

**AFYONKARAHİSAR KOCATPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERDE UYKU KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nihal TAŞKIRAN

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**

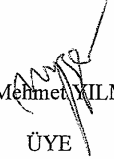
Tez No: 2009-011

AFYON- 2009


KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

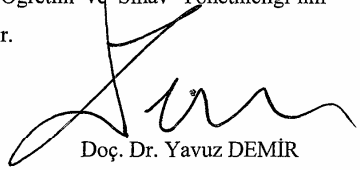
Tez Savunma Tarihi: 20.05.2009


Doç. Dr. Mehmet YILMAZER
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL
ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Nihal TAŞKIRAN'ın "Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi/05/2009 günü saat:.....'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yürütülmesinde önemli katkıları bulunan danışmanım Afyon Kocatepe Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Doğum Anabilimdalı Öğretim Üyesi Sn Doç. Dr. Mehmet YILMAZER'e, planlama aşamasında değerli görüşlerini aldığım Sn Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN'e, emeği geçen diğer tüm çalışma arkadaşlarıma ve bugüne kadar benden hiç desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Nihal TAŞKIRAN

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY.....	II
ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VI
ŞEKİLLER VE ÇİZELGELER.....	VII
ÖZET	IX
SUMMARY	X
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.GEBELİKTE MATERNAL FİZYOLOJİ	3
2.1.1.SİSTEMLERE GÖRE GEBELİK FİZYOLOJİSİ	3
2.1.1.1.Gastrointestinal ve Hepatik Sistem	3
2.1.1.2.Solunum Sistemi	4
2.1.1.3.Kardiyovasküler Sistem	6
2.1.1.4.Üriner Sistem	7
2.1.1.5.Hematolojik ve Hemostatik Sistem	7
2.1.2.Meme	8
2.1.3.İskelet Sistemi	8
2.2.UYKU	9
2.2.1.Uygunun Tanımı ve Özellikleri	9
2.2.2.Uygunun Fizyolojisi	9
2.2.3.Uygunun Evreleri	10
2.2.3.1.Yavaş Dalga Uyku-NREM	11
2.2.3.2.Hızlı Uyku Devresi-REM Uyku	12
2.2.4.Uyku Gereksinimi	14
2.2.5.Uygunun İşlevi	14
2.2.6.Uygunun Kalitesi	14
2.2.6.1.Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	15
2.2.6.1.1.Yaş	15
2.2.6.1.2.Cinsiyet	15
2.2.6.1.3.Hastalık	15
2.2.6.1.4.Alkol ve Diğer Uyarıcılar	16
2.2.6.1.5.İlaç Kullanımı	16
2.2.6.1.6.Yaşam Biçimi	16
2.2.6.1.7.Egzersiz ve Yorgunluk	16
2.2.6.1.8.Anksiyete ve Stres	17
2.2.6.1.9.Diyet	17
2.2.6.1.10.Çevre	17
2.2.7.GEBELİK VE UYKU	18
2.2.7.1.Uykuda Solunum Bozuklukları ve Gebelik	19
2.2.7.1.1.Obstruktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)	20
2.2.7.2.Huzursuz Bacak Sendromu ve Gebelik	21
2.2.7.3.İnsomnia ve Gebelik	23
2.2.7.4.Parasomnia ve Gebelik	24
2.2.8.Uyku Hijyenine Yönelik Düzenlemeler.....	24

3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1.Araştırmanın Şekli	26
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.3.1.Araştırmanın Evreni	26
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi	26
3.4.Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5.Verilerin Toplanması	26
3.5.1.Verİ Toplama Araçlarının Tanıtılması	27
3.5.1.1.Sosyodemografik Form	27
3.5.1.2.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	27
3.5.1.2.1.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlaması	29
3.5.1.3.Berlin Uyku Anketi	31
3.5.1.3.1.Kategoriler ve Skolama	32
3.5.1.4.Epworth Uykululuk Skalası	33
3.5.2.Verİ Toplama Aracının Uygulanması	34
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	34
4.BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	72

SİMGELER VE KISALTMALAR**AHI:** Apne Hipopne İndeksi**BKI:** Beden Kitle İndeksi**BSR:** Bulber Senkronize Edici Bölge**CPAP:** Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı**EEG:** Elektroensefalografi**EMG:** Elektromiyografi**EOG:** Elektrookülografi**GFR:** Glomerular Filtrasyon Oranı**HBS:** Huzursuz Bacak Sendromu**IRLSSG:** Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu**NREM:** Hızlı Olmayan Göz Hareketleri**OUAS:** Obstruktif Uyku Apne Sendromu**PUKI/PSQI:** Pittsburg Uyku Kalite İndeksi**RAS:** Retiküler Aktivasyon Sistemi**REM:** Hızlı göz hareketleri**SS:** Standart Sapma**UPUH:** Uykuda Periyodik Uzun Hareketleri

ŞEKİLLER VE ÇİZELGELER

Şekil 1: Retiküler Aktivasyon Sistemi ve Bulber Senkronize Edici Bölge.

Şekil 2: Normal uyku döngüsü

Şekil 3: Eğitim durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı

Şekil 4: Gelir durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı

Şekil 5: Çalışma durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

Şekil 6: Yaş durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

Şekil 7: Kaçınıcı gebelik olduğuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

Şekil 8: Toplam doğum sayısına göre uyku kalitesinin dağılımı.

Şekil 9: Gebelik haftasına göre uyku kalitesinin dağılımı.

Şekil 10: Gebeliğe etki eden başka hastalık var mı sorusuna göre uyku kalitesi dağılımı

Tablo 1: NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması

Tablo 2: Yaşa göre uykunun evrelerinin Dağılımı

Tablo 3: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Tablo 4: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Tablo 5: Obstetrik öykülerine göre dağılım.

Tablo 6: Sigara kullanımı, doktora gitme sıklığı, ilaç kullanımı ve hastalıkların dağılımı.

Tablo 7: Kadınların yaş,boy,kilo, BKİ ve boyun çevresi ortalama ve standart sapma değerleri.

Tablo 8: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

Tablo 9: Uyku kalitesine göre kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Tablo 10: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin eğitim durumuna göre dağılımı.

Tablo 11: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gelir durumuna göre dağılımı.

Tablo 12: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin çalışma durumuna göre dağılımı.

Tablo 13: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin yaş durumuna göre dağılımı.

Tablo 14: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebelik sayısına göre dağılımı.

Tablo 15: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin doğum sayısına göre dağılımı.

Tablo 16: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebelik haftasına göre dağılımı.

Tablo 17: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebeliğe etki eden başka hastalık var mı sorusuna göre dağılımı.

Tablo 18: Berlin Uyku Anketine göre yüksek risk ve düşük risk uyku bozukluğu çeken kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Tablo 19: Berlin uyku anketine göre habitüel horlaması olan ve habitüel horlaması olmayan gebelerin trimesterlere göre dağılımı.

Tablo 20: Epworth uykululuk anketindeki toplam skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

Tablo 21: Epworth Uykululuk Skorlarına göre kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Tablo 22: Epworth uykululuk anketindeki toplam skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

ÖZET

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.

Bu araştırmadaki amacımız; gebelikte uyku kalitesini ölçmek, gebelerin uyku kalitesini etkileyen etmenlerin ne olduğunu saptamak ve tanımlamaktır.

Araştırmamız AKÜ Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 100 sağlıklı gebe üzerinde yapıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve gebeliklerine ilişkin verilerini toplamak için "Hasta Tanıtım Formu" (Ek:1) kullanıldı. Uyku kalitesi Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek:2), uyku apne riski Berlin Uyku Anketi (Ek:3), uykululuk durumu Epworth Uykululuk Skalası (Ek:4) kullanılarak değerlendirildi.

Çalışmamızda gebelerin %86'sında kötü uyku kalitesi tespit edilmiştir. Uyku kalitesinin gebelerde yaş, obezite, doktora gitme sıklığı, gebeliğe etki eden hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Hamilelik süresince uyku problemleri ile ilgili farmakolojik ve davranışsal araştırmalar fetüs üzerine etkisinden dolayı maalesef yapılamamaktadır. Bu yüzden gebelerde oluşan uyku bozukluklarının tedavisinde sadece rahatlatıcı birtakım önlemler alınabilmektedir. Bununla birlikte uyku solunum bozukluğu, huzursuz bacak sendromu gibi önemli rahatsızlıkların mümkün olan en iyi zamanda tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca gebelerin uyku ve uyku bozuklukları konusunda bilinçlendirilmesi, kontrollere düzenli gelmelerinin sağlanması, uyku hijyenine yönelik davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

SUMMARY

Pregnancy is not only an unforgettable and nice experience in women's life, but also it is troublesome. Though being a mother starts with pregnancy and birth and continues naturally during whole life, it brings many changes in physiological, psychological, and social situation. Among these changes sleepiness is an important factor that affects the quality of life and pregnancy.

The aim of this study was to measure sleep quality during pregnancy, and to determine its corresponding factors that affect sleep quality.

Our study was conducted on 100 healthy pregnant women who apply Ahmet Necdet Sezer Hospital of Afyonkarahisar Kocatepe University. Data was collected using face-to-face method. A standard questionnaire (Appx:1) was used to record sociodemographic properties and status of their pregnancy.

Sleep quality was evaluated by Pittsburg Sleep Quality Index (Appx:2), sleep apnea by Berlin Questionnaire (Appx:3), and sleepiness status by Epworth Sleepiness Scale (Appx:4).

Sleep quality was determined as poorer in 86% of women. It is found that sleep quality is related to age, obesity, applying to a doctor, and other illnesses affecting pregnancy.

During pregnancy pharmacological researches has been never conducting on sleep problems due to their effects on fetus. Thus, some care has been taken during the treatment of sleep problems among pregnant. Nevertheless, it is important to treat the discomforts like sleep respiration disorder and restless leg syndrome as soon as possible. Furthermore, it is suggested to inform pregnant women about sleep and sleep disorders, and to improve their attitudes to sleep hygiene.

1. GİRİŞ

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 uyanlarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu” olarak tanımlanmaktadır. (2-4)

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 farklılık göstererek kişiden kişiye göre değişir ve esasen genetik olarak getirilen bir özelliktir. 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. (3-5)

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. (6-8)

Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek

değerlerine ulaştığı bildirilmiştir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde kadınların %97'sinde uyku bozukluğu rapor edilmiştir. (8,9)

Annenin sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesinde uyku sorunlarının en aza indirgenmesi ve uyku kalitesinin artırılması önemli rol oynamaktadır.

Bu araştırmadaki amacımız; AKÜ Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran gebe kadınlarda uyku kalitesini ölçmek, gebelerin uyku kalitesini etkileyen etmenlerin ne olduğunu saptamak ve tanımlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİKTE MATERNAL FİZYOLOJİ

Gebelik, kadında çok sayıda anatomik, fizyolojik, biyokimyasal değişikliklere neden olur.

Gebelikteki fizyolojik değişikliklerin çoğunun teleolojik bir temeli vardır; bunlar, annenin gebelik ve doğumun getireceği risklerden korunması ve fetal büyüme ve gelişmenin kolaylaştırılmasıdır. (10)

2.1.1 SİSTEMLERE GÖRE GEBELİK FİZYOLOJİSİ

2.1.1.1 Gastrointestinal ve Hepatik Sistem

Gebelerin çoğunda ilk trimesterde başlayan ve gebelik süresince devam eden iştah artışı gözlenir. Gebelik sırasında belirli yiyeceklere karşı aşırı istek veya isteksizlik olabilir. Çeşitli maddelere karşı pika oluşabilir. Sabun, diş macunu, kil, kum, buz, kahve telvesi gibi maddeler rapor edilmiştir. (10-12)

Günümüzde geçerli yaklaşım gebelik boyunca 10-12,5 kg kilo alımının uygun olduğu yönündedir. The Food and Nutrition Board of National Academy of Sciences tarafından maternal metabolizma ve fetüsün gereksinimlerini karşılayabilmek için günde 300 kalorilik ek yapılması önerilmiştir. Ortalama bir gebenin günlük kalori alımı yaklaşık 2200 kalori olmalıdır. (11,12)

Gebelikte alt özafageal sfinkter basıncında azalma olur. Bu basıncın azalması gebelikte mide yanması (pyrozis) şikayetinin esas nedenidir. Gebeliğin bir diğer sık bulgusu olan reflü özafagit, hidroklorid asit ve safra asitlerinin özafagusa kaçması sonucu meydana gelir. Bu reflü, alt sfinkter basıncının azalması, ilerleyen gebelikte intraabdominal basıncının artması ve distal özafagusta motilite azalması ile açıklanabilir. (10,11,13)

Gebelikte mide tonüs ve motilitesi progesteronun düz kas üzerine etkileri nedeniyle azalır.

Yapılan çalışmalar sonucunda gebelikte barsaklarda motilitenin azaldığı, geçiş süresinin uzadığı, bunun üçüncü trimesterde en uzun olduğu ve doğumdan sonra normale döndüğü saptanmıştır. Gebelikte demir, kalsiyum ve B₁₂ emilimi artar ancak diğer besinlerin emiliminde fark yoktur. (10)

Gebelikte daha fazla su ve sodyum emilir. Portal venöz basınç artar buna bağlı olarak hemoroidal venlerdeki dilatasyon nedeni ile hemoroide bağlı şikayetler artar. (10,11)

Artan östrojen ve progesteronun etkisi ile karaciğer fonksiyonlarında önemli değişiklikler olur. Karaciğer hastalarında görülen spider anjiomata ve palmar eritem normal gebeliğin yüksek östrojen etkisine bağlı bulgulardır. Gebelikte karaciğer tarafından üretilen proteinlerin miktarı östrojene yanıt olarak artar (12)

Gebelikte safra kesesinin boşalma zamanı daha yavaştır. Motilitedeki azalma ve volümdeki artma safranın karakterindeki değişikliklerle birleşince gebelikte safra taşı insidansı yükselir ve bu artış doğum sayısı ile paralellik gösterir. (10-12)

2.1.1.2. Solunum Sistemi

Gebelik sırasında artan intraabdominal basınç, diyafragmanın yaklaşık 4 cm yukarı doğru yer değiştirmesine ve torasik kavite şeklinin değişmesine neden olur. Diyafragmatik hareket artmıştır ve solunum daha az kostal, daha çok diyafragmatiktir. (10,14)

Gebelik sırasında dakika ventilasyon sayısı ve tidal volüm artar. Bu kompanse respiratuar alkaloz benzeyen bir durum oluşturur. Oksijen tüketiminin artmasının ve pCO₂'nin azalmasının fetüsü korumak amacıyla teleolojik olarak olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda solunum merkezinin CO₂'ye olan duyarlılığının progesteron tarafından artırıldığı bulunmuştur. Bu nedenle gebelikte artan ventilasyonda, solunum merkezinin progesteron tarafından uyarılması sorumlu tutulmaktadır. (10,14,15)

Gebelik sırasında üretimi artan prostaglandinler bronkodilatör etkiye sahiptir. Bunun pulmoner fonksiyonu nasıl etkilediği tam olarak bilinmemektedir. Ancak hava yollarında direnç azalmasının; oksijen sağlanmasının artması ve fetüsün korunması amacıyla olduğu düşünülmektedir. (10)

Rezidüel volüm (zorlu ekspirasyondan sonra akciğerlerde kalan volüm) dışında diğer tüm akciğer volümleri spirometri ile ölçülebilir. Total akciğer kapasitesi dört ana volüme ayrılabilir. Bunlar şunlardır: 1) Rezidüel volüm, 2) Ekspiratory rezerv volüm (normal ekspirasyondan sonra zorlu ekspirasyon ile dışarı verilebilen hava volümü), 3) Tidal volüm (normal solunum sırasında inspire edilen ve ekspire edilen volüm), 4) İnspiratory rezerv volüm (tidal volümün üzerine

derin inspirasyon ile inspire edilen hava volümü). Volümlerin kombinasyonları değişik kapasiteler verir. Total akciğer kapasitesi tüm volümleri içerir. İspiratory kapasite; tidal volüm ve inspiratory rezerv volümün toplamıdır. Vital kapasite; tidal, inspiratory ve ekspiratory rezerv volümleri kapsar. Fonksiyonel rezidüel kapasite ise rezidüel volüm ve ekspiratory rezerv volümün toplamıdır.(10,16)

Akciğer volümleri gebeliğin ilk yarısında değişmez. İkinci yarıda görülen ana değişiklik rezidüel volüm azalmasıdır. Değişikliğin esas sebebi diyafragma elevasyonuna bağlı göğüs yapısının değişmesidir. Ayrıca göğüs duvarının hareket etme yeteneğinin azalması da rezidüel volüm azalmasında rol oynar. Göğüs duvarının içe doğru olan hareketinin kısıtlanması, ekspirasyon sonrası daha fazla havanın göğüs boşluğunda kalmasına neden olur. Rezidüel volüm 1500 ml'den 1200 ml'ye azalır. Ekspiratory rezerv volüm ise 200 ml. azalır. Bu durumda fonksiyonel rezidüel kapasite 500 ml. azalmış olur. Vital kapasite genellikle değişmez. Tital volüm 500 ml'den 700 ml'ye artar. Total akciğer kapasitesi değişmez. (10,12,16,17)

Gebelikte büyük hava yollarında direnç azalması olur ve hava akım hacmi artar. Büyük hava yollarında konjesyon minimal rol oynar. Bronkodilatasyonun nedeni gebelikte artan prostaglandin ve progesteron üretimidir. Küçük hava yollarında vasküler konjesyon bronşial genişlikte daha önemli rol oynar ve direncin artmasına yol açabilir. Tüm bunlar göz önüne alınarak, gebelikte total hava yolu direncinin minimal azaldığı ya da değişmediği söylenebilir. (10,11)

Gebelik sırasında dakika volümü (tidal volüm X solunum sayısı) %40 artmıştır. Bu artıştan hem solunum sayısı hem de tidal volümdeki artış sorumludur. Bronkodilatasyon sonucu 60 ml. artırılan ölü alana rağmen, gebelikte alveoler ventilasyon ([tidal volüm-ölü alan] X solunum sayısı) %50 artmıştır. Gebelik sırasında artan dakika volümü, fizyolojik gerekliliğin ötesindedir. Gebelik için ilave olması gerekenden daha çok oksijen tüketilmektedir. Bunun nedeni muhtemelen solunum merkezinin CO₂'e olan duyarlılığının, progesteron tarafından artırılmasıdır. (10,15)

Gebelik; solunum sistemine kardiyovasküler sistemden daha az stres getirir. Her iki sistemde kapasitelerini %30-40 artırmalarına rağmen rezerv kapasiteleri birbirinden farklıdır. Solunum rezervi, kardiyak rezervden daha iyi olduğundan,

gebelik sırasında respiratuar sistem hastalıklarının alevlenmeleri, kardiyak sistem hastalıklarının alevlenmelerine göre daha kolay tolere edilir. (10,11)

Gebelikte arteriel pCO_2 azalmıştır. Bu artan ventilasyonun göstergesidir. pCO_2 gebelik sırasında yaklaşık 28-31 mmHg, gebelik dışında ise 35-40 mmHg'dır. Bu azalma fetüsteki CO_2 'nin anneye transferini kolaylaştırır. Diğer bir deyişle fetüs için avantaj sağlayan bir durum oluşturur. Kan pH'sını normal değerlerde (7,4-7,45) korumak için böbreklerden daha fazla bikarbonat sekrete edilir. (10,11,14,16)

Arteriel pO_2 gebelik sırasında artar. Bu alveolar ventilasyon artışının gebelik gereksinmesinden fazla olması ile açıklanmaktadır. (10,17)

Solunum sisteminde gebelik sırasındaki majör değişiklikler rezidüel volümde azalma, solunum merkezinin pCO_2 'ye duyarlılığının artması, ventilasyonun artması, pO_2 'nin artması, pCO_2 'nin azalması ve kan gazlarının kompanse bir respiratuar alkalozu andırması olarak özetlenebilir. (10-17)

2.1.1.3 Kardiyovasküler Sistem

Gebelikte maternal dolaşım fizyolojisinin değerlendirilmesinde 1915'te Linhard'ın kardiyak outputun gebelikte arttığını göstermesi temel oluşturmuştur. (11)

Gebeliğin 6-8 haftalarından itibaren kan hacmi artmaya başlar ve 32-34 haftalarda maksimum hacim olan 4700-5200 ml'ye ulaşır. Artış oranı, gebelik öncesine göre yaklaşık %45'tir. (1200-1600 ml) (11,12,18)

Kardiyak output kalp hızı ile vurum hacminin çarpımı ile bulunur ve belirtilen her iki değer de gebelikte artar. Literatürde kardiyak outputtaki artış hızının birinci trimesterde en fazla olduğu gösterilmektedir. (11,19)

Gebelikte periferik vasküler rezistans düşer. Bunu yaratan başlıca neden yükselmiş progesteron seviyelerinin düz kaslar üzerine gevşetici etkisidir. Rezistanstaki düşme gebeliğin ilk 24 haftası boyunca sistemik arteriyel kan basıncında progressif bir düşme yaratır ve sistolik basınç ortalama 5-10 mmHg, diyastolik basınç ise 10-15 mmHg düşer. 24. haftadan sonra ise sistolik ve diyastolik basınç yavaşça yeniden yükselmeye başlar ve termde gebelik öncesi değerine ulaşır. (11,12,20)

Maternal pozisyonun kardiyak output üzerine belirleyici etkisi vardır ve supin pozisyonda en düşük değerler alınır. Kalp atım hızı 5. gebelik haftasından 32. gebelik

haftasına kadar artışını sürdürür. Maksimum artış 15-20 atım/dakika olur ve 32. gebelik haftasında ulaşılan dakika atım sayısı miada kadar sürdürülür. (10-12,20)

Gebelikte üst ekstremitelerdeki venöz basınç değişmeden kalır; ancak alt ekstremitelerde progressif bir yükselme olur. (11)

2.1.1.4. Üriner Sistem

Gebelik sırasında üriner sistemde çok sayıda değişiklik meydana gelir. Bu değişikliklerin ana sebepleri; büyüyen uterusun mekanik basısı, hormonal değişiklikler, kardiyak veri ve renal kan akımındaki artıştır. (10-12)

Gebelikte renal kan akımı ve glomerular filtrasyon oranı (GFR) ilk trimesterde artar. İkinci trimesterde pik yapar ve gebelik öncesi değer %30-50 üzerine çıkar. Artan glomerüler filtrasyon hızı nedeniyle gebelikte serum üre ve kreatinin düzeyleri düşer. Gebelikte sodyum reabsorpsiyonu da artan glomeruler filtrasyon hızına bağlı olarak artmıştır. Gebelik sırasında serum sodyumunun 3-4 mEq/L azaldığını ve günlük sodyum atılımının 20-30 mEq/L arttığını belirten çalışmacılar vardır. Sodyum reabsorpsiyonunu artıran hormonlar; aldosteron, östrojen ve deoksikortikosterondur. Bu hormonları tümü gebelikte artmıştır. (10,12)

Gebelerin %90'ı kan glukoz seviyeleri normal olmasına rağmen günde 1-10 gr glukoz kaybederler. Glukoz atılımının artmasının ana sebebi GFR'daki artıştır. Gebelikte glukoz atılımının artmasının iki önemli sonucu vardır. Bunlar; diyabetik gebelerde idrar glukoz ölçümleri ile diyabet yönetiminin yapılamaması (idrar glukoz düzeyi kan glukoz düzeyini yansıtmayacaktır) ve gebe kadınların idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlığının artmasıdır. (10)

Gebelik sırasında idrar ile amino asit atılımı da artmıştır. Bu da üriner yol enfeksiyonlarının artmasında rol oynar. Amino asit atılımının artmasının nedenleri GFR'in artması ve tubuler reabsorpsiyonun azalmasıdır. Gebelerde, 300 mg/gün'e kadar proteinüri fizyolojik olarak kabul edilmelidir. (10,12)

Gebelik sırasında idrar ile folik asit ve vitamin B₁₂ atılımı artar. Bu nedenle serum düzeyinde bu vitaminlerin miktarında azalma görülebilir. (10,13)

2.1.1.5. Hematolojik ve Hemostatik Sistem

Gebelikte artan kan hacmi, plazma ve eritrositlerdeki artış sonucu oluşur. Eritrositlerdeki artış yaklaşık 10. haftada başlar. Normal bir gebeliğin seyri sırasında kan volümü %47 ve eritrosit miktarı %17 artar. Plazma volümü %50 artarken eritrosit

volümünün %18-30 artması, normal gebelikte bir hematokrit azalması ile sonuçlanır. Buna gebeliğin fizyolojik anemisi denir. Hematokritteki bu azalma 30-34. haftalarda maksimum olur. Yeterli demir alabilen, termde gebe kadınlardaki ortalama hematokrit düzeyi 12,5 g/dl'dir. Sadece gebelerin %6'ında hemoglobin 11 g/dl'nin altındadır. (10,12,21)

Gebelikte lökosit sayısında progressif artış görülür. Gebelik boyunca trombosit sayılarında progressif bir düşme gerçekleşir, ancak sonuçtaki sayı, sağlıklı bir kadın için geçerli normal aralıkta kalır. Normal bir gebelikte alınan demirin %20'si absorbe edilir. Gebelikte demir gereksinimi yaklaşık 1000 mg'dır. 500 mg maternal eritrosit kitlesini artırmak için kullanılır, 300 mg fetusa transport edilir, kalan 200 mg ise günlük kayıpları karşılamak için kullanılır. (11,22)

Gebelikte kadınlar günde 3,5 mg demire ihtiyaç duyarlar. Ancak bu gereksinim sabit değildir, gebelik süresi ilerledikçe artan şekildedir. Gebeliğin ikinci yarısında 6-7 mg/gün'dür. Özellikle üçüncü trimesterde artış çok belirgin olur. Fetüs toplam demir gereksiniminin hemen hemen tamamını gebeliğin son 12 haftasında transport eder. Bu nedenle gebe kadınlar iyi beslenseler bile demir ihtiyaçlarını gıda ile karşılayamazlar ve suplementasyona gerek duyarlar. (10,12,13,21)

2.1.2. Meme

Vasküler angorjmana bağlı ilk 8 hafta içinde memelerde hızlı büyüme görülür. Daha sonraki dönemlerde östrojene bağlı duktal büyüme ve progesterona bağlı alveolar hipertrofi nedeniyle memelerdeki büyüme süregelir. (11)

Gebelikte meme başları genişler ve mobilize olur. Areola da genişler ve pigmentasyonu derinleşir. (12)

Gebeliğin ikinci yarısında meme başlarında kolostrum adı verilen yoğun ve sarı bir sıvı salgınımı gözlenebilir. (11,12)

2.1.3 İskelet Sistemi

Gebelikte lumbar omurgada anterior konveksitede artış gözlenir (lordoz). Bu kompensasyon ile ağırlık merkezinin bacaklar üzerinde tutulması sağlanır; aksi halde büyüyen uterus gravite merkezini öne doğru itecektir. Bu gerekli kompensasyonun kaçınılmaz sonucu ise sırt ağrısıdır. (11)

Relaksin hormonu etkisiyle pubik symphysis ve sakroiliak ligamentlerde gevşeme olur. (11)

Gebelikte maternal serum kalsiyum seviyeleri 34-36. haftaya kadar düşer, daha sonra hafif artma gösterir. Total kalsiyumdaki bu düşüşe karşın serum iyonize kalsiyum konsantrasyonu değişmez. İyonize kalsiyumu sabit kılan faktör olarak maternal paratiroid hormon seviyelerindeki artış rol oynamaktadır. Gebeliğin bu “fizyolojik paratiroidizmi” barsaktan kalsiyum emilimini artırıp, böbrekten kalsiyum kaybını azaltarak serum kalsiyum seviyelerini dengelemeyi amaçlar. Gebelikte artan paratiroid hormon düzeylerine karşın kemik dansitesinde azalma gözlenmez. (11)

2.2. UYKU

2.2.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar pasif ve basit bir süreç olarak tanımlanan uyku hakkındaki bilgiler EEG'nin kullanıma girmesi, uyku araştırma merkezlerinin kurulması ve uyku bozukluklarının bağımsız bir araştırma dalı haline gelmesiyle ellili yılları takiben hızla artmıştır. (4,23)

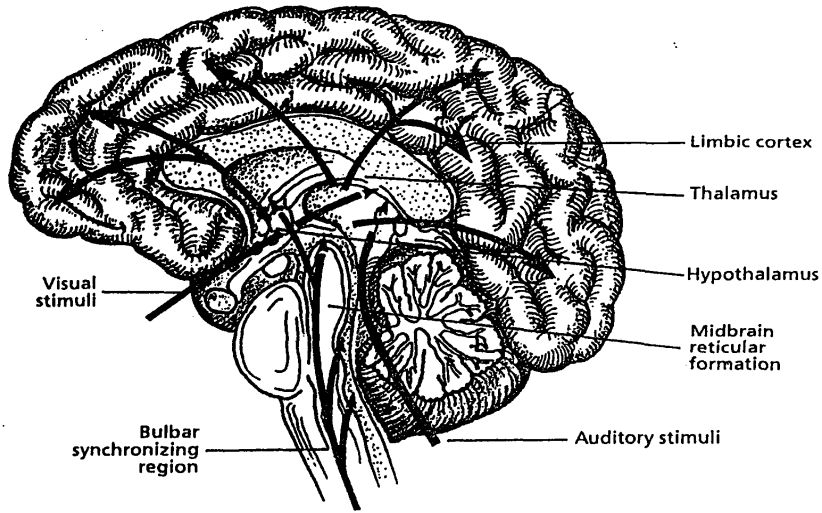
Uyku fizyolojisi ile ilgili ilk bilimsel çalışmalar Aserinsky, Kleitman, Dement ve Hartman tarafından 1950 ve 1960'lı yıllarda gerçekleştirilmiştir. Hartman (1973) uykuyu düzenli olarak tekrarlayan, çeşitli derecedeki uyaranlarla tekrar uyanık durumuna kolayca geçilebilen fizyolojik hareketsizlik durumu olarak; Turpin (1986) ise sadece kısmi fizyolojik hareketsizlik durumunu içeren bir periyod olarak değil, farklı fizyolojik gelişmelerin olduğu karmaşık bir süreç olarak tanımlamıştır. Fordham (1988) uykuyu, farklı ve tekrarlayan evrelerden oluşan, dış uyaranlara cevabın azaldığı, yeterli miktarda uyaran olduğu zaman bilinç durumuna geri dönebilen bilinçsizlik durumu olarak açıklamıştır. Webb (1971)'de uykuyu, EEG ve diğer fizyolojik parametrelerde evrensel değişikliklerle karakterize fiziksel hareketsizlik durumu olarak belirtmiştir. (2,3)

Günümüzde uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyaranlarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu” olarak tanımlanmaktadır. (2-4)

2.2.2. Uykunun Fizyolojisi

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır.(3)

Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrol ettiği iki özel alan vardır. Bu alanlar; 1) Beyin sapında, spinal korda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivasyon Sistemi (Reticular Activating System-RAS) ve 2) Medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR)'dir. Bu iki sistem birlikte çalışır. RAS, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktivitelerin yanında refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu da sağlar ve uyku esnasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyanları algılayabilir ve bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyanların azalması sistemdeki aktivasyonunu azaltmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç gibi dışarıdan gelen uyanlar RAS'ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine neden olur. Bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçişi sağlamaktadır. (3,4,24)



Şekil 1: Reticular Activating System ve Bulbar Synchronizing Region

(Potter PA, Perry AG (1993) Fundamentals of Nursing, third edition, Philadelphia, Mosby Year Book, s. 1148).

2.2.3. Uykunun Evreleri

Yaşamımızın üçte birini geçirdiğimiz uyku konusunda ilk ışık Berger'in ilk EEG'yi kaydetmesi ile yanmıştır. Uykuda EEG (electroencephalograph) aktivitesi ile ilgili ilk tanımlamalar ise 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Bu araştırmacılar uykunun 5 d6nemini tanımlamakla birlikte REM d6nemini ayıramamışlardır. 1957 yılında Dement ve Kleitman REM uykusunu tanımlamışlar ve uyku evrelerinin geceleri tekrarlayan periyotlar halinde birbirini izlediğini g6stermişlerdir (2-4,25)

Uykuda birbirini periyodik olarak izleyen iki değişim d6nemi vardır. Bunlar REM (Rapid Eye Movement-Hızlı G6z Hareketleri) ve NREM (Non Rapid Eye Movement-Hızlı Olmayan G6z Hareketleri). Uyumak 6zere g6zleri kapamak ile tam uykuya ge6mek arasındaki d6neme uykuya dalmanın latent d6nemi denir ve bu latent d6nemden sonra değişim d6nemleri başlar.(3-5)

2.2.3.1. Yavaş Dalga Uykusu – NREM

Normal uyku NREM ile başlar, uykunun ilk saatlerinde g6r6len derin, dinlendirici tipteki uykudur. D6rt evreyi i6erir. 1. ve 2. evreye y6zeyel yavaş dalga uykusu, 3.ve 4. evreye ise derin yavaş dalga uykusu adı verilir. (2-4)

Evre I: Uyanıklık ile uyku arasındaki ge6iş d6nemidir. Kişi g6r6lt6, dokunma ve diğer duyuumsal uyanıklarla uyandırılabilir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Uykunun bu ilk evresi, gece i6inde zaman zaman tekrar ortaya 6ıkararak, t6m gece uykusunun %2-5'ini oluşturur. (2-5)

Evre II: I. evreye g6re daha derindir. Ger6ek uykunun başladığı ilk evredir. Kas ton6s6 azalmaya devam eder. Bu evre yaklaşık 10–20 dakika s6rer ve t6m uykunun %40-45'ini kapsar. (3,4)

Evre III: Derin uykuya başlama aşamasıdır. Uyanmak daha zordur. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak nabız ve solunum hızı d6zenli ve olduk6a yavaştır. Beyin dalgaları d6zensizdir. B6t6n uykunun yaklaşık %10'unu kapsar. (2,5,24)

Evre IV: Bu evrenin tipik 6zelliği EEG'de y6ksek voltajlı ve yavaş frekanslı delta dalgalarının g6r6lmesidir. O nedenle bu evredeki uykuya delta uykusu da denir. Kan basıncı, nabız, solunum hızı, oksijen t6ketimi normalin altına d6şer. Kasların gevşediği ve dinlenmenin sağlandığı evredir. Bu evre 6zellikle asıl uykunun olduğu evre olup sağlık a6ısından gerekli bir b6l6md6r. (2,24)

Evre IV gecenin erken saatlerinde ger6ekleşir ve 10-15 dakika kadar kısa s6relidir. Daha sonra uykunun derinliği azalır ve ilk REM uykusu d6nemine girilir. T6m gece uykusunun %20-25'ini oluşturur. (4)

Evre III ve IV fiziksel dinlenmenin sağlandığı evrelerdir. Bu nedenle yavaş dalga uykusu yeterince uyunmadığı yada ortadan kaldırıldığı durumlarda insanların fiziksel anlamda dinlenemedikleri dikkati çeker. (4,25)

Evre III ve IV çocuklarda büyüme hormonunun yüksek miktarda salındığı erişkinlerde ise hücre yenilenmesinin ve organizmanın onarımının hızlandığı evrelerdir. (25)

NREM ile başlayan uyku, birbirini takip eden evrelerden geçerek NREM Evre IV'e ulaşır, sonra NREM IV, III, II olmak üzere geriye doğru döner ve birey NREM Evre I'e dönmek yada uyanmak yerine REM evresine girer. Bu periyotlar kendilerini uyku boyunca yaklaşık 70-90 dakikada bir tekrarlarlar. (4,5,24)

2.2.3.2. Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu

REM uykusu hafif bir korteks uykusu olup, uyanıklığa çok yakın bir dönemdir. Kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma hızı artar, baş-boyun, kas-iskelet tonüsü ve derin tendon refleksi baskılanır, gastrik sekresyon artar. (3,4)

REM döneminde otonom sinir sistemi aktivasyonu oluşmakta, buna bağlı olarak respiratuvar, kardiyak ve kan basıncında düzensizlikler izlenmektedir. REM dönemindeki interkostal adalelerin inhibasyonuna bağlı olarak akciğer volümünde azalma görülebilir. Bu mekanik düzensizlik tam anlaşılma olmamakla birlikte, bu değişiklikten kan oksijen saturasyonu kolaylıkla etkilenebilmekte ve hipoksi oluşabilmektedir. REM dönemindeki adale aktivasyon azalması bazı üst solunum yolu kaslarında da görülmekte, sekonder olarak havayolu kollapsı, darlıkları veya tıkanmaları oluşmaktadır. (4,14)

REM uykusu, genel olarak gece uykusunun %15–25'ini oluşturur ve rüyalar bu dönemde görülür. Bu evrede göz iki yana hareket eder ve bu durum dışarıdan gözlenebilir. Gece içinde normal bir erişkin 3-5 kez REM dönemi yaşar. (3-5)

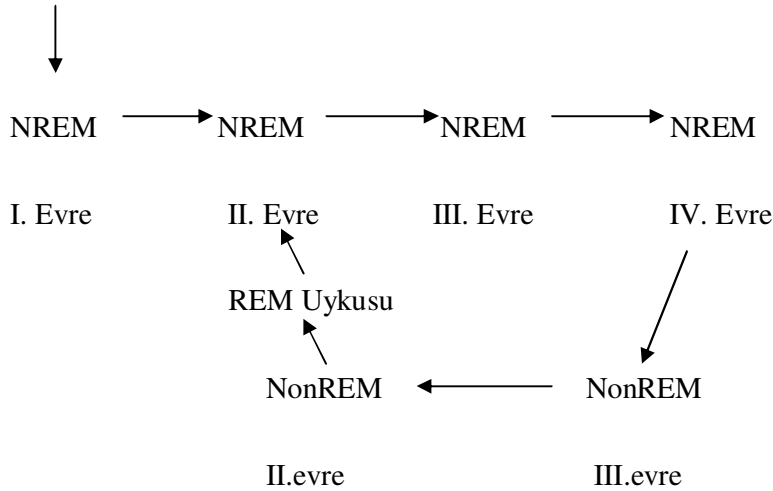
REM uykusunun en önemli görevlerinden biri nöronlarda membran stabilizasyonudur. Türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanmasında rol oynar. Bu dönemden yoksun bırakılanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesi nedeniyle ruhsal dinlenmenin gerçekleştiği dönem olduğu düşünülmektedir. Normal ve sağlıklı bir uyku için, hem bu dönemlerin belli

bir sıra izlemesi, hem de her dönemin gece boyu toplamının belli bir miktara ulaşması gerekmektedir. (5,25)

Tablo 1: NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması (4)

Özellik	NREM Uykusu	REM Uykusu
EEG	Eş zamanlı K kompleksleri, iğcikler, delta dalgaları	Düşük voltajlı, kesik dalgalar
EOG	Yavaş ya da çok ağır hareketler	Patlayıcı, hızlı hareketler
EMG	Kısmi gevşeme	Kaslarda atoni
Kan Basıncı	Azalmış ya da sabit	Değişken
Kalp atım hızı	Azalmış ya da sabit	Değişken
Kardiyak output	Azalmış	Azalmış
Beyin ısısı	Azalmış	Artmış
Solunum hızı	Azalmış	Değişken
Zihinsel süreçler	Kavramsal, soyut, nadir rüya	Algısal, sık rüya
Patoloji	Uykuda korku bozukluğu, panik atak	Kabus boz., davranış bozukluğu

Uyku Öncesi



Şekil 2: Normal uyku döngüsü (Potter P.A., Perry A.G., Damentals of nursing, Third Edition, 1993, Philedelpia, Mosby Year Book, s. 1149). (4).

2.2.4. Uyku Gereksinimi

Uyku, organizma için yemek yeme, su içme, nefes alma gibi vazgeçilmez bir zorunluluktur. İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklerine göre farklılık göstererek kişiden kişiye göre değişir ve esasen genetik olarak getirilen bir özelliktir. Erişkin insanlarda bu süre 4 ile 11 saat arasında değişmektedir. Uyku için en düşük sınır ise 5 saattir. Yenidoğanda 20-22 saat, çocukta 10-12 saat, yetişkinlerde 6-8 saat, 60 yaş ve üzeri için ise 5-6 saat uyku normal kabul edilir. (2-5,24)

Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda toplumun büyük çoğunluğunun (%75) 7-8 saat arasında uyuma alışkanlığına sahip olduğu, bunların sadece %10’unun 6 saatin altında uykuyla hayatını sürdürdüğü literatürde belirtilmektedir. (3,4)

2.2.5. 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. (4,5,24,25)

2.2.6. Uyku Kalitesi

Günümüzde uyku kalitesi, klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır. Uyku kalitesi bireyin uandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi, tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi güç olan karışık bir fenomendir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönleri de içerir. Toplumda erişkin bireylerin %15-35’inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar bulunmaktadır. (2,4,26,27)

Uyku kalitesi iki önemli nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceğidir. Ağgün ve arkadaşları çalışmalarında hem toplum hem de klinik örneklemelerde uyku kalitesi ile ilgili yakınmalar yaygın

olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğunu belirtmişlerdir. (2,4,26)

2.2.6.1. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini bozar. Bu etkenler aşağıdaki başlıklarla incelenebilir:

2.2.6.1.1. Yaş

Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçer. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi de azalır. Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana gereksinim duyarken, gece daha çabuk ve sık uyanırlar. Normalde yetişkinlerde ortalama 10–30 dakika olan uykuya dalma süresinin yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürdüğü bilinmektedir. (4,26)

Tablo 2: Yaşa göre uykunun evrelerinin dağılımı (4)

Uyku evreleri	Çocuk	Genç erişkin	Yaşlı
Uyanık	5<	5	5>
REM	20-25	20-25	20-25
NonREM-1	2-5<	2-5	2-5>
NonREM-2	45-55	45-55	45-55>
NonREM-3	3-8>	3-8	3-8<
NonREM-4	10-15>	10-15	0
Toplam(saat)	10-12 saat	8-10 saat	6-8 saat

2.2.6.1.2 Cinsiyet

Yapılan araştırmalarda erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku düzeni bozukluğundan yakındıkları saptanmıştır. İsveç halkının geneli üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların erkeklerden daha uzun süre uyumalarına rağmen, erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadıkları görülmüştür. (3,26)

2.2.6.1.3. Hastalık

Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku ritminin kalitesini ve miktarını bozar. Hasta bireyler, sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Genellikle ağrıya neden olan, fiziksel rahatsızlıklar yaratan ya da morali etkileyen ve anksiyete, depresyon gibi problemlere yol açan çoğu hastalık uyku

problemlerine neden olmaktadır. Bunlar başlıca, astım, anjina, konjestif, kalp yetmezliği, duodenal ülser, reflü, diabet, beslenme sorunları, fiziksel travmalar, enfeksiyonlar, tümörler, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri, çeşitli kaşıntılı durumlar, mizaç bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresyon vb.'dir. (2-4,26)

2.2.6.1.4. Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Alkol, geceleri sürekli uyanma ve uykuya dalmada güçlük yaşama durumları oluşturmaktadır. Bu durum uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NREM Evre IV ve REM uykusunda azalmaya neden olur. Ayrıca alkol ister seyrek ister kronik şekilde alınsın uykuda gelen solunum bozukluklarını artırmak suretiyle uykuyu bozabilir. (3,4)

Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı zorlaştırır ve bireyin gece uyanmasına neden olabilir. (3)

2.2.6.1.5. İlaç Kullanımı

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yaralarından çok yeni problemlere neden olabilirler. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler, gün içinde aşırı uyuşukluk, enerji azalmasına neden olurlar. Diüretikler, digoxin ve beta blokerler bireylerin sık sık uyanmasına neden olabilir. (3-5,26)

2.2.6.1.6. Yaşam Biçimi

Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Bireyin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerde bir-iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur. Regestein vardiya şeklinde çalışmanın bireylerin performansına ve uyku kalitesine olumsuz etki ettiğini, vardiya şeklinde çalışanların %65 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduklarını bulmuştur. (2-4,26)

2.2.6.1.7. Egzersiz ve Yorgunluk

Gün içerisinde gerçekleştirilen fiziksel egzersiz bireyin yorulmasına ve çoğu kez daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır. Sürekli spor yapanlar daha iyi uyurlar. Fakat düzensiz yapılan egzersizler ise uykunun bozulmasına neden olur. Egzersiz sırasında bedende seratonin salgılanması ile derin dinlenme ve delta uykusunun düzenlenmesi sağlanır. (2,4)

Sabah erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uyku için en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir. Aşırı yorgunluk durumlarında REM uykusunun ilk evresi kısılırken, kişi dinlendikçe REM evreleri azalmaya başlar. (2,4)

2.2.6.1.8. Anksiyete ve Stres

Günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan sebebidir. Stres içindeki birey gereksiniminden daha fazla uyuma eğilimi gösterir. Anksiyete ve stres nedeniyle REM süresi azalır. Günlük hayatlarında memnun olmayan, endişeli ve mutsuz bireylerin uykularının da doyumsuz ve huzursuz olduğu görülür. (2-4)

2.2.6.1.9. Diyet

Belli yiyecek ve içeceklerin alınmasının uykuyu etkileyeceği bilinmektedir. Aşırı ve ağır yemek, çikolata, kola, çay, kahve, yetersiz protein alımı uyku düzenini bozar. Oswald'a göre yatmadan önce alınan yüksek protein içeren besinler (süt, yoğurt, peynir, yumurta, et v.b) triptofan içerdikleri için uykuya geçişi kolaylaştırmaktadır. (2,4,26,27)

Kilo alma ve verme de uyku düzenini etkilemektedir. Kilo verme uyku süresinin kısılmasına, kilo alımı ise uyku süresinin uzamasına neden olmaktadır. (4)

2.2.6.1.10. Çevre

Çevre, kimi zaman uykuya yardımcı, kimi zaman uykuyu engelleyen bir etmen olarak karşımıza çıkar. Gürültü uyku ile yakından ilişkilidir. Gürültülü ortamda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. (3,4)

Oda sıcaklığı da uykuyu etkiler. Oda sıcaklığının 24°C'den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12°C'den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar. (2-4)

Yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etmenlerdir. (4)

2.2.7. GEBELİK VE UYKU

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. (6-8)

Çalışmalar gebelikte NREM Evre I uykusunun arttığını, Evre III ve IV'ün azaldığını ve REM uykusunun baskılandığını, gebe kadınlarda gece daha sık uyanma, uyku etkinliğinde ve total uyku süresinde azalma olduğunu göstermiştir. (6-8)

Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı bildirilmiştir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde kadınların %97'inde uyku bozukluğu rapor edilmiştir. (8,9)

Gebelikte uyku bozuklukları ile ilgili en eski çalışmalardan biri de Schweiger'in 100 gebe üzerinde yaptığı ve bu gebelerin 68'inde uyku değişiklikleri kaydettiği çalışmadır.(28)

Elek ve arkadaşları gebeliğin üçüncü trimesterinde bulunan kadınlar ile onların eşleri arasındaki uyku farklılıklarını incelemiştir. Çalışmaya katılan 24 primipar gebe ve eşleri arasında yapılan karşılaştırmaya göre, gebe kadınlar ile eşleri arasında total uyku süresinde ve 90 dk kesintisiz devam eden uyku evrelerinde fark olmamasına rağmen gebelerde sabah uyandıklarında bariz bir yorgunluk hissi mevcut olduğu ve bunun giderek artan bir seyir izlediğini buna karşın eşlerinde böyle bir şikayetin gözlenmediğini bildirmişlerdir.(28)

Lee ve arkadaşları; uyku ile ilgili olarak gebelik öncesi, gebelik süresince her bir trimesterde ve postpartum dönemde 33 kadın üzerinde öznel ve psikolojik ölçümlerin bulunduğu kapsamlı bir çalışma yapmışlardır. Buna göre gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında 11-12. hafta gebelerde total uyku süresinde önemli miktarda artış (6,9 saatten 7,4 saate yükselme), uyku sırasında uyanma sıklığında artma ve NREM'de azalma saptamışlardır. Ayrıca öznel yorgunluk hissini ilk trimester süresince arttığını, ikinci trimesterde azalma eğilimine girerek üçüncü

trimesterde ilk trimestere göre azalma gösterdiğini bildirmişlerdir. İlk trimesterdeki artış gebelik öncesi demir, ferritin, hemoglobin seviyeleri ve genç yaş ile ilişkilendirilirken, üçüncü trimesterdeki yorgunluk düşük folik asit seviyeleri ve azalan total uyku süresi ile ilişkilendirilmiştir.(28-30)

Tüm bunlara ek olarak parite, psikolojik hastalıklar ve anne yaşı gibi faktörlerden uykunun etkilendiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar doğum sayısının; gebelik süresince öznel enerji seviyesi ve uyku üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Yapılan bir çalışmada primipar gebelere kıyasla multipar gebelerin total uyku süresinin daha fazla olduğu bununla birlikte nullipar gebelerle kıyaslandığında multipar gebelerde uykunun verimliliğinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. Multipar annelerde gece uyanma sıklıkları artmasına rağmen nulliparlara göre yatakta kalma süreleri artmıştır. (28,31,32)

2.2.7.1. 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 (33)

1919 yılında W.Osler uykuda solunum bozulmalarını ilk kez bir klinik tablo olarak tanımlamıştır. 1929'da Berger'in ilk EEG kaydını yapması, tüm uyku bozukluklarında olduğu gibi uyku apne sendromunda da dönüm noktası olmuştur. 1965 yılında Gastaut tarafından ilk polisomnografi uygulanmıştır.(34)

Uyku, solunumun kontrolü üzerinde etki eder ve solunum dürtüsünde ve mekaniklerinde önemli değişikliklere yol açar. Uykuda akciğer ventilasyonu azalır, bunun başlıca nedeni tidal volüm azalmasıdır. Tidal volüm ve solunum hızı NREM döneminde stabil, REM döneminde ise düzensizdir. Özellikle REM uykusunda solunum merkezinin kimyasal, mekanik ve kortikal uyarılara duyarlılığı azalır. Uykuda özellikle REM döneminde arteryel hipoksemi ya da hiperkapniye olan ventilasyon yanıtı azalır. Solunum kaslarının özellikle REM uykusunda solunum merkezi uyarılarına cevabı azalır. Bu fizyolojik değişiklikler normal insanda herhangi bir klinik öneme sahip değildir. (25,35)

2.2.7.1.1. Obstruktif Uyku Apne Sendromu (OUAS)

Uyku apnesi; periferik yada santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında 10 saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için 1 saatlik uykuda 5 taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır.(36-38)

Üç tip uyku apnesi tanımlanmıştır. Bunlar obstruktif, santral ve miks uyku apnesidir. Obstruktif apne; üst solunum bölgesinde hava geçişini güçleştiren faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bu hastalardaki uyku çalışmalarında üst solunum bölgesindeki hava akımı durmakta, diyafragmatik bölgede aktivite sürmektedir. Santral tip apne; solunum, santral mekanizmalar tarafından durdurulduğu için uyku kaydında üst solunum bölgesinde olduğu gibi diyafragmatik aktiviteler de ortadan kalkmaktadır. Miks apnelerde; santral olarak başlayan apne, obstruktif gibi devam edebilmektedir.(4,34,36,37)

American Sleep Disorders Association Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre; OUAS, “Uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstruksiyonu epizodları ve sıklıkla kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize bir sendromdur” şeklinde tanımlanmaktadır. Uyku sırasında üst hava yolunda (farenkste) gelişen tıkanıkların hipoksemi, hiperkapni, otonomik sinir sistemi değişiklikleri ve uykuda bölünmeye yol açması OUAS patofizyolojisinde belirleyicidir.(4,36,38,39)

Yaş, cinsiyet, obezite, boyun çevresi, sigara, alkol ve sedatif kullanımı ile eşlik eden bazı hastalıklar ileri sürülen başlıca risk faktörleridir. Risk faktörleri konusunda Young ve arkadaşları tarafından yapılan en geniş serili çalışmada (Wisconsin Sleep Cohort çalışması) 3516 kişinin sosyo-demografik özellikleri araştırılmış ve 602 kişiye polisomnografi uygulanmıştır. Bu çalışmada OUAS için en anlamlı risk faktörünün obezite olduğu bildirilmiştir.(4,25,33,36)

Kadınlarda genel populasyonun %2'sinde görülen OUAS'ın major semptomları horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uyku halidir. Tanıklı apne; OUAS'lu hastaların eşleri veya yakınları tarafından hastada gürültülü ve düzensiz horlamaların aralıklarla kesildiği, ağız ve burunda solunumun durduğunu tanımlaması durumudur.(33,34,40)

Gebelikte OUAS'ın gerçek prevalansı bilinmemektedir. Literatürde gebelik esnasında OUAS görüldüğü durumlar çoğunlukla olgu sunumlarından ibarettir. Shchoenfeld ve arkadaşları rapor edilen en geniş çalışmayı yapmışlardır.

Shchoenfeld ve arkadaşları 8 gebeyi hamilelikleri boyunca izlemişler yalnız bir gebede OUAS'nın gebelik süresince hızlanacağı ya da kötüleşebileceğini söylemiştir.(8,38,39)

Gebelikte OUAS'ın gerçek prevalansı bilinmese de habitüel horlamanın OUAS'nın işaretçisi olabileceği bildirilmiştir. Gebelerde habitüel horlamanın gebe olmayan kadınlara kıyasla 4-6 kat daha fazla (%14–52) olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Habitüel horlama, haftada 5 geceden fazla olan horlama olarak tanımlanmaktadır. (40,41)

Tipik olarak ikinci trimesterde başlayan diffüz farengeal ödem, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması ve kilo alımı gebeleri horlama ve üst hava yolu obstruksiyonuna eğilimli kılar. Son çalışmalar, obez gebelerde normal kilodaki gebelere oranla daha çok uyku apne sendromunun olduğunu göstermektedir.(36,39)

Gebeliğin üçüncü trimesterinde artmış horlama sıklığı ve geceleri sık uyanma nedeniyle uyku kalitesi azalmıştır. Bu semptomların en sık nedenleri, artmış kilo, bölünmüş uyku ve derin uyku aşamasının (NREM) azalması ya da kaybıdır.(14,29)

OUAS tanısı konan bir hastada, hazırlayıcı faktörlerin ortadan kaldırılması, farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi, ağız içi aperey ve CPAP (continuous positive airway pressure/sürekli pozitif hava yolu basıncı) gibi tedavi seçeneklerinden biri ya da birkaçı kullanılabilir. Hazırlayıcı faktörlere yönelik tedavi ise; kilo verme, alkol, hipnotik ilaçlar ve sigaranın bırakılması, supin pozisyonunun verilmesi ve eşlik eden tıbbi sorunların tedavisi şeklinde sıralanabilir. (4)

Tedavi edilmeyen OUAS sistemik hipertansiyon, myokard infarktüsü, pulmoner hipertansiyon ve nöropsikiyatrik sekel gibi pek çok sistemik hastalığa yol açmaktadır. Gebelikte horlama hipertansiyonla ilişkili olup preeklampsi ve intrauterin büyüme geriliğine yol açtığını bildiren çalışmalar vardır.(14,37,38)

2.2.7.2. Huzursuz Bacak Sendromu ve Gebelik

Huzursuz bacak sendromu ilk kez 1685'te Thomas Willis tarafından tanımlanmış, ilk vaka bildirimini ise 1945 yılında Ekbom tarafından yapılmıştır.(42,43)

Huzursuz bacak sendromu (HBS); hastalarda, bacaklarını hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, duyusal ve motor semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı ve yaşla beraber prevalansı artan bir sensorimotor hastalıktır.

(42-44)

Semptomlar genellikle bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı, simetrik olup çoğunlukla geceleri oluşur, uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareketle düzelir. Hastalık aralıklı olarak alevlenir ve uzun süreli asemptomatik dönemler olabilir. Remisyon ve alevlenmeleri belirleyen faktörler bilinmemekle birlikte, aşırı fiziksel aktivite, çok sıcak veya soğuğa maruz kalma ve aşırı kafein alımının semptomlarda artışa yol açtığı gösterilmiştir. (42,44,45)

Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tanı kriterlerine göre; özellikle bacaklarda olmak üzere ekstremitelerde zorunlu hareket ettirme isteği ile beraber adlandırılmayan motor huzursuzluk hissinin bulunması, bu semptomların istirahat sırasında ve belirgin olarak geceleri artması ve aktivite ile azalması tanı koydurucudur. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde pozitif aile öyküsü vardır ve otozomal dominant geçişlidir. (42,44-46)

Ülkemizde HBS prevalansı %3,19 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda iki kat fazla görülmektedir. Gebelik HBS semptomlarının başlamasında ve kötüleşmesinde risk faktörü olarak bildirilmektedir. Gebelikte hormonal faktörler (prolaktin, progesteron, östrojenler), psikomotor/davranışsal faktörler, motor değişiklikler, uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler, anksiyete ve metabolik faktörlere (azalan folat ve demir düzeyi) bağlı olabileceği düşünülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre HBS genel popülasyonun %1-15 kadarında görülebilmektedir. Gebelikte HBS prevalansını Ekbom ve arkadaşları %11, Goodman ve arkadaşları %19, Manconi ve arkadaşları %19, Jolivet ve arkadaşları %27 olarak bildirmişlerdir. (42,44,46,47)

Lee ve arkadaşları 30 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada; kadınlarda HBS prevalansının ilk trimesterde gebelik öncesine oranla %0'dan %13'e, ikinci trimesterde %18'e ve üçüncü trimesterde %23'e arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada sadece bir gebede HBS doğumdan sonra da devam etmiştir. (14)

HBS patofizyolojisindeki en önemli etkenin demir metabolizması ve dopaminerjik sistem bozuklukları olduğu saptanmıştır. HBS'ye ait herhangi bir belirti olmaksızın HBS'li kadınlarda gebelikten önce ve gebelik süresince düşük ferritin ve düşük folat seviyeleri tespit edilmiştir. Bu bulgular gebelik süresince HBS etyolojisinde demir ve folatın rolünü desteklemiştir. Botez ve Lambert folat takviyesi olan hamile kadınlarda (%9), folat takviyesi olmayan kadınlara göre HBS artışının daha düşük olduğunu (%80) bulmuşlardır. (14,44,48-50)

Huzursuz Bacak Sendromu'nun kötü etkileri uyku üzerinde de görülür ve uyku kalitesini bozar. HBS'lu hastaların %94'ünde hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk, %84,7'sinde sadece uykuya dalmakta zorluk, %86'sında ise sadece uykuyu sürdürmekte zorluk yaşadığı, %80'inde de uykuda periyodik uzuv hareketlerinin (UPUH) oldukça sık görüldüğü tespit edilmiştir. Huzursuz Bacak Sendromu, %5-10 oranında insomnia nedeni olmaktadır. 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. Hastaların uyku kalitesinin azalması hastanın performans yeteneğinin azalmasına, günlük aktivitesinin etkilenmesine, enerji seviyesinin azalmasına ve gündüz uykulu bir halde olmasına yol açmaktadır. (47-49)

2.2.7.3. İnsomnia ve Gebelik

Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku, insomnia karşılığı kabul edilmektedir. Uluslararası uyku bozuklukları sınıflamasına göre bu tanım, en az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku şeklinde yapılmaktadır. Uykunun yapısı ve işlevi dikkate alındığında insomnia, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olamadığı durumlar olarak tanımlanabilir. Erişkin popülasyonda bir yıllık prevalans %30-40 civarında olup, %10-20 oranında ağır ve kalıcı bir şekilde uykusuzluktan yakınlar bulunmaktadır. (4,8,24)

İnsanların %50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedirler. Gebelik de insomnia'nın çok yaygın olduğu dönemlerden biridir. Gebelikte meydana gelen mekaniksel, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler insomnia görülme oranını artırmaktadır. İlk trimesterde gebelerde sık görülen bulantı, kusma, reflü, noktüri ve üçüncü trimesterdeki artan sırt ağrıları, diyafragmatik basıya bağlı olarak artan abdominal rahatsızlıklar, HBS, OUAS gibi hastalıkların varlığı gebelikteki insomnia'ya neden olan başlıca sebeplerdir. (8,9)

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 yaralı olacaktır. Ayrıca varsa OUAS, HBS gibi uykuyu etkileyen hastalıkların erken teşhis ve tedavisi önceliklidir. (4,8,28,30)

2.2.7.4. Parasomnia ve Gebelik

Parasomnia, uykuda uyku dönemiyle eş zamanlı davranış ve fizyolojik alanlarda değişimler/bozulmaları kapsar. Bu bozukluklar, santral sinir sistemi aktivasyonunun otonomik sinir sistemi veya iskelet kaslarına aktarılması ile ortaya çıkan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. (4,8)

Parasomnia; uykuda konuşma, yürüme (uyurgezerlik) dış gıcırdatma, kabus bozukluğu ve derin uyku döneminde oluşan, çılgılık atma ve ağlamanın eşlik ettiği yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluk olan ve "uyku terörü" adını alan bozuklukları içermektedir.(4,14,24)

Parasomnia genel popülasyonda yaygınken gebelikteki prevalansı hakkında bir çalışma yoktur. Hedman ve arkadaşları 325 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda gebelikte parasomnia görülme sıklığının azaldığını, parasomnia görülen olgularda da bunun psikolojik stres ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (8,50)

2.2.8.Uyku Hijyenine Yönelik Düzenlemeler

Uyku ve dinlenme ile ilgili belirlenen girişimlerin amacı, uyku sonrası bireyin kendisini enerjik hissetmesi, düzenli uyku periyodu kurabilmesi, bireyin uykusunu engelleyen etkenleri tanımlayabilmesi ve uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışlar edinmesidir. Bireylerin sağlıklı bir uyku uyumaları için yapmaları gereken girişimler şunlardır:

- Uyku gelmeden yatağa yatılmamalıdır.
- Yattıktan sonra 20-30dk içinde uykuya dalınamazsa yataktan kalkmalı ve uyku gelinceye kadar bazı gevşetici egzersizler yapılmalıdır. Yatakta uyumaya çalışılmamalıdır.
- Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, kitap okumak veya televizyon seyretmek gibi aktivitelerinden kaçınılmalıdır

- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Her zaman aynı saatte kalkılmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur. Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yataktan kalkma süresi uzatılmamalıdır.
- Gündüzleri uyumamalıdır. Çok yorgunluk hissedilse bile gündüz kestirmelerinden kesinlikle kaçınılmalıdır.
- Düzenli egzersiz yapmalıdır. Ancak, akşam saatlerinde heyecan oluşturacak aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalıdır.
- Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
- Çok aç ya da tok olunmamalıdır.
- Kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılmalıdır.
- Doktorun bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı alınmamalıdır (4,24).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma gebelerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniğine gelen hastalar oluşturmuştur. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nin evrendeki birey sayısı belirlenememiş olup, araştırmanın evrenine Kasım 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında gebe polikliniğine muayeneye gelen 100 sağlıklı gebe alınmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneğine Kasım 2008-Aralık 2008 tarihinde gebe polikliniğine muayeneye gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 sağlıklı gebe alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaların uyku, uyku kalitesi ve uykululuk durumu puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve gebelikle ilgili sorular (yaş, kilo, boy, boyun çevresi, gebelik öncesi kilo, toplam gebelik sayısı, şu anki gebeliğin kaçınıcı gebelik olduğu, varsa düşük ölü doğum kürtaj erken doğum ile sonuçlanan gebeliklerin türü ve sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, eğitim durumu, mesleği, aylık net geliri, sosyal güvencesi, nerede yaşadığı, ailedeki birey sayısı, sigara ve alkol kullanma durumu, eşlik eden hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, ilaçlarını kullanma, kontrollere gelme durumu) bağımsız değişken olarak alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Uygulanan anket dört bölümden oluşmuştur.

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması

Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Form (Ek I), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek II), Berlin Uyku Anketi (Ek III) ve Epworth Uykululuk Skalası (Ek IV) kullanılmıştır.

Sosyodemografik form, hastaların sosyodemografik özellikleri ve gebeliklerine ilişkin bilgileri; Uyku durumunu ve kalitesini belirlemek için kullanılan soru formu(PUKİ) ise hastaların son bir ay içindeki uyku durumuna ilişkin bilgileri; uyku apne yüksek riskini belirlemek için kullanılan soru formu Berlin Uyku Anketi ise yüksek risk horlama, persistan semptom tarifleme, yüksek risk yüksek tansiyon öyküsüne ilişkin bilgileri; ve gebelerin uykululuk durumunu ölçmek için kullanılan soru formu Epworth Uykululuk Skalası uykululuğun niteliksel ve niceliksel bilgilerini kapsamaktadır.

3.5.1.1. Sosyodemografik Form

Bu anket formunda kişilerin sosyodemografik özelliklerini ve gebelikle ilgili bilgilerini (yaş, kilo, boy, boyun çevresi (<38 cm normal, ≥38 cm patolojik olarak kabul edildi), gebelik öncesi kilo, toplam gebelik sayısı, şu anki gebeliğin kaçınıc gebelik olduğu, varsa düşük ölü doğum kürtaj erken doğum ile sonuçlanan gebeliklerin türü ve sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, eğitim durumu, mesleği, aylık net geliri, sosyal güvencesi, nerede yaşadığı, ailedeki birey sayısı, sigara ve alkol kullanma durumu, eşlik eden hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, ilaçlarını kullanma durumu, kontrollere gelme durumu) içeren sorular yer almaktadır.

3.5.1.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Türkiye’de ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve ark.(1996) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygun olduğu belirlenmiştir (51-53).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “Uykusu iyi olanlar (good sleepers)” ve “Uykusu kötü olanlar (poor sleepers)” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir. (53)

Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19'u kendini değerlendirme (self-rated) sorusudur. 5 tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru yalnız klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini 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. (53)

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 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7) dir. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 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 uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılır. Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır. Tanısal duyarlılığı % 89.6 ve özgüllüğü % 86.5'dir. (53)

Ölçeğin doldurulması ortalama 5-10dk, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer.

3.5.1.2.1 Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlaması

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 6).

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen puanı</u>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmektedir.

Bileşen 2: Uyku latansı soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 6).

Soru 2 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
< 15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
>60 dakika	3

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru 5a için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı</u>	<u>Bileşen puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Böylece elde edilen puan ile bileşen 2 puanı bulunmuştur.

Bileşen 3: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 4).

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
≥ 7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
< 5 saat	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. (Ek 2, soru 1, soru 3 ve 4).

Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

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

<u>Alışılmış Uyku Etkinliği</u>	<u>Bileşen 4 puanı</u>
$< \% 85$	0
$\% 75-84$	1
$\% 66-75$	2
$\% 65$	3

Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 5: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir. Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları aşağıdaki gibi puanlanır.

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	

Daha sonra soru 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

<u>Soru 5b-5j toplamı</u>	<u>Bileşen 5 puanı</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 5 puanı elde edilir.

Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımını soru 7'nin puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 7).

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 6 Puanı</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilir.

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

(Ek 2, soru 8 ve 9).

Soru 8 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 8 puanı elde edilmiştir.

Soru 9 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük problem oluşturdu	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 9 puanı elde edilmiştir.

Soru 8 ve soru 9 puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 8 ve soru 9'un toplamı</u>	<u>Bileşen 7 puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bu değerlendirme sonucunda 7. bileşen puanı elde edilmiştir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda 1,2,3,4,5,6,7 puanları toplanarak Global Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Global PSQI) puanı bulunur.

3.5.1.3 Berlin Uyku Anketi

Berlin uyku anketi (Ek:3); Kategori 1'de yüksek risk horlama ile ilgili 2 ya da daha fazla soruda persistan semptom (haftada 3-4 kereden fazla) tarifleme olarak tanımlandı. Kategori 2'de yüksek risk persistan (haftada 3-4 kereden fazla) gündüz uykululuğu, uykulu sürüş ya da her ikisinin birden varlığı olarak tanımlandı. Kategori 3'de yüksek risk yüksek tansiyon öyküsü ya da BKI'in (beden kitle indeksi) 30 kg/m^2 üzerinde olması olarak tanımlandı. Uyku apne için yüksek risk demek için hastanın en az 2 semptom kategorisinde yüksek riskli olarak tanımlanmış olması gerekmektedir. Persistan semptomu olduğunu reddedenler ile sadece 1 semptom kategorisinde yüksek riskli olarak değerlendirilenler düşük risk grubuna yerleştirildi. (54)

3.5.1.3.1 Kategoriler ve Skorlama**Kategori 1: madde 2, 3, 4, 5, 6.**

Madde 2: 'evet, 1 puan

Madde 3: 'c' veya 'd', 1 puan

Madde 4: 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 5: 'a', 1 puan

Madde 6: 'a' veya 'b', 2 puan

Toplam puan Kategori 1 için 2 veya daha fazla ise 1 puan

Kategori 2: madde 7, 8, 9.

Madde 7: 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 8: 'a' veya 'b', 1 puan

Madde 9: 'a', 1 puan

Toplam puan Kategori 2 için 2 veya daha fazla ise 1 puan

Kategori 3: 10 ve BKİ Skoru.

Madde 10: 'evet' veya $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$, 1 puan

Habitüel Horlama (+) Yüksek Risk: Eğer üç kategoriden en az ikisi pozitif ise

Habitüel Horlama (-) Düşüm Risk: Eğer üç kategoriden en fazla biri pozitif ise veya hiçbiri.

3.5.1.4 Epworth Uykululuk Skalası

1991 yılında M. W. Johns tarafından uykululuğun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen öz bildirim ölçeklerinden biridir. Diğer öz bildirim ölçeklerinden farklı olarak Epworth Uykululuk Ölçeği, uykululuğun günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri için değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğunun genel düzeyinin ölçülmesini hedef alır. Epworth Uykululuk Ölçeğinin genel uykululuk düzeyini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türkiye'de uyku ve uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir test olduğu belirtilmiştir. (55)

Epworth Uykululuk Skalası'nda sekiz adet günlük aktivite esnasında uykuya yatkınlık sorgulanmaktadır. Bireylerin; oturup okurken, televizyon seyredirken, hareketsiz bir şekilde toplulukta otururken (tiyatro, toplantı gibi), bir saat mola vermeksizin yapılan bir araba yolculuğunda, şartlar uygun olduğunda bir öğleden sonra dinlenmek için uzanırken, bir kişi ile oturup konuşurken, alkol almadığı bir öğle yemeği sonrası sakince otururken, arabada giderken trafik sebebiyle birkaç dakika durmak zorunda kaldığında durumlarında uykuya dalma olasılıklarını sıfır ile üç arasında bir puanla derecelendirmeleri istenmiştir. (0 puan: hiçbir zaman olmaz, 1 puan: nadiren olur, 2 puan: orta sıklıkta olur, 3 puan: büyük olasılıkla olur) derecelendirme skorları toplanarak en yüksek 24 olabilen toplam değer hastanın

Epworth Uykululuk Skoru olarak belirlenmiştir. Epworth Uykululuk Ölçeği değeri 10 ve üzerinde olanlar için “gün içi artmış uykululuk” tan söz edilir. Yapılan çalışmalarda Epworth Uyku Skoru sağlıklı kontrol grubunda 2-10, horlayanlarda 0-11, OUAS’da 4-23, insomnia’da 0-16, huzursuz bacak sendromunda 2-16 arasında saptanmıştır. (55,56)

3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma yapılan kurumdan araştırma öncesi yazılı, örneklem kapsamına alınan hastalardan da araştırmacının amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Sosyo-demografik form ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) formu, Berlin Uyku Anketi, Epworth Uykululuk Skalası araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur. Her bir anketin doldurulması 10 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 kullanıldı. İstatiksel analiz yapılırken kategorilere ayrılmış verilerin sıklığı ve yüzdelik oranları, sayısal verilerin ise Ortalama \pm SS ve Min-Maks değerleri olarak bildirildi. Dağılımı normal olan sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırmada t-testi ve ANOVA testi kullanıldı. Dağılımı normal olmayan sayısal veriler ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında sıklıkların karşılaştırılması ise ki-kare testiyle yapıldı. Gebelik öncesi ve sonrası kiloların karşılaştırılmasında Wilcoxon Sıra Testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 3: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=100)	Yüzde (%)
Yaş		
17-23 yaş arası	30	30.0
24-28 yaş arası	36	36.0
29-45 yaş arası	34	34.0
Eğitim		
Okur-yazar	3	3.0
İlkokul	42	42.0
Ortaokul	22	22.0
Lise	17	17.0
Üniversite	16	16.0
Meslek		
Ev hanımı/Çalışmıyor	81	81.0
Memur	13	13.0
Özel sektör	3	3.0
Diğer	3	3.0
Aylık Net Gelir		
< 500 YTL	28	28.0
500-1000 YTL	40	40.0
1000-2000 YTL	23	23.0
> 2000 YTL	9	9.0

Tablo 3 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan gebelerin %30'unun 17-23 yaş grubunda, %36'sının 24-28 yaş grubunda ve %34'ünün 29-45 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan gebe grubunun %3'ü yalnız okur-yazar iken; %42'si ilkokul, %22'si ortaokul, %17'si lise ve %16'sı üniversite mezunudur. Gebelerin büyük çoğunluğu (%81) ev hanımı olup, %40'nın aylık geliri asgari ücret sınırları içerisinde, %28'i asgari ücretin altında yer almaktadır.

Tablo 4: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=100)	Yüzde (%)
İkamet		
Şehir	57	57.0
İlçe	16	16.0
Kasaba	18	18.0
Köy	9	9.0
Sosyal Güvence		
SSK	59	59.0
Emekli Sandığı	26	26.0
Bağkur	7	7.0
Diğer	8	8.0
Ailedeki birey sayısı		
2	23	23.0
3	22	22.0
4	17	17.0
5	17	17.0
6 ve üzeri	21	21.0

Araştırma kapsamına alınan gebelere yaşadıkları yer ve sosyal güvenceleri sorulduğunda ise çoğunluğunun (%57) Afyonkarahisar merkezde, %16'sının Afyonkarahisar'a bağlı ilçelerde, %18'nin kasaba ve %9'unun köyde yaşayan bireylerden oluştuğu ve çoğunluğunun sosyal güvencesinin SSK olduğu saptanmıştır. Gebelerin birlikte yaşadığı kişi sayısı sorgulandığında %23'ünün iki, %22'sinin üç, % 55'inin dört ve üzeri kişiden oluşan ailelerde yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 5: Obstetrik öykülerine göre dağılım.

Obstetrik Öykü	Sayı (n=100)	Yüzde (%)
Şu anki Gebelik Kaçınıcı?		
1	32	32.0
2	23	23.0
3	22	22.0
4 ve üzeri	23	23.0
Toplam Doğum Sayısı		
0	40	40
1	29	29
2	21	21
3 ve üzeri	10	10
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	41	41
1	33	33
2	20	20
3 ve üzeri	6	6
Düşük, Ölüm, Kürtaj, Erken Doğum Var mı?		
Var	37	37.0
Yok	63	63.0
Gebelik Haftası		
6-23 hafta	32	32.0
24-33 hafta	32	32.0
34-40 hafta	36	36.0

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik öyküleri sorgulandığında; gebelerin %32'sinin birinci trimesterde, %32'sinin ikinci trimesterde, %36'sının üçüncü trimesterde buldukları tespit edilmiştir. Ayrıca gebelerin %32'sinin ilk, %20'sinin ikinci, %6'sının üçüncü ve üzeri gebeliklerini yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin %48.3'ünün toplamda bir, %35'inin iki, %16.7'sinin üç ve üzeri sayıda doğum yaptığı; %55.9'unun bir, %33.9'unun iki, %10.2'sinin üç ve üzeri sayıda yaşayan çocuğunun olduğu; %37'sinin düşük, ölü doğum, kürtaj, preterm eylem öyküsünün pozitif olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Sigara kullanımı, doktora gitme sıklığı, ilaç kullanımı ve hastalıkların dağılımı.

Sağlıkla İlgili Durumlar	Sayı (n=100)	Yüzde (%)
Sigara		
Evet	3	3.0
Hayır	97	97.0
Gebelik Boyunca Doktora Kaç Kez Gidildi		
3-5 kez	36	36.0
6-9 kez	29	29.0
10-17 kez	35	35.0
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	27	27.0
Hayır	73	73.0
Gebelikte Uyku İlacı Kullanımı		
Evet	3	3.0
Hayır	97	97.0
Gebeliğe Eşlik Eden Başka Hastalık Var mı?		
Var	25	25.0
Yok	75	75.0

Araştırmaya katılan gebe grubunun %97'sinin sigara ve tamamının alkol kullanmadığı saptanmıştır. Tablo 5 incelendiğinde; gebelerin %36'sının gebelikleri süresince 3-5 kez, %29'unun 6-9 kez, %35'inin 10-17 kez kontrole gittiği görülmektedir. Gebelerin kontrole gitme sıklığı gebelik haftasına göre değişkenlik göstermektedir. Araştırma kapsamındaki gebelerin %25'inin gebeliğe eşlik eden kronik bir hastalığı olduğu, %4'ünün hipertansiyon ve %8'inin diyabet hastası olduğu, %27'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca araştırma dahilindeki gebelerin %97'sinin gebeliği süresince hiç uyku ilacı almadığı saptanmıştır.

Tablo 7: Kadınların (n=100) yaş,boy,kilo,beden kitle indeksi(BKİ), ve boyun çevresi ortalama ve standart sapma değerleri.

Sosyodemografik Özellikler	Ort	Min	Maks
Yaş (yıl)	26.52 ± 5.43	17	45
Boy (m)	1.61± 0.05	1.50	1.73
Kilo (kg)	70.08 ± 13.04	50	120
BKİ (kg/m ²)	27.17 ± 5.21	17.72	45.17
Gebelikten Önceki Kilo (kg)	62.06 ± 11.60	40	95
Boyun Çevresi (cm)	34.10 ± 2.21	30	40

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 26.52 ± 5.43 , boy ortalaması $1.61 \pm 0,05$, kilo ortalaması 70.08 ± 13.4 , BKİ (beden kitle indeksi) ortalaması 27.17 ± 5.21 , boyun çevresi ortalaması 34.10 ± 2.21 'dir. Gebelikten önceki ve sonraki kilo arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z=-7.859$, $p<0.05$, Wilcoxon Sıra Testi).

Pitsburg uyku anketi**Tablo 8:** Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

Değişkenler	Uyku Kalitesi İyi Olanlar (n=14)		Uyku Kalitesi Kötü Olanlar (n=86)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Subjektif uyku kalitesi (uyku kalitesini kişinin kendisinin değerlendirmesi)						
Çok iyi (0 puan)	10	71.4	22	25.6	32	32.0
Oldukça iyi (1 puan)	4	28.6	42	48.8	46	46.0
Oldukça kötü (2 puan)	0	0	14	16.3	14	14.0
Çok kötü (3 puan)	0	0	8	9.3	8	8.0
Uyku latensi (uykuya dalma süresi)						
15 dak. altında (0 puan)	12	85.7	12	14.0	24	24.0
16-30 dak. arasında (1 puan)	2	14.3	27	31.4	29	29.0
31-60 dak. arası (2 puan)	0	0	28	32.6	28	28.0
60 dak. Üzeri (3 puan)	0	0	19	22.1	19	19.0
Uyku süresi						
7 saat ve üzeri (0 puan)	14	100.0	32	37.2	46	46.0
6-6.9 saat (1 puan)	0	0	21	24.4	21	21.0
5-5.9 saat (2 puan)	0	0	31	36.0	31	31.0
5 saat altı (3 puan)	0	0	2	2.3	2	2.0
Alışılmış uyku etkinliği (uyku süresi/yatakta kalma süresi x 100)						
%85 üzeri (0 puan)	8	57.1	2	2.3	10	10.0
%75-84 (1 puan)	1	7.1	0	0	1	1.0
%65-74 (2 puan)	1	7.1	3	3.5	4	4.0
%65 altında (3 puan)	4	28.6	81	94.2	85	85.0
Geçen ayda yaşanan uyku bozukluğu sıklığı						
Hiç yaşanmadı (0 puan)	0	0	1	1.2	1	1.0
Haftada 1'den az (1 puan)	9	64.3	32	37.2	41	41.0
Haftada 1-2 defa (2 puan)	5	35.7	47	54.7	52	52.0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0	6	7.0	6	6.0
Geçen ayda yaşanan gündüz işlev bozukluğunun sıklığı						
Hiç yaşanmadı (0 puan)	11	78.6	46	53.5	57	57.0
Haftada 1'den az (1 puan)	2	14.3	25	29.1	27	27.0
Haftada 1-2 defa (2 puan)	1	7.1	8	9.3	9	9.0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0	7	8.1	7	7.0
Uyku ilacı kullanma						
Hiç kullanmıyor (0 puan)	14	100.0	85	98.8	99	99.0
Haftada 1'den az (1 puan)	0	0	1	1.2	1	1.0
Haftada 1-2 defa (2 puan)	0	0	0	0	0	0
Haftada 3 ve üzerinde (3 puan)	0	0	0	0	0	0
Uyku kalitesi						
Global skor < 5					14	14.0
Global skor ≥ 5					86	86.0

Tablo 8’de gebelerin son bir ay içindeki toplam PUKİ puanı ve alt bileşenlerinin puanı gösterilmektedir. Buna göre gebelerin %86’sının kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir. (Toplam PUKİ puanı ≥ 5)

Tablo 9: Uyku kalitesine göre kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması. †

Değişkenler	Uyku Kalitesi İyi Olanlar (n=14)	Uyku Kalitesi Kötü Olanlar (n=86)	p değeri
	Ort.	Ort.	
Yaş (yıl)	25.07 \pm 4.91	26.76 \pm 5.50	0.284
BKİ (kg/m ²)	27.69 \pm 4.42	27.09 \pm 5.35	0.690
Boyun Çevresi (cm)	33.79 \pm 2.72	34.15 \pm 2.13	0.569
Toplam Gebelik Sayısı	2.07 \pm 1.21	2.67 \pm 1.64	0.226
Toplam Doğum Sayısı	1.75 \pm 0.89	1.67 \pm 0.73	0.868
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.50 \pm 0.53	1.61 \pm 0.87	0.960
Gebelik Haftası	27.71 \pm 9.25	27.37 \pm 9.14	0.850
Ailedeki Birey Sayısı	4.29 \pm 1.94	4.24 \pm 2.15	0.777
Doktora Gitme Sıklığı	5.36 \pm 2.90	7.93 \pm 4.24	0.025

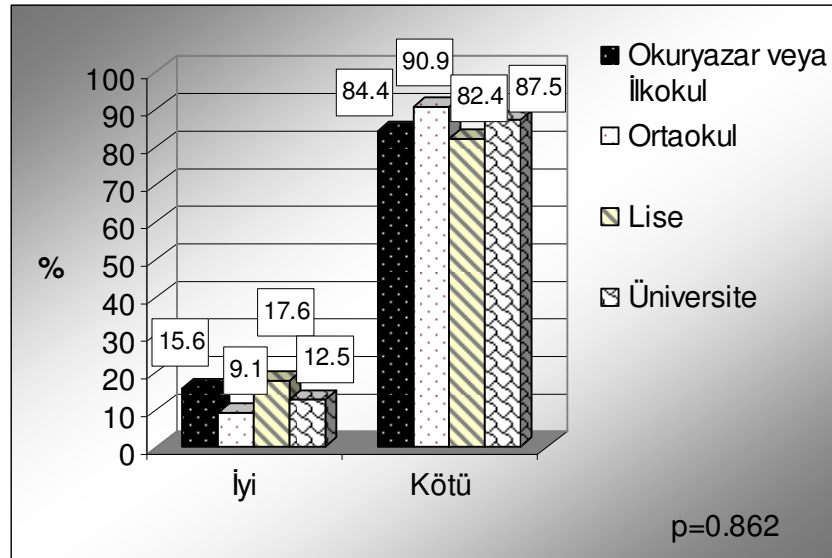
† Yaş, BKİ ve Boy Çevresi için t-testi diğer değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Tablo 9’da iyi uyku kalitesine sahip gebeler (n=14) ile kötü uyku kalitesine (n=86) sahip gebelerin demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre yaş, BKİ, boyun çevresi, kaçınıcı gebelik olduğu, toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, ailedeki birey sayısı açısından gebeler arasında istatistiksel anlamda bir fark saptanmamıştır (p>0.05). İyi uyku kalitesine sahip gebeler ile kötü uyku kalitesine sahip gebeler arasında doktora gitme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). İyi uyku kalitesine sahip gebeler doktora daha az sıklıkta gitmektedir.

Tablo 10: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin eğitim durumuna göre dağılımı.

Değişkenler	Okuryazar veya ilkökul (n=45)	Ortaokul (n=22)	Lise (n=17)	Üniversite (n=16)	P değeri
	Ort.	Ort.	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	0.96 ± 0.85	0.91 ± 1.02	1.00 ± 0.94	1.13 ± 0.81	0.738
Uyku Latensi	1.33 ± 1.07	1.73 ± 1.03	1.41 ± 1.00	1.25 ± 1.13	0.468
Uyku Süresi	0.71 ± 0.90	0.91 ± 1.02	1.24 ± 0.90	1.00 ± 0.82	0.194
Alışılmış Uyku etkinliği	2.64 ± 0.91	2.68 ± 0.89	2.47 ± 1.18	2.75 ± 0.77	0.959
Uyku Bozukluğu	1.71 ± 0.55	1.64 ± 0.73	1.47 ± 0.62	1.56 ± 0.63	0.577
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.76 ± 1.07	0.55 ± 0.80	0.59 ± 0.80	0.63 ± 0.72	0.954
Uyku İlacı Kullanma	0.02 ± 0.15	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.748
Global Skor	8.13 ± 3.17	8.41 ± 3.13	8.18 ± 3.23	8.31 ± 3.22	0.920

Tablo 10’da gebelerin eğitim durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 3. Eğitim durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

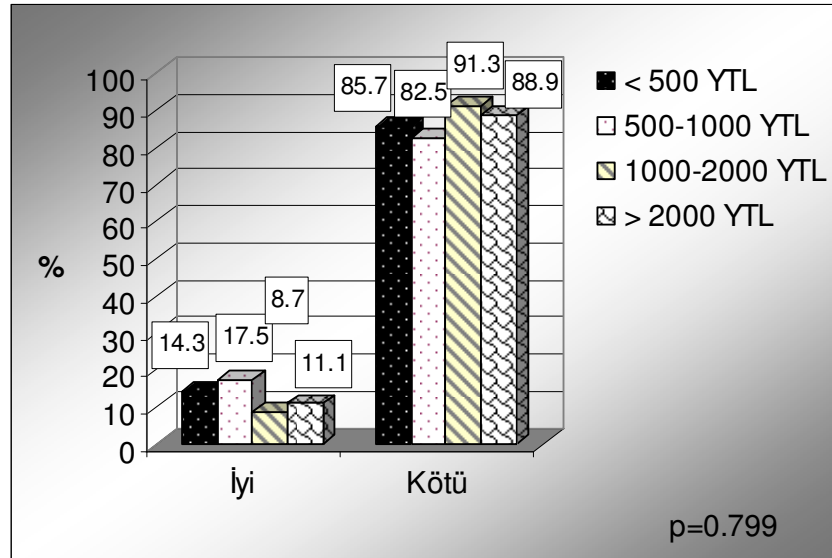
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5.

Şekil 3'te araştırma dahilindeki gebelerin eğitim durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Buna göre okur yazar veya ilkökul mezunu gebelerin %15.6'sı iyi uyku kalitesine sahip iken %84.4'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu, ortaokul mezunu gebelerin sadece %9.1'inin iyi uyku kalitesi gösterirken % 90.9'unun kötü uyku kalitesi gösterdiği, lise mezunu gebelerin ise %17.6'sının uyku kalitesinin iyi olduğu %82.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu, üniversite mezunu gebelerin %12.5'inin iyi uyku kalitesine sahip oldukları %87.5'inin ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Pitsburg uyku anketindeki her bir öğenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gelir durumuna göre dağılımı.

Değişkenler	< 500 YTL (n=28)	500-1000 YTL (n=40)	1000-2000 YTL (n=23)	> 2000 YTL (n=9)	P değeri
	Ort.	Ort.	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	1.00 ± 0.90	0.78 ± 0.80	1.22 ± 0.95	1.22 ± 0.97	0.214
Uyku Latensi	1.57 ± 1.03	1.25 ± 1.03	1.74 ± 1.01	0.89 ± 1.17	0.108
Uyku Süresi	0.71 ± 0.85	0.83 ± 0.96	1.17 ± 0.94	1.00 ± 0.87	0.307
Alışılmış Uyku etkinliği	2.68 ± 0.94	2.55 ± 1.04	2.78 ± 0.67	2.56 ± 1.01	0.812
Uyku Bozukluğu	1.64 ± 0.62	1.63 ± 0.59	1.70 ± 0.70	1.44 ± 0.53	0.742
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.61 ± 1.03	0.58 ± 0.84	0.96 ± 0.93	0.44 ± 0.73	0.165
Uyku İlacı Kullanma	0.04 ± 0.19	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.463
Global Skor	8.25 ± 3.16	7.60 ± 2.86	9.57 ± 3.24	7.56 ± 3.36	0.157

Tablo 11'de gebelerin gelir durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).



Şekil 4. Gelir durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

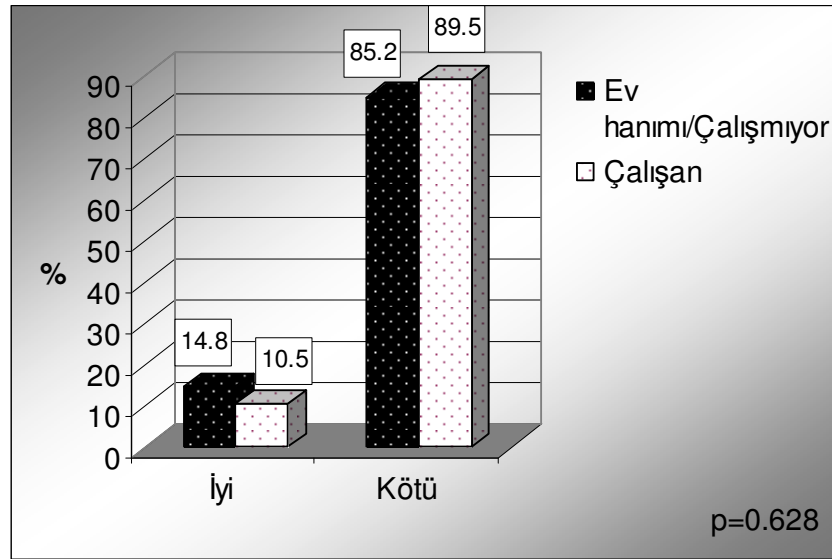
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5

Şekil 4'te araştırmaya katılan gebelerin gelir düzeyine göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Buna göre çalışmamızda gelir düzeyi 500 YTL'nin altında olan gebelerin %14.3'ü iyi uyku kalitesi gösterirken %85.7'si kötü uyku kalitesi göstermektedir. Gelir düzeyi 500-1000 YTL arasında olan gebelerin % 17.5'i iyi uyku kalitesine sahip iken %82.5'i kötü uyku kalitesine sahiptir. Gelir düzeyi 1000-2000 YTL arasında olan gebelerin sadece %8.7'sinin uyku kalitesi iyi iken %91.3'ünün uyku kalitesi kötüdür. Gelir düzeyi 2000 YTL'nin üzerinde olan gebelerin ise %11.1'i iyi uyku kalitesi sergilerken %88.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin çalışma durumuna göre dağılımı.

Değişkenler	Çalışmayan (n=89)	Çalışan (n=19)	p değeri
	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	0.94 ± 0.89	1.16 ± 0.90	0.295
Uyku Latensi	1.43 ± 1.05	1.37 ± 1.12	0.841
Uyku Süresi	0.83 ± 0.93	1.16 ± 0.83	0.121
Alışılmış Uyku etkinliği	2.60 ± 0.97	2.79 ± 0.71	0.519
Uyku Bozukluğu	1.65 ± 0.62	1.53 ± 0.61	0.353
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.65 ± 0.95	0.68 ± 0.75	0.518
Uyku İlacı Kullanma	0.01 ± 0.11	0.00 ± 0.00	0.628
Global Skor	8.12 ± 3.14	8.68 ± 3.15	0.316

Tablo 12’te gebelerin çalışma durumlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 5. Çalışma durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor ≥ 5.

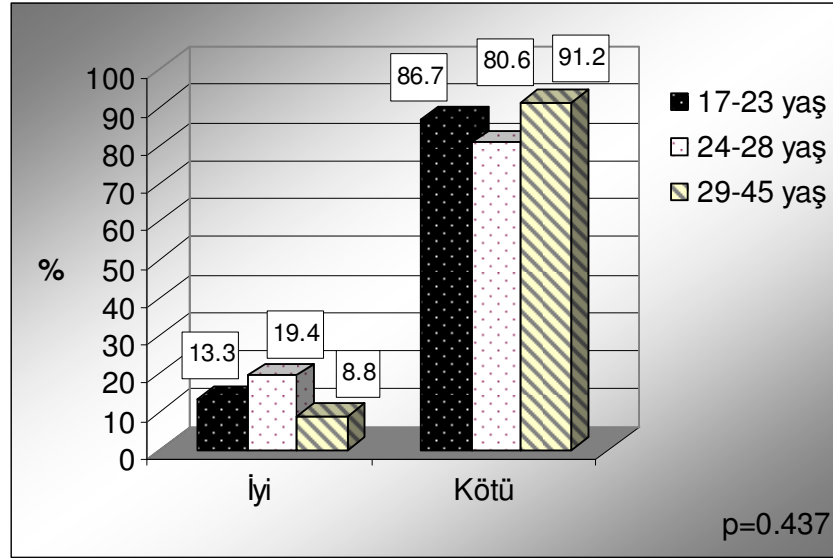
Şekil 5’te araştırma grubundaki gebelerin çalışma durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde çalışmayan gebelerin

%14.8'i iyi uyku kalitesine sahip iken %85.2'sinin kötü uyku kalitesine, çalışan gebelerin ise %10.5'inin iyi uyku kalitesine ve %89.5'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin yaş durumuna göre dağılımı.

Değişkenler	17-23 yaş arası (n=30)		24-28 yaş arası (n=36)		29-45 yaş arası (n=34)		p değeri
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Uyku Kalitesi	0.80	0.71	0.92	0.91	1.21	0.98	0.232
Uyku Latensi	1.40	1.04	1.28	1.06	1.59	1.08	0.456
Uyku Süresi	0.93	0.87	0.47	0.77	1.29	0.94	0.001
Alışılmış Uyku etkinliği	2.77	0.77	2.42	1.20	2.76	0.65	0.485
Uyku Bozukluğu	1.50	0.57	1.61	0.60	1.76	0.65	0.165
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.47	0.78	0.78	0.99	0.71	0.94	0.379
Uyku İlacı Kullanma	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.17	0.379
Global Skor	7.87	2.79	7.47	3.42	9.35	2.86	0.025

Tablo 13'te gebelerin yaşlarına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Yaş ile uyku süresi ve global skor arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). 29-45 yaş aralığındaki orta yaş annelerin genç gruba göre total uyku süresi artmış fakat uyku kalitesi düşmüştür.



Şekil 6. Yaş durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

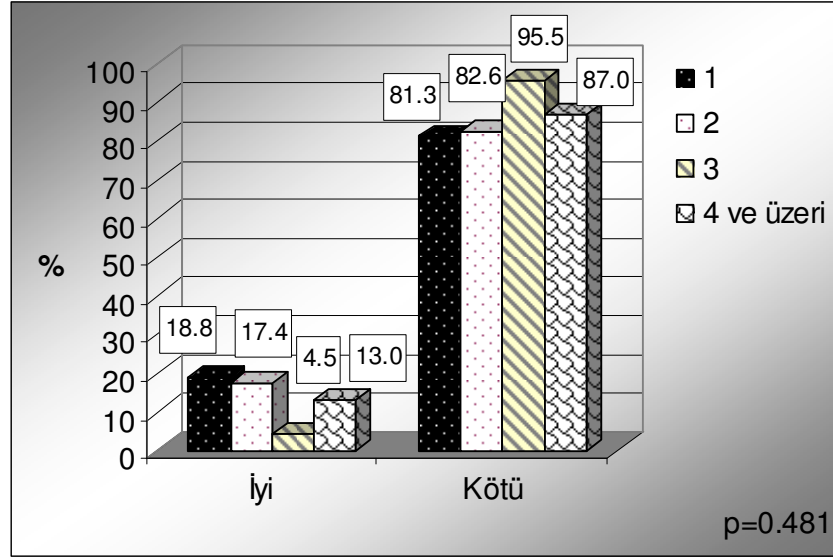
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5.

Şekil 6'da gebelerin yaş durumuna göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde 17-23 yaş arası gebelerin %13.3'ünün uyku kalitesi iyi iken %86.7'sinin kötü, 24-28 yaş arası gebelerin %19.4'ünün uyku kalitesi iyi iken %80.6'sının kötü, 29-45 yaş aralığındaki gebelerin ise sadece %8.8'inin uyku kalitesi iyi iken %91.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Pitsburg uyku anketindeki her bir öğenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebelik sayısına göre dağılımı.

Değişkenler	1 (n=32)	2 (n=23)	3 (n=22)	4 ve üzeri (n=23)	P değeri
	Ort.	Ort.	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	0.91 ± 0.73	0.87 ± 0.92	1.09 ± 0.97	1.09 ± 1.00	0.836
Uyku Latensi	1.44 ± 1.08	1.43 ± 1.04	1.50 ± 0.91	1.30 ± 1.22	0.915
Uyku Süresi	0.91 ± 0.89	0.70 ± 0.82	0.91 ± 0.87	1.04 ± 1.11	0.732
Alışılmış Uyku etkinliği	2.72 ± 0.89	2.48 ± 1.16	2.82 ± 0.66	2.52 ± 0.95	0.361
Uyku Bozukluğu	1.59 ± 0.61	1.48 ± 0.67	1.73 ± 0.55	1.74 ± 0.62	0.228
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.63 ± 0.75	0.70 ± 1.02	0.77 ± 1.07	0.57 ± 0.90	0.929
Uyku İlacı Kullanma	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.04 ± 0.21	0.341
Global Skor	8.19 ± 3.05	7.65 ± 3.39	8.82 ± 2.81	8.30 ± 3.36	0.717

Tablo 14’de gebelerin kaçınıcı gebelik olduğuna göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımını incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 7. Kaçınıcı gebelik olduğuna göre uyku kalitesinin dağılımı.

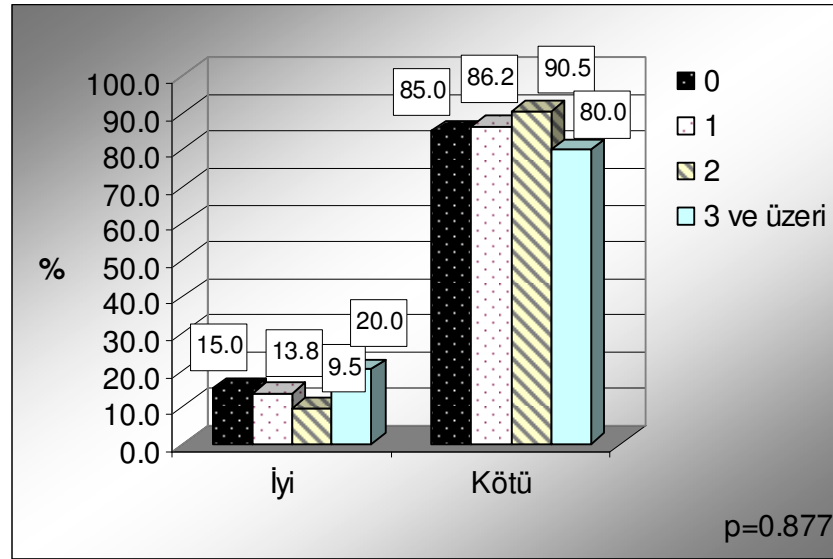
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5.

Şekil 7’de gebelerin şu andaki gebeliklerinin toplam gebeliklerinde kaçınıcı sırada olduğuna göre uyku kalitesi dağılımı gösterilmiştir. Buna göre çalışmamızdaki ilk gebeliklerini yaşayan gebelerin %18.8’inin uyku kalitesi iyi iken %81.3’ünün kötü, ikinci gebeliklerini yaşayan gebelerin %17.4’ünün uyku kalitesi iyi iken %82.6’sının kötü, üçüncü gebeliklerini yaşayan gebelerin sadece %4.5’inin uyku kalitesi iyi iken %95.5’inin kötü, dört ve üzeri sayıdaki gebeliklerini yaşayan gebelerin ise %13’ünün uyku kalitesi iyi iken %87’sinin uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 15: Pittsburgh uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin doğum sayısına göre dağılımı.

Değişkenler	0 (n=40)	1 (n=29)	2 (n=21)	3 ve üzeri (n=10)	P değeri
	Ort.	Ort.	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	0.95 ± 0.78	0.83 ± 0.85	1.14 ± 1.11	1.20 ± 0.92	0.534
Uyku Latensi	1.45 ± 1.01	1.45 ± 1.12	1.29 ± 1.01	1.50 ± 1.27	0.932
Uyku Süresi	0.93 ± 0.89	0.76 ± 0.83	0.86 ± 1.01	1.20 ± 1.14	0.619
Alışılmış Uyku etkinliği	2.75 ± 0.81	2.55 ± 1.06	2.62 ± 0.92	2.50 ± 1.08	0.791
Uyku Bozukluğu	1.60 ± 0.63	1.52 ± 0.57	1.86 ± 0.57	1.60 ± 0.70	0.267
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.58 ± 0.75	0.59 ± 0.91	1.00 ± 1.14	0.50 ± 0.97	0.291
Uyku İlacı Kullanma	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.10 ± 0.32	0.027
Global Skor	8.25 ± 2.84	7.69 ± 3.23	8.76 ± 3.49	8.60 ± 3.44	0.664

Tablo 15’de gebelerin doğum sayısına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 8. Toplam doğum sayısına göre uyku kalitesinin dağılımı.

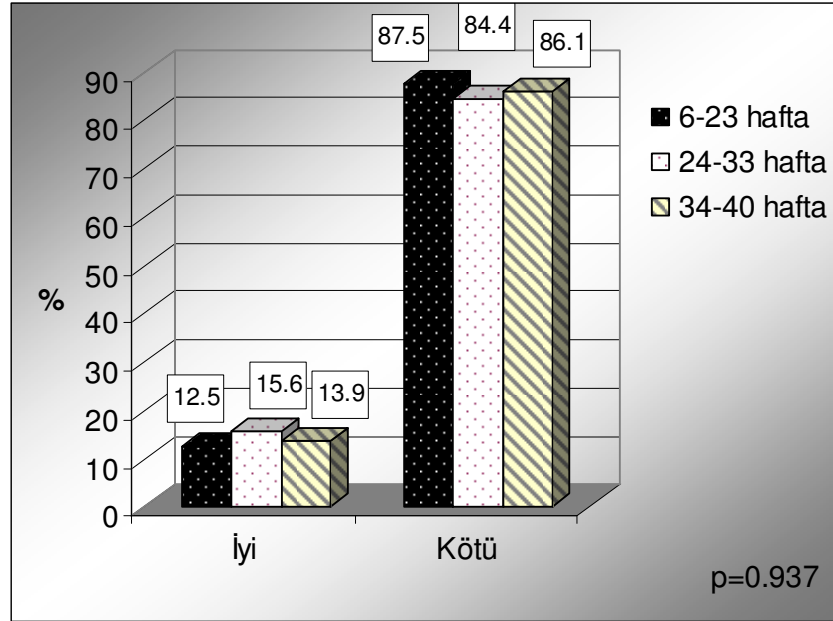
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5.

Şekil 8’de araştırmaya katılan gebelerin toplam doğum sayısına göre uyku kalitesi dağılımı gösterilmektedir. Buna göre çalışmamıza katılan ve hiç doğum yapmamış gebelerin %15’i iyi uyku kalitesine sahipken %85’i kötü, bir kez doğum yapmış gebelerin %13.8’i iyi uyku kalitesine sahipken %86.2’si kötü, iki kez doğum yapmış gebelerin yalnız %9.5’i iyi uyku kalitesine sahip iken %90.5’i kötü, üç ve üzeri sayıda doğum yapmış gebelerin %20’si iyi uyku kalitesine sahip iken %80’inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebelik haftasına göre dağılımı.

Değişkenler	6-23 hafta (n=32)	24-33 hafta (n=32)	34-40 hafta (n=36)	p değeri
	Ort.	Ort.	Ort.	
Uyku Kalitesi	0.91 ±0.93	0.91 ± 0.89	1.11 ± 0.85	0.417
Uyku Latensi	1.44 ± 1.01	1.31 ± 1.03	1.50 ± 1.13	0.765
Uyku Süresi	0.84 ± 0.99	0.91 ± 0.93	0.92 ± 0.87	0.885
Alışılmış Uyku etkinliği	2.69 ± 0.90	2.56 ± 1.01	2.67 ± 0.89	0.774
Uyku Bozukluğu	1.50 ± 0.62	1.66 ± 0.70	1.72 ± 0.51	0.309
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.56 ± 0.98	0.63 ± 0.87	0.78 ± 0.90	0.323
Uyku İlacı Kullanma	0.00 ± 0.00	0.03 ± 0.18	0.00 ± 0.00	0.346
Global Skor	7.94 ± .97	8.00 ± 3.29	8.69 ± 3.16	0.476

Tablo 16’da gebelerin içinde buldukları trimestere göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 9. Gebelik haftasına göre uyku kalitesinin dağılımı.

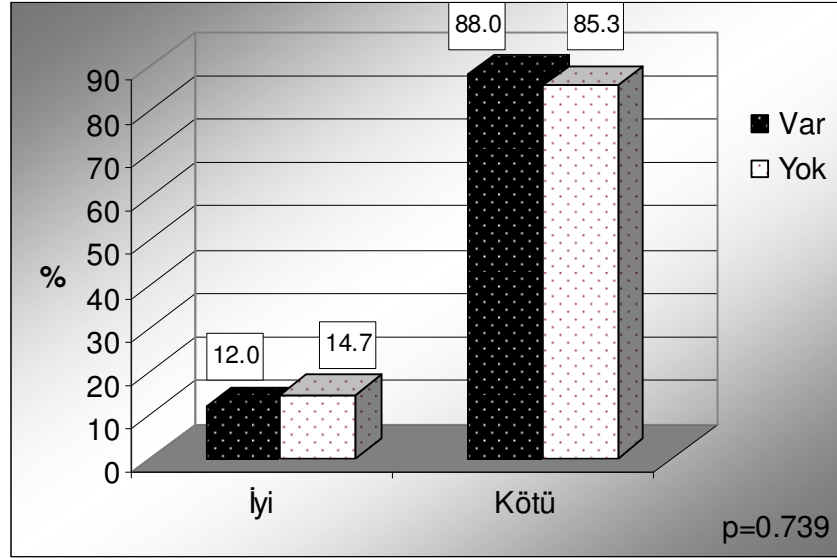
İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5

Şekil 9'da araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftasına göre uyku kalitesinin dağılımı görülmektedir. Buna göre çalışmamızda yer alan ve birinci trimester içerisinde bulunan gebelerin %12.5'inin uyku kalitesi iyi iken %87.5'inin uyku kalitesi kötü, ikinci trimesterdeki gebelerin %15.6'sının uyku kalitesi iyi iken %84.4'ünün uyku kalitesi kötü, Üçüncü trimesterdeki gebelerin ise %13.9'unun uyku kalitesi iyi iken %86.1'inin uyku kalitesi kötü olarak tespit edilmiştir.

Tablo 17: Pitsburg uyku anketindeki her bir ögenin global skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin gebeliğe etki eden başka hastalık var mı sorusuna göre dağılımı.

Değişkenler	Var (n=25)		Yok (n=75)		p değeri
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Uyku Kalitesi	1.08	1.04	0.95	0.84	0.688
Uyku Latensi	1.24	1.09	1.48	1.04	0.321
Uyku Süresi	1.04	0.93	0.84	0.92	0.340
Alışılmış Uyku etkinliği	2.76	0.83	2.60	0.96	0.290
Uyku Bozukluğu	1.92	0.57	1.53	0.60	0.006
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.96	0.98	0.56	0.87	0.036
Uyku İlacı Kullanma	0.04	0.20	0.00	0.00	0.083
Global Skor	9.04	3.42	7.96	3.01	0.230

Tablo 17’de gebeliğe etki eden hastalıkların varlığına göre uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanma bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Gebeliğe etki eden hastalığın varlığı ile uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre gebeliğe eşlik eden bir hastalığın varlığında gebelerde uyku bozuklukları ve bunun sonucunda da gün içi aktivitelerde bozukluk görülmektedir.



Şekil 10. Gebeliğe etki eden başka hastalık var mı sorusuna göre uyku kalitesinin dağılımı. İyi: Global skor < 5; Kötü: Global skor \geq 5

Şekil 10'da gebeliğe etki eden hastalıkların varlığına göre gebelerin uyku kalitesi dağılımı görülmektedir. Şekil incelendiğinde çalışmamızdaki gebelerde gebeliğe eşlik eden bir hastalığı bulunan gebelerin %12'sinin uyku kalitesi iyi iken %88'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, sağlıklı gebelerin ise %14.7'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu iken %85.3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu görülmektedir

Berlin Uyku Anketi

Tablo 18: Berlin Uyku Anketine göre yüksek risk ve düşük risk uyku bozukluğu çeken kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması. †

Değişkenler	Habitüel Horlama (+) (n=28)	Habitüel Horlama (-) (n=72)	p değeri
	Ort.	Ort.	
Yaş (yıl)	29.36 ± 6.23	25.42 ± 4.68	0.001
BKİ (kg/m ²)	30.93 ± 6.29	25.71 ± 3.89	0.000
Boyun Çevresi (cm)	35.11 ± 2.57	33.71 ± 1.94	0.004
Kaçıncı Gebeliği	2.54 ± 1.20	2.29 ± 1.14	0.358
Toplam Gebelik Sayısı	2.79 ± 1.69	2.51 ± 1.57	0.396
Toplam Doğum Sayısı	1.79 ± 0.71	1.63 ± 0.77	0.367
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.68 ± 0.67	1.55 ± 0.90	0.210
Gebelik Haftası	30.79 ± 7.61	26.11 ± 9.35	0.031
Ailedeki Birey Sayısı	4.07 ± 1.74	4.32 ± 2.24	0.960
Doktora Gitme Sıklığı	8.64 ± 4.24	7.15 ± 4.09	0.104

† Yaş, BKİ ve Boy Çevresi için t-testi diğer değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Tablo 18’te Berlin Uyku Anketine göre yüksek risk ve düşük risk uyku bozukluğu çeken kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde; habitüel horlamalı gebelerin habitüel horlaması olmayan gebelere göre yaş, beden kitle indeksi, boyun çevresi ve gebelik haftası istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre ileri yaş, yüksek beden kitle indeksi artmış boyun çevresi kalınlığı, ve ileri gebelik haftasında bulunma gebelerde habitüel horlama görülme insidansını artırmıştır. Habitüel horlaması olan ve olmayan gebeler arasında kaçıncı gebelik olduğu, toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ailedeki birey sayısı, doktora gitme sıklığı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 19: Berlin uyku anketine göre habitüel horlaması olan ve habitüel horlaması olmayan gebelerin trimesterlere göre dağılımı

Gebelik Haftası	Habitüel Horlama (+) (n=28)		Habitüel Horlama (-) (n=72)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1. Trimester	4	14.3	28	38.9	32	32.0
2. Trimester	13	46.4	19	26.4	32	32.0
3. Trimester	11	39.3	25	34.7	36	36.0
Toplam	28	100.0	72	100.0	100	100.0

(X²=6.46, p=0.040)

Tablo 19’te çalışmamıza katılan ve habitüel horlaması olan ve olmayan gebelerin gebelik haftalarına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde habitüel horlaması olan 28 gebeden %14.3’ünün birinci trimesterde, %46.4’ünün ikinci trimesterde, %39.3’ünün üçüncü trimesterde yer aldığı; habitüel horlaması olmayan gebelerin ise %38.9’unun birinci trimesterde, %26.4’ünün ikinci trimesterde, %34.7’sinin üçüncü trimesterde yer aldığı görülmektedir. Bu sonuca göre habitüel horlama en çok ikinci ve üçüncü trimesterde görülmektedir. Habitüel horlaması olan ve olmayan gebeler arasında trimesterlere göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Epworth uykululuk ölçeği

Tablo 20: Epworth uykululuk anketindeki toplam skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

Epworth Skoru	Sayı (n)	Yüzde (%)
7 ve daha az	79	79.0
8-9	14	14.0
10-15	7	7.0

Tablo 20 incelendiğinde araştırmaya katılan gebelerin %7 sinde “gün içi artmış uykululuk” tan söz edilebilir (global skor>10).

Tablo 21: Epworth Uykululuk Skorlarına göre kadınların demografik özelliklerinin karşılaştırılması. †

Değişkenler	Epworth Skoru < 10	Epworth Skoru ≥ 10	p değeri
	(n=93)	(n=7)	
	Ort.	Ort.	
Yaş (yıl)	26.51 ± 5.48	26.71 ± 4.99	0.922
BKİ (kg/m ²)	26.87 ± 4.97	31.13 ± 7.05	0.036
Boyun Çevresi (cm)	34.09 ± 2.17	34.29 ± 2.98	0.819
Kaçıncı Gebeliği	2.37 ± 1.13	2.29 ± 1.60	0.774
Toplam Gebelik Sayısı	2.59 ± 1.57	2.57 ± 2.07	0.713
Toplam Doğum Sayısı	1.65 ± 0.72	2.33 ± 1.15	0.202
Yaşayan Çocuk Sayısı	1.57 ± 0.83	2.00 ± 1.00	0.312
Gebelik Haftası	27.26 ± 9.24	29.57 ± 7.41	0.690
Ailedeki Birey Sayısı	4.20 ± 2.06	4.86 ± 2.85	0.573
Doktora Gitme Sıklığı	7.55 ± 4.11	7.86 ± 5.21	0.984

† Yaş, BKİ ve Boy Çevresi için t-testi diğer değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Tablo 21’de araştırmaya katılan gebelerin Epworth Uykululuk Skorlarına göre yaş, boyun çevresi, kaçıncı gebelik olduğu, toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, ailedeki birey sayısı, doktora gitme sıklığı arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Epworth Uykululuk Skorlarına göre beden kitle indeksi açısından gebeler arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre epworth uykululuk skoru yüksek olan (≥ 10) gebelerin beden kitle indeksi ortalaması da yüksek bulunmuştur ($>30\text{kg/m}^2$).

Tablo 22: Epworth uykululuk anketindeki toplam skora göre belirlenmiş uyku kalitesinin dağılımı.

Değişkenler	Uyku Kalitesi İyi	Uyku Kalitesi Kötü	p
	Olanlar	Olanlar	
	(n=14)	(n=86)	
	Ort.	Ort.	
Epworth Skoru	5.79 ± 4.68	4.43 ± 3.04	0.552

Tablo 22 incelendiğinde; uyku kalitesi iyi olan gebelerin Epworth skoru ortalaması 5.79 ± 4.68 , uyku kalitesi kötü olan gebelerin Epworth skoru ortalaması 4.43 ± 3.04 olarak bulunup istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

İnsan hayatındaki fiziksel, emosyonel ve sosyal değişimler uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda Fransa'da nüfusun %62'si, ABD'de %90'ı, Türkiye'de de %28'i uyuyamamaktan şikâyet etmektedir. Bu sonuçlara göre insanların büyük çoğunluğunun uykusuzluk problemi yaşadıkları ve sabahları yataklarından dinlenmemiş olarak kalktıkları söylenebilir. Bixler ve arkadaşlarının (1982) genel popülasyonda yaptıkları bir çalışmada, uyku problemleri sıklığının %14-42 arasında olduğu saptanmıştır. 1000 kişinin katıldığı toplum tabanlı bir başka çalışmada ise 18 yaş üstü nüfusun %36'sında uyku ile ilgili yakınmaların var olduğu saptanmıştır. (4)

Gebelik-lohusalık siklusu kadın yaşamında fiziksel, mekanik, hormonal, emosyonel değişimlerin ve yeni tecrübelerin yaygın olduğu bir periyottur. Anket çalışmaları menstrual siklus, hamilelik ve menopoz esnasında kadınlarda hormonal seviyelerle ilişkili uyku kalitesindeki değişimleri açıkça ortaya koyarken, hormonal seviyeler ile uyku arasındaki ilişkiye özel olarak işaret eden çalışmaların sayısı oldukça azdır. (57,58)

Lopes ve arkadaşları (2004) gebelerde uyku bozuklukları üzerine yaptıkları bir çalışmada, gebelerin en çok sık idrara çıkma, yorgunluk, pelvik bası, uykusuzluk ve bel ağrısı şikâyetlerinden yakındığını ve bu yakınmaların obstetrik kitaplarında bahsedilenlerden daha sık olduğunu ileri sürmüştür. Hedman ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada, çalışma kapsamındaki gebelerin hamilelik boyunca kötü uyku kalitesini işaret eden şikâyetler sergilediğini belirtmiştir. (6,57)

Çalışmamızda araştırma dahilindeki gebelerin %86'sının kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamız bu sonucuyla literatürle benzerlik göstermektedir.

Pek çok çalışma gebe kadınların total uyku süresinin gebe olmayan kadınlarla aynı olduğunu rapor etmiştir (ortalama 7-7,5 saat). Fakat raporlar noktüri, fiziksel rahatsızlıklar gibi nedenlerle gebelerde uyanıklık süresinin arttığını (gecede en az 2-4 saat) göstermiştir. Bunun sonucunda gebeler, bölünmüş gece uykularını telafi etmek için daha erken saatlerde yatarak, hafta sonu uyuyarak ve şekerleme yaparak uyku alışkanlıklarını değiştirmiştir. (28)

Çalışmamızda uyku kalitesi iyi olan gebelerin tamamında total uyku süresi 7 saat ve üzeri olarak tespit edilmiştir. Buna karşın uyku kalitesi kötü olan gebelerin sadece %37,2'sinin 7 saat ve üzerinde uyuyabildiğini saptadık. Bu durum bize total uyku süresindeki azalmanın uyku kalitesini kötü etkilediğini ve gebelerde uyku problemlerinin varlığını göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin total uyku sürelerindeki azalma gebelikte meydana gelen fiziksel, mekanik, hormonal değişikliklerle bağlantılı olabilir. Bu sonuç literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelikte, bebeğin gelişimi, gebeliğin seyri, doğum, bebek bakımına dair korkular anksiyeteyi potansiyelize edebilir. Doğuma kadar geçen süre ve özellikle postpartum dönemde psikolojik hastalıklarda artma riskinin olduğu bilinmektedir. Coble ve arkadaşları 23–36 yaş aralığında, gebelik öncesinde etkin psikolojik bozukluğu olan 13 gebe kadın ve öncesinde psikolojik bozukluk öyküsü olmayan 18 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmada her iki grup için tüm trimesterlerde uyanıklık süresinde artış olduğunu ve uyku etkinliğinin oldukça durağan olduğunu saptamışlardır. Bu durum bize psikolojik bozuklukları olsun veya olmasın emosyonel durumun gebelikte uyku kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir. (28,57)

Çalışmamızda araştırmamıza katılan gebelerin doktora gitme sıklığı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre uyku kalitesi kötü olan gebelerin kontrollere daha sık gittikleri gözlenmiştir. Bu gebelerde uyku kalitesinin kötü olması gebelerin; gebeliğin seyri, bebeğin sağlığı, doğum gibi konulardaki bilgi eksikliğine ve bunun doğrultusunda artmış kaygı düzeyine bağlanmıştır. Bununla birlikte çalışmamızda kaygı düzeyini ölçen bir parametrenin olmayışı bu görüşü kesinleştirememizdeki eksikliklerdir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumlarına göre uyku kalitesi ve uyku kalitesi bileşenlerinin puan dağılımı (Tablo 10) incelendiğinde uyku kalitesi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel bir anlam saptanmamıştır. Moore ve arkadaşlarının sosyoekonomik durum ve sağlık durumunun uyku üzerine etkisini araştırdığı çalışmada eğitim düzeyi daha iyi olan bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu ve buna bağlı olarak da uyku kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmektedir. Bunun nedeni hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalığa yapılan tedaviye uyumlarının artması, gelişen semptomları daha iyi kontrol

edebilmeleri, öz-bakım güçlerinin artması, bilgiye ulaşma ve kullanma gibi durumlar nedeniyle daha az sorun ve uyku problemi yaşamaları şeklinde açıklanabilir. Gebelikte ise bu durum gebelerin uyku bozukluklarını hastalık olarak algılamamalarına uyku problemlerini göz ardı ederek önemsememelerine bağlanabilir. Karagözoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da uyku alışkanlığındaki değişim ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş ancak uyku alışkanlığında değişme olanların büyük çoğunlukla ve önemli düzeyde lise ve üzeri okul mezunu olduğu görülmüştür. Bingöl hemşirelerin uyku kalitesi ve iş doyumu üzerine yaptığı araştırmada eğitimin uyku kalitesi üzerine etkili olmadığını ifade etmiştir. Yıldırım diyaliz hastalarında yaptığı araştırmada ise eğitim durumunun uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını bildirmiştir. (3,4,27)

Yapılan bazı çalışmalarda sosyo-ekonomik durumun uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği sonuçlarına varılmıştır. Bunun nedeni olarak da sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanların daha iyi yaşam şartlarına sahip olmasına bağlı olabileceğini ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının bireylerin yaşadıkları kaygının yüksek olmasına ve buna bağlı olarak da uyku problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabileceğini öne sürmüşlerdir. Çalışmamızda gelir düzeyinin gebelerde uyku kalitesine etki etmediği, sonucun istatistiksel olarak anlam taşımadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bu sonuç araştırmamıza katılan gebelerin %63'ünün orta gelir düzeyine sahip olması, alt gelir ve üst gelir düzeyine sahip gebelerin sayısının az olması ile ilişkilendirilebilir. (4)

Yapılan çalışmalar özellikle kadınlarda çalışma durumunun uyku kalitesi üzerinde kötü etki ettiğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da özellikle vardiya sistemi ile çalışan bireylerin uykusuzluk problemi yaşadıkları, vardiyaların sık değişmesi ve gün içindeki düzensiz çalışmaların uyku sağlığını bozduğu ve vardiyalı çalışanların depresyona daha yatkın, bağışıklık sistemlerinin ise diğer çalışanlara göre daha zayıf olduğu saptanmıştır.(3,4)

Çalışmamızda, araştırmamıza katılan gebelerin çalışma durumlarının uyku kalitesini etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlam taşımadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu sonuç çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğunun (%89) çalışmayan gebelerden oluşması ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda yaş ilerledikçe uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır. Yıldırım ve arkadaşları 105 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada yaş ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptamış, yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığını bildirmiştir. Hedman ve arkadaşları gebelerde yaptıkları araştırmada uykudaki değişikliklerin annenin yaşı ve bebeğin doğum ağırlığıyla ilişkili olduğunu öne sürmekle birlikte yaşlı annelerde gebeliğin son dönemlerinde toplam uyku süresinin az olduğunu bildirmiştir. Buna göre 30 yaşından daha büyük annelerde total uyku süresinin 7 saatten az olduğu bildirilmektedir. (2,4,6)

Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak anne yaşının uyku kalitesini etkilediği görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmamızda 29–45 yaş aralığındaki orta yaş annelerin %91,2'si kötü uyku kalitesine sahiptir. Ayrıca bu gebelerin uyku süresi ve Pittsburg uyku ölçeği global skoru diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p<0,05$). 29-45 yaş aralığındaki orta yaş annelerin genç gruba göre total uyku süresi artmış fakat uyku kalitesi düşmüştür.

Bazı çalışmalarda doğum sayısının gebelik süresince gebelikteki öznel enerji seviyeleri ve uyku üzerine etkisi olduğunu öne süren bulgular bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada tüm trimesterlerde 13 primipar anne ile 16 multipar anne uyku kalitesi açısından karşılaştırılmış, multipar annelerde gece boyunca total uyku süresinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte nullipar annelerle kıyaslandığında gece uyanmaları sık olduğundan multipar annelerin uyku verimliliğinin önemli ölçüde az olduğu saptanmıştır. Ancak multipar annelerin nulliplara göre gece daha sık uyanmalarına rağmen yatakta kaldıkları sürenin arttığı bildirilmiştir. (28)

Çalışmamızda, gebelik ve doğum sayısının uyku kalitesini anlamlı ölçüde etkilemediği ortaya çıkmıştır ($p>0,05$).

Gebelerde trimesterlere göre uyku kalitesini inceleyen çok sayıda çalışma vardır. Karacan ve arkadaşları 22–30 yaş arasında 13 kadın üzerinde uykuyu araştırmış; gebeliğin birinci trimesterinde toplam uyku süresinin çok iyi olduğunu, son trimester içerisinde bulunan grupta NREM evre 2 uyku süresinin, uykuya daldıktan sonra uyanma sıklığının ve uyanıklık süresinin arttığını, hamile olmayan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında NREM evre 4 süresinin önemli derecede azaldığını öne sürmüşlerdir. Driver ve Shapira 5 primipar kadın üzerinde her bir

trimester süresince uyku çalışmaları yürütmüşlerdir. İlk trimesterde uykunun NREM evresinde önemli bir artış bulmuşlar ancak uykunun yalnız ilk 6 saatini analiz edebilmişlerdir. Brunner ve arkadaşları ise Driver ve Shapira'nın aksine 9 gebe kadın üzerindeki çalışma sonuçlarında NREM aktivitesinde azalma olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmalar örneklem sayısının az olması nedeniyle birbiri ile çelişmekte ve geçerliliği şüphe arz etmektedir. Hedman ve arkadaşları 325 gebe üzerinde çalışmışlar, erken gebelik döneminde uyku sırasında birçok değişiklik gözlemişlerdir. Çalışmalarında birinci trimesterde total uyku süresi ve gece uykusunun arttığını, ikinci trimesterde uyku kalitesinin kötüleştiğini, uykuya dalma süresinin kısaltıldığını ve üçüncü trimesterde total uyku süresinin azalarak uyku bozukluklarının ve uyku bölünmelerinin arttığını bildirmişlerdir. Lopes ve arkadaşları 300 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda insomnia prevalansının gebelik öncesi duruma kıyasla ikinci trimesterde %23'lük bir artış gösterirken birinci ve üçüncü trimesterde değişiklik göstermediğini bildirmiştir. (6,28,57)

Çalışmamızda, trimesterler arasında uyku kalitesi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç gebelerin anket sorularını cevaplama aşamasında gerçeği yansıtmadıklarını düşündürmekte birlikte çalışmamıza katılan gebelerin uyku sırasında EEG ile izlenememesi nedeniyle gebelerde uyku evrelerinin ve sürelerinin incelenememesi araştırmamızın eksikliklerindedir.

Yapılan araştırmalarda, hastalıkların uykuyu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Hastalıkların sebep olduğu fiziksel rahatsızlıklar, ağrı gibi durumlar uykuya başlama ve sürdürmede güçlük, uykuya dalamama, gece uyku bölünmesi, sabah erkenden uyanma, gün boyunca uykulu olma ve yorgunluk gibi sonuçlar doğurarak uyku kalitesini kötü yönde etkilemektedir. (4)

Çalışmamızda, gebelerin %25'inde gebeliğe etki eden bir hastalığın var olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gebeliğe etki eden hastalığın varlığı ile uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızdan çıkan bu sonuç literatür ile uyum göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda sigaranın, uyku sorunları ve bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu ve sigara içenlerin uyku kalitelerinin

içmeyenlere göre kötü olduğu belirtilmektedir. Sigara uykuya dalmada güçlüğe ve uykunun bölünmesine neden olabilir. Bu durumun, sigaranın içinde bulunan nikotinin uyarıcı etkisine, gece boyunca olan yoksunluğa, uykudaki solunum sorunlarının içmeyenlere göre daha sık olmasına bağlı olabilir. Çalıyurt çalışmasında, sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında düşük bir korelasyon saptamış, sigara kullanımının PUKİ değerlerini yükselttiğini bulmuştur. (4,59)

Çalışmamızda gebelerin sadece %3'ü sigara kullanmaktaydı. Bu nedenle sigara ve uyku kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak hesaplanmamıştır. Gebelerin sigara kullanma oranlarının düşük oluşu kadınların sigara içmesinin toplumumuzda hoş karşılanmaması ve gebelerin sigaranın bebek üzerindeki kötü etkilerinin bilincinde olması ile ilişkilendirilebilir.

Ohayon ve arkadaşları, Kaneita ve arkadaşları uyku sorunlarına neden olan risk faktörleri arasında alkolün de yer aldığını ifade etmiştir. Çalışmamızda alkol kullanan gebe bulunmamaktadır. Bu durum toplumsal yapı içinde, kadının alkollü içki kullanmasının hoş karşılanmaması ve toplumsal normlardan dolayı olabilir. (60,61)

Uykuda solunum bozuklukları, üretkenliğin ve kişisel performansın azalması, kazaların artması, yüksek morbidite ve mortalite riski ve yaşam kalitesinin azalması gibi oldukça ağır sonuçları nedeniyle bir halk sağlığı sorunudur. Gebelik süresince hormonal ve mekanik faktörler nedeniyle solunum fizyolojisindeki değişiklikler kadınlarda uyku-solunum bozukluklarına zemin oluşturur. Maternal hipoksiye neden olacak herhangi bir durum uykuyu negatif olarak etkileyecektir. Uykuda solunum bozukluklarının en önemli bulgusu horlamadır. Araştırmalar hamile kadınlarda horlamanın hamile olmayan kadınlara kıyasla 4-6 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Mindell ve Jacobson'un çalışmalarında her üç gebe kadından birinde horlamanın görüldüğü ve gebelik süresince uyku apnesinin önemli derecede arttığı, buna bağlı olarak uyanıklığın da arttığını rapor etmişlerdir. Guillemineault ve arkadaşları kronik ve sesli horlamanın gebelik öncesi dönemde %4 iken gebelik döneminde %12'ye çıkarak önemli bir artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Loube ve arkadaşları 350 hamile kadını horlama açısından takip etmişler ve gebelik öncesinde %3,7 olan horlamanın gebeliğin ilk 6 ayında %11,8'e yükseldiğini bildirmişlerdir. Franklin ve arkadaşları gebelik öncesinde yalnızca %4 olan horlama insidansının

gebeliğin son döneminde %23'e yükseldiğini ve horlamanın maternal hipertansiyon, preeklampsi ve fetüste büyüme gelişme geriliği ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Hedman ve arkadaşları da literatürle uyumlu olarak çalışmalarında özellikle yüksek sesli ve tekrarlayan horlamanın gebelik süresince arttığını ve üçüncü trimesterde iki katına çıktığını bildirmişlerdir. Lopes ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada literatürdeki bilgilerin tersine uyku solunum bozukluklarında gebelik öncesi duruma kıyasla tüm trimesterlerdeki gebeler arasında fark olmadığını bildirmiştir. (6,8,17,25,28,38,57)

Çalışmamızda, araştırmamıza katılan gebelerin %28'inin habitüel horlaması olduğu saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak araştırmamızda gebelik haftası ile habitüel horlama arasında istatistiksel olarak anlam bulunmuştur. Bu gebelerin %14,3'ü birinci trimesterde, %46,4'ü ikinci trimesterde, %39,3'ü üçüncü trimesterde yer almaktadır. Bu sonuca göre habitüel horlama en çok ikinci ve üçüncü trimesterde görülmektedir. Ancak bilindiği gibi horlama, uyku solunum bozuklukları sıklıkla hastanın eşi veya yakınları tarafından fark edilen semptomlardır. Çalışmamızın anket aşamasında gebelerin eşlerinin veya yakınlarının olmayışı gerçek insidansı yansıtmamış olabilir.

Obezite, uyku ile ilgili solunum hastalığı için risk faktörüdür. $BKİ > 29 \text{ kg/m}^2$ olanlarda OUAS riski 8–12 kat artmıştır. Özdemir ve arkadaşları fazla kilolu olanlarda apne prevalansının normal ve düşük kilolulara göre 12 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Kara ve arkadaşları şişman olmanın habitüel horlama riskini 2,4 kat artırdığını bulmuşlardır. Van Kranlingen ve arkadaşları ise obez hastalarda uykuda solunum bozuklukları prevalansını %35 olarak saptamışlardır. Sönmez S. yaptığı çalışmada horlama prevalansını obezlerde %66,7, fazla kilolu olanlarda %48, normal kilolularda %29,5 olarak bulmuştur. Gebelerde yapılan çalışmalarda fazla kilo alan obez annelerde uykuda solunum hastalığının daha sık olduğu saptanmış, obez annelerin apne hipopne indeksinin (AHİ: Uyku saati başına düşen apne ve hipopnelerin toplam sayısı) saat başına 1,7 kat artarken obez olmayan annelerde 0,2 kat artış saptanmıştır. (25,33,36,40,62)

Çalışmamızda, habitüel horlaması olan gebelerin $BKİ$ ortalaması $30,93 \pm 6,29 \text{ kg/m}^2$ idi. Habitüel horlaması olmayan gebelerin ise $BKİ$ ortalaması $25,71 \pm 3,89 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edildi. Köken ve arkadaşları yaptıkları çalışmada $BKİ < 30 \text{ kg/m}^2$

olan gebeleri normal kilolu olarak kabul etmiş ve habitüel horlaması olan gebelerde olmayanlara göre BKİ'nin anlamlı ve daha fazla olduğunu saptamıştır. Eryavuz N. hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada BKİ ile uyku kalitesi arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda habitüel horlaması olan gebelerin olmayanlara kıyasla BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı, daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızdaki bu sonuç Köken ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın kısıtlılıkları, habitüel horlaması olan gebe sayısının az olması ve Berlin uyku anketinin kesin OUAS tanısı koydurmamasıdır. (2,38,39)

Yapılan birçok araştırma sonucuna göre, habitüel horlama ile yaş arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Köken ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada habitüel horlaması olan gebelerde olmayanlara göre yaş ortalamasının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda yer alan gebelerde habitüel horlaması olanların yaş ortalaması $29,36 \pm 6,23$ iken, habitüel horlaması olmayan gebelerin yaş ortalaması $25,42 \pm 4,68$ idi. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak yaş ile habitüel horlama arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş yaş ortalaması yüksek gebelerde habitüel horlama varlığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). (39)

Literatürde boyun çevresi <37 cm ve >48 cm düşük ve yüksek OUAS riski olarak tanımlanmıştır. Şahin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada boyun çevresi <38 cm olan gebeleri normal, ≥ 38 cm olan gebeleri ise patolojik olarak sınıflandırmıştır. Buna göre çalışmalarında boyun çevresi ile habitüel horlama arasında ilişki olmadığını öne sürmüşlerdir. Çalışmamızdaki habitüel horlaması olan gebelerin boyun çevresi ortalaması $35,11 \pm 2,57$ cm, horlaması olmayan gebelerin ise $33,71 \pm 1,94$ cm idi. (<38 cm normal, ≥ 38 cm patolojik olarak kabul edildi) Bu ölçüler literatüre bakıldığında risk ifade etmemesine karşın araştırmaya katılan gebelerde boyun çevresi ile habitüel horlama arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (36,38)

Normal popülasyonda beklenen gün içi uykululuk hali %0,5–12 arasında bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada minör psikiyatrik bozuklukların gündüz uykululuğunu 1,76 artırdığı gösterilmiştir. Literatürde yaşın ilerlemesiyle birlikte gündüz uyuklamalarının arttığı bildirilmektedir. Garbarino ve arkadaşları yaptıkları çalışmada vardiyalı çalışmanın Epworth Uykululuk Skalasını etkilemediğini

belirtmişlerdir. Kopar ve arkadaşları Epworth Uykululuk Skalasının uykuda solunum bozuklukları ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Gottlieb ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Epworth Uykululuk Skalası ile horlama sıklığının korole olduğunu saptamışlar ve ortalama Epworth Uykululuk Skalasını horlayanlarda (9.3) horlamayanlarda (6.4) anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Lopes ve arkadaşları gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada gün içi aşırı uykululuk durumunun birinci trimesterde %15, ikinci trimesterde %55 ve üçüncü trimesterde %14 arttığını bildirmiştir. Ayrıca Lopes ve arkadaşları aynı çalışmada gebelerde gün içinde sık sık şekerleme yapma ya da gün içi uyumalarının birinci trimesterde değişmezken ikinci trimesterde %33, üçüncü trimesterde %48'lik bir artış olduğunu bildirmiştir. (4,25,57)

Çalışmamızda, gebelerin sadece %7'sinde artan gün içi uykululuk durumu gözlenmiştir. Gebelerin beden kitle indeksi ile Epworth Uykululuk Skalası arasında istatistiksel olarak anlam bulunmuştur. Araştırmamıza katılan gebelerde, Epworth uykululuk skoru ≥ 10 olan grubun beden kitle indeksi ortalaması $31,13 \pm 7,05$ idi. Bu sonuç obezitenin uykuda solunum bozukluklarına yol açması ve buna bağlı olarak gece uyanmalarının sıklığının artması sonucu gelişen insomnia ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda Lopes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucuna ters bir şekilde gebelik haftasının Epworth Uykululuk Skalasını etkilemediği bulunmuştur. Çalışmamızdan çıkan bu sonuç gebelerin sadece %7'sini kapsamı bakımından gerçeği yansıtmıyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda gebelerin %86'sında kötü uyku kalitesi tespit edilmiştir. Uyku kalitesinin gebelerde yaş, obezite, doktora gitme sıklığı, gebeliğe etki eden hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Gebe kadınlar, uyku bozukluklarını önemsememekte ve bu durumun anneyi doğum sonrası döneme hazırlayacağı inanişindedir. Oysa bu inaniş uyku bozuklukları açısından büyük bir tehdit oluşturan yanlış bir inaniştir. Yapılan çalışmalar, annelik içgüdü, doğuma ilişkin kaygı düzeyindeki artış, bilgi eksikliği,

kadının toplumda aldığı rol sorumlulukları nedeniyle uykuya gereken önemi vermediklerini ve uyku bozukluklarını göz ardı ettiklerini göstermektedir.

Hamilelik süresince uyku problemleri ile ilgili farmakolojik ve davranışsal araştırmalar fetüs üzerine etkisinden dolayı maalesef yapılamamaktadır. Bu yüzden mide yanması için antiasit, noktüri için gece sıvı alımında kısıtlama ve sırt ağrısı için hamile yastığı gibi alternatif müdahaleler ile uyku problemleri çözülmeye çalışılabilir. Bununla birlikte uyku solunum bozukluğu, huzursuz bacak sendromu gibi önemli rahatsızlıkların mümkün olan en iyi zamanda tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca gebelerin uyku ve uyku bozuklukları konusunda bilinçlendirilmesi, kontrollere düzenli gelmelerinin sağlanması, uyku hijyenine yönelik davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bakıcı A., Sevil Ü.(2002). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 3: 56.
2. Eryavuz N.(2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi.Afyon Kocatepe Üniversitesi.
3. Bingöl N.(2006). Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi.
4. Kiper S.(2008). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
5. Şenel F.(2005).Uyku ve Rüya. Bilim ve Teknik Dergisi.2:2-14.
6. Hedman C., Pohjasvaaara T., Tolonen U., et al.(2002). Effects of Pregnancy on Mothers Sleep. Sleep Medicine.3:37-42.
7. Michele L.O., Mary E. Cousins-Read(2007). Sleep Disruption During Pregnancy:’How Does It Influence Serum Cytokines?’ .Journal of Reproductive Immunology.73:158-165.
8. Sharma S., Franco R.(2004). Sleep and Its Disorders in Pregnancy. Wisconsin Medical Journal.103:48-51.
9. Hirschman E.M.(2004). Women and Insomnia. Clinical Cornerstone.6:6-17.
10. Kimya Y., Cengiz C. (2001). Gebeliğe bağlı Annedeki Sistemik Değişiklikler. In:Medikal Network,Berksaç MS, Maternal Tıp ve Perinatoloji, s:676-792, Ankara.
11. Yücel A.(2001). Gebelikte Maternal Fizyoloji, In:Berksaç MS, Maternal Tıp ve Perinatoloji, Medikal Network,s:1025-1039, Ankara.
12. Taşkın L.(2003). Gebelikte Annenin Fizyolojisi,In: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık,6:65-75,Ankara.
13. Samur G.(1999). Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme,Ankara ili Beslenme Alışkanlıkları Sempozyumu Kitabı, VEKAM Yayın, No:1.
14. Edwards N, Middleton PG, Bylton DM, Sullivan CE. Sleep Disordered breathing and pregnancy. Thorax 2002; 57: 555-8.
15. Behan M., Wenninger J.M.(2008). Sex Steroidal Hormones and Respiratory Control. Respiratory Physiology & Neurobiology,164:213-21

16. Tetikkurt C.(1999). Gebelikte Solunum Fiziyojisi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi.31(2):118-21.
17. Trakada G.,Tsapanos V., Spiropoulos K.(2003).Normal Pregnancy and Oxygenation During Sleep. E.J. Obstetrics & Gynecology.109:128-32
18. Suresh L.,Radfor L.(2004). Pregnancy and Lactation.Oral Surgery , Oral Medicine, Oral Pathology. 97(6):672-82.
19. Tuygun K.A.,Yurtseven N.(2006). Gebelik ve Açık Kalp Cerrahisi;Anne ve Fetüs Mortalitesini Nasıl Değiştirebiliriz?. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi.14(1):59-69.
20. Gültekin F.,Sağır S.(1990). Kalp hastalıkları ve Gebelik. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi.10(3):183-89.
21. İmamoğlu D.N.(2005) Anne Kanındaki Demir,Total Demir Bağlama Kapasitesi ve Ferritin Düzeylerinin Fetal değerler ile İlişkisi.Uzmanlık Tezi.Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi.İstanbul.
22. Yıldırım G.,Yaman A., Söylemez F.(1995). Gebeliğin Trombosit Fonksiyonları Üzerine Etkileri. Klinik Jinekoloji ve Obstetrik.5:270-73.
23. Karacan İ.,Özmen E. (1990).Uyku:Etkileyen İlaçlar,Nörokimyasal Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. I(1):18-25.
24. Ertekin Ş.(1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi.
25. Sönmez S.(2006). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde, Horlama, uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi.
26. Erdem N.(2005).Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi.Atatürk Üniversitesi.
27. Yüksel S.(2007).Tip I ve Tip II Diyabetik hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
28. Margaret L.M.,Lauren B.,et al.(2003). Sleep in Women Across The Life Cycle From Adulthood Through Menopause. Sleep Medicine Reviews.17:155-177.

29. Worth J., Onyeije C.I., et al. (2002). The Association Between Fetal and Maternal Sleep Patterns in Third Trimester Pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186:924-25
30. Barbara L.P., Martinez L.F., et al. (2006). Sleep Rhythms and Women's Mood. *Sleep Medicine Reviews*. 10:129-144.
31. Signal T.L., Gander P.H., et al. (2007). Sleep Duration and Quality in Healthy Nulliparous and Multiparous Women Across Pregnancy and Postpartum. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 47:16-22.
32. Lee K.A., Zaffke M.E., Mc Enany G. (2000). Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 95:14-18.
33. Akın N. (2007). Astım Hastalarında Obstruktif Uyku Apne Hipopne Sendromu. Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi.
34. Yavuz Z. (2006). Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Serum Hemosistein Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Uludağ Üniversitesi.
35. Saaresranta T., Polo O. (2003). Sleep-Disordered Breathing and Hormones. *European Respiratory Journal*. 22:161-72.
36. Demir U.A. (2007). Obstruktif Uyku Apne Sendromu ve Obezite. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 38:177-193.
37. Scott F.R., Laird B. (2004). Obstruktive Sleep Apne in Pregnancy. *JABFP*. 17:292-94.
38. Şahin K.F., Köken G., ve ark. (2008). Gebelikte Uyku Apne Sendromu ve Eşlik eden Hastalıklar. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 5:22-27.
39. Köken G., ve ark. (2008). Habitüel Horlamalı Gebelerde Serum Leptin Düzeyi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 5:17-21.
40. Daniel I.J., Poceta J.S., et al. (1996). Self-Reported Snoring in Pregnancy. *American College of Chest Physicians*. 109:885-89.
41. Gulleminault C., et al. (2000). Normal Pregnancy, Daytime Sleepiness, Snoring and Blood Pressure. *Sleep Medicine*. 1:289-97.
42. Şahin K.F., ve ark. (2007). Gebelerde Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 4:246-49.

43. Kaynak K.D.(2007).İnsomnia Yakınması Ardında Yatan Uyku Bozuklukları;Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu,Derleme.İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöropsikiyatri Arşivi.44:95-100.
44. Atlı H.,Çölbay M.,ve ark.(2008).Hemodiyaliz Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu.Bakırköy Tıp Dergisi.4:8-13.
45. Zuccani M., Ferini-Strambi L.(2004).Epidemiology and Clinical Findings of Restless Legs Syndrome.Sleep Medicine.5:293-99.
46. Manconi M.,Ferini-Strambi L.,Hening W.A.(2005).Pregnancy Associated with Daytime Sleepiness and Nighttime Restlessness.Sleep Medicine.6:477-78.
47. Manconi M.,Vittorio G.,et al.(2004).Pregnancy as a Risk Faktör for Restless Legs Syndrome.Sleep Medicine.5:305-8.
48. Yüksel G.,Varlıbaş.F.,ve ark.(2006).Huzursuz bacak Sendromu Klinik ve Demografik Değerlendirme.Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi.9(2):94-103.
49. Arslan E.(2006).Anemik Hastalarda Huzursuz Bacak Sendromu Prevalansı ve Anemi Derecesi ile Semptomların Şiddeti Arasındaki İlişki.Uzmanlık Tezi.Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi.İstanbul.
50. Arslan S.,Yetkin S.,Albayrak S.F.,ve ark.(2003).Hipersomnia ile ilgili Belirtilerin Ankara'nın Kentsel Bir Bölgesinde Yaygınlığı.Araştırma.Gazi Üniversitesi.Ankara.
51. Buysse D.J.,Reynolds C.F. 3rd.,Monk.T.H.,et al.(1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric and Research.Psychiatry Res.28:193-213.
52. Smyth C.(1999). The Pittsburg Sleep Quality Index.(PSQI).<http://www.Hartfordign.org/publications/trythis/issueob.pdf>
53. Ağargün M.Y.,Kara H.,Anlar O.(1996).Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliliği.Türk Psikiyatri Dergisi7(2):107-115.
54. Netzer et al.(1999).Using The Berlin Questionnaire to Identify Patients at Risk for the Sleep Apnea Syndrome.*Ann Intern Med.*131(7):485-491.

55. Karakoç Ö.,Akçam T.,ve ark.(2007). Horlama ve Obstruktif Uyku Apne li Hastalarda Epworth Uykululuk Skalasının Güvenirliliği. KBB Forum.net.6(3):86-89.
56. Altıntaş H.,Sevencan F.,ve ark.(2006).HÜTF Dönem Dört Öğrencilerinin Uyku Bozukluklarının ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile Değerlendirilmesi.*Sted*.15:114-19.
57. Lopes A.E.,et al.(2004).Sleep Disordered in Pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr*.62(2-a):217-22.
58. Dzaja A.,Arber S.,et al.(2005).Women's Sleep in Health and Disease. *Journal of Psychiatric Research*.39:55-76.
59. Çalıyurt O.(1998). Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Edirne.
60. Ohayon M.M. ve ark, (2001). “ Risk Factors for sleep Bruxism In The General Population”, *Chest*, 119(1): 53-69.
61. Yoshitaka K.,Tahaski O.,et al.(2005). Relation of Smokig and Drinking to Sleep Disturbance Among Japanese Pregnant Women.*Preventive Medicine*.41:877-82
62. Maasilta P.,Bachour A.,et al.(2001).Sleep-Related Disordered Breathing During Pregnancy in Obese Women.*CHEST*.120:1448-54.

EK: 1**ANKET FORMU**

1. Yaşınız:..... 2. Boyunuz:..... 3. Kilonuz: 4. Boyun çevresi:.....
5. Gebelik öncesi kilonuz:.....
6. Şu an ki gebeliğiniz kaçınıcı gebeliğiniz:.....
7. Toplam gebelik sayınız:..... 8. Yaşayan çocuk sayısı:.....
9. Düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelikleriniz var mı?
a) Var b) Yok
10. Varsa türünü ve sayısını belirtiniz:
11. Şu andaki gebelik haftanız:
- 12 Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur yazar değil
b) Okur yazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Üniversite
13. Mesleğiniz?
a) Ev hanımı / çalışmıyor
b) Memur
c) Özel bir şirkette çalışıyor
d) Emekli
e) Diğer
14. Aylık net geliriniz?
a) < 500 YTL
b) 500-1000 YTL
c) 1000-2000 YTL
d) 2000 YTL ve üzeri
15. Nerede yaşıyorsunuz?
a) şehir b) ilçe c) kasaba d) köy e) yurt dışı

16. Sosyal güvenceniz?

- a) SSK b) Emekli Sandığı c) Bağkur d) Diğer

17. Ailedeki birey sayınız:

18. Sigara kullanıyormusunuz?

- a) Evet b) Hayır

19. Kullanıyorsanız kaç yıldır günde kaç tane tüketiyorsunuz:

20. Alkol tüketiyormusunuz?

- a) Evet b) Hayır

21. Gebeliğiniz boyunca kaç kez doktora gittiniz:

22. Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı?

- a) Evet b) Hayır

23. Gebeliğiniz boyunca hiç uyku ilacı kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

24. Gebeliğinize eşlik eden bir hastalığınız var mı?

- a) Var b)Yok

25. Cevabınız var ise türünü belirtiniz.

- a) KBY
b) Hipertansiyon
c) Preeklampsi
d) Eklampsi
e) KAH
f) Kalp yetmezliği
e) HELP sendromu
f) Diabet
g) Diğer

EK: 2

PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

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

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ:.....

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

DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

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

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

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

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

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

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

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

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

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

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

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

(j) Diğer neden(ler) lütfen

belirtiniz.....

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

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

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

{ }Çok iyi
 { }Oldukça iyi
 { }Oldukça kötü
 { }Çok kötü

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

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

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

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

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

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

EK: 3**BERLİN UYKU ANKETİ**

1. Ağrlığınızda değişiklik oldu mu? Arttı Azaldı Değişmedi
2. Horlar mısınız? Evet Hayır Bilmiyorum
3. Horlamanızın şiddeti nasıl? Nefes alma sesi gibi
 Konuşma sesi gibi
 Konuşma sesinden daha sesli
 Çok sesli
4. Horlama sıklığımız? Hemen hemen her gün
 Haftada 3-4 gün
 Haftada 1-2 gün
 Ayda 1-2 gün
 Hiç ya da hemen hemen hiç
5. Horlamanız diğer insanları rahatsız ediyor mu? Evet Hayır
6. Nefesinizde durma ne sıklıkla fark ediliyor? Hemen her gün
 Haftada 3-4 gün
 Haftada 1-2 gün
 Ayda 1-2 gün
 Hiç ya da hemen hemen hiç
7. Uykudan sonra yorgun oluyor musunuz? Hemen her gün
 Haftada 3-4 gün
 Haftada 1-2 gün
 Ayda 1-2 gün
 Hiç ya da hemen hemen hiç
8. Uyanık olduğunuz sürede yorgun oluyor musunuz? Hemen her gün
 Haftada 3-4 gün
 Haftada 1-2 gün
 Ayda 1-2 gün
 Hiç ya da hemen hemen hiç

9. Araba kullanırken hiç uyuyakaldınız mı? Evet Hayır
10. Tansiyon yüksekliğiniz var mı? Evet Hayır Bilmiyorum
11. Daha önce iş kazası geçirdiniz mi? Evet Hayır

EK: 4**EPWORTH UYKULULUK SKALASI**

Son zamanlarda, günlük yaşantınız içinde, aşağıda belirtilen durumlarda hangi sıklıkla uykularsınız (buradan yorgun hissetmek değil, uyuklamak veya uyuya kalmak anlaşılmalıdır)? Bu şeylerden birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, böyle bir durumun, sizi nasıl etkileyeceğini düşünmeye çalışarak cevap veriniz.

DURUM		Uyuklama olasılığı			
1	Oturmuş birşeyler okurken	0	1	2	3
2	Televizyon seyredirken	0	1	2	3
3	Toplum içinde hareketsizce otururken. (örneğin: herhangi bir toplantıda veya tiyatro gibi yerlerde)	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az bir saat süren bir araba yolculuğunda <i>yolcu</i> olarak bulunurken	0	1	2	3
5	Öğleden sonra koşullar uygun olduğunda, dinlenmek için uzanmışken	0	1	2	3
6	Birisiyle oturmuş konuşurken	0	1	2	3
7	Alkol almadığım bir öğle yemeğinden sonra sessizce otururken	0	1	2	3
8	İçinde olduğum araba, trafikte bir kaç dakika için durduğunda	0	1	2	3
TOPLAM					