir PG, Selvi Y, Güleç TÇ, Güleç M. Narkolepsinin fizyopatolojisi, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(3): 271-283.
73. Özdemir PG, Nadir YS. Tanı konulan bir uyku bozukluğu: narkolepsi, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2013, 26: 402-403.
74. Ursavaş A. Sleep Disorders and Pregnancy, *Neurological Disorders and Pregnancy*, 2011,10: 185-205.

75. Özkan Z. Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
76. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, Ramar K, Rogers R, Schwab RJ, Weaver EM, Weinstein MD. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2009, 5(3): 263-276.
77. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi, *Türk Hemşireler Dergisi*, 1998, 48(6): 16-19.
78. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT, Tuohy F. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and postpartum, *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2007, 47(1): 16-22.
79. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5: 41-48.
80. Atik DÖ, Zeydan ZE, Coşar AA. Uyku sorunları hipertansiyona neden olur mu?, *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012, 3(3): 2-8.
81. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler, *TJFMPC*, 2010, 3: 12-22.
82. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 81-85.
83. Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete- depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(1): 47-58.

84. Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşireliğin önemi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(1): 34-43.
85. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık tezi, İstanbul, 2006.
86. Koç Z. (2004). Hasta bakımı hizmetleri ve yaşam kalitesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 2004, *Bildiri Özetleri Kitabı*:101.
87. Özçelik G. Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2010.
88. Altıparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi, *TAF Prev Med Bull*, 2006, 5: 416-423.
89. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2005, 34(4): 473-481.
90. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy, Analysis of a sample of 100 women, *Minerva Ginecol*, 2005, 57(4): 451-460.
91. Larrabee KD, Monga M, Eriksen N, Helfgott A. Quality of life in pregnant women with the human immunodeficiency virüs, *Int J Gynaecol Obste*, 1997, 56(3): 305.
92. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, Passini Junior R. Quality of life, depression and anxiety among pregnantwomen with previous adverse pregnancy outcomes, *Sao Paulo Med J*, 2009, 127(4): 185-189.

93. Kahraman S. Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2009.
94. Özer K. Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
95. Ünver H. Gebelerde Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2014.
96. Doğan R. Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2012.
97. Karataylı S. Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
98. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research, *Psychiatry Res* 1989, 28: 193-213.
99. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 7: 107-111.
100. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, *Med Care*, 1992, 30(6): 473-483.
101. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa Form (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999, 12: 102-106.

102. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 09. Kasım 2015.
103. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2012 Eğitim Durumu 2011 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458>. 12 Ekim 2014.
104. Karabıyık İ. Türkiye’de çalışma hayatında kadın istihdamı, *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2012, 32(1): 231-260.
105. Tüylüoğlu Ş, Tekin M. Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2009, 13(1): 1-31.
106. Günindi Y, Giren SY. Aile kavramının değişim süreci ve okul öncesi dönemde ailenin önemi, *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2011, 31: 349-361.
107. Köybaşı EŞ. Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
108. Samur G. *Obezite ve Gebelik*. 1. Baskı, Ankara, Klasmat Matbacılık, 2008: 7-12.
109. Gümüş İİ, Karakurt F, Kargılı A, Turan NÖ, Uyar ME. Association between prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and perinatal outcomes, *Turk J Med Sci*, 2010, 40(3): 365-370.
110. Olukman M, Parlar A, Orhan CE, Erol A. Gebelerde ilaç kullanımı: son bir yıllık deneyim, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2006, 3(4): 255-261.
111. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi, *Genel Tıp Dergisi*, 2010, 20(4): 137-142.

112. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1(2): 71-76.
113. Zib M, Lim L, Walters WA. Symptoms during normal pregnancy: a prospective controlled study, Australian and New Zealand, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1999, 39(4): 401-410.
114. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 2: 16-27.
115. Gerek M, Akçam T, Ceyhun E, Özgen F, Dündar A. Kronik horlama ve uyku apnesi sendromu olan olguların uyku parametrelerinin karşılaştırılması, *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 1999; 7(1): 34-36.
116. Altıparmak S, Altıparmak O, Demirci Avcı HD. Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği, *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10: 20-25.
117. Sezer RE. Dünyada ve Türkiye’de sigara tüketiminin eğilimleri, *Hipokrat Dergisi*, 2002, 11: 56-63.
118. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, Sağlık Bakanlığı Yayın No:948, Ankara, 2014, 114.
119. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) (2008). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> 09. Kasım 2015.
120. Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008, 1(1): 26-39.
121. Altıparmak S, Altıparmak O, Demirci Avcı HD. Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği, *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10: 20-25.

122. Dhalwani NN, Tata LJ, Coleman T, Fiaschi L, Szatkowski L. A comparison of UK primary care data with other national data sources for monitoring the prevalence of smoking during pregnancy, *Journal of Public Health Advance Access*, 2014, 36(3): 1-8.
123. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use, *Semin Neonatol*, 2000, 5(3): 231-241.
124. Amasha HA, Jaradeh MS. Effect of active and passive smoking during pregnancy on its outcomes, *Health Science Journal*, 2012, 6(2): 335-352.
125. Lemola S, Grob A. Drinking and smoking in pregnancy: which questions do Swiss physicians ask?, *Swiss Med Wkly*, 2007, 137: 66-69.
126. Arslan T, Yiğiter AB. Gebelik takibinde güncel yaklaşımlar, *Turkish Family Physician*, 2012, 3(2): 1-13.
127. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, Polokantola P, Skene DJ, Stenuit P, Tobler I, Porkka-Heiskanen T. Women's sleep in health and disease, *Journal of Psychiatric Research*, 2005, 39(1): 55-76.
128. Neau JP, Texier B, Ingrand P. Sleep and vigilance disorders in pregnancy, *European Neurology*, 2009, 62(1): 23-29.
129. Göktaş E, Çelik F, Özer H, Gündüzoğlu NÇ. Obez bireylerin uyku kalitesini belirlenmesi, *DEUHFED*, 2015, 8(3): 156-161.
130. Lopes LA, Lins Cde M, Adeodato VG, Quental DP, de Bruin PF, Montenegro RM Jr, de Bruin VM. Restless legs syndrome and quality of sleep in type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 2005, 28(11): 2633-2636.
131. Gökçe S. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.

132. Altın M. Erciyes Üniversitesi Araştırma Görevlilerinde Uyku Sorunları ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2011.
133. Beebe KR, Lee K. Sources of midsleep awakenings in childbearing women, *Clin Nurs Res*, 1999, 8(4): 386-397.
134. Lee KA, Zaffke ME, Mccenany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95(1): 14-18.
135. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. *Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia*, *Sleep*, 1999, 22:1134-1156.
136. Shcao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift working nurses, *Journal Advanced Nursing*, 2010, 66(7): 1565-1572.
137. Klebanoff MA, Levine RJ, Dersimonian R, Clemens JD, Wilkins DG. Maternal serum paraxanthine, a caffeine metabolite, and the risk of spontaneous abortion, *N Engl J Med*, 1999, 341(22): 1639-1644.
138. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F. Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy, *Obstet Gynecol*, 2006, 107(4): 798-806.
139. Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012.
140. Safarzadeh A, Boryri T, Khojasteh F, Navvabirigi SD. Evaluation of quality of life and pregnancy outcome in overweight pregnant women in Zahedan, *J Pain Relief*, 2013, 2(3): 2-4.
141. Taşdemir S, Balcı E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey, *Upsala Journal of Medical Sciences*, 2010, 115(4): 275-281.


142. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls, *Am J Obstet Gynecol*, 2003, 188(5): 1231-1233.
143. Amador N, Juarez JM, Guizar JM, Linares B. 2008, Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 198(2): 203-204.
144. Amador-Licon N, Guizar-Mendoza JM. Daytime sleepiness and quality of life: are they associated in obese pregnant women?, *Arch Gynecol Obstet*, 2012, 285(1): 105-109.
145. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy prevalence and risk factors, *Spine*, 2005, 30(8): 983-991.
146. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 2: 16-27.
147. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Biçer S, Özel S. Osteoporotik hastalarda uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi, *Türk Osteoporoz Dergisi*, 2013, 19: 32-37.
148. Vallim AL, Osis MJ, Cecatti JG, Baciuk PE, Silveira C, Cavalcante SR. Water exercises and quality of life during pregnancy, *Reproductive Health*, 2011, 8(14): 3-7.
149. Montoya Arizabaleta AV, Orozco Buitrago L, Aguilar de Plata AC, Mosquera Escudero M, Ramirez-Velez R. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial, *Journal of Physiotherapy*, 2010, 56(4): 253-258.
150. Bayram D. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal üniversitesi, 2010.

151. Çelik HS. Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
152. Esen H. KOAH Hastalarında Uyku Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.



EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu**

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.68.49/ 28.05.2014
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU**

“Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi”adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Doç.Dr. K. Okhan AKIN
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

EK-2 Kurum Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 43278876-929- 1432- 2528 .

U 9 Mayıs 2014

Konu : Yüksek Lisans Tezi Uygulama İzni

Sayın: Dilek ÇELİKGÖZ
Hemşire

İlgi: 21.04.2014 tarih, 2167 sayılı dilekçeniz.

“Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemiz Kadın Doğum Polikliniğinde uygulama talebiniz hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunun 06.05.2014 tarih ve 103 sayılı toplantısında görüşülerek uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Mesut KOÇAK
Hastane Yöneticisi

Personel Şubesi
Tel:0312 3569000/1379

Pınarbaşı Mahallesi Ardahan Sokak No:25
Faks: 3569020

Keçiören/ANKARA
e-mail:personelkoren@gmail.com

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma; gebelerde uyku bozukluklarının yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına göre yürütülecektir. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Araştırma veri toplama formundaki sorular bizzat araştırmacı tarafından sorulacaktır. Araştırma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavi, bakım ve sağlık personeli ile olan ilişkinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmamızın sonuçlarını olumlu etkileyecektir. Araştırma ile ilgili, sonradan aklınıza gelen herhangi sorunuz için aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz. Katılımınız için teşekkürlerimizi sunarız.

Sorumlu Araştırmacı

Dilek ÇELİKGÖZ

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Hastanın (Katılımcının) beyanı: Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hasta (Katılımcı)

Adı, soyadı:

İmza:

EK-4. Bireysel Bilgi Formu

GEBELERDE UYKU BOZUKLUKLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ ANKET FORMU

Bu araştırma; gebelerde uyku bozukluklarının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sırasında verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Sorulara doğru yanıt vermeniz çalışmamızın sonuçlarını olumlu etkileyecektir. Bu araştırmaya gönüllü katılımınız ile gerçekleşecektir. Katılımınız için teşekkürler.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Dilek ÇELİKGÖZ

A. SOSYODEMOGROFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?:.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite ve üzeri

3. Çalışma durumunuz?

- a) Çalışıyor vardiyalı b) Çalışıyor sadece gece
c) Çalışıyor sadece gündüz d) Çalışıyordum gebelikte bıraktım
e) Hiç çalışmadım

4. Gelir durumunuz?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

5. Sosyal güvenceniz?

- a) Var b) Yok

6. Aile tipiniz?

- a) Geniş aile b) Çekirdek aile

B) TIBBİ VE GEBELİKLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

7. Boyunuz?:.....

8. Kilonuz?:

9. Gebelik öncesi kilonuz?:.....

10. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?

a) Evet (Açıklayınız.....)

b) Hayır

11. Su andaki gebelik haftanız?:.....

12. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

a) Evet

b) Hayır

13. Gebelik sayısını?:.....

14. Yaşayan çocuk sayısını?:.....

15. Gebeliğiniz boyunca eşiniz ve sosyal çevreniz tarafından desteklendiğinizi düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Kısmen

16. Gebeliğinizde doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

17. Gebelik öncesinde mevcut bir hastalığınız var mıydı?

a) Evet (Belirtiniz.....)

b) Hayır

18. Gebeliğinizle birlikte ortaya çıkan bir hastalığınız oldu mu?

a) Evet

b) Hayır (ise 20.soruya geçiniz)

19. 18. Soruya cevabınız evet ise hastalığın türünü belirtiniz (birden fazla şık işaretlenebilir)

a) Hipertansiyon

b) Kalp hastalığı

c) KOAH-astım

d) Diabet

e) Migren

f) Troid

g) Depresyon

h) Diğer.....

30. Uyku sorununuz için herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

31. Uyku sorununuz devam ediyor mu?

- a) Evet b) Hayır

32. Uyku sorunu ile baş edebilmek için başka neler yaptınız? (birden fazla seçenek belirtilebilir)

- a) Kitap okudum b) Müzik dinledim c) Tv izledim
d) Ilık duş aldım e) Ilık süt içtim f) Bitki çayı içtim
g) Uyku ilacı aldım h) Diğer (.....) i) Bir şey yapmadım

EK-5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

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 YATIS 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?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

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

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

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

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

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

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

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

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

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

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

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi
 Oldukça iyi
 Oldukça kötü
 Çok kötü

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

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

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

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

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

- { }Hiç problem oluşturmadı.
{ }Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
{ }Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
{ }Çok büyük bir problem oluşturdu.



EK-6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınız,

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi d) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
b) Hemen hemen aynı e) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
c) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmayı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrikli süpürGESİNİ itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket ve çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
İ) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi kolay olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma saatlerinizi azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İşiniz veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

a) Pek etkilemedi b) Çok az c) Orta d) Oldukça e) Aşırı

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Fazla f) Çok fazla

8. Geçen bir ay boyunca sağlığınızla ilgili şikayetleriniz işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

a) Çok değil b) Az c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerji hissettiniz						
b) Çok sinirli biriydiniz						
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkındı						
d) Sakin ve huzurluydunuz						
e) Fazla enerjiniz vardı						
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz						
g) Çok yorgun hissettiniz						
h) Hiç mutlu oldunuz mu?						
i) Yorgun hissettiniz mi?						

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

a) Her zaman b) oğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru	Emin değilim	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b)Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c)Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d)Sağlığım mükemmel					

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	:Dilek ÇELİKGÖZ
Doğum tarihi	:10/10/1987
Doğum yeri	:Kurşunlu/ÇANKIRI
Medeni hali	:Evli
Uyruğu	:T.C.
Adres	:Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:05436112736
E-mail	:dilek-keten@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Keçiören Lisesi
Lisans	:Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: kpds 2011 puanı: 52.5