

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FARKLI TRİMESTERDEKİ GEBELERİN OKÜPASYONEL
PERFORMANS, PRENATAL DİSTRES, UYKU VE YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Erg. Sümeyye ATLIKAN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FARKLI TRİMESTERDEKİ GEBELERİN OKÜPASYONEL
PERFORMANS, PRENATAL DİSTRES, UYKU VE YAŞAM
KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Erg. Sümeyye ATLIKAN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sedef ŞAHİN**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI

**FARKLI TRİMESTERDEKİ GEBELERİN OKÜPASYONEL PERFORMANS, PRENATAL DİSTRES,
UYKU VE YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Sümeyye Atlıkan

Doç. Dr. Sedef Şahin

Bu tez çalışması 09.01.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Esra Akı* (imza)
Hacettepe Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Sedef Şahin* (imza)
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Bahadır* (imza)
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

12 Ocak 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

... / ... / 2022

Sümeyye ATLIKAN

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Sedef ŞAHİN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Erg. Sümeyye ATLIKAN

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, tez çalışmamın planlanmasında ve düzenlenmesinde tecrübelerini paylaşan, yorulduğum, pes ettiğim noktada beni tutup kaldıran,yoğun destekleriyle her zaman yanımda olan, değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Sedef ŞAHİN'e,

Akademik bakış açılarıyla tezimin gelişmesi için katkı sağlayan saygıdeğer jüri üyeleri, Prof. Dr. Esra AKI ve Dr. Öğr. Üyesi Zeynep BAHADIR'a,

Lisansüstü eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli Ergoterapi Bölümü hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Gebelere ulaşma sürecimde uygun ortam ve şartları hazırlayan Bartın Devlet Hastanesi İdaresine, gebe yönlendirmeleriyle işimi kolaylaştıran sevgili Uzman Doktorlarımıza ve bu süreçte her zaman yanımda olan çalışma arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçlerinde kıymetli vakitlerinden banada ayırarak tezime katkı sağlayan tüm gebelere,

Lise yıllarımdan başlayarak bu zamanlara kadar uzanan dostluğumuzda, akademik ve özel hayatımda her zaman destekçim olan canım dostum Fzt. Vildan KAHRAMAN'a,

Bu yoğun tez yazma sürecinde ve hayatımın her anında desteğini derinden hissettiğim, bütün sabrı ve sevgisiyle yanımda olan, yol arkadaşım, canım eşime,

Her koşulda var olan sonsuz sevgi ve fedakarlıklarıyla bu günlere gelmemi sağlayan, yine her koşulda en derinlerde desteklerini hissettiğim güzel aileme, kardeşlerim Senanur ALAKUŞ ve Züleyha ARMUT, canım annem Huri ALAKUŞ ve canım babam Nurettin ALAKUŞ'a

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

ATLIKAN S., Farklı trimesterlerdeki gebelerin oküpasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Bu çalışma farklı trimesterlerdeki gebelerin oküpasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır. Çalışmamıza 1.,2. Ve 3. Trimesterlerden 50'şer olmak üzere 150 gebe birey dahil edilmiştir. Katılımcıların oküpasyonel performans ve memnuniyetlerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ), distres düzeylerini değerlendirmek için Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ), uyku kalitelerinin değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve yaşam kalitelerini değerlendirmek için Kısa Form-36 (SF-36) ölçekleri kullanılmıştır. Sonuç olarak farklı trimesterlerdeki gebelerin oküpasyonel performans ($p<0,01$) ve memnuniyet ($p<0,01$) düzeyleri ve uyku kaliteleri ($p<0,01$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Gebelerin toplam stres puanları trimesterler ilerledikçe artmasına rağmen, trimesterler arasında prenatal distres düzeylerinde anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Gebelerin yaşam kalitesi alt parametreleri incelendiğinde trimesterler arasında fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ($p=0,001$), emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ($p=0,001$), enerji/vitalite ($p=0,014$), ruhsal sağlık ($p=0,001$), sosyal işlevsellik($p=0,001$), genel sağlık algısı ($p=0,005$) olmak üzere ağrı hariç bütün alt parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Gebelerin oküpasyonel performans ve memnuniyet puanlarıyla, stres, uyku ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt parametrelerinin birçoğu arasında istatistiksel anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak farklı trimesterlerdeki gebelerin süreç ilerledikçe, oküpasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinin, uyku ve yaşam kalitelerinin azaldığı, stres düzeylerinde ise artma olduğu ve bunların birbirini etkileyebileceği görülmüştür. Ergoterapistlerin gebeliğin her aşamasında takip süreçlerine dahil edilmesinin, gebelerin oküpasyonel performans, stres, uyku ve yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkileri olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Ergoterapi ve Gebelik, Oküpasyonel Performans, Prenatal Distres, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

ATLIKAN S., Comparison of occupational performance, prenatal distress, sleep and quality of life of pregnant women in different trimesters, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Occupational Therapy Programme Master Thesis, Ankara, 2023. This study was planned to compare the occupational performance, prenatal distress, sleep and quality of life of pregnant women in different trimesters. 150 pregnant individuals, 50 from each of the 1st, 2nd and 3rd trimesters, were included in our study. Canadian Activity Performance Measure (COPM) to assess participants' occupational performance and satisfaction, Prenatal Distress Scale (PDI) to assess their distress levels, Pittsburg Sleep Quality Scale (PUKI) to assess their sleep quality, and Short Form-36 (SF-36) to assess their quality of life scales were used. As a result, a significant difference was found between the occupational performance ($p<0.01$) and satisfaction ($p<0.01$) levels and sleep quality ($p<0.01$) of pregnant women in different trimesters. Although the total stress scores of pregnant women increased as trimesters progressed, no significant difference was found in prenatal distress levels between trimesters ($p>0.05$). When the sub-parameters of the quality of life of the pregnant were examined, physical function ($p=0.001$), role limitations due to physical function ($p=0.001$), role limitations due to emotional function ($p=0.001$), energy/vitality ($p=0.014$), mental health ($p=0.001$), social functionality ($p=0.001$), general health perception ($p=0.005$) sub-parameters were statistically significant, between trimesters. It was found that there was a statistically significant correlation between the occupational performance and satisfaction scores women and some sub-parameters of the stress, sleep and quality of life scales of the pregnant. As a result, it was observed that as the trimesters progressed, the levels of occupational performance and satisfaction, sleep and quality of life decreased, while the stress levels increased and these could affect each other of the pregnant women in different trimesters. We think that the inclusion of occupational therapists in the follow-up processes at every stage of pregnancy will have positive effects on occupational performance, stress, sleep and quality of life of pregnant women.

Keywords: Occupational Therapy and Pregnancy, Occupational Performance, Prenatal Distress, Quality of Life, Sleep Quality

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik Kavramı	3
2.2. Gebelik Dönemleri	4
2.2.1. Birinci Trimester (0-14 Hafta)	4
2.2.2. İkinci Trimester (14-28 Hafta)	5
2.2.3. Üçüncü Trimester (28 ve sonrası haftalar)	6
2.3. Gebelikte Meydana Gelen Maternal Değişiklikler	7
2.3.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler	7
2.3.2. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler	12
2.4. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar	13
2.5. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)	19
2.6. Aktivite (Oküpyonel Performans)	21
2.7. Prenatal Distres	23
2.8. Uyku	25
2.8.1. Uyku Evreleri	26
2.8.2. Uyku Kalitesi	26
2.8.3. Gebelerde Uyku Kalitesi	27
2.9. Yaşam Kalitesi	27
2.9.1. Gebelerde Yaşam Kalitesi	28
2.10. Gebelerde Ergoterapi	29

3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Bireyler	33
3.2. Veri Toplama Araçları	34
3.2.1. Gebe Bilgi Formu	34
3.2.2. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)	35
3.2.3. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	36
3.2.4. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	37
3.2.5. Kısa Form Sağlık Anketi (SF-36))	38
3.3. Verilerin Analizi	38
4. BULGULAR	40
4.1. Sosyo-demografik Bilgilere İlişkin Bulgular	40
4.2. Obstetrik Bilgilere İlişkin Bulgular	43
4.3. Oküpyasyonel Performans ve Memnuniyet Bulguları	45
4.4. Prenatal Distres Bulguları	48
4.5. Uyku Kalitesi Bulguları	48
4.6. Yaşam Kalitesi Bulguları	50
4.7. Korelasyon Analizi Bulguları	51
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER	
EK-1. Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı	
EK-2. Tez Çalışması Orjinallik Raporu	
EK-3. Dijital Makbuz	
EK-4. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-5. Gebe Bilgi Formu	
EK-6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	
EK-7. Prenatal Distres Ölçeği	
EK-8. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	
EK-9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
\bar{x}	Ortalama
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
Max	Maksimum
Min	Minumum
n	Gebe sayısı
NREM	Hızlı Olmayan Göz Hareketleri
p	İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
PDÖ	Prenatal Distres Ölçeği
PUKİ	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği
r	Korelasyon Katsayısı
REM	Hızlı Göz Hareketleri
SF-36	Kısa Form SF-36
SPSS	Statistical Package for the Social Scie
SS	Standart Sapma
SWS	Yavaş Dalga Uykusu
x^2	Ki kare
YGYA	Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri
Z	Z tablo değeri

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Dünya sağlık örgütü ICF modeli	20
2.2.	Kanada oküpyonel performans modelinin bileşenleri	22
3.1.	Çalışma akış şeması	34

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Trimesterlerin haftalık ayrımı	4
2.2. Gebeliğin Farklı Dönemlerinde sık karşılaşılan sorunlar	14
2.3. Ergoterapi referans çerçevesine göre oküpyasyonel performans alanları	23
3.1. Gebe bilgi formu soruları	35
4.1. Gebelerin yaş ve evlilik yılı bilgilerine ilişkin bulgular	41
4.2. Gebelerin Sosyo-demografik bilgilerine ilişkin bulgular	42
4.3. Gebelerin gebelik haftalarına ilişkin bulgular	44
4.4. Gebelerin obstetrik bilgilerine ilişkin bulgular	45
4.5. Gebelerin problem yaşadıkları oküpyasyon alanlarına ilişkin bulgular	46
4.6. Gebelerin oküpyasyonel performans ve memnuniyet puanlarına ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması	47
4.7. Gebelerin prenatal distres ve alt parametrelerine ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması	48
4.8. Gebelerin uyku kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması	49
4.9. Gebelerin trimesterlere göre uyku kalitelerinin dağılımı	50
4.10. Gebelerin yaşam kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulguları ve trimesterlere göre karşılaştırılması	51
4.11. 1.trimester oküpyasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları	52
4.12. 2. trimester oküpyasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları	52
4.13. 3.trimester korelasyon oküpyasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları	53

1. GİRİŞ

Gebelik; fertilizasyondan doğuma kadar geçen, süresi son menstrüasyonun ilk gününden itibaren yaklaşık olarak 9 ay 10 gün veya 40 hafta olan, bir fetüsün doğumuyla tamamlanan bir süreçtir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) doğum istatistiklerine göre, 2021 yılında ülkemizde canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 79 bin 842 olmuştur (2).

Gebelik süreci, anlaşılmayı kolaylaştırmak adına, birbirini takip eden yaklaşık olarak üçer aylık dönemlerden oluşur ve bu dönemlere ‘trimester’ adı verilir (1). 1. Trimester 0-14 arası haftaları kapsar, gebelik haberinin yeni alındığı, ambivalans duyguları kapsayan bir dönemdir (3). 2. Trimester 14-28 haftaları kapsar ve uyum süreci olarak seyrederken, 3. Trimester ise 28 ve sonrası haftaları kapsar, doğumun yaklaşmasıyla doğum korkusu ve psikolojik yakınmaların arttığı dönemdir (4, 5).

Gebelik kadınların biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreçtir. Bu doğal süreç çerçevesinde gebelerin vücudunda pek çok yapısal ve işlevsel değişiklikler olmaktadır (1, 6). Üreme sisteminde, kas ve iskelet sisteminde, memelerde, ciltte, solunum, sindirim, kardiyovasküler, üriner, metabolik ve endokrin sistemlerinde ve psikolojide değişiklikler meydana gelmektedir (7, 8).

Bu dönem biyo-psiko-sosyal denge bozulup aile içinde ve iş yerinde rollerin değişebildiği, yaşamda krizlerin ortaya çıkabildiği, yeni rollere adapte olunması gereken bir dönemdir. Bu nedenle fizyolojik faktörlerle birlikte psiko-sosyal faktörlerde gebeliği etkileyen faktörler arasındadır (1, 9). Kadınların vücutlarında gebeliğe bağlı sistemlerinde hem hormonal hemde mekanik olarak meydana gelen değişiklikler, gebelerin süreçleri boyunca değişerek ve çeşitlenerek devam eden bir takım şikayetler, rahatsızlıklar ve yakınmalara sebebiyet vermektedir (10). Gebenin gebelik sürecinde görülen bu değişikliklere yeterli uyum sağlayamaması gebenin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir (11-13). Gebelerin %97'sinde, gebeliğin üçüncü trimesterinde uyku bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Gebelikte uyku kalitesinin bozulması doğum sonrası depresyon riskini artırırken, uyku kalitesinin düzeltilip, bozukluklarının giderilmesi depresif belirtileri azaltabilir (14, 15).

Gebelikte oluşan değişimler kadınların oküstasyon katılımlarını, rollerini yerine getirme becerilerini, üreme sağlığını ve yaşam kalitelerini etkileyebilir. Kadınların hamilelik öncesi, hamilelikte ve sonrasında oküstasyonel performansını

etkileyen pek çok parametre bulunabilir ve ergoterapistler bu parametrelere özgü kişi merkezli müdahaleler planlarlar (16).

Ergoterapistler yeni doğan yoğun bakım klinikleri, el terapisi/rehabilitasyon ortamları, psikiyatrik anne-bebek birimleri ve giderek artan bir şekilde doğum servisleri gibi çeşitli bağlamlarda perinatal dönemdeki kadınları destekleyebilir ve rehabilitasyon hizmetlerinde daha aktif rol oynayabilir (17-19). Ergoterapistler, kadın sağlığı alanında, doğum öncesi, sırasında ve sonrasında özellikle hamilelik-lohusalık döneminde, hastalar ve aileleri ile sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve biyopsikososyal rehabilitasyon konularında kendilerini, bağımsızlık ve katılımı desteklemek amacıyla geliştirmişlerdir. Ancak bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar yaygın değildir (20). Ergoterapistlerin pek çok alandaki rollerine dair araştırmalar mevcut olmasına karşın, perinatal sağlık alanında çalışan ergoterapistlerin rollerine dair çalışmalar çok kısıtlı kalmaktadır (17, 21).

Literatürde belirtilen bilgiler doğrultusunda bu çalışmada farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışma hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

H01: Farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performansları arasında fark yoktur.

H02: Farklı trimesterdeki gebelerin prenatal distres düzeyleri arasında fark yoktur.

H03: Farklı trimesterdeki gebelerin uyku kaliteleri arasında fark yoktur.

H04: Farklı trimesterdeki gebelerin yaşam kaliteleri arasında fark yoktur.

H05: Farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performansları ile prenatal distres, uyku ve yaşam kaliteleri arasında ilişki yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Kavramı

Gebelik; “fertilizasyondan doğuma kadar geçen, süresi son menstrüasyonun ilk gününden itibaren yaklaşık olarak 9 ay 10 gün veya 280 gün veya 40 hafta olan, herhangi bir rahatsızlık veya antenatal(doğum öncesi) komplikasyon olmadan, bir fetüsün doğumuyla tamamlanan” bir süreçtir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) doğum istatistiklerine göre, 2021 yılında ülkemizde canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 79 bin 842 olmuştur (%51,3'ü erkek, %48,7'si kız) (2).

Kadınlar, çocukluktan yaşlılığa kadar uzanan yaşam döngülerinde, yeni bir canlının var olması için rahminde bir yaşam sürdürebilme ayrıcalığına sahip yegane varlıklardır. Bu an bir kadının yaşadığı tüm dönemler içinde fiziksel ve psikolojik değişiklikleri de barındıran en özel dönemlerden biridir (7).

Gebelik, kadınların vücutlarında yeni bir yaşam oluşturma sürecinin vermiş olduğu, doğal bir süreç olmasına rağmen; aynı zamanda kadınların biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreçtir. Bu doğal süreç çerçevesinde kadının vücudunda pek çok yapısal ve işlevsel değişiklikler meydana gelmektedir (1, 6). Gebelik döneminin, yeni bir beden ve mesleki imajın inşası ile ilişkili metabolik ve hormonal değişikliklerin neden olduğu yeni fiziksel ve zihinsel denge biçimleri talep ettiği ve bu algıların doğum ve doğum sonrası deneyimlere yüklenen anlamlarla ilgili olduğu açıktır (6). Bu dönem genellikle heyecan, beklenti ve belirsizlik dönemi olarak görülse de anne organizmasındaki meydana gelen bu anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmesi, büyüyüp gelişmesi, metabolik gereksinimlerinin karşılanması ve doğum eylemi için gerekli tüm vücudu etkileyen önemli değişikliklerdir. Bu değişiklikler döllenmeden sonra başlayıp, gebelik sonuna kadar çeşitlenerek devam edecektir (8, 22, 23).

Gebelik kadınlardan, aileden ve toplumdan, döneme özgü uyarlanabilir bir davranış biçimi gerektiren fiziksel, psikolojik, manevi, bilişsel ve sosyoekonomik değişimlerin bulunduğu bir evredir. Gebelik döneminin, yeni bir beden ve oküpyonel imgenin inşası ile ilişkili metabolik ve hormonal değişikliklerin neden olduğu yeni fiziksel ve zihinsel denge biçimleri gerektirdiği açıktır ve bu algılar,

doğum ve doğum sonrası deneyimlere atfedilen anlamlarla ilgilidir (6, 24). Her kadının gebeliği kendine özeldir. Gebelik sürecinde kadınların davranış şekilleri, gebenin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişmektedir (25). Gebelik dönemi, kadınların, ailenin ve toplumun uyumlu bir tepkisini gerektiren, fizyolojik psikolojik ve sosyoekonomik değişimlerin bütünüdür.

Gebelik, gebe ve ailesi için biyo-psiko-sosyal adaptasyonun gerekli olduğu bir süreçtir. Bu dönemde biyo-psiko-sosyal denge bozulup aile içinde ve iş yerinde rollerin değişebildiği, yaşamda krizlerin ortaya çıkabildiği, yeni rollere uyum gerektiren bir dönem olarak tanımlanabilir. Bu nedenle fizyolojik faktörler kadar, psiko-sosyal faktörlerde gebeliği etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır. Bu faktörlerin neden olabileceği problemlere karşı gebenin gebelik boyunca kendisini dengede tutabilmesi, anne ve fetüs sağlığı açısından oldukça önemlidir (1, 9).

2.2. Gebelik Dönemleri

Gebelik süreci, anlaşılmayı kolaylaştırmak adına, birbirini takip eden yaklaşık olarak üçer aylık dönemlerden oluşur ve bu dönemlere ‘trimester’ adı verilir. Latince kökenli olan bu terim ‘üç ay’ anlamına gelmektedir. Her dönem kendine özgü özellikleri, değişiklikleri ve uyum süreçlerini bünyesinde barındırmaktadır (1).

Tablo 2.1. Trimesterlerin haftalık ayrımı

TRİMESTERLER	KAPSADIĞI HAFTALAR
1. TRİMESTER	0-14 hafta
2. TRİMESTER	14-28 hafta
3. TRİMESTER	28 hafta ve sonrası hafta

2.2.1. Birinci Trimester (0-14 Hafta)

İlk trimester, gebelik haberinin yeni alındığı dönemdir. Gebeler bu dönemde içinde buldukları duruma, gebe olma gerçeğine uyum aşamasındadırlar. Gebeliğe bağlı olarak meydana gelen fiziksel ve duygusal değişikliklerle ilk kez karşı karşıya kalmıştır. İçerisinde mutluluk, heyecan ve şaşkınlık barındıran bu değişikliklere bağlı olarak günlük yaşamda etkilenmeler ve bazı kısıtlamalar ortaya çıkmaya başlamıştır (1). Erken gebelik dönemlerinde, kadınların duygularının fizyolojik

değişikliklerle ilişkili semptomlarla karakterize edilir. Bu semptomlar, bulantı, kusma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, göğüslerde hassasiyet, üriner sistem rahatsızlıkları, abdomende rahatsızlıklar, idrara çıkma sıklığında artış, iştahın artması veya azalması, mide rahatsızlıkları, kokulara karşı hassasiyet, kabızlık, vajinal salgıda artma, varis, ödem, kas krampları, bel ağrısı, yorgunluk hissi, solunum sıkıntısı, uykuya yönelim, cinsel istekte azalmasıdır (26).

Kadının gebeliğe olan tutumu, gebeliğe uyum sürecini etkiler. Gebeliğin kabullenildiği trimester sonuna doğru ambivalans duygular yerini içinde bulunduğu durumdan hoşnut olma, anatomik ve fiziksel yakınmaları tolere edebilme, hem kendisinin hem de çevresinin gebelik ve doğumla başarılı bir şekilde mücadele edebileceğine dair güven duygularını kazanmaya başlar (27) .

Bu dönem karmaşık duygular dönemidir. Kadının gebelik süreciyle ilgili korku ve umut duygularını eş zamanlı ve yoğun olarak yaşadığı bir dönemdir. Bu duygular sebebiyle bazen gebeler anlaşılamamaktan çekinir ve yakınıdır. Gebeler bu duygusal gelgitler karşısında ani duygu ve mizaç değişiklikleri, aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani öfkelenme, aşırı sevinç hali gibi sebepsiz duygu değişimleri yaşayabilirler (3).

2.2.2. İkinci Trimester (14-28 Hafta)

Bu trimesterde ambivalans duygular yerini dengeye bırakır, uyum dönemi başlamıştır ve fiziksel vücut değişiklikleri hızlanmış ancak bu değişikliklere alışılmıştır. Anne karnında gelişen fetüsün hareketlerinin hissedilmesiyle birlikte artık gebelik daha somut bir kavramdır, bu durumun alışma sürecini hızlandırmaya katkı sağladığı bilinmektedir. İkinci trimester döneminde; gebelerde hızlı kilo artışı, memelerde hassasiyet, uterusda büyüme gibi fiziksel değişikliklerin oluşmasıyla kadında ambivalans duygular kaybolmaya başlarken, yaşam kalitesinde de azalmalar görülebilmektedir (1).

İkinci trimesterde gebelik, gebenin kendisi, ailesi ve çevresi tarafından mutlulukla karşılanan bir dönemdir. Gebe, fetüsün canlılığını hissetmeye başlamasıyla birlikte fetüs ile olan duygusal bağda güçlenmeye başlamıştır (27).

Bu dönemde; gebeliğin birinci trimesterındaki bulantı, kusma, evde veya iş yerinde uykululuk hali ve yorgunluk gibi fiziksel yakınmaların azalmasıyla cinsel

istekde tekrar artış gözlemlenebilir (28). Bu dönemde gebenin gebelik süreci ve bebekle ilgili, sağlıklı bir gebelik geçirmek için araştırmalar yaptığı, ayrıntılı bilgiler edinmeye başladığı dönemdir (29).

2.2.3. Üçüncü Trimester (28 ve sonrası haftalar)

Bu trimester, gebeliğin son evresidir. Bu dönemde ikinci trimesterde sönen ambivalans duygular yeniden açığa çıkmaya başlar. Bunun sebebi gebeliğin getirmiş olduğu değişikliklerin günlük hayatta yüksek derecede hissedilir olmasıyla birlikte, yorgunluk hissinin artması, uyumun güçlenmesi, daha fazla desteğe ihtiyaç duyup bağımsızlığının azalması ve doğumun yaklaşmasıyla beraber bu konudaki kaygılarının artmasıdır (1, 3).

Doğuma iyice yaklaşılmış olan bu dönemde bebek için hazırlıklar da hızlanmaya başlamıştır. Gebe heyecanla bebek için hazırlıkları hızlandırmış, odası, giysileri, ismi gibi bebekle ilgili işlere yoğunlaşmıştır. Gebe doğum ve doğum sonrasıyla ilgili olarak bilgilenmekte ve annelik rolüne kendini hazırlamaktadır. Bu dönemde gebede; yorgunluk hissi, uyku problemleri, mide rahatsızlıkları, iştahta artma, rahimde aralıklı olarak oluşan doğuma hazırlayıcı kasılmalar, bacaklarda gözlemlenen kramp ve ödem, varisler, hemoroidler, konstipasyon, sırt ağrısı, yorgunluk, uyumada güçlük, baş ağrısı, solunum sıkıntısı, göğüslerden süt gelmesi, cinsel istek azalması gibi fiziksel ve emosyonel yakınmalar gözlemlenir (3, 30-32).

Gebeliğin üçüncü trimesterinde fiziksel yakınmaların şiddeti artmaktadır. Yeni bir rol olan anneliğin vermiş olduğu artan sorumluluk hissi gebenin psikolojik olarak da doğum ve sonrası dönem için hazırlanmasını gerektirmektedir (33).

Kadının fiziksel görünümü belirgin olarak değişmiştir. Uterustaki büyümeye bağlı olarak gebe kadın günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanır, çabuk yorulur ve bu sorunlarla baş etmede zorluk yaşar (34).

Doğumun yaklaşmasıyla beraber bu dönemin en belirgin duygusal problemi, doğum korkusudur. Gebede doğuma bağlı ağrı hissi, zor doğum olma ihtimali, ölüm korkusu, bebeğine zarar gelmesi ve bebeğinin kaybetme ihtimali, doğum sürecinin kendi içindeki bilinmezliği, ne yapacağını bilememe, yeterli sağlık desteği görememe gibi konularda korku ve kaygılar artabilmektedir (4, 5).

2.3. Gebelikte Meydana Gelen Maternal Değişiklikler

Gebelik doğal bir süreç olarak karşılanmasına rağmen, kadında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Döllenmenin ardından başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde devam ettirmek, fetüsün metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum süreci için gerekli anatomik değişiklikleri oluşturmak amacıyla gerçekleşir (8). Anne karnında büyüyen fetüsün varlığı hamile kadına fazladan bir fizyolojik yük getirir ve hamileliğe verdiği yanıtların çoğu bu artan yükten kaynaklanır. Hamilelik, tüm metabolizmayı değiştirerek organizmanın bazı işlevleri hızlandırmasını sağlar (7).

2.3.1. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Üreme Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Uterus kasılma ve gevşeme özelliğine sahip olan bir yapı olması gerekçesiyle, gebelik sürecinde gerçekleşen hormonal faktörler sebebiyle şekil, hacim ve büyüklüğünde değişikliklere uğramaktadır. Gebeliğin ilk haftalarında uterus armut şeklindedir, gebelik ilerledikçe dairesel şekil almaya başlar ve gebeliğin 12. Haftasında küresel hale gelmiş olur. Sonraki süreçte boyu eninden daha fazla büyüyerek şekli değişir. Uterus, 20. Haftadan sonra umblikus seviyesine gelir ve 36. Haftada ise ksifoid seviyesindedir. Bir kadında ortalama 60- 70 gr ağırlığında ve 10 ml. iç hacme sahip olan uterus, gebelik döneminin dördüncü ayından itibaren büyümeye başlayarak 1000 gr ağırlığa ve 4500 cm³ iç hacme ulaşmaktadır (35-37).

Gebelik döneminde serviks geri dönüşümü olan değişiklikler geçirmektedir. Sert ve kapalı bir yapıya sahip olan serviks, fetüsün geçişine izin verebilmek için esneyebilen ve yumuşak bir haldedir. Bu süreçte serviks, hormonal değişimlerin etkisiyle özellikle progesteron hormonunun artışı etkisiyle kalın ve asidik bir yapıdadır ve bol miktarda mukus üretir (38). Gebelikte kadın dış üreme organlarında damarlaşmanın ve kanlanmanın artması, rahmin sebep olduğu baskı ile varislerin oluşmasında artışa neden olabilir. Derideki renk koyuluğunun artışı dış üreme organlarında da görülür, bu değişiklikler doğum sonrasında eski haline döner (39).

Kas ve İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik dönemi hormonal değişikliklerin etkisiyle özellikle östrojen ve prolaktin hormonunun salınımının artışı kaslarda, eklemlerde ve bağlarda gevşemelere sebep olmaktadır. Uterusun büyümesi ve bebeğin ağırlığına bağlı vücut ağırlığının da artması nedeni ile vücut ağırlık merkezi gebeliğin son dönemine kadar artarak değişiklik göstermektedir. Buna bağlı olarak gebelerde bel ve sırt ağrıları ortaya çıkmaktadır. Bu sürece uyum aşamasında progresif lordoz hakimdir ve boynun öne doğru fleksiyon yapması, omuzların düşmesi sebebiyle üst ekstremitelerde ağrılar oluşabilmektedir. Bu ağrılar median ve ulnar sinirlerde traksiyona ve karpal tünel sendromuyla karışabilmektedir (40, 41).

Gebelikte kas-iskelet sisteminde meydana gelen diğer değişiklikler şu şekildedir (42-44):

- Karın kasları, hamileliğin sonunda elastik sınırlarına kadar gerilir. İki rektus abdominis kası arasındaki mesafe genişler ve linea alba, diastasis recti olarak da adlandırılan gerilme altında ayrılır. Ağırlık merkezinin kayması karın kaslarının mekanik avantajını da azaltır.
- Eklem hipermobilitesinde katkıda bulunan relaksin ve östrojenlere bağlı bağ gevşekliği vardır. Ligament gevşekliği pelvik mimaride değişikliğe yol açar, simfizis pubis fetüsün transvajinal geçişine izin verecek şekilde genişler.
- Üçüncü trimestere doğru ilerledikçe kilo alımı artar, bu durum eklemler üzerindeki mekanik stresi artırır. Hamilelik sürecinde kilodaki %20'lik artış, eklem üzerindeki kuvveti %100 oranında artırabilir.
- Üçüncü trimestere doğru su tutulması, alt ekstremitelerde yumuşak doku ödemeine yol açar ve ayrıca eklem efüzyonuna yol açarak sinir sıkışmasına neden olabilir.
- Gebe uterusun pozisyonu ağırlık merkezini kaydırarak hiperlordoza neden olur, bu da sırt ve sakroiliak eklemlerdeki mekanik zorlanmaya neden olabilir.
- Pelvik taban 2,5 cm (1 inç) kadar düşer. Uterus tarafından pudendal sinire bası olabilir.

- Ayağın medial ark yüksekliğinde kalıcı bir kayıp vardır. Hem kemer yüksekliği hem de rijitlik indeksleri, ayak uzunluğunda ve kemer düşüşünde eşlik eden artışlarla birlikte önemli ölçüde azalır.

Memelerde Meydana Gelen Değişiklikler

Memeler, gebeliğin erken dönemlerinden itibaren östrojen, progesteron ve prolaktin hormonlarının etkisiyle birlikte değişim göstermeye başlar. İlk dönemlerde gebeler damarlanmaya bağlı olarak meme hassasiyeti yaşarlar. İkinci aydan sonra memelerde büyüme, hassas damarlarda belirginleşme ve meme başında renk koyulaşması meydana gelmektedir. Gebeliğin geç dönemlerinde ise kolostrum adı verilen anne sütü üretilir. Büyüyen göğüslerde karın bölgesindeki gibi çatlaklar gözlenebilir. Laktasyon; meme gelişimi, süt salımının başlaması ve yerleşik süt salımının sürdürülmesi şeklinde 3 aşamadan meydana gelir (1, 37, 45).

Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler

Cilt renginde koyulaşmalar görülebilmektedir. Meme ucu ve çevresi, dış üreme organlarının renginde koyulaşmalarla birlikte karının ortasına da koyu bir çizgi oluşmaktadır. Gebelerin yüzlerinde lekelenmeler olabilir. Derideki ter ve yağ bezeleri daha aktif çalışmaktadırlar. Gebelikte saçlar eskiye göre daha kuru olabileceği gibi parlaklaşıp canlı bir görünümde kazanabilirler. Vücuttaki kılların belirginliği artabilir (39). Gebelikte karın duvarının inceliği gerginleşmesiyle birlikte, karın daha sert bir hal alır. Alt karın bölgesinde stria adı verilen çatlaklar oluşur. Başlangıç dönemlerinde kırmızı olan çatlaklar, gebelikten sonra beyazlaşarak kalabilir (39, 46).

Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik sırasında meydana gelen biyokimyasal, mekanik ve hormonal değişiklikler solunum fonksiyonları üzerinde değişikliklere sebep olmaktadır. Placentanın artan oksijen ihtiyacını karşılamak ve annenin organlarının artan oksijen gereksinimlerini sağlamak için, gebelik öncesine göre oksijen tüketimi %20 ila %40 artmıştır. Egzersiz sırasında bu artış daha fazla belirgin hale gelir gelir (35, 47).

Akciğer fonksiyonundaki değişiklikler, progesteronun hormonal uyarılmasına ve kısmen uterusun genişlemesinin neden olduğu pozisyon problemlerine, eforla

tutarlı dispne ve artan derin nefes alma hızına bağlıdır (7). Bu dönemde sık sık soluk alıp verme, solunum sıkıntısı, burun mukozasında şişliğe bağlı olarak burun tıkanıklığı yaygın olarak görülebilmektedir. Bu şikayetler çoğunlukla gebeliğin son dönemi olan üçüncü trimesterde görülebilmektedir (39, 41).

Sindirim Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik sürecinde östrojen ve progesteron hormonlarındaki değişiklikler, gebelerde sindirim sisteminde değişikliklere sebep olmaktadır. Gebenin mide kasları gevşer ve hareketlerinde azalmalar meydana gelir. Bebeğin mideye yapmış olduğu baskı zamanla artar. Bunun sonucunda hareketleri yavaşlayan midenin asit düzeyi artar ve mide üst kapağı gevşediği için mide asidi yemek borusuna kaçıp gebenin sindirim sisteminde rahatsızlık hissi oluşturabilir (39).

Gebelikte progesteron ve östrojen hormonu artışı, dış etlerinde şişme ve kanamalara, dış çürüklerine, reflüye, kabızlık ve gaz problemlerine bunların da etkisiyle bulantı ve kusma şikayetlerine sebep olabilmektedir (39). Gebelerin %50-90'ını etkileyen bulantı ve kusma şikayetleri, genellikle gebeliğin erken dönemlerinde görülür ve çoğunlukla 20. Haftadan sonra düzelir. Çok az bir kısmında dehidrasyon, elektrolit dengesizliği, ketonüri, kilo kaybı ve vitamin veya mineral eksiklikleri ile sonuçlanan şiddetli bir mide bulantısı ve aşırı kusma şekli olan hiperemesis gravidum gelişir (48, 49). Bulantı ve kusmaya sebep olan faktörler arasında psikolojik nedenler, genetik faktörler, immünolojik faktörler, beslenme yetersizlikleri ve *Helicobacter pylori* bakteri enfeksiyonu olduğu öne sürülmüştür (50).

Kardiyovasküler Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Kalp, uterusun büyümesi ve diyaframın yükselmesi sebebiyle, gebelikte yukarı ve sola doğru kayar. Gebelikte artan atım hacmi ve artan kalp hızından oluşan kardiyak outputta artış gözlemlenir (38). Atım hacmi gebeliğin 8. haftasında artar ve ikinci trimesterin sonunda çok daha fazla artar, ardından terme kadar aynı seviyede kalır. Sistolik kan basıncı düşmez veya çok az değişir. Ancak diyastolik kan basıncında belirgin düşüş ve venöz dönüşte de azalma vardır (51). Artan kalp hızı ve atım hacmi ve azalan sistemik vasküler direnç ve periferik direnç vardır. Kalp hızı ikinci trimesterde en üst düzeye çıkar, ancak üçüncü trimesterde daha fazla değişiklik olmaz

(52). Gebeliğin 6. Haftasından itibaren, plasenta ve fetüsün gelişimine bağlı olarak, rahmin ihtiyaç duyduğu kan akışında artma olması sebebiyle kalp debisinde de %30 ila %50 oranında artış oluşmaktadır (7).

Gebelikte kalp seslerinde değişiklikler meydana gelmektedir. İlk kalp sesi belirginleşir kalp sesi belirginleşerek çiftleşir ve her iki bileşenin ses yüksekliği artar. İkinci kalp sesinin aortik ve pulmoner elementlerinde belirgin bir değişiklik olmaz. Ayrıca yüksek sesli, kolayca duyulan bir üçüncü ses meydana gelir (53).

Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte artan progesteron hormonu renal fonksiyonlarda, böbreklerde ve mesanede değişikliklerin gerçekleşmesine sebep olmaktadır. Gebelik sürecinde her iki böbrekte de %30 hacim artışı oluşmakta ve üreterler genişlemektedir. Glomerüler filtrasyon hızı %50, renal plazma akımı %25-50 artar. Mesanenin tonusu azalır (54).

Gebelik sürecinde görülen bu üriner sistem değişiklikleri hormonlardaki artışa bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Uterus büyümesi, mesane kapasitesi ve kas tonusu azalması sonucunda ikinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde yoğunlaşarak artan, gebelerde sık idrara çıkma, inkontinans (idrara kaçırma) şikayetleri görülebilmektedir (7, 36, 38, 39).

Metabolik ve Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelikte artan oksijen tüketimine bağlı olarak, bazal metabolizma hızı artmaktadır. Trimesterler ilerledikçe, gebenin kalori ihtiyacı da artmakta ve gebelik boyunca 77000 kaloriyi bulmaktadır. Gebelikte alınması önerilen toplam kilo, gebenin vücut kitle endeksine göre değişmektedir. Kilo artışının, düşük kilolularda 12.5-18, normal kilolularda 11,5-16, fazla kilolularda 7-11,5 ve obezlerde 5-9 kilo arası olması tavsiye edilmektedir. Alınan kilonun içeriği “ fetüs, uterus, amniyon sıvısı, annenin kan hacmindeki artış, memelerdeki büyüme, maternal yağ dokusunda artış ve ekstrasvasküler sıvı artışından” oluşmaktadır. (55, 56)

Gebelik sürecinde iyotun anneden plasental üniteye taşınması ve idrarla atılması sebebiyle gebede iyot eksikliği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) gebelikte önerdiği iyot alımı 150-200 mg/gün'dür (57).

Gebelik sırasında kortikosteroid bağlayıcı globulin, adrenokortikotropik hormon (ACTH), total kortizol ve serbest kortizol serum seviyelerinde bir artış vardır. Gebelik ilerledikçe, ACTH ve serbest kortizol seviyeleri benzer bir şekilde yükselir (37). Gebelikte hipofiz bezi büyüme gösterir. Bunun nedeni esas olarak hipofiz ön lobunda prolaktin üreten laktotrop hücrelerin çoğalmasındır. Gebelikte, yüksek maternal östrojene yanıt olarak laktotrop yüzdesi %40' a kadar artar ve gebeliğin sonunda prolaktin seviyesi 200 ng / ml' ye kadar veya daha fazla artabilir (58). Gebelikte aldosteron düzeylerinde 10 kata kadar artışlar izlenir (59). Paratiroid hormon, 1.trimesterde düşük seyrederken, gebeliğin devamında progressif olarak artar. Gebelikteki kalsitonin seviyeleri, maternal iskeleti aşırı kemik kaybından korumaya yardımcı olabilmek amacıyla, genelde %20' ye kadar artar (58).

2.3.2. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik süreci pek çok gebe için özel ve önemli bir dönem olarak karşılanmasına rağmen, bir bireyin rahimde oluşma süreci, onu ilerleyen dönemde kucağına alacak olma beklentisi gebeler için mutlu olunan bir dönem olmasıyla birlikte aynı zamanda psikolojik bozuklukların gelişimi içinde riskli bir döneme zemin hazırlamaktadır. Gebelik sürecindeki fizyolojik değişiklikler ve hormonal değişiklikler, gebelerin duygu durumlarında ve farklı psikiyatrik semptomların açığa çıkmasında etkili olmaktadır (60).

Gebeliğin erken dönemi olan ilk trimesterinde yaşanan en belirgin psikolojik değişiklik, kadının gebe olup olmadığına ilişkin yaşamış olduğu ambivalans duygulardır. Ambivalans duygu kişinin, aynı anda aynı nesneye ve durumlara karşı, zıt duygu durumlarının aynı anda hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır (61).

İkinci trimester, gebelerde duygusal problemlerin etkisinin azaldığı, gebelerin kendilerini psikolojik olarak daha rahat ve sürece daha uyumlu hissettikleri bir dönemdir. Bu dönemde gebelik fikri kabullenilmiş ve uyum süreci gerçekleşmiştir. Birinci trimesterde görülen ambivalans duygular yerini dengeye bırakmış ve gebenin bebeğine karşı olan ilgisi ve bağlılığı artmaya başlamıştır. İlk dönemlerde soyut bir kavram olan annelik, bebeğin hareketlerinin hissedilmeye başlamasıyla daha somut bir hal almaya başlamıştır (1, 3).

Gebeliğin ilk trimesterlerinde kadınların duyguları, fizyolojik değişkenlere bağlıyken, ilerleyen trimesterlerde ise özellikle son trimesterde kaygı ve duygusal sıkıntılar etkili olmaktadır (26). Gebelik süreci ilerleyerek sona yaklaşıldıkça kadınlarda doğum korkusu oluşmaya başlar. Bebeğin normal doğum yöntemi ile doğup doğmayacağı, sağlıklı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı, doğum sırasında fiziksel acı çekip çekmeyeceği gibi bir dizi endişe içerisine girer. Bu trimester gebelerin doğumla ilgili kaygılarının en çok yükseldiği dönemdir (5).

Gebelik dönemindeki kadın, karşılaştığı biyo-psiko-sosyal stresörlerle başarılı bir biçimde mücadele edemediğinde; gebeliğin yarattığı fiziksel değişimler, medikal problemler, bebek doğurma, ebeveyn olma sorumluluğu ve çocuk yetiştirme yeterliliği gibi konular gebelerde kriz olarak algılanabilmekte ve gebeliğe uyum sürecini etkileyebilmektedir. Gebelerin stres düzeyleri, stresle baş etme becerilerinin ne kadar geliştiğine göre, gebeler arasında farklılık göstermektedir (62, 63). Gebeliğin istenip istenmemesi, sosyal destek, ekonomik durum, gebenin geçmiş deneyimleri, mevcut çocuk sayısı, doğum öncesi sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve erişilebilirliği, gebelik ile ilgili kaygı düzeyi, aile içi şiddet, eğitim durumu, çalışıyor ise iş ortamı, gebelik öncesi psikolojik rahatsızlığının olması ve gebelik komplikasyonu gibi birçok etken kadınlarda gebelik sürecinde affektif bozukluk görülme riskini arttırmaktadır (64).

2.4. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar

Kadınların vücutlarında gebeliğe bağlı sistemlerinde hem hormonal hem de mekanik olarak meydana gelen değişiklikler, gebelerin süreçleri boyunca değişerek ve çeşitlenerek devam eden bir takım şikayetler, rahatsızlıklar ve yakınmalara sebebiyet vermektedir (10). Gebelerin gebelik sürecinde deneyimledikleri fiziksel ve emosyonel problemlerin sebep olduğu yakınmalar incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır; “gebelerde sık idrara çıkma (%80), yorgunluk hissi (%78,3), bulantı-kusma şikayeti (%71,7), bel ağrısı (%70,6), koku hassasiyeti (%68,3), hazımsızlık(%62,8), öfke kontrolsüzlüğü (%58,9), gebelik ve doğum hakkında fazla endişelenme (%56,7), şişkinlik (%49,4), aşırme (%48,9), günlük fiziksel hareketlerde azalma (%48,3), baş ağrısı (%47,2) ve cinsel istekte azalma, sıcak basması (%45), bacak krampları (%42,2), iştahta artma (%41,7), iştahta azalma(%38,9), kendini karamsar ve kötü hissetme (%35), kendini enerjik ve çok mutlu hissetme (%32,8), kabızlık(%31,1), diş ağrısı ve

uyumakta güçlük çekme” görüldüğü belirlenmiştir (3). Literatürde gebeliğe bağlı oluşan yakınmalarla ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; yakınma alanlarının benzerlik gösterdiği görülmüştür. Gebelerin şikayetleri trimesterlere göre farklılık gösterip, hangi dönemlerde hangi şikayetlerin daha belirgin olduğuyla ilgili benzer sonuçlar elde edilmiş aşağıdaki Tablo 2.2.’de gösterilmiştir (10, 65-70).

Tablo 2.2. Gebeliğin Farklı Dönemlerinde sık karşılaşılan sorunlar (39)

Gebeliğin ilk 3 ayında sık karşılaşılan sorunlar	Tüm gebelik dönemlerinde sık karşılaşılan sorunlar	Gebeliğin son 3 ayında karşılaşılan sorunlar
<ul style="list-style-type: none"> • Bulantı kusma • Tükürük salgısında artma(Pityalizm) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kabızlık ve gaz problemleri • Diş eti problemler • Vajinal akıntıda artma • Memelerde hassasiyet • Sık idrara çıkma ve idrar kaçırma • Bayılma hissi • Varis ve hemoroidler • Cilt problemleri • Yorgunluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide yanması ve reflü • Kas krampları • Ödem • Solunum sıkıntısı • Sırt ve bel ağrısı • Uykusuzluk • Ellerde rahatsızlık(karpal tünel vs.)

Bulantı ve Kusma: Gebe kadınların bulantı ve kusma şikayetinden en çok yakındıkları dönem ilk trimesterdir. 6-12. Haftalar arasında, genellikle sabah bulantısı şeklinde ancak günün her saatinde görülebilen bir şikâyet olsa da bazı gebelerde gebeliğin sonuna kadar devam edebilir. Çoğu kadında herhangi bir tedavi gerektirmeden kendiliğinden geçse de, yeterli hidrasyon, sıvı ve elektrolit dengesi ve beslenmenin sağlanamadığı durumlarda hiperemesis gravidarum’a kadar ilerleyip tedavi gerektirebilir (71, 72). Zencefil, papatya, B6 vitamini ve/veya akupunktur, küçük porsiyonlarla yemek yeme, vitamin kullanımının düzenlenmesi, beslenme önerileri kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklere bağlı olarak hamileliğin erken döneminde mide bulantısının giderilmesi için önerilmektedir (73, 74).

Tükürük Salgısında Artma (Pityalizm): Gebelikte östrojen seviyesinin artışına bağlı olarak ağız mukozasındaki asiditenin artışından kaynaklandığı, pityalizm gravidarum ile ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte, sebebi tam olarak

bilinmemektedir. Gebelikte çok yaygın görülmeyen bir şikayettir. Görülen vakalarda bulantı ve kusma şikayetiyle birlikte gebeliğin ilk trimesterinde görülebilir. Bulantı ve kusma şikayetini bastırmak için gebenin istemsizce yutkunma sayısındaki artışa bağlı olarak pityalizm gelişebilir (39, 75). Sarı leblebi, kraker ,kuru ekmek ve ağız hijyenine dikkat etmek önerilmektedir (39).

Kabızlık ve Gaz Problemleri: Kabızlık gebelikte, değişen hormon düzeylerinin etkisi, büyüyen fetüsün mekanik etkileri, azalan fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler gibi faktörlerin bir kombinasyonunun sonucunda mide bulantısından sonra en sık görünen şikayettir. Gebelerin yaklaşık olarak % 40'ında görülür (76, 77). Bağırsak öyküsü olmayan kadınlarda ilk kez hamilelik sırasında gelişebilen kabızlık, önceki süreçte kabızlığı olan kadınlarda daha ağır seyredilmektedir (78). Gebelikte progesteron hormonunun, kaslar üzerindeki gevşetici etkisi, gastrointestinal mobilitayı azaltır ve uterusun büyümesi kalın bağırsaklar üzerindeki baskıyı artırır. Bu yüzden bağırsakların boşalması gecikir ve hava yutulması sonucu mide ve bağırsaklarda gaz oluşur (1).

Öncelikle diyet, su alımı, egzersiz gibi ilaçsız tedaviler önerilirken, ağır seyreden kabızlıklarda farmakolojik tedaviler önerilmektedir (79).

Diş Eti Problemleri: Gebelik sırasındaki artan östrojen ve progesteron başta olmak üzere hormonal denge değişiklikleri, ağız ve diş problemlerine sebebiyet verebilir. Genellikle gebeliğin ikinci ayında başlayan diş eti iltihabı tedavi edilmezse periodontitise yol açabilir ve diş kaybına kadar ilerleyebilir. Diş eti iltihabı dışında, diş eti tümörleri de görülebilmektedir. Şikayetler genellikle doğum sonrası süreçte kendiliğinden düzelir (80, 81).

Vajinal Akıntıda Artma: Kadınlarda üreme hayatı boyunca sık görülen vajinal akıntı gebelik dönemindedir artarak devam eder. Vajinal akıntı normalliği açısından renk, koku, kıvam özelliklerine göre gebeler tarafından takip edilmesi gereken bir durumdur. Patojenik vajinal akıntı, vajinal enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkabilir (82-84).

Memelerde Hassasiyet: Gebelerde doğuma ve laktasyona hazırlık sürecinde gebeliğin erken dönemlerinden itibaren memelerde değişiklikler gözlemlenmeye başlanır (85). Artan östrojen miktarı, yağ depolanmasını meme kanallarının ve meme uçlarının gelişimini artırır, memelerde büyümeyi sağlar. Buna bağlı olarak damar

dolaşımı genişler. Meme uçları daha büyük, areola daha belirgindir ve derin pigmentlidir. Bu değişiklikler meme hassasiyeti oluşmasına sebep olur (37, 86). Yapılan araştırmalar, gebe kadınların %76,2'sinin ilk trimesterde, %59,1'inin ikinci trimesterde ve %44,2'sinin üçüncü trimesterde meme ağrısı veya rahatsızlığı yaşadığını göstermektedir (87).

Sık İdrara Çıkma ve İdrar Kaçırma: Gebeliğin ilk dönemlerinde anne dolaşımında ve üriner sisteminde meydana gelen değişiklikler, pelvis damarlarındaki genişleme, kan volümünün artması ve gebelik sürecindeki hormonal değişikliklere bağlı olarak mesane ve üreterlerde gevşeme, büyüyen uterusun mesane üzerine baskısı nedeniyle sık idrara çıkma ve idrar kaçırma şikayetleri görülmektedir. Kegel egzersizleri, düzenli sıvı alımı, uykudan önce sıvı alımının azaltılması, perine hijyenine dikkat edilmesi gibi önerilerde bulunulabilir (36, 39). Gebelik sürecinin tüm trimesterlerinde yaygın olarak görülen bir yakınma olan sık idrara çıkma, trimesterler ilerledikçe artarak devam eder (88).

Varis ve Hemoroidler: Gebelik sürecinde meydana gelen hormonal ve mekanik olaylar sonucunda venöz değişiklikler meydana gelmektedir (89). Gebenin uterusunun sabit kalmasını sağlamak için artan progesteron düzeyi, varisli damarların minimal düzeyde genişlemesine sebep olmaktadır (89, 90). Mekanik fenomenler açısından, genişlemiş uterus kadının üçüncü trimesterinde hem inferior vena cavaya hem de pelvik damarlara baskı yapar, bu da kalbe venöz dönüşün azalması sonucunda hipotansiyona ve kalp debisinin azalmasına neden olur. Bu baskı nedeniyle alt ekstremitelerde kan birikmeye başlar, bu durum bacaklarda ve vulvada varislerle birlikte hemoroid oluşumuna da neden olabilir (91). Gebelerde hemoroid problemi için, lifli diyetler, sıvı alımını artırma, dışkı yumuşatıcılar ve tuvalet alışkanlığı önerilir (92).

Cilt Problemleri: Gebelik sırasında meydana gelen fiziksel ve hormonal değişiklikler (östrojen ve progesteron artışı) karşısında alışkın olmayan ciltte bazı gözle görülür değişimler meydana gelir. Gebelerin pek çoğunun cildinde; göğüs, meme uçları ve iç uylukta koyu lekeler, melazma (yüz lekeleri), cilt çatlakları, akne, örümcek damarlar ve varisler gibi değişiklikler gözlemlenir (93). Gebelerin %90' ında 6. ve 7. aylarda stria distensae (stria gravidarum) oluşmaktadır. Stria; “karında, göğüste, uyluk ve kalça üzerinde görülebilen kırmızı, hafif çökük ve düzensiz

çizgilerdir” anlamına gelmektedir. Gebelikte alınan kilolar, genç anne yaşı ve aile öyküsü Stria gravidarum oluşmasına sebep olabilmektedir (35).

Yorgunluk: Gebelik sürecinin erken dönem belirtilerinden birisi de yorgunluk hissidir. Hormonlarda meydana gelen değişiklikler, kan hacmindeki artış gibi faktörler yorgunluğun sebebi olarak açıklanmaktadır. Gebeliğin ilk trimesterinde kendini gösteren yorgunluk, alışma süreci olan ikinci trimesterde hormonların stabilize olmasıyla bir miktar azalır. Hamileliğin son dönemleri olan üçüncü trimesterde, anne karnındaki bebeğin büyümesi, ihtiyaçlarının artması ve bunları anneden sağlaması sebebiyle yorgunluk düzeyinde artış olduğu belirtilmektedir (94).

Yapılan araştırmalarda gebelerde yorgunluğun önemli sebeplerinden birisi yetersiz uyku olarak bulunmuştur. Gebelerde uyku bozukluğu ile genel yorgunluk ve günlük aktivitelerinde etkilenme durumları arasında ilişki olduğu bulunmuştur (95). Gebelere yorgunlukla baş edebilmek için, yeterli uyku, ağır ve yorucu aktivitelerden kaçınma, sık sık oturarak dinlenme, hafif egzersiz ve yeterli ve dengeli beslenme önerilmektedir (39).

Mide Yanması ve Reflü: Gebelerde artan progesteron hormonunun etkisiyle alt yemek borusu sfinkterleri daha sık ve daha fazla gevşer. Gelişmekte olan fetüsün, maksimum gıda emilimini sağlamak için yemek borusu hareketleri yavaşlar ve midenin boşalma süresi uzar. Bu etki sebebiyle mide basıncı yükselir ve geri kaçış kolaylaşır. Hamileliğin ilerleyen dönemlerinde gelişen fetüsle birlikte karın içi basınç artmaya devam eder ve mide üzerindeki basıncıda artırarak reflü oluşmasına sebep olur (96, 97). Gebelerin %45-80 inde olmak üzere en sık görülen gastrointestinal bozukluklardan biridir (98).

Kas Krampları: Gebelik sürecindeki kas kramplarının tam nedeni belli olmasa da gebelik sürecinde ekstra kilo alımı, dolaşım sistemindeki değişiklikler, büyüyen fetüsün pelvik sinirlere ve kan damarlarına yapmış olduğu baskı, magnezyum ve kalsiyum gibi minerallerin yeterince tüketilmemesinden dolayı oluşan mineral yetersizliği gibi sebeplerle ortaya çıktığı düşünülmektedir (99, 100). Kramplar genellikle gebeliğin son dönemi olan üçüncü trimesterde yaygın olarak görülür. Geceleri daha rahatsız edici hal alıp, uyku bozukluklarının oluşmasına neden olabilir (99, 101, 102).

Ödem: Gebelik sırasında ödeme neden olan çeşitli mekanizmalar bulunmaktadır. Gebe kadınlarda periferik arteriyel vazodilatasyon yaşanır ve bunun sonucunda arteriyel dolaşımın doluşu azalır. Bunun sebebi tam olarak bilinmemektedir, ancak birçok kişi progesteron veya tanımlanamayan gebeliğe özgü bazı maddelerin rol oynadığını varsaymaktadır. Hücre dışı sıvı ve plazma hacim bölmelerindeki değişikliklerle sodyum ve su tutulması meydana gelir. Plazma osmolalitesi düşer. Susuzluk eşiği azalır ve vazopressin için ozmoreseptörler baskılanır. Renin anjiyotensin-aldosteron sistemi etkilenir (103). Dinlenmekle geçen ödemler normal karşılanırken, dinlenmeyle geçmeyen ödemler beraberinde yüksek tansiyon ve idrarda protein olan gebelerde riskli durumlara sebebiyet verebilir. Bu yüzden ödem şikayeti olan gebeerde tansiyon takibi yapılması son derece önemlidir (39).

Solunum Sıkıntısı ve Burun Tıkanıklığı: Gebelik sürecinde diyaframın yükselmesiyle kısalan göğüs yüksekliği total akciğer kapasitesinde azalmaya sebep olmaktadır. Gebeliğin 6. Ayından sonra hava yolu iletiminde azalma olur (104). Solunum sayısı vücudun artan oksijen ihtiyacını karşılamak için progesteron etkisiyle artmaktadır. Sık sık soluk alıp verme şikayeti ve bazen de solunum sıkıntısı görülebilir. Solunum sıkıntısı istirahat veya konuşurken mevcuttu, hafif aktivite sırasında düzelebilir (41). Gebelik sebebiyle artan progesteron hormonu, burun mukozasında şişmeye sebep olabilir. Bu nedenle burun tıkanıklığı yaşanabilir (39).

Sırt ve Bel Ağrısı: Gebelerde kaslar, büyümekte olan uterusu uyum sağlamak amacıyla uzarlar ve bu durum kaslarda yorgunluk ve omurgaya ekstra yük binmesiyle ağrıya sebep olmaktadır. Gebelikte bel ağrısı için risk faktörleri arasında kilo alımı, önceki bel ağrısı, fiziksel aktivite eksikliği, yorgunluk, düşük hemoglobin seviyeleri ve kötü sosyo-ekonomik koşullar yer alır (105). Büyüyen uterus vücudun denge merkezinin değişmesine sebep olabilmektedir. Bel ve sırt bölgesinde eğimin artması, progesteron hormonunun eklemlerde gevşeme ve yumuşamaya neden olması, yorgunluk hissini artması ve vücudun mekanik sistemlerinin uygun olarak kullanılamaması gebelikte sırt ve bel ağrılarının neden olmaktadır (39). Bel ağrısı gebelerde genellikle gebeliğin son trimesterinde görülmekte ve zamanla artmaktadır (106). Gebelikte bel ağrısı, gebelerin günlük rutinlerini ve oküstasyonlarını bozacak kadar rahatsız edici olabilir (105).

Uykusuzluk: Gebelik dönemindeki değişiklikler, uyku rutinin bozulmasını da etkilemiştir. Uyku bozukluklarının ilk trimesterde %13, ikinci trimesterde %19 ve üçüncü trimesterde %66 oranlarında görüldüğü, yapılan araştırmalarda da gebelik dönemleri arasında en fazla üçüncü trimesterdeki gebelerin uykusuzluktan yakındıkları görülmektedir (107, 108).

Uykusuzluğu etkileyen faktörler; sık idrara çıkma, rahatsız edici uyku pozisyonları, nefes darlığı, sırt ve bel ağrısı, mide bulantısı, kusma, diğer gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar, hormonal değişiklikler, büyüyen fetüs, fetal hareketler ve huzursuz bacak sendromu olarak sıralanabilir. Gebelikte meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişiklikler üçüncü trimesterde yaygın uykusuzluk problemlerine sebep olmaktadır (107-109).

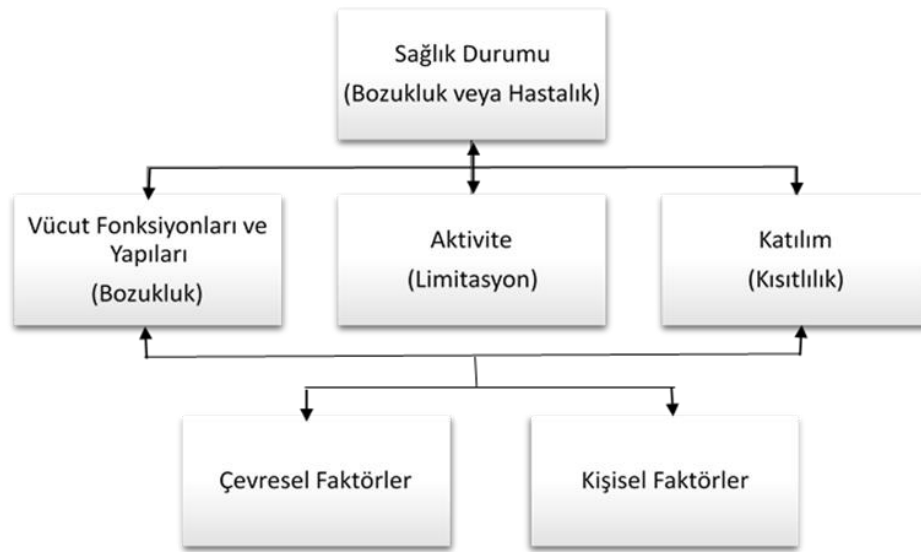
Uykusuzlukla baş edebilmek için, uyku hijyenini iyileştirmek (düzenli uyku-uyanıklık döngüleri oluşturmak, kestirmelerden ve kafeinden kaçınmak vb.), uyarıcı kontrolü (yalnızca uykulu iken yatmak ve uzun süreli uyanmalarda yataktan çıkmak vb.), noktüriyi azaltmak için yatmadan önce sıvı alımını en aza indirmek, fiziksel rahatsızlığı kontrol altına almak yastık desteği veya yerel ısı, bilişsel davranışçı terapi (CBT), egzersiz ve meditasyon tavsiye edilmektedir (110, 111).

Ellerde Rahatsızlık (Karpal Tünel Sendromu): Gebelerde hormonal değişiklikler, sıvı tutulması ve kilo alımı sebebiyle el ve bilek rahatsızlıkları sık olarak görülmektedir. Gebelik sürecinin üçüncü trimesterinde artan şikayetler, gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecek düzeyde olabilir, ancak genellikle doğumdan sonra eski haline döner (112, 113). Gebelerde sık karşılaşılan el ve bilek şikayetleri; karpal tünel sendromu, De quervain hastalığı iken, piyojenik granülom, eklemlerde bağ gevşekliği, artralji ve el ve bilekte artrit alevlenmeside daha az sıklıkta görülen rahatsızlıklardır (114-116).

2.5. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980 yılında ortaya konmuş ve sonrasında geliştirilerek 2001 yılında yayımlanmış, biyo-psiko-sosyal bir bakış açısını benimseyen bir referans çerçevesidir. ICF kişilerin durumunu; “İşlevsellik&Yeti Yitimi ve Bağlamsal Etmenler başlıkları altında bir araya getirmiştir. İlk başlık olan ‘İşlevsellik

& Yeti Yitimi'nde vücut yapı ve fonksiyonları, aktivite ve katılım incelenirken; ikinci başlık olan 'Bağlamsal Faktörler 'de çevresel ve fiziksel bağlamsal faktörleri" incelenerek bireyin durumu dinamik bir yapıda ele alınır (117). ICF biyopsikososyal perspektifinde, günlük fonksiyonlarla ilişkili problemler, vücut yapı ve fonksiyonlarının yanı sıra oküpasyonel yeteneği ve topluma katılımı göz önünde bulundurularak sınıflandırılır (118).



Şekil 2.1. Dünya sağlık örgütü ICF modeli (119)

İşlev ve Yeti yitimi için Bileşenler

Vücut bileşeni, vücut yapıları ile vücut sistemleri işlevlerinden oluşmaktadır. Tüm vücut sistemlerini tanımlayan bölümler vücut yapı ve işlevleri altında ayrı ayrı tanımlanmıştır. Vücut yapısı vücudun anatomik yapısı, vücut işlevleri ise vücudun fizyolojik ve psikolojik işlevlerini kapsamaktadır. Aktivite (kişi tarafından bir eylemin ya da görevin yerine getirilmesi) ve katılım (yaşamın içinde olmak) bileşeni ise hem bireysel hem de toplumsal bakış çerçevesinde işlevsellik anlamına gelecek tüm alanları içerir.

Bağlamsal Etmenler için Bileşenler

Bağlamsal Etmenler, kişinin yaşamı ve yaşam tarzı ile ilgili bütün alanları ifade eder ve iki bileşenden oluşur. Çevresel Etmenler, bireysel ve toplumsal çevresine kadar geniş bir alanı kapsar. Diğer bir bileşen olan bağlamsal etmen ise kişisel etmenlerdir. Kişinin cinsiyet, ırk, yaş, yaşam biçimi, sağlık koşulları, baş etme ve psikolojik becerileri gibi yeti yitiminde rol oynayan pek çok alandan oluşur. Kişisel etmenler ICF’de sınıflandırılmamıştır.

ICF akış şeması kişinin işlevselliği ve bağlamsal etmenler arasında dinamik bir yapıdadır ve birbirini çift yönlü olarak etkiler. Bu oluşumlardan herhangi bir tanesine yapılacak müdahale diğer oluşumları da değiştirme potansiyeli barındırır. Bu değişimler özgül ve tahmin edilemez yapıdadır.

ICF’te yer alan aktivite, katılım ve çevresel faktörler ergoterapi değerlendirme ve uygulamaları içinde önemli bir kılavuz niteliğindedir. ICF ve onun altında yatan biyo-psiko-sosyal model, sağlık hizmetlerinde paradigma değişimi için yararlı bir çerçeve sağladığını bilinmektedir (119).

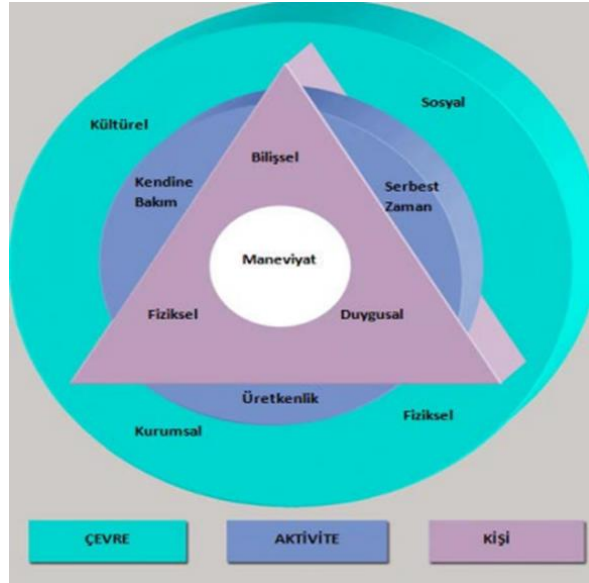
2.6. Aktivite (Oküpanyonel Performans)

Oküpanyonel performans, “bireyin kendine bakım, hayattan zevk alma, sosyal ve ekonomik hayata katılım için gerçekleştirdiği, yaşına, kültürüne uygun, anlamlı oküpanyonları seçmesi, organize etmesi ve gerçekleştirebilmesi” olarak tanımlanmaktadır (120). Başka bir tanımda ise, “Oküpanyonel performans, kişilerin algılarına, amaçlarına, sorumluluklarına, isteklerine ve yaşadıkları çevrenin taleplerine göre şekillenen karmaşık bir sürecin sonucu” olarak ifade edilmiştir (121).

Kanada Aktivite Performans Modeli, ergoterapistler tarafından uluslararası kullanıma sahip bir modeldir. Modelin temel aldığı 2 nokta vardır (121).

Kişi merkezli uygulamalar: Kişiyi temel alan, kişinin istekleri, değerleri ve ilgilerini önemser. Kişinin ihtiyaçları doğrultusunda şekillenir.

Oküpanyonel Performans: “Kişinin kendine bakım, hayattan zevk alma, sosyal ve ekonomik hayata katılım için gerçekleştirdiği, yaşına, kültürüne uygun anlamlı oküpanyonları, seçmesi, organize etmesi ve gerçekleştirilmesi”dir.



Şekil 2.2. Kanada oküpyonel performans modelinin bileşenleri

Kanada Mesleki Performans Ölçümü (KAPÖ), ergoterapistler tarafından, bir bireyin ergoterapi süresince oküpyonel performansına ilişkin kendi algısındaki değişikliği saptamak için kullanılmak üzere tasarlanmış bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. Bireyin terapötik sürecin temel bir parçası olduğu inancına dayanır ve bireyin oküpyonel performansını üç alandaki performans arasındaki denge olarak tanımlar: kişisel bakım, üretkenlik ve serbest zaman (122).

KAPÖ, günlük akış içerisinde bireyin tanımladığı sorunlu alanları ölçer. Birey sorunlu alanları belirleyemediği durumlarda (örn. küçük bir çocuk, demanslı bir birey), bir bakım veren tarafından yanıt verilebilir. KAPÖ, birey için oküpyonel performans alanlarının önemini ve mevcut performanstan memnuniyetini dikkate alır. Ölçüm, bireylerin rollerini ve rol beklentilerini hesaba katar (120).

Tablo 2.3. Ergoterapi referans çerçevesine göre oküpyasyonel performans alanları (123)

Oküpyasyonlar	Bağlamlar	Performans patternleri	Performans becerileri	Kişisel faktörler
Günlük yaşam aktiviteleri (GYA)	Çevresel faktörler	Alışkanlıklar	Motor beceriler	Değerler, inançlar ve maneviyat
Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (YGYA)	Kişisel faktörler	Rutinler	Süreç becerileri	Vücut fonksiyonları
Sağlık yönetimi		Ritüeller	Sosyal etkileşim becerileri	Vücut yapıları
Dinlenme ve uyu				
Eğitim				
İş				
Oyun				
Serbest Zaman				
Sosyal katılım				

Ergoterapi Uygulama Referans Çerçevesi'nde belirtildiğine göre oküpyasyonların hangi kategoriye gireceği kişilerin ilgi ve ihtiyaçları çerçevesinde kişinin bakış açısına göre belirlenir. Örneğin, bir kişi çamaşır yıkama aktivitesini iş olarak yaparken bir başka kişi için bu iş yardımcı günlük yaşam aktiviteleri kategorisinde değerlendirilebilmektedir. Kişinin profilinin çıkarılması ve oküpyasyonel performansının analiz edilmesi oküpyasyonlarla birlikte oküpyasyonlara katılımın da önemli bir belirteçidir. Ergoterapistler bir grup ya da toplulukla çalışırken, oküpyasyonel performans becerilerini dikkate alırlar. Ergoterapi açısından da bireyin istekleri, ihtiyaçları, güçlü yönleri, sınırlılıkları ve oküpyasyon riskleri hakkında bilgi toplanır, sentezlenir ve çerçeveslenir (123).

Sağlık, iyi olma hali ve yaşama katılım için oküpyasyon ergoterapi alanını ve sürecini en iyi şekilde tanımlayan kapsamlı bir ifadedir. Bu ifade kişinin oküpyasyonlarla aktif olarak uğraşmasının katılımı teşvik ettiği, kolaylaştırdığı, desteklediği ve sürdürdüğü inancını kabul eder (124).

2.7. Prenatal Distres

Prenatal distres, gebeliğin trimesterlerine özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler sebebiyle gebelik sürecinde meydana gelen kaygı, depresyon, anksiyete ya da stres gibi duygusal tepkiler olarak tanımlanmaktadır (125, 126). Birinci trimester

uyum, ikinci trimester fizyolojik ve psikolojik değişimler, üçüncü trimester ise doğum zamanının yaklaşması ve anne olmaya hazırlık dönemidir, bu dönemlerdeki dengesizlik gebelerde strese neden olmaktadır (127, 128)

Anneliğe, gebe olma ve annelik konularında atfedilen önem, bir birey olarak yerine getirilmesi gereken bir görev olarak bakılması kadınlar üzerinde büyük bir baskıya sebep olmaktadır (129). Aileye yeni bir üyenin katılacak olması sadece hamile kadını değil, bütün aileyi etkileyen büyük bir değişiktir. Bu süreç çoğu zaman mutlu ve heyecanlı geçse de beraberinde endişe ve korkuları da getirir (130). Bu süreçte gebelik ve anneliğe hazırlık duyarlı/hassas ve uyumun önemli olduğu olaylardır (63). Gebeliğin ilerleyen zamanların da doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygılar ortaya çıkmaktadır. Huzursuzluk, uykusuzluk, sabırsızlık ve kaygılı bekleyiş, doğumla bebekten ayrılmayı daha da güçleştirebilmektedir (129, 131) .

Gebelikte ve doğum sonrası dönemde kadınlardaki stresin asıl nedeni anneliğe uyum sağlama sürecinin kadında oluşturduğu duygulardır. Toplumsal çevrenin kadından iyi bir anne olmaya dair beklentileri de bu süreçte stresi artırabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelerin %11,9'unun prenatal distress yaşadığı, yaş, gelir durumu, eş mesleği ve gebeliğin planlanlılık durumunun stres düzeyini etkilediği bulunmuştur (125, 132, 133). Gebelik sürecinde, doğumdan sonra yenidoğanın hastanede uzun süre kalması, çocuk için ömür boyu sürecek tıbbi zorlukların olabileceği düşüncesi ve aile sistemindeki potansiyel rol değişiklikleri (örneğin, ebeveyn rolü değişiklikleri, mali engeller ve büyük kardeş uyumu) annede ve ailede endişelere sebebiyet verebilir (134).

Prenatal stres, gebelik döneminde kadının vücudunda, yaşam tarzında, rollerinde, insanlarla olan ilişkilerinde ve sorumluluklarında oluşan değişikliklerin ortaya çıkardığı endişe ve kaygı olarak tanımlanmaktadır (135). Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırmakta, erken doğuma, gelişim geriliğine neden olabilmekte, yenidoğanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Stresin olumsuz etkileri sebebiyle bebeklerin normalden daha düşük vücut ağırlığı ile doğduğu belirtilmektedir (136, 137).

Prenatal strese sebep olan stresörler; “genetik faktörler, kişilik özellikleri, sosyal çevreden alınan destek ve stresle başa çıkma tarzları, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, evli olmamak, riskli bir gebelik geçirme, kronik

bir hastalığa sahip olma, gebelikte sağlık sorunu yaşama ve bu nedenle ilaç kullanma, gebeliğin istenip istenmemesi, ekonomik durum, gebenin daha önceki gebelikleri ile ilgili deneyimleri, çocuk sayısı, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu, yaşam koşulları, kaygı seviyesi, aile içi şiddet, çalışıyor ise iş ortamı, gebelik öncesi psikolojik rahatsızlığının olması ve gebelik komplikasyonları”dır (64, 125, 138, 139). Türk toplumundaki gebelerle yapılan bir araştırmada, gebelerde prenatal stresin neden olan faktörler; “erken doğum (%48,5), sağlıksız doğan bebek (%27), doğum ağrısı (%18,8), doğum ve doğum eylemi (%18,2), yorgun ve enerjisi düşük gebelik (%12,8)” olarak bulunmuştur (140).

Gebelikte stresten korunmak için gebe kadınlara, sağlıklı beslenme, yeterli uyku, alkol ve sigaradan uzak durma, egzersiz yapma, sağlık kontrollerini düzenli olarak sürdürme, stresle başa çıkmak için gevşeme tekniklerinin kullanılması (nefes alıp verme, rahat pozisyon, sessiz ortam, yoga gibi) önerilmektedir. Eş, aile ve arkadaşların gebelik sürecinde destekleri önem arz etmektedir (136, 141).

2.8. Uyku

Araştırmacılar uykuyu davranışlar ve fizyolojik ölçütlere dayandırarak tanımlamışlardır (142);

Davranışsal ölçüt; “hareketliliğin olmaması ya da çok hafif düzeyde hareketlilik olması, kapalı gözler, karakteristik özel uyku postürü, dış uyaranlara azalmış tepki, sükûnet, uzamış reaksiyon süresi, yükselmiş uyarılma eşiği, bozulmuş bilişsel işlev ve geri dönüşümlü bilinçsizlik durumu” içerir.

Fizyolojik ölçüt; “elektroensefalografi (EEG), elektrookulografi (EOG), aynı zamanda solunum ve dolaşımda oluşan fizyolojik değişimlere” dayanmaktadır (143).

Türk Dil Kurumu (TDK) ise uykuyu “dış uyaranlara karşı bilincin, bütünüyle veya bir bölümünün yittiği, tepki gücünün zayıfladığı ve her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu” olarak tanımlamıştır.

Uyku, sinir sisteminin gelişim ve onarımını sağlayan doğal bir süreç olup; uyarılmışlığı, otomatik işlevleri, davranışı, bilişsel işlevleri ve hücre içi mekanizmaları kontrol eden sinir sistemi başta olmak üzere biyolojik yapının birçok bileşeni ile bağlantılıdır (144).

2.8.1. Uyku Evreleri

Fizyolojik ölçümlere göre uyku, bağımsız işlevler ve kontrollerle iki duruma ayrılır: NREM (hızlı olmayan göz hareketleri) uykusu ve REM (hızlı göz hareketleri) uykusu. Tüm bireylerde görülmesede ideal durumlarda, NREM ve REM döngüsel bir şekilde değişir ve her döngü ortalama 90 ila 110 dakika sürer. Yetişkinlerde normal bir uyku döneminde, bu tür 4-6 döngü not edilir. İlk iki döngüye yavaş dalga uykusu (SWS) hakimdir; sonraki döngüler daha az SWS içerir ve bazen SWS hiç oluşmaz. Uyku, 4 NREM,1 REM olmak üzere ortalama 5 dönemden oluşmaktadır. Buna karşılık, REM uyku döngüsü ilk döngüden son döngüye doğru artar ve gecenin sonuna doğru en uzun REM uykusu epizodu bir saat sürebilir. Böylece, insan yetişkin uykusunda, ilk üçte birine SWS hakimdir ve son üçte bire REM uykusu hakimdir (145, 146).

2.8.2. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, hem öznel hem de nesnel yönlerden oluşan temel ve karmaşık bir yapıdır (147). Uyku kalitesi; "kişinin uyku deneyiminden duyduğu memnuniyet, uykuyu başlatma, uykuyu sürdürme, uyku miktarı ve uyandıktan sonra tazelenme" olarak tanımlanmaktadır (148).

Uyku kalitesinin bir ölçüsü, tamamen uyanık kalma ve gün boyunca yeterli performansı gösterme becerisi olarak ifade edilebilir. Uyku kalitesinin sadece gündüz işleyişi etkilemekle kalmayıp, bilişsel yetenekleri ve psikolojiyi de önemli ölçüde etkilemektedir. Geceleri yapay ışık etkisiyle melatonin hormonunun salgısının azalması da, alışılmış uyku periyodunu bozmaktadır (149).

Uyku kalitesi bireyden bireye ve uykudan uykuya göre değişiklik gösterebilir. Kötü uyku kalitesi; gün içinde dikkat eksikliğine, iş performansında düşüklüğe, hatalara ve kazalara neden olabilmektedir (150). Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi ve Uyku Araştırmaları Derneği'nin bildirisinde sağlıklı bir yetişkinin iyi bir gece uykusu için tavsiye edilen uyku süresinin yedi saatten az olmaması gerektiği belirtilmiştir (151, 152).

Uyku kalitesinin belirleyicileri; uyku süresi, uyandıktan sonra kendini zinde ve dinlenmiş olarak hissetmesi, uyku deneyiminin tüm yönlerinden bireyin kendi kendine tatmini, uyku etkinliği, uyku gecikmesidir (151, 153).

2.8.3. Gebelerde Uyku Kalitesi

Amerikan Uyku Bozuklukları Birliği, gebelik sırasında meydana gelen, mekanik, hormonal, fizyolojik, psikolojik değişiklikler ve gebeliğe özđu yakınmaların , tüm sistemleri etkilediği gibi aşırı uykululuktan uykusuzluğa kadar, uyku sistemlerini ve uyku kalitesini de etkilediğini belirtmiştir (154). Gebelerin çoğunda (%97), gebeliğin üçüncü trimesterinde uyku bozukluğu olduğu ifade edilmiştir. Bozulan uyku düzeni doğumdan sonraki süreçte zamanla geri kazanılabilir. Gebelikte uyku kalitesinin bozulması doğum sonrası depresyon riskini artırırken, uyku kalitesinin düzeltilip, bozukluklarının giderilmesi depresif belirtileri azaltabilir (14, 15).

Gebelerde uyku kalitesini etkileyen faktörler, son dönemlerde doğumun yaklaşmasının vermiş olduğu kaygı, karnın büyümesi, mesanenin fetüse yapmış olduğu baskı sonucu geceleri sık idrara çıkma ile birlikte gece uyku bölünmeleri ve bununda neticesinde uyku kalitesinin kötüleşmesidir (155). Yapılan araştırmalar hamile kadınların %78'inin hamilelikleri sırasında, hayatlarının herhangi bir döneminde olduğundan daha fazla uyku bozukluğu yaşadıklarını göstermiştir (14, 15). Hamilelik sırasında uykusuzluk, huzursuz bacak sendromu, uyku apnesi, gece gastroözofageal reflü ve sık gece idrara çıkma gibi çeşitli sebepler uyku bozukluklarına sebep olabilmektedir (14, 156).

Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte uyku bölünmeleri artarak uyku daha kalitesiz, huzursuz ve parçalı hale gelir. Uyku kalitesi genel sağlığı da etkilediği için gebeler için önemli bir durumdur (156). Kadınlar, hamilelik sırasında uyku bozukluğunun, artan idrara çıkma ihtiyacı, rahat uyku pozisyonları bulma güçlüğu ve vücut ağrıları dahil olmak üzere pek çok sebepten kaynaklı olduğunu ifade etmektedir (157).

2.9. Yaşam Kalitesi

DSÖ'nün yaşam kalitesini "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları" olarak tanımlanmaktadır (158).

Yaşam kalitesi, "bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresel ilişkileri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir genel sağlık durumu göstergesi"dir. Kişinin genel sağlık durumu ile yaşam kalitesi

arasında yakından ilişki bulunmaktadır. İyi bir sağlık, iyi bir yaşam kalitesiyle ilişkilendirilebilir (159).

2.9.1. Gebelerde Yaşam Kalitesi

Gebelerde oluşan fiziksel semptomlar, hormonlar, yorgunluk, ruhsal değişimler ve yaşanan kısıtlılıklar, yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (13).

Gebelerde sağlık problemleri ruhsal, bedensel, çevresel ve sosyal boyutlar bakımından yaşam kalitelerini etkilemektedir. Gebelerden hiperemesis, enfeksiyon, mide, psikolojik, uyku, yorgunluk ve konstipasyon problemleri yaşayanların yaşam kalitesinin en azından bir boyutunda sorun yaşadıkları belirlenmiştir (160). Gebelikte bulantı, kusma, uzun süren kabızlık, enfeksiyon, psikolojik rahatsızlık sorunları yakınmalarının son trimesterdeki gebelerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (161, 162). Yaşam kalitesinin farklı trimesterlerdeki durumu incelendiğinde, ilk trimesterden itibaren azaldığı bulunmuştur. Skorlar her trimesterde aynı yaşta gebe olmayan bireylerinkine göre daha düşük seyretmektedir.

Gebe kadınlarda yaşam kalitesi ile ilişkilendirilen durumlar; (79, 162-164)

Yüksek yaşam kalitesi; ilk gebelik, sosyo-ekonomik durumun iyi olması, sosyal destek, eş desteği, hamileliği isteyip istememe durumu, düzenli, yeteri kadar fiziksel aktivite, kegel egzersizleri, nefes egzersizleri gibi yaklaşımların önerilmesi, korku ve endişelerin makul sınırlarda olması, benlik kavramı

Düşük yaşam kalitesi; gebelik komplikasyonları (bulantı-kusma, kabızlık, mide ekşimesi, bacaklarda kramp, hemoroit ve solunum sıkıntısı,) tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olma, obezite, mide bulantısı, kusma, uyku güçlükleri, psikolojik stres hali

Stresle başa çıkmada olumlu yöntemler (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama) kullanan gebeler ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (165).

Bu süreçte, “kadının yaşam felsefesi, olgunlaşma ve kültür düzeyi, evlilik uyumu, ebeveynliğe hazır oluşluluğu, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması gebeliğe karşı tutumu ve uyumu” etkilemektedir. Gebenin çeşitli

nedenlerle gebelik sürecinde görülen bu değişikliklere yeterli uyum sağlayamaması gebenin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilmektedir (11, 12).

2.10. Gebelerde Ergoterapi

Ergoterapi, oküstasyonlar yoluyla sağlığı ve refahı geliştirmek için çalışan kişi merkezli bir sağlık mesleğidir. Ergoterapinin birincil amacı, insanların günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını ve bağımsızlıklarını sağlamaktır. Ergoterapistler bu sonuca, insanların ve toplulukların yapmak istedikleri, ihtiyaç duydukları veya yapmaları beklenen oküstasyonları yapma yeteneklerini geliştirmek için çalışarak veya oküstasyonel bağılıklarını daha iyi desteklemek için oküstasyon veya çevreyi değiştirerek ulaşırlar (123,124).

Ergoterapistler sağlık hizmetlerinde, bireysel gelişim (bilişsel, fiziksel, sosyal, duygusal), sağlığın teşviki, hastalık süreci müdahalesi, oküstasyon analizi ve davranış değişikliği, yaşam tarzı müdahaleleri ve uyarlanabilir ekipman kullanımı konularında geniş bir şekilde eğitilmişlerdir (166). Bireylerin, kendine bakım ve alışveriş gibi kişisel ihtiyaçlarını karşılamaları, kişilerarası ilişkileri başarıyla sürdürebilmeleri, üretken ve kazanç elde edebilecekleri oküstasyonları gerçekleştirebilmeleri ve tatmin edici eğlence ve rekreasyonel aktivite arayışlarına girmeleri gibi kendilerine uygun rolleri yerine getirebilmelerine destek olurlar (167).

Ergoterapi hizmetleri, rehabilitasyon, rehabilitasyon ve sağlık ve sıhhatin teşviki için engelli ve engelli olmayan ihtiyaçları olan bireyler için sağlanmaktadır. Bu hizmetler, bir hastalık, yaralanma, hastalık, rahatsızlık, durum, yetersizlik, engellilik, oküstasyon kısıtlaması veya katılım kısıtlaması olan veya geliştirme riski taşıyan bireyler için oküstasyonel kimliğin edinilmesini ve korunmasını içerir (124).

Ergoterapistler, doğum öncesi dönemde kadınlar için oküstasyonel performans sorunlarını değerlendirme ve düzeltme becerisine sahiptir (168). Yeni doğan yoğun bakım klinikleri, el terapisi/rehabilitasyon ortamları, psikiyatrik anne-bebek birimleri ve giderek artan bir şekilde doğum servisleri gibi çeşitli bağlamlarda perinatal dönemdeki kadınları destekleyebilir (17-19).

Kadınlar yaşamları boyunca cinsiyetleriyle ilgili pek çok geçiş döneminin içinde bulunmuşlardır. Bu geçişler arasında, fiziksel, duygusal, hormonal değişikliklere, kimlik değişikliklerine ve rol değişikliklerine uğramışlardır. Bu

çeşitlilik kadınların sağlıklarında da değişikliklere sebebiyet vermiştir. Hayatın çeşitli evrelerinde kadınlar için nitelikli bakım vazgeçilmez hale gelmektedir. Bu bakım, bir ergoterapistde dahil olmak üzere çok disiplinli bir ekibin performansı ile sunulmalıdır. Bu profesyonellerin amacı, diğerlerinin yanı sıra, bireylerin farklı bağlamlarında işlevsel kapasitelerini sürdürmek ve psikososyal becerilerini geliştirmektir (169).

Ergoterapistler, kadın sağlığı alanında, doğum öncesi, sırasında ve sonrasında özellikle hamilelik-lohusalık döneminde, hastalar ve aileleri ile sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve biyopsikososyal rehabilitasyon konularında kendilerini, bağımsızlık ve katılımı desteklemek amacıyla geliştirmişlerdir. Bununla birlikte, bu bağlamdaki çalışmaların performansları hala başlangıç düzeyindedir ve bilimsel olarak çok az yaygındır (20). Ergoterapistlerin engelli, kronik hastalığı ve hastalığı olan anneleri ve bebekleri destekleyen rolüne dair araştırma kanıtları bulunurken, perinatal dönemlerde daha geniş kadın popülasyonlarıyla çalışan ergoterapistlerin rolü hakkında çok az şey bilinmektedir (21).

Gebelikte oluşan değişimler kadınların oküstasyon katılımlarını, rollerini yerine getirme becerilerini, üreme sağlığını ve yaşam kalitelerini etkileyebilir. Kadınların hamilelik öncesi, hamilelikte ve sonrasında oküstasyonel performansını etkileyen pek çok parametre bulunabilir ve ergoterapistler bu parametrelere özgü kişi merkezli müdahaleler planlarlar (16).

Kanıtla dayalı bir yaklaşımla, ergoterapistler, hamilelik ve doğum sonrası dönemde ağrıyı önlemeye, işlevi artırmaya ve anlamlı oküstasyonları teşvik etmeye katkıda bulunabilir. Ergoterapistlerin uygulama alanı genişliği ve çok yönlülüğüyle bütüncül bir bakış açısına sahip olduklarına göstermektedir. Şu anda mesleğimiz ve hamileler arasındaki bağlantıyı gösteren çok az kanıt bulunmaktadır. Bununla birlikte, ergoterapistlerin bu popülasyonda oküstasyonel performansı üzerinde güçlü bir etkisi olabilir (17).

Gebelerle yapılan bir çalışma, yüksek riskli bir obstetrik merkezde ergoterapi müdahalesinin çerçevesini tanımlamayı amaçlayarak doğum öncesi aşamasında bulunan en yaygın terapötik stratejiler; fizyolojik enerji koruma teknikleri (%33), fonksiyonel hareketliliğin sağlanması (%25), banyo (%12) ve giyinme günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) performansa odaklanan eylemler olarak belirtilmiştir.

Psikososyal yaklaşımla ilgili olarak; psikososyal bileşenlere destek (%25), hastaneye yatış sürecine ilişkin yaklaşımlar (%24), anne-bebek bağının uyarılması (%18), sağlık eğitimi stratejisi- doğum yolları (%21), doğumun evreleri (%16) ve emzirmenin rehberliği ve önemidir (%16) (20).

Ergoterapistler, bireyselleştirilmiş bakımı teşvik etmek, anneliğe hazırlık sürecine aktif katılımı ve GYA, YGYA, serbest zaman, eğitim, çalışma, dinlenme ve uyku performansında bağımsızlığı teşvik etmek ve sosyal katılımı sağlamak için bir grup ve/veya bireysel şekilde müdahale eder. Bu tür müdahaleler, terapötik stratejiler yoluyla gerçekleştirilir, örneğin: hamile kadınların önemli oküstasyonlara dahil edilmesi; GYA uygulaması sırasında eğitim ve fizyolojik enerji koruma teknikleri; hareket ve duyuşal işlevlerle ilgili nöromüskuloskeletal işlevlerin uyarılması; anne-bebek bağının kurulması ve güçlendirilmesidir.

Perinatal anne ruh sağlığında ergoterapi, annelerin ve çevrelerinin mümkün olan en yüksek rol gelişimini elde etmek için kişisel bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki oküstasyonel performans disfonksiyonunu değerlendirecek, analiz ederek, tedavi eder (170). Perinatal ruh sağlığında ergoterapinin kapsamı, anneleri yeni rutinler geliştirmek, başa çıkma ve gevşeme stratejilerini öğrenmek, duyuşal modülasyon stratejilerini kullanmak, stres faktörlerinden veya tetikleyicilerden kaçınmak için zamanlarını yönetmek, birlikte yeni yapılanmış oküstasyonları oluşturmak ve anne-bebek etkileşimini ve bağlanmasını desteklemek olabilir (19)

Hamilelik sırasında Ergoterapistler, gebelere şu konularda yardımcı olabilirler(21):

- Doğum öncesi sağlığın teşviki ve bebeğe hazırlık
- Anne ruh sağlığı ve refahının sağlamak
- Kişisel bakım, Günlük yaşam aktiviteleri, Beslenme, Uyku hijyeni, Stres/Anksiyete yönetimi ve Enerji tasarrufu
- Yaşam tarzının yeniden dizayn edilmesi
- Anne adayının değer verdiği ve yapması gereken rollere ve oküstasyonlara katılımını desteklemek için çevrelerini değiştirmek ve oküstasyonlarını uyarlamak

- Yatak istirahatindeyse, anlamlı oküpyasyonlara ve rollere katılım. Ayrıca olumlu bir başa çıkma stratejisi geliştirerek kötü düşünce ve duyguları yönetmeye yardımcı olmak
- Doğum için ve doğum sonrası dönemde de yardımcı olabilecek farkındalık meditasyonu da dahil olmak üzere, gevşeme becerilerini geliştirmek

Farklı trimesterdeki gebelerin oküpyasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bu çalışma, ergoterapist perspektifinden gebelerin oküpyasyonel performanslarını etkileyen faktörlerin incelenmesi açısından da önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın etik uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve çalışma 30.03.2021 tarihinde yapılan değerlendirmeler sonucu GO21-285 karar numarası ile etik açıdan uygun bulunmuştur (EK-1).

Çalışma öncesinde tüm gebelere çalışmanın kapsamı ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her gebeye, çalışmaya gönüllü katılımı kabul ettiklerine dair Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır (EK-4).

Verilerin toplanması, yarı-yapılandırılmış, yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Pandemi sürecinde olunması sebebiyle, yüz yüze veri toplama aşamasında hem araştırmacıyı hem de katılımcıları korumak amacıyla "Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol önlemleri" uygulanmıştır. Görüşmenin yapılacağı odada maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uyulmuştur.

3.1. Bireyler

Çalışmaya dahil edilecek kişi sayısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen güç analizinde %95 güven ve %5 hata payı ($\alpha=0,05$) baz alınarak örneklem büyüklüğü farklı trimesterlerden toplam 146 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma sürecinde toplam 168 gebe ile temas edilmiş 12'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olup, içlerinden 6'sı özel sebeplerden dolayı ölçükleri tamamlayamamıştır.

Çalışma, Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde prenatal takipleri yapılan 1., 2. ve 3. Trimesterlerden 50'şer gebe olmak üzere toplam 150 gebeyle tamamlanmıştır.

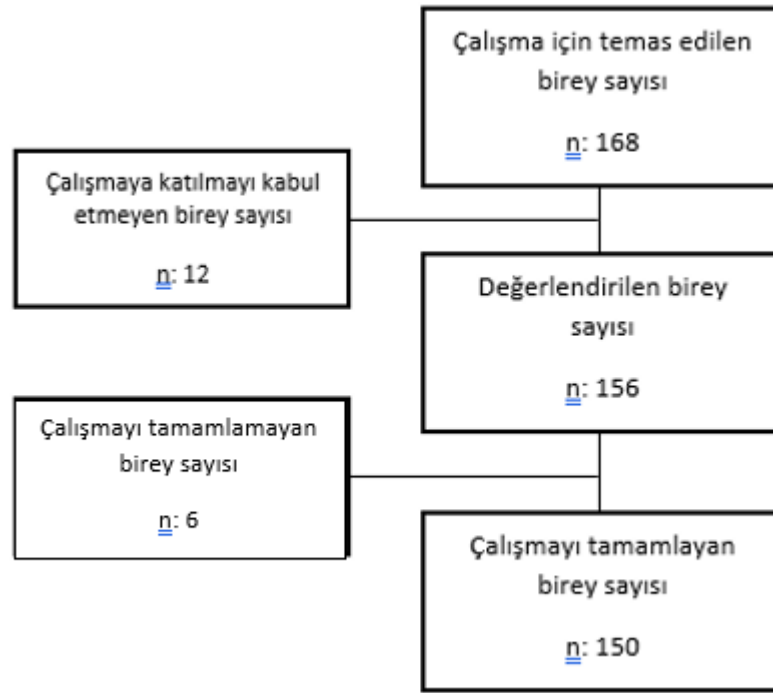
Dahil Edilme Kriterleri:

- Gebeliğin 1.,2. Ve 3. Trimesterlerinin herhangi birinde olmak
- 18-35 yaş aralığında olmak
- Okuma ve anlamayı zorlaştıracak herhangi bir engele sahip olmamak

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Tanılı bir psikiyatrik hastalığı olmak
- Hastanelerin heyet kurullarından alınmış engelli raporu bulunmak
- Yüksek Riskli Gebelik grubunda yer almak

Çalışma akış şeması Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Çalışma akış şeması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Gebe Bilgi Formu

Gebe Bilgi Formu; araştırmacılar tarafından hazırlanan, gebelerin kendilerinin doldurması gereken sosyo-demografik ve obstetrik durumları hakkında bilgilenmek amacıyla sorulan soruların yer aldığı bir formdur (EK-5).

Tablo 3.1. Gebe bilgi formu soruları

Sosyo-demografik sorular	Obsterik Sorular
<ul style="list-style-type: none"> • Gebenin yaşı • Öğrenim durumu • Çalışma durumu • Aylık gelir düzeyi • Aynı evde yaşayan toplam kişi sayısı • Yaşayan çocuk sayısı • Evlilik yılı 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebelik trimesteri • Gebelik haftası • Gebeliğin planlılık durumu • Kaçınıcı gebelik olduğu

3.2.2. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

Çalışmamızda gebelerin oküpyonel performanslarını belirlemek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanılmıştır (EK-6). KAPÖ, bireyin ergoterapi sürecinde oküpyonel performansına ilişkin, kendi algısındaki değişiklikleri belirlemek üzere ergoterapistler tarafından geliştirilmiş, bireyselleştirilmiş sonuç ölçümüdür. KAPÖ, bireyin rollerini ve rol beklentilerini hesaba katar ve kendi ortamına odaklanırken, problemin kişiyle ilişkisini saptar. Bireyin günlük işleyişi içerisinde tanımladığı problemler oküpyonel alanları ölçen beş adımlı bir değerlendirme sürecinden oluşmaktadır. Bireyin üç temel oküpyon alanı olan günlük yaşam aktiviteleri (kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumda kendini idare etme), üretkenlik (ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul veya oyun) ve serbest zaman (sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon, sosyalleşme) aktivitelerinin, kişi için oküpyonel performans alanlarının önemini ve mevcut performanstan memnuniyetini dikkate alır (120).

Ölçümün ilk adımı aktivite performans alanlarını belirlemektir. Kişiden bir gününü düşünerek, kendisi için önemli olan, yapmak istediği, yapması gereken veya yapması beklenen fakat yapamadığı, yapmadığı veya yaptığından memnun olmadığı oküpyonları belirlemesi istenir. Problem alanlarının belirlenmesinin ardından bireyin kendi yaşamındaki önemi açısından, önemlilik düzeyi 1(hiç önemli değil)-10(son derece önemli) arasında derecelendirmesi istenir. Yapılan derecelendirmeye

göre en önemli 5 problemlili aktivite seçilir. Bu aktiviteler için 0-10 arası performans ve memnuniyet puanı belirlenir. Performans puanında 1 hiç yapamıyorum-10 son derece iyi yapıyorum; memnuniyet puanında ise 1 hiç memnun değilim-10 son derece memnunum demektir. Son olarak performans ve memnuniyet puanları ayrı ayrı toplanarak toplam aktivite sayısına bölünür. Çıkan değerler ortalama performans ve memnuniyet puanlarıdır. KAPÖ 1998 yılında Law ve ark. tarafından geliştirilmiştir (120).

KAPÖ farklı ülkelerde ve farklı dillerde kullanılan bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2021 yılında B. Torpil tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı 0,9-1 olarak güvenilir olduğu ispatlanmıştır (171).

3.2.3. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)

Prenatal Distres ölçeği (PDÖ), gebelerin prenatal distres (stres/anksiyete/depresyon) düzeyini belirlemek için Yali ve Lobel tarafından 1999 yılında, erken gebelik dönemi (10-20 hafta), orta gebelik dönemi (20-30 hafta) ve geç gebelik döneminde (30 hafta ve üzeri) uygulanmak üzere üç farklı versiyon şeklinde 12 madde olarak geliştirilmiştir. 2018 yılında ise gebeliğin tüm dönemlerinde kullanılabilmesi için Lobel tarafından 17 maddelik versiyonuna revize edilmiştir. PDÖ, gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve emosyonel semptomları, ilişkileri, annelik, beden imajı ve gebeliğe ilişkin konularda gebelerin yaşadıkları sıkıntı veya endişeleri belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (63)(EK-7).

PDÖ 4 alt parametreden oluşmaktadır;

- Faktör 1: “Gebeliğe bağlı fiziksel ve sosyal değişimler, bebek ve doğum eylemi ile ilgili endişeler” (1,3,4,6,7,8,10,11,12. Sorular)
- Faktör 2: “Sağlık bakım kalitesi ve sağlık durumu ile ilgili endişeler” (2,9,17. Sorular)
- Faktör 3: “Bebekğin bakımı ve doğum sonrası yaşam ile ilgili endişeler” (13,15,16. Sorular)
- Faktör 4: “maddi endişeler” (5,14)

Katılımcılardan ölçekte yer alan her bir ifadeyi dikkatle okuyarak her madde ile ilgili olarak o anda sıkıntılı, üzgün veya endişeli olup olmadıklarını “Hiç” (0), “Biraz” (1) ve “Çok fazla” (2) şeklindeki seçeneklerden birisini işaretleyerek yanıt

vermesi istenmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Yüksel ve ark. tarafından yapılarak Türkçe' ye uyarlanmıştır. Ölçekten minimum 0 puan, maksimum 34 puan elde edilmektedir. Puan artışı prenatal distres düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanır. PDÖ' nün toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (140).

3.2.4. Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, Buysse ve ark. tarafından 1989 yılından son 1 ayda var olan uyku bozukluklarını ve uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 24 soru ve 7 alt parametreden oluşmaktadır. Bu sorulardan 19' u kendini değerlendirme sorusudur. 5' i ise bireyin bir eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanır (EK-8).

PUKİ alt parametreleri;

- “Öznel uyku kalitesi” (Soru 6)
- “Uyku latansı” (Soru 2,5a)
- “Uyku süresi” (Soru 4)
- “Alışılmış uyku etkinliği” (Soru 1,3,4)
- “Uyku bozukluğu” (Soru 5b-j)
- “Uyku ilacı kullanımı” (Soru 7)
- “Gündüz işlev bozukluğu” (Soru 8,9)

Kişiden soruları dikkatlice okuyup, geçen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak, kendisine en yakın hissettiği değeri işaretlemesi istenir. Puanlaması ise; 0-3 arası (çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3) olarak yapılır. Total puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, puan yükselişi uyku kalitesinin kötüleştiğini göstermektedir. Total PUKİ puanının ≤ 5 olması “iyi uyku”, >5 olması ise “kötü uyku” olarak değerlendirilir (147).

Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (172).

3.2.5. Kısa Form Sağlık Anketi (SF-36))

Kısa Form-36 kişinin genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Ware ve ark. tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 36 soru ve 8 alt parametreden oluşmaktadır (EK-9).

SF-36 alt parametreleri;

- “Fiziksel foksiyon” (10 soru)
- “Sosyal fonksiyon” (2 soru)
- “Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları “(4 soru)
- “Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları” (3 soru)
- “Mental sağlık” (5 soru)
- “Enerji/vitalite” (4 soru)
- “Ağrı” (2 soru)
- “Genel sağlığın algılanması” (5 soru)

Kişiden likert tipi soru dikkatlice okuyup uygun gördüğünü işaretlemesi istenir. Alt parametrelerle sağlığı 0- 100 puan arasında değerlendirilir ve 0 puan sağlık durumunun kötü olduğunu, 100 puan ise sağlık durumunun iyi olduğunu belirtir (173). Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır (174).

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için Minimum (Min), Maksimum (Max), Ortalama (Ort) ve Standart Sapma (SS) değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıklarını saptamak amacıyla için Kolmogrov-Smirnov değerleri, Skewness-Kurtosis değerleri ve histogram grafikleri incelenmiştir. İnceleme sonucunda verilerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare, ölçüm verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile tespit edilmiştir. Korelasyon analizinde 0,00-

0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,80 yüksek, 0,90-1,00 çok yüksek düzeyde korelasyon olarak yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Farklı trimesterlerdeki gebelerin oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasını incelediğimiz çalışmamıza, 1. Trimester yaş ortalaması $26,52 \pm 3,82$ (18-33), 2. Trimester yaş ortalaması $27,18 \pm 3,83$ (19-35) ve 3. Trimester yaş ortalaması ise $26,94 \pm 4,54$ (19-35) olan her trimesterden 50'şer gebe olmak üzere toplamda 150 gebe katılmıştır. Gebelerin evlilik yılı ortalamaları incelendiğinde 2. Trimesterdeki gebelerin ortalama olarak daha uzun yıllardır evli oldukları saptanmıştır. Ancak 1.2. ve 3. Trimesterlerin yaş ortalamaları ve evlilik yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,71$, $p=0,15$). Çalışmaya katılan gebelerin yaş ve evlilik yılı bilgileri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Gebelerin yaş ve evlilik yılı bilgilerine ilişkin bulgular

SOSYO- DEMOGROFİK BİLGİLER	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		P
	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	
Yaş	26,52±3,82	18,0-33,0	27,18±3,83	19,0-35,0	26,94±4,54	19,0-35,0	0,71
Evlilik Yılı	3,22± 3,17	1,0-13,0	4,58± 3,95	1,0-16,0	3,78±3,33	1,0-15,0	0,15

p<0,05

Gebelerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 4.2.'de verilmiştir. Çalışmaya katılan tüm trimesterlerdeki gebelerin yoğunluklu olarak buldukları yaş aralığı 24-29 arasında olmuştur. Katılımcıların çoğunun öğrenim durumu üniversite ve lise düzeyinde olduğu bulunmuştur. 3. Trimesterdeki gebelerin %64'ü çalışmıyor, 1. Trimesterdeki gebelerin %72'si sadece eşleriyle yaşıyor ve çalışmaya katılan toplam 91 gebenin ilk gebeliğidir. Çalışmaya katılan gebelerin trimesterleri arasında yaş aralığı (p=0,25), öğrenim durumu (p=0,83), çalışma durumu (p=0,16), gelir düzeyi (p=0,66), aynı evde yaşayan kişiler (p=0,37) ve yaşayan çocuk sayısı (p=0,25) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur, gruplar birbirine benzerdir.

Tablo 4.2. Gebelerin Sosyo-demografik bilgilerine ilişkin bulgular

SOSYO-DEMOGROFİK BİLGİLER	Trimester						x ² p
	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş aralığı							
18-23 yaş	8	16,0	6	12,0	12	24,0	5,31 0,25
24-29 yaş	29	58,0	33	66,0	22	44,0	
30-35 yaş	13	26,0	11	22,0	16	32,0	
Öğrenim durumu							
İlkokul	1	2,0	2	4,0	4	8,0	2,77 0,83
Ortaokul	5	10,0	7	14,0	6	12,0	
Lise	22	44,0	19	38,0	18	36,0	
Üniversite	22	44,0	22	44,0	22	44,0	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	20	40,0	27	54,0	18	36,0	3,63
Çalışmıyor	30	60,0	23	46,0	32	64,0	0,16
Gelir düzeyi							
Kötü	7	14,0	5	10,0	8	16,0	0,08
İyi	43	86,0	45	90,0	42	84,0	0,66
Aynı evde yaşayan kişiler							
Eş	36	72,0	29	58,0	28	56,0	4,22 0,37
Eş ve çocuklar	10	20,0	15	30,0	13	26,0	
Eş ve aile büyükleri	4	8,0	6	12,0	9	18,0	
Yaşayan çocuk sayısı							
0	34	68,0	31	62,0	27	54,0	5,35 0,25
1	13	26,0	12	24,0	20	40,0	
2	3	6,0	7	14,0	3	6,0	

*p<0,05

4.2. Obstetrik Bilgilere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftalarına ilişkin bilgileri tablo 4.3.'da verilmiştir. Trimesterlerin birbiriyle ayrımını belirleyen gebelik haftasında, trimesterler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p=,001$).

Tablo 4.3. Gebelerin gebelik haftalarına ilişkin bulgular

OBSTETRİK BİLGİLER	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		P
	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	
Gebelik Haftası	9,42 \pm 2,01	5,0-13,0	21,62 \pm 3,54	15,0-27,0	32,54 \pm 3,19	27,0-38,0	,001*

*p<0,05

Gebeler gebeliği isteme durumları açısından incelendiğinde, bütün trimesterlerde çoğunluğun gebelik sürecinin planlı olduğu bulunmuştur. Trimesterler arasında gebeliği isteme durumu ve gebelik sayısı bakımından fark yoktur ($p=0,95$, $p=0,14$). Tüm trimesterlerdeki gebelerin çoğunluğunun ilk gebeliğidir.

Tablo 4.4. Gebelerin obstetrik bilgilerine ilişkin bulgular

OBSTETRİK BİLGİLER		Trimesterler						χ^2 p
		1. Trimester (n:50)		2. Trimester (n:50)		3. Trimester (n:50)		
		n	%	n	%	n	%	
Gebeliği isteme	Planlı	42	84,0	43	86,0	42	84,0	0,10 0,95
	Plansız	8	16,0	7	14,0	8	16,0	
Gebelik sayısı	1	33	66,0	30	60,0	26	52,0	6,80 0,14
	2	12	24,0	12	24,0	21	42,0	
	3	5	10,0	8	16,0	3	6,0	

* $p<0,05$

4.3. Oküpyon Performans ve Memnuniyet Bulguları

KAPÖ'de sınıflandırılan performans alanlarına göre gebelerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında problem yaşadıkları aktiviteler tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan gebelerin KAPÖ'ye göre belirlenen problem yaşadıkları oküpyon alanlarına ilişkin bulgular Tablo 4.5.'de verilmiştir. Kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında 1. Trimesterde yemek yeme (%32), temizlik yapma (%8) ve otobüs-uçak yolculuğu (%14); 2. Trimesterde kişisel hijyen (%22), market poşetlerini taşıma (%10), temizlik yapma (%12), TV/Fim izleme (%8); 3. Trimesterde giyinme (%20,8) ve kişisel hijyen (%13,0), temizlik yapma (%13,0) yerden bir şeyler kaldırma (%11,7) ve ibadet (namaz kılma) (%10,4) en çok zorlanılan aktiviteler olmuştur.

Tablo 4.5. Gebelerin problem yaşadıkları oküstasyon alanlarına ilişkin bulgular

KENDİNE BAKIM AKTİVİTELERİ	Trimester						
	1.Trimester (n=50)		2.Trimester (n=50)		3.Trimester (n=77)		
	n	%	n	%	n	%	
KİŞİSEL BAKIM							
Giyinme(alt kıyafet, ayakkabı,çorap)	-	-	6	12,0	14	20,8	
Kişisel hijyen(tırnak kesme, diş fırçalama, epilasyon, tuvalet sonrası temizlik)	5	10,0	11	22,0	10	13,0	
Uyku	2	4,0	4	8,0	5	6,5	
El ve ayaklarda şişlik	1	2,0	-	-	-	-	
El ve ayaklarda uyuşma	-	-	4	8,0	2	2,6	
Kilo kontrolsüzlüğü	1	2,0	3	6,0	3	3,9	
Yemek yapma	9	18,0	3	6,0	1	1,3	
Yemek yeme	16	32,0	4	8,0	1	1,3	
Mide yanması veya ağrısı	-	-	-	-	5	6,5	
Ödem	-	-	-	-	4	5,2	
Tuvalete sık çıkma	2	4,0	2	4,0	6	7,8	
FONKSİYONEL MOBİLİTE							
Hızlı hareket etme	1	2,0	2	4,0	4	5,2	
Uzun süre ayakta kalma	2	4,0	-	-	5	6,5	
Uzun süreli yürüyüşler	3	6,0	-	-	3	3,9	
Yatıp, kalkma	-	-	2	4,0	7	9,1	
Merdiven inip çıkma	1	2,0	2	4,0	5	6,5	
Toplu taşıma kullanma	6	12,0	-	-	-	-	
TOPLUMDA KENDİNİ İDARE ETME							
Araba kullanma	1	2,0	2	4,0	2	2,6	
Market poşetlerini taşıma	-	-	5	10,0	-	-	
ÜRETKENLİK AKTİVİTELERİ							
ÜRETKENLİK AKTİVİTELERİ	Trimester						
	1.Trimester (n=16)		2.Trimester (n=20)		3.Trimester (n=46)		
	n	%	n	%	n	%	
EV İÇİ YÖNETİMİ							
Temizlik yapma	4	8,0	6	12,0	10	13,0	
Cam silme	-	-	1	2,0	1	1,3	
Çamaşır yıkama	3	6,0	2	4,0	-	-	
Yerden bir şeyler kaldırma	-	-	3	6,0	9	11,7	
Eşyaların yerini değiştirme	2	4,0	3	6,0	6	7,8	
Ev işleri yaparken yorgunluk	3	6,0	-	-	-	-	
Ev süpürme	-	-	2	4,0	5	6,5	
Tezgaha yaklaşıp iş yapma	-	-	-	-	5	6,5	
Üst raflardan eşya alma	-	-	-	-	2	2,6	
ÜCRETLİ VEYA ÜCRETSİZ İŞ							
Uykululuk sebebiyle iş yerinde zorlanma	2	4,0	2	4,0	1	1,3	
Uzun süre oturamama	-	-	-	-	2	2,6	
OKUL/OYUN							
Diğer çocuğuyla vakit geçirme	2	4,0	1	2,0	5	6,5	
SERBEST ZAMAN AKTİVİTELERİ							
SERBEST AKTİVİTELERİ	ZAMAN	Trimester					
		1.Trimester (n=14)		2.Trimester (n=10)		3.Trimester (n=36)	
		n	%	n	%	n	%
SESSİZ REKREASYON							

İbadet-Namaz kılma (oturarak)	-	-	1	2,0	8	10,4
Bahçe işleri	-	-	-	-	5	6,5
Elişi yapma	-	-	1	2,0	2	2,6
Film/tv izleme	2	4,0	4	8,0	7	9,1
SOSYALLEŞME						
Günlere katılım	-	-	1	2,0	-	-
Misafir ağırlama	3	6,0	3	6,0	4	5,2
Akraba-komşu ziyaretleri	1	2,0	-	-	2	2,6
AKTİF REKREASYON						
Otobüs-uçak yolculuğu	7	14,0	-	-	2	2,6
Uzun yürüyüşler yapma	-	-	-	-	6	7,8
Yoga	1	2,0	-	-	-	-

Çalışmaya katılan gebelerin trimesterlere göre oküpyonel performans ve oküpyonel memnuniyet puanlarına ait bulgular ve karşılaştırmaları Tablo 4.6.'da verimiştir. Farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performans ($p<0,001$) ve memnuniyet düzeyleri ($p<0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Trimesterler ilerledikçe gebelerin oküpyonel performans ve memnuniyet puanlarının azaldığı görülmektedir.

Tablo 4.6. Gebelerin oküpyonel performans ve memnuniyet puanlarına ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması

	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		P
	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	
KAPÖ- Performans Puanı	7,0± 1,0	9,0 5,0	6,4± 1,0	8,6 5,0	5,8± 0,8	7,3 4,0	,001*
KAPÖ- Memnuniyet Puanı	6,3± 0,9	8,5 4,7	5,7± 1,0	8,0 4,0	5,4± 0,9	7,0 4,0	,001*

* $p<0.05$

4.4. Prenatal Distres Bulguları

Çalışmaya katılan gebelerin, prenatal distres ve alt parametlerine ilişkin bulguları ve trimesterlere göre karşılaştırılması Tablo 4.7.'de verilmiştir. Gebelerin prenatal distres toplam puan ortalamaları, 1. Trimesterde $9,32 \pm 4,24$; 2. Trimesterde $9,42 \pm 5,20$ ve 3. Trimesterde ise $9,98 \pm 4,04$ olarak bulunmuştur. Farklı trimesterdeki gebelerin prenatal distres düzeyleri arasında maddi endişeler alt parametresi dışında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p=0,66$).

Tablo 4.7. Gebelerin prenatal distres ve alt parametlerine ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması

PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ BULGULARI (PDÖ)	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		x ² P
	$\bar{x} \pm SS$	Min- Max	$\bar{x} \pm SS$	Min- Max	$\bar{x} \pm SS$	Min- Max	
Faktör 1: Gebeliğe bağlı fiziksel ve sosyal değişimler, bebek ve doğum eylemi ile ilgili endişeler							
	$6,96 \pm$	2,00	$6,64 \pm$	1,00	$7,56 \pm$	4,00	2,40
	3,23	16,00	3,41	15,00	2,84	15,00	0,30
Faktör 2: Sağlık bakım kalitesi ve sağlık durumu ile ilgili endişeler							
	$0,84 \pm$,00	$1,04 \pm$,00	,88 \pm	,00	1,50
	0,89	3,00	1,07	4,00	1,29	7,00	0,47
Faktör 3: Bebeğin bakımı ve doğum sonrası yaşam ile ilgili endişeler							
	$1,20 \pm$,00	$1,08 \pm$,00	,92 \pm	,00	0,89
	1,26	5,00	1,08	3,00	,99	4,00	0,63
Faktör 4: Maddi endişeler							
	,34 \pm	,00	,70 \pm	,00	,76 \pm	,00	6,23
	,56	2,00	,95	4,00	,92	3,00	0,04*
Toplam puan							
	$9,32 \pm$	2,00	$9,42 \pm$	2,00	$9,98 \pm$	4,00	0,82
	4,24	22,00	5,20	25,00	4,04	23,00	0,66

* $p < 0,05$

4.5. Uyku Kalitesi Bulguları

Çalışmaya katılan gebelerin uyku kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulguları ve trimesterlere göre karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir. PUKİ puan ortalamaları 1. Trimesterde $5,18 \pm 1,69$; 2 Trimesterde $5,70 \pm 1,84$; 3. Trimesterde $7,66 \pm 2,28$ olarak bulunmuştur. Farklı trimesterdeki gebelerin uyku kaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p=,001$). Trimesterler ilerledikçe PUKİ puanı artmakta yani uyku kalitesi kötüleşmektedir. Farklı trimesterlerde, öznel uyku kalitesi

(p=,001), uyku latansı (p=,40), alışılmış uyku etkinliği (p=,001) ve uyku bozukluğu (p=,005) alt parametrelerinde de istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.8. Gebelerin uyku kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulgular ve trimesterlere göre karşılaştırılması

PİTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ BULGULARI	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		x ² P
	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	
Öznel uyku kalitesi	,92± ,40	0 2	1,18± ,75	0 3	1,52± ,65	0 3	24,34 ,001*
Uyku latansı	,94± ,65	0 2	1,08± ,85	0 3	1,46± 1,09	0 3	6,41 ,040*
Uyku süresi	,28± ,45	0 1	,28± ,54	0 2	,42± ,67	0 2	1,11 ,57
Alışılmış uyku etkinliği	,42± ,73	0 2	,32± ,55	0 2	1,14± ,81	0 2	32,01 ,001*
Uyku bozukluğu	1,58± ,76	0 3	1,68± ,47	1 2	1,92± ,44	1 3	10,71 ,005*
Uyku ilacı kullanımı	,00± ,00	0 0	,00± ,00	0 0	,00± ,00	0 0	,00 1,00
Gündüz işlev bozukluğu	1,12± ,94	0 2	1,08± ,60	0 2	1,22± ,79	0 2	1,15 ,56
Toplam PUKİ puanı	5,18± 1,69	2 9	5,70± 1,84	2 9	7,66± 2,28	4 14	30,96 ,001*

*p<0,05

Farklı trimesterlerdeki gebelerin uyku kaliteleri incelendiğinde 1. Trimesterdeki gebelerin %42'sinin, 2. Trimesterdekilerin %54 ve 3. Trimesterdeki gebelerin ise %80'inin PUKİ puanına göre kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Trimesterin PUKİ'ye göre uyku kalitesi dağılımları Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Gebelerin trimesterlere göre uyku kalitelerinin dağılımı

	İyi Uyku Kalitesi (PUKİ≤5)		Kötü Uyku Kalitesi (PUKİ>5)	
	n	%	n	%
1.Trimester	29	58,0%	21	42,0%
2.Trimester	23	46,0%	27	54,0%
3.Trimester	10	20,0%	40	80,0%

4.6. Yaşam Kalitesi Bulguları

Çalışmaya katılan gebelerin yaşam kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulguları ve trimesterlere göre karşılaştırılması Tablo 4.10.'da gösterilmiştir. Gebelerin yaşam kalitelerine SF-36 alt parametreleriyle birlikte bakılmıştır. Farklı trimesterlerdeki gebelerin, SF-36'nın fiziksel fonksiyon ($p=,001$), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ($p=,001$), emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ($p=,001$), enerji/vitalite ($p=,014$), ruhsal sağlık ($p=,001$), sosyal işlevsellik ($p=,001$) ve genel sağlık algısı ($p=,005$) olmak üzere ağrı hariç bütün alt parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Trimesterler ilerledikçe gebelerin yaşam kaliteleri azalmıştır. Yaşam kalitesi alt parametrelerindeki en düşük değerler 3. Trimesterde, Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ortalaması $19,50\pm 28,70$ ve emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ortalaması $21,33\pm 24,99$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.10. Gebelerin yaşam kalitesi ve alt parametrelerine ilişkin bulguları ve trimesterlere göre karşılaştırılması

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ BULGULARI	1.Trimester (n:50)		2.Trimester (n:50)		3.Trimester (n:50)		x ² P
	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	$\bar{x}\pm SS$	Min- Max	
Fiziksel fonksiyon	84,20± 13,75	45,00 100,00	59,70 ± 18,64	25,00 95,00	51,50± 17,79	25,00 90,00	66,6 ,001*
Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları	36,50± 31,22	,00 100,00	19,50± 28,25	,00 100,00	19,50± 28,70	,00 100,00	13,99 ,001*
Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları	52,00± 39,37	,00 100,00	33,33± 39,84	,00 100,00	21,33± 24,99	,00 66,70	14,84 ,001*
Enerji\Vitalite	51,40± 10,50	30,00 65,00	49,00± 15,32	20,00 80,00	41,10± 18,61	15,00 75,00	8,59 ,014*
Ruhsal Sağlık	67,36± 17,74	28,00 84,00	55,04± 16,23	24,00 88,00	57,04± 21,21	28,00 84,00	14,09 ,001*
Sosyal İşlevsellik	79,00± 13,23	62,50 100,00	75,24± 19,80	37,50 100,00	60,93± 19,65	25,00 87,50	21,58 ,001*
Ağrı	63,30± 17,52	35,00 90,00	66,05± 19,71	35,00 100,00	59,95± 10,67	42,50 77,50	1,93 ,38
Genel sağlık algısı	63,60± 11,43	40,00 85,00	70,50± 13,49	40,00 85,00	63,60± 11,11	45,00 80,00	10,61 ,005*

*p<0,05

4.7. Korelasyon Analizi Bulguları

Çalışmaya katılan 1.Trimesterdeki gebelerin Oküpyonel Performans, Prenatal Distres, Uyku ve Yaşam Kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları Tablo 4.11.'de verilmiştir. KAPÖ Performans ve Memnuniyet puanları ile PDÖ toplam puan arasında negatif yönde anlamlı ilişki, PUKİ toplam puan ile negatif yönde anlamlı ilişki, SF-36 ; Fiziksel fonksiyon arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05). Gebelerin oküpyonel performans ve memnuniyet puanları azalırken, uyku puanları artmış yani uyku kaliteleri kötüleşmiş, yaşam kalitesi puanları azalmış ve stres düzeyleri ise artmıştır.

Tablo 4.11. 1.trimester oküpyonnel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları

	KAPÖ- Performans Puanı		KAPÖ- Memnuniyet Puanı	
	r	p	r	p
PDÖ-Toplam Puan	-,539**	,000	-,664**	,000*
PUKİ-Toplam Puan	-,328*	,020	-,560**	,000*
SF-36-Fiziksel fonk.	,501**	,000	,607**	,000*
SF-36-Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları	-,112	,440	-,080	,582
SF-36-Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları	-,038	,792	-,038	,174
SF-36-Enerji/Vitalite	-,050	,730	,078	,589
SF-36-Ruhsal sağlık	-,201	,162	-,055	,704
SF-36-Sosyal işlevsellik	-,155	,282	-,176	,223
SF-36-Ağrı	,102	,479	,046	,750
SF-36-Genel sağlık algısı	,091	,531	,239	,094

p<0,05 r=0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf r**=0,50-0,69 orta, 0,70-0,80 yüksek düzeyde korelasyon

2.Trimesterdeki gebelerin Oküpyonnel Performans, Prenatal Distres, Uyku ve Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyon Analiz Bulguları Tablo 4.12.'de verilmiştir. KAPÖ Performans ve Memnuniyet puanları ile PDÖ toplam puan arasında negatif yönde anlamlı ilişki, PUKİ toplam puan ile negatif yönde anlamlı ilişki, SF-36 ; Fiziksel fonksiyon, Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.12. 2. trimester oküpyonnel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları

	KAPÖ- Performans Puanı		KAPÖ- Memnuniyet Puanı	
	r	p	r	p
PDÖ-Toplam Puan	-,400**	,004	-,652**	,000*
PUKİ-Toplam Puan	-,554**	,000	-,675**	,000*
SF-36-Fiziksel fonk.	,571**	,000	,648**	,000*
SF-36-Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları	,316*	,026	,454**	,001*
SF-36-Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları	,137	,342	,342	,125
SF-36-Enerji/Vitalite	-,036	,804	,038	,795
SF-36-Ruhsal sağlık	,099	,496	,093	,519
SF-36-Sosyal işlevsellik	,278	,051	,294*	,038*
SF-36-Ağrı	,364**	,009	,337*	,017*
SF-36-Genel sağlık algısı	,293*	,039	,342*	,015*

p<0,05 r=0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf r**=0,50-0,69 orta, 0,70-0,80 yüksek düzeyde korelasyon

3. Trimesterdeki gebelerin Oküpyonel Performans, Prenatal Distres, Uyku ve Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyon Analiz Bulguları Tablo 4.13.'de verilmiştir. KAPÖ Performans ve Memnuniyet puanları ile PDÖ toplam puan arasında negatif yönde anlamlı ilişki, PUKİ toplam puan ile negatif yönde anlamlı ilişki, SF-36; Fiziksel fonksiyon, Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ve sosyal işlevsellik arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.13. 3. trimester korelasyon oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analiz bulguları

	KAPÖ- Performans Puanı		KAPÖ- Memnuniyet Puanı	
	r	p	r	p
PDÖ-Toplam Puan	-,692**	,000	-,722**	,000*
PUKİ-Toplam Puan	-,587**	,000	-,529**	,000*
SF-36-Fiziksel fonk,	,737**	,000	,743**	,000*
SF-36-Fiziksel				
Fonksiyona Bağlı Rol	,280*	,049	,290*	,041*
Kısıtlılıkları				
SF-36-Emosyonel				
Fonksiyona Bağlı Rol	,065	,654	,037	,800
Kısıtlılıkları				
SF-36-Enerji/Vitalite	-,064	,657	-,064	,657
SF-36-Ruhsal sağlık	-,024	,870	-,023	,876
SF-36-Sosyal				
işlevsellik	,307*	,030	,179	,213
SF-36-Ağrı	,018	,902	-,019	,898
SF-36-Genel sağlık algısı	-,064	,658	-,077	,595

* $p < 0,05$ $r^* = 0,00-0,25$ çok zayıf, $0,26-0,49$ zayıf $r^{**} = 0,50-0,69$ orta, $0,70-0,80$ yüksek düzeyde korelasyon

5. TARTIŞMA

Bu çalışma farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin incelenerek karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Gebelerin öncelikli ve kısıtlanmış aktiviteleri belirlenmiş ve bu aktivitelerin performans ve memnuniyetleri, prenatal distresleri, uyku ve yaşam kaliteleri ile karşılaştırılmıştır. Gebelerin trimesterleri ilerledikçe oküpyonel performans ve memnuniyet puanlarının azaldığı, stres düzeylerinin arttığı, uyku kalitelerinin ile yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir. Ek olarak gebelerin oküpyonel performans ve memnuniyet puanlarıyla, stres, uyku ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt parametrelerinin birçoğu arasında istatistiksel anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın, dünyada çok az sayıda, ülkemizde ise prenatal sağlık ve gebelerde ergoterapi alanında ilk çalışma olması sebebiyle hem ulusal hem de uluslararası literatüre ve klinik çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan farklı trimesterdeki gebelerin yaş aralıkları, öğrenim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri, aynı evde yaşayan kişiler, yaşayan çocuk sayıları, gebeliği isteme durumları gibi sosyodemografik ve obstetrik bilgileri birbirine benzerdir. Gruplar arasındaki bu benzerlik çalışmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerinde, Türkiye'deki kadınların en yüksek doğurganlığa sahip oldukları yaşın 20'li yaşlarda, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı (belli bir yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısı) ise 25-29 yaş arası grupta olduğu belirtilmiştir (175). Bizim çalışmamızda ise 1. Trimesterdeki gebelerin %58'i, 2. Trimesterdeki gebelerin %66'sı ve 3. Trimesterdeki gebelerin ise %44'ünün en fazla gebenin bulunduğu aralık olan 24-29 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Literatürde, gebeliğe bağlı oluşan yakınmalar incelendiğinde; yakınma alanlarının trimesterler arasında benzerlik gösterdiği görülmüştür. Gebelerin şikayetleri trimesterlere göre farklılık gösterebildiği gibi, hangi dönemlerde hangi şikayetlerin daha belirgin olduğuyla ilgili de elde edilen sonuçlar birbiriyle benzerlik göstermektedir (10, 65-70). Gebelerin problem yaşadıkları oküpyon alanlarında bazı problemler sadece bir trimestere özgü olurken (tezgaha yaklaşma, üst raflardan eşya alma, ödem vs.) bazı problemlerin ise her üç trimesterde (yemek yeme, yemek yapma,

uyku, tuvalete sık çıkma, kilo kontrolsüzlüğü, hızlı hareket edememe) de yaşandığı görülmüştür. Buna gebeliğe bağlı ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ve hormonal değişimlerin ve bunların sonucunda açığa çıkan gebelik yakınmalarının gebeliğin dönemlerine özgü kimi zaman artarak kimi zaman ise azalarak devam etmesinin sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Kostanoğlu ve ark. (176) 'nın 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada, masa başında oturmak, televizyon-film seyretmek, araba kullanmak, işte ve okulda oturma süresi gibi sedanter aktivitelerin ve işte bir şeyler taşıyarak-taşımayarak ayakta durma ve bir şeyler taşıyarak-taşımayarak yavaş yürüme süresi gibi mesleki aktivitelerin 3. trimesterde azaldığını bulmuşlardır. Fiziksel aktivite düzeyleriyle ilgili yapılan başka çalışmalarda ise, gebelerin sadece egzersiz düzeylerinde değil, ev işleri, çocuk bakımı, ulaşım, mesleki faaliyetler gibi günlük aktivitelerinde de azalmalar meydana geldiği ifade edilmiştir. Hamilelik sürecindeki kadınların, orta yoğunluktaki aktiviteleri hafif yoğunluklu ya da hareketsiz aktivitelerle değiştirme eğiliminde buldukları belirtilmiştir (177, 178). Üçüncü trimesterdeki gebelerin aktivite yoğunluklarına ilişkin yapılan araştırmada, gebelerin enerjilerini hafif olarak kabul edilen ya da sık tekrarlanan aktivitelere ayırdıkları görülmüştür. En sık tercih edilen fiziksel aktivite ise ev içi aktiviteler olmuştur (179). Çalışmamızda gebelerin oküstasyon alanlarına ilişkin bulgular incelendiğinde TV/Film izleme (%9,1) 3. Trimesterdeki gebelerin en çok problem yaşadıkları serbest zaman aktivitesi olmuştur. Uzun süre ayakta kalma ve uzun süre yürüyüşler gebelerin son trimesterinde kendine bakım ve üretkenlik alanlarını etkilemektedir. Çalışmamızdaki gebelerin problemlili oküstasyon alanlarıyla bu çalışmadan elde edilen aktivite düzeyleri değişikliği bilgileri paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılan gebelerden biri bu durumu özetlercesine şu açıklamaları yapmıştır;

“ Zaman ilerledikçe iyice ağırlaşmaya başlıyorum. Otobüsle bir yerden bir yere gitmek zulüm benim için. İnsan kokuları, oturup kalkmada zorlanmam ve uzun süre oturur pozisyonda duramamam, sıcak soğuk dengesizliği beni otobüsle bir yerlere gitmekten vazgeçirdi çoğu zaman, hastaneye kontrollere kendi aracımızla bile gitmekte zorlandım bazen”.

Lynch ve ark. (178).’nin yapmış oldukları çalışmada Amerika Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Komitesi (ACOG)’nin yönergelerine göre gebelerin ev ve

kişisel bakım aktivitelerinin gebelik öncesi (%49,9) ve gebelik boyunca (%56-60) bütün aktiviteler arasında en geniş yere sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise gebelerin oküpyonel performans alanları incelendiğinde %68,9'unun kişisel bakım ve %62,4'ünün ev içi yönetim alanlarında problem yaşadıkları görülmektedir. Gebelik sürecinde oküpyonel performans alanlarında yaşanan problemlerin, gebeliğe bağlı olarak gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ve yakınmalarla ilişkili olup olmadığına dair detaylı incelemeler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Tosun ve ark. (180) 'ları yapmış oldukları çalışmada, Gebelikte Fiziksel Aktivite Anketi (GFAA) kullanmışlardır. Bu ankette ev işleri ve bakım aktiviteleri, meslekle ilgili aktiviteler, spor/egzersiz aktiviteleri, ulaşım ve inaktiviteleri için günlük harcanan zaman üzerinden aktivite seviyeleri ölçülmektedir. Gebelerle KAPÖ ile yapılmış çalışma bulunmadığı için gebelerin temel oküpyonel performans alanlarına dair bu ölçeğin sonuçlarından da bilgi sahibi olabileceğimizi düşünmekteyiz. Bu çalışma sonuçlarına göre, trimesterler ilerledikçe, özellikle 3. Trimesterde doğum izni sürecinin başlamasıyla da birlikte mesleki aktivitelerin azaldığı, sedanter aktivitelerin ise 2. Trimesterde biraz artmış ancak 3. Trimesterde tekrar azalmış, bütün aktivite alanlarında trimesterlerin üçü arasında da fark bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise özellikle 3. Trimesterdeki gebelerin aktivite düzeyinin azaldığı ve harcanan enerjinin arttığı bilgisi desteklenmektedir (181). Bizim çalışmamızda ise, KAPÖ problemlili oküpyon alanları trimesterler ilerledikçe artmıştır. KAPÖ performans ve memnuniyet puanları ise trimesterlerin ilerlemesiyle azalmıştır. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte oküpyonları gerçekleşirken harcanan enerjinin artmış olması, gebelerin performans ve memnuniyetlerinin düşmesinin sebeplerinden birisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürdeki mevcut çalışmalar incelendiğinde gebelerde meydana gelen yakınmalardan en sık görülen semptomun yorgunluk (%95) olduğu bulunmuştur (164). Yorgunluğu, idrara çıkma sıklığında artış ve mide bulantıları takip etmektedir (182). Mide bulantısı ve kusma hamile kadınlarda fiziksel rahatsızlığa sebep olduğu kadar, aynı zamanda gebelerin ücretli iş ve ev işlerinden zaman kaybına da neden olabilmektedir (183). Bu yakınmaların etkileriyle ilgili olarak bir gebemiz şu ifadeleri kullanmıştır:

“İlk dönemlerde yaşadığım bulantı ve kusmalar yüzünde yemek yapamaz hatta yiyemez durumdaydım. Kokulara karşı hassasiyetim çok arttı, deterjanların kokusuna bile tahammülüm yoktu. Uzunca bir süre evde temizlik yapamadım”.

Gebelikte görülen bel ağrısı şikayetleri gebelerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren bir sağlık problemidir (184). Gebelerin %80’inin acı çektiği, %10’nun ise günlük işlerini yürütemeyecek duruma geldiği belirtilmiştir (185). Pelvik kuşak ağrısı olan gebelerde ise kişisel bakım, kaldırma, yürüme, oturma, uyku, ayakta durma, cinsellik, sosyal işlev, seyahat gibi günlük yaşam aktiviteleri olumsuz olarak etkilenebilir ve ağrılı olarak gerçekleştirilmektedir. Gebeler genellikle hızlı veya uzun mesafelerde yürümede pelvik kuşak ağrısı sebebiyle zorluk yaşayabilirler (186-188). Altınçelep ve ark. (189) yapmış oldukları çalışmada gebelerin %54,2’sinin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ege ve ark. (190)’nın yapmış olduğu başka bir çalışmada da, gebelerin çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği bulunmuştur. Özellikle yeme-içme, kişisel temizlik ve giyim, mobilite, iş ve serbest zaman aktiviteleri ve cinsellik aktiviteleri ile bulantı ve kusmanın süresi ve günlük seyri arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Gebelerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen yorgunluk, sık idrar çıkma, bulantı, kusma, bel ağrısı ve pelvik kuşak ağrısı şikayetlerinin, çalışmamızdaki oküpyonel performans alanlarında da belirtildiği görülmektedir. Bu şikayetlerin doğrudan veya dolaylı olarak gebelerin oküpyonel performans ve memnuniyet düzeyleri üzerinde etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Altınçelep ve ark. (189)’nın yapmış oldukları çalışmada çalışmakta olan gebelerin %45,8’inin iş yaşamlarında gebeliğe bağlı zorluk yaşayabildiklerini ve %44,4’ünün gebelik döneminde çalışıyor olmanın gebelik sürecini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Norveç’li kadınlarla yapılan çalışmada, gebelerin pelvik kuşak ağrısı sebebiyle sık sık hastalık izni aldıkları belirtilmiştir (187). Başka bir çalışmada kadınların izin isteme sebeplerinden en yaygınının bulantı- kusma (%45) şikayeti olduğu onu takiben ise yorgunluk (%18) şikayeti olduğu bulunmuştur (191). Bizim çalışmamızda ise gebelerimiz KAPÖ üretkenlik aktivitesinin ücretli veya ücretsiz iş alanında, uzun süre oturamama ve uykululuk/yorgunluk sebebiyle iş yerinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Gebeliğin ilerlemesiyle mesleki aktivitelerde de

zorlanmalar meydana gelmektedir. Ve bu durum gebelerin oküstasyonel performans ve memnuniyetlerine de yansımaktadır.

Gebelerin prenatal distres düzeylerini değerlendirmek için literatür taraması yaptığımızda, Altınçelep ve ark. (189)'nın bulgularına göre ortalama gebelerin distres düzeyleri düşük olduğu, ikinci trimesterdeki gebelerin distres düzeylerinin üçüncü trimesterdeki gebelere göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. 1522 gebeyle gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise gebelerin stres düzeyleri %6'sı (n = 91) yüksek stres, %78'i (n = 1190) düşük/orta düzeyde stres ve %16'sı (n = 241) hiç stres olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, gebelik sırasında antenatal psikososyal stresin yaygın olduğu ve yüksek stresin, kötü gebelik sonuçlarına katkıda bulunduğu bilinen çok sayıda maternal faktörle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (192).

Türkiye genelinde Türk kadınlarıyla yapılan bir çalışmada gebelerin doğum öncesi stres düzeylerinin yaşadıkları bölgeye göre değişmekle birlikte, orta düzeyde olduğu bulunmuştur (193). Bizim çalışmamızda ise trimesterlere göre gebelerin stres düzeyleri arasında maddi endişeler alt parametresi dışında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, trimesterler ilerledikçe çok az artış gözlemlenmiştir. Gebelerin stres düzeylerinin tüm trimesterlerde genellikle düşük/orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Maddi endişeler alt parametresindeki farkın kişisel faktörlere göre tesadüfi olarak fark olduğunu, çalışmamız için önemli bir sonuç olmadığını düşünmekteyiz. Gebelerin stres düzeylerinin trimesterlere göre belirgin bir şekilde değişiklik olmamasının sebebinin her trimesterin kendine özgü stresörlerinin bulunduğu ve gebeliğin her döneminde artarak veya azalarak devam eden maternal ve psikolojik değişikliklerin ve yakınmaların bu stresörleri etkileyebileceğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Strese karşı gebelerin verdikleri davranışsal tepkiler, beslenme, uyku, egzersiz, madde kullanımı, tütün kullanımı ve doğum öncesi hizmetlerin kullanımındaki değişiklikleri içerebilmektedir (192). Başka bir çalışmada ise gebelerin gebeliğe bağlı yakınmaları artıp yaşam kaliteleri azaldıkça olumsuz duygulanımlarının ve distreslerinin artmakta olduğu görülmüştür (194). Çalışma sonuçlarımıza göre tüm trimesterlerde gebelerin oküstasyonel performans ve memnuniyet düzeyleriyle gebelerin distres düzeyleri birbiriyle negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Gebelerin trimesterler ilerledikçe oküstasyonel performans ve memnuniyet puanları azalmış ve

distres düzeyleri artmıştır. Gebelerin problem yaşadıkları oküpyon alanları incelendiğinde kişisel bakım aktivitelerinde uyku (%8), yemek yeme (%32) ve yemek yapma (%18) gebelerin sık tekrarladıkları aktivitelerden olmuştur. Gebelerin bu oküpyonları gerçekleştirirken meydana gelen davranış değişikliklerinin, gebelerin prenatal distres düzeyine de bağlı olarak gerçekleşen değişikliklerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin yaklaşık olarak yarısının uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir (95). Sut ve arkadaşlarının 2016 yılında, 292 gebe ve 200 gebe olmayan sağlıklı kontrol grubu kadınla gerçekleştirdikleri çalışmanın bulguları, gebelerin uyku kalitelerinin gebe olmayan bireylere göre daha kötü olduğunu göstermektedir (195). Bizim çalışmamızda ise bütün trimesterlerden gebelerin yarısından fazlasının kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.

Gebelerin uyku kaliteleri birinci trimester ile karşılaştırıldığında hem ikinci hem de üçüncü trimesterde kötü uyku kalitesi riskinin arttığı görülmüştür (195). Başka bir çalışmada üçüncü trimesterdeki gebelerin kötü uyku kalitesi oranının yüksek olduğu ve üçüncü trimesterdeki gebelerin diğer trimesterde olan gebelere göre kötü uyku kalitesi riskinin 8.60 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (155). Bizim çalışmamızda ise trimesterlere göre uyku kalitesi incelendiğinde trimesterler ilerledikçe kötü uyku kalitesine sahip olan gebelerin sayılarının arttığı bulunmuştur. Toplan PUKİ puanı 1. Ve 2. Trimester arasında değişmemesine rağmen 3. Trimesterde belirgin bir artış olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin uyku kalitesiyle ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ortalama PUKİ puanının 6,07 olduğu ve gebelerin %45,7'sinin düşük uyku kalitesi yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışma bulguları, düşük uyku kalitesinin gebelikte yaygın olduğunu ve gebelikte uyku bozukluğunun depresyon ve doğum sonrası uyku bozukluğunun erken belirtisi olabileceği için erken müdahalenin önemli olabileceğini göstermektedir (196-198).

104 gebeyle gerçekleştirilen bir çalışmada, PUKİ total skorunda ve öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozukluğu alt parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (176). Bu bulgular bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda bu parametrelere ek olarak PUKİ alışımlı uyku etkinliği alt parametresinde de fark bulunmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin tümü uyku ilacı kullanımıyla ilgili ilaç kullanmadıkları yönünde cevap vermişlerdir. Gebelik süreci

davranış biçimleri gebeyi, aileyi ve bebeği yakından ilgilendirdiği için bu süreçte ilaç kullanımının kısıtlanmış olduğu düşünülmektedir. Çalışmada hariç tutulma kriterlerimiz arasında, tanıli bir psikiyatrik hastalığı olmamak maddesinde yer almaktadır. Bu durum psikotik durumlara bağlı uyku ilacı alımı ihtimalinde minimize etmektedir.

Manyozu ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin %43'ünün bel ağrısı sebebiyle gece uykularının bölündüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin %14'nün iki saatten az, %10'nun ise en fazla dört saate kadar uyuyabildiği gösterilmiştir (199). Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik yakınmaların gebelerin uyku kaliteleri üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamız sonuçlarında gebelerin oküpyasyonel performans ve uyku kaliteler arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani gebelik sürecinin ilerlemesiyle gebelerin oküpyasyonel performans ve memnuniyetleri azalmakta, uyku kaliteleri ise kötüleşmektedir. Gebelerin problem yaşadıkları performans alanları incelendiğinde kendine bakım aktivitelerinde uyku, tüm trimesterlerdeki gebelerin ortak problem yaşadığı bir alan olmakla birlikte, 2. Trimesterde en çok gebenin (%8) problem yaşadığı alan olmuştur. Trimesterlerdeki problem alanlarının öncelik ve önem sıralamaları döneme özgü olarak değiştiği için diğer trimesterlerde farklı oranlarda gebenin problem olarak belirttiği düşünülmektedir. Uyku ile ilgili katılımcı gebelerimizden birisi şu ifadeleri kullanmıştır:

“Uyku düzenim alt üst oldu. Uyumak istediğimde uygun pozisyonu bulmam çok zaman alıyor. Tam uyudum derken tuvalete çıkmam gerekiyor. Geceleri kaç kere gittiğimi saymıyorum artık. İlk zamanlar bu kadar sık değildi. Sağa sola dönerekte çok bölüyorum uykumu, sırtım, belim, kalçam ağrıyor uzun süre aynı şekilde kalınca. Bunun için gebe pozisyonlama yastıkları bile aldım. Geceleri düzgün uyuyamayınca gündüzleri uykum geliyor, yaptığım işten bir şey anlamıyorum. Sarhoş gibi oluyorum. Canım hiç iş yapmak istemiyor. Doğum yaklaştıkça hazırlıklar hızlanması gerekirken ben bölünmüş uykumla mücadele ediyorum.”

Gebelerin yaşam kaliteleriyle ilgili literatür incelendiğinde, gebelerin ilk trimesterden üçüncü trimestere ilerledikçe yaşam kalitesi düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (181, 200). Sut ve ark. gerçekleştirdikleri çalışmalarında, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin hamile olmayan sağlıklı kontrollere göre daha kötü olduğu,

1. trimester ile karşılaştırıldığında, 2. Ve 3. trimesterde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önemli ölçüde azaldığını bulmuşlardır (195). Çalışmamız, literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Gebelerin trimesterler ilerledikçe yaşam kalitelerinin ağrı hariç bütün alt parametrelerde azaldığı bulunmuştur.

Gebelerin yaşam kalitesi ağrı ve mental sağlık dışındaki tüm alt parametrelerde orta düzeyin altında olduğu görülmüş ve uyku kalitesi kötüleştikçe yaşam kalitesi düştüğü belirlenmiştir (155). Fiziksel olarak, yaşam kalitesi trimesterler boyunca önemli ölçüde azalmış, psikolojik düzeyde ise hamilelik sırasında yaşam kalitesinde bir artış olmakla birlikte psikolojik istikrarın devam ettiği bildirilmiştir (201). Bizim çalışmamızda ise gebelerin yaşam kalitelerine dair en düşük puanlar fiziksel fonksiyona ve emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları alanlarında bulunmuştur.

Gebelik sürecinde, gebelerin yaşam kalitelerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Tüp bebek tedavisi, obstetrik komplikasyonlar, tıbbi öykü, olası hastaneye yatış ve obezite, bulantı ve kusma, epigastralji, reflü, nefes darlığı, baş dönmesi, sırt ağrısı ve uyku problemleri, depresyon, anksiyete ve stres, cinsel ve ev içi şiddet gibi gebelikle ilişkili fiziksel, duygusal ve hormonal belirtiler kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir (79, 162-165, 201). Çalışmamızda oküpyasyonel performans ile yaşam kalitesi karşılaştırmaları incelendiğinde 1. Trimesterde fiziksel fonksiyon, 2. ve 3. Trimesterlerde ise fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ve sosyal işlevsellik alanlarında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Gebelerimizin problemlili oküpyasyonel performans alanlarından kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumda kendini idare etme, mesleki aktiviteler, ev içi yönetim, okul, sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşme alanlarındaki oküpyasyonlar fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları ve sosyal işlevsellik alanlarının içerisinde de yer aldığı düşünülmektedir. Bu yüzden oküpyasyonel performans ve memnuniyet düzeyi azaldığında buna paralel olarak yaşam kalitesinin bu alt parametreleride azalmaktadır. Katılımcı gebelerimizden birisinin ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Çok fazla kilo almaya başladım. Bu durum hareket etmemi, uyumamı, işlerimi yapmamı, kişisel temizliğimi yapmamı bile etkiliyor. Misafirlğe gidemiyorum rahat edemiyorum diye. Hem ben hem gittiğim kişiler tedirgin oluyor. Fiziksel olarak kısıtlandığım gibi sosyallik olarakta daha içe kapanığım. Doğuma dair endişelerim,

hareket ederken zorlanmam hepsi birleşince yaşam kalitemde haliyle azaldı. Ama az kaldı bebeğimi kucağıma aldıktan sonra geçecek bunlar. Onun için sabrederim ben.”

Çalışmamızda bazı limitasyonlar bulunmaktadır. Çalışmamız doğum süreci normal seyreden gebeler üzerinde yapıldığı için, dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinde gebelerin yaş aralıkları, okuma yazma bilgileri ve genel sağlık durumları sınırlı tutulmuştur. Hariç tutulan gebelerle çalışılması, çalışmada uç değerlerin oluşmasına ve çalışma sonuçlarının değişiklik göstermesine sebep olabileceği için riskli gebeliği olan kadınlarında dahil edildiği çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Kullanılan ölçeklerin uzunluğu, hava sıcaklıklarından etkilenen ve uzun süreli oturmakta zorlanan gebelerin çalışmayı yarım bırakmalarına neden olmuştur. Veri toplama süreci gebelerin rutin izlemleri için geldikleri doktor kontrollerinden sonra gerçekleştirilmiştir. Gebeler genellikle kontrollere eşleri, aile büyükleri veya diğer çocuklarıyla geldikleri için ölçekleri doldurma sürecinde bekleyen kişileri bekletmek tedirgin olmalarına sebep olmuştur. Son olarak gebelik gebeler ve aileleri için önemli bir süreç olmasına rağmen, geçici olduğu da bilinmektedir. Gebelerin problem alanları belirlenirken, zorlandıkları oküstasyonları ifade etmekte kararsız ve seçici davranmışlardır. Tüm bu eksikliklere dikkat edilerek ileriki çalışmaların planlaması önerilmektedir.

Sonuç olarak, ergoterapistlerin, doğum öncesi ve doğum sonrası anneliğe geçiş aşamalarında kadınlarla çalıştığı bilinmektedir ancak ergoterapistlerin perinatal sağlık alanındaki rollerinin kapsamı hakkındaki bilgiler çok kısıtlıdır (202). Ergoterapistlerin hamilelik ve bebek kaybı (203), gebelik ve kuadripleji (204), gebe ergenlerde yönlendirilmiş imgeleme ve stres (205), gebelerde perinatal bakım ve karpal tünel, anneliğe geçiş sürecindeki rolümüz (206), doğum öncesi gevşeme (207), gebelerde stres azaltma yöntemleri (208) gibi konularda araştırma kanıtları mevcut olmasına karşın, perinatal dönemlerde daha geniş kadın popülasyonlarıyla çalışan ergoterapistlerin rolü hakkında çok az şey bilinmektedir (21). Gebelikte eğitim ve danışmanlığın gebelerin günlük yaşam aktivitelerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Bir çalışmada gebelerin eğitimleri sonlandıktan sonra bile bilgileri kullanmaya devam ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (209). Bizde çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguları göz önüne alarak ergoterapistlerin gebe bakımında multidisipliner

ekipte yer almasının gebelerin oküpasyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkiler oluşturacağını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı trimesterlerdeki gebelerin oküstasyonel performans, prenatal distres uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Farklı trimesterde gebelerin oküstasyonel performans ve memnuniyet düzeyleriyle, prenatal distres, uyku kalitesi ve yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt parametrelerinin karşılaştırıldığı çalışmamızın, dünyada çok az sayıda, ülkemizde ise ilk çalışma olması sebebiyle literatüre ve klinik çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

2. Çalışmamızda farklı trimesterlerdeki gebelerin oküstasyonel performans düzeyleri incelendiğinde, gebelerin trimesterler ilerledikçe performans ve memnuniyetlerinin azaldığı, problem yaşadıkları oküstasyonel performans alanların ise çeşitlendiği tespit edilmiştir. Bazı oküstasyon problemlerinin tek bir trimestere özgü olabildiği gibi, bazılarının bütün trimesterlerde de ortak olabildiği görülmüştür.

3. Gebelerin prenatal distres düzeyleri incelendiğinde gebeliğin ilerlemesiyle stres düzeylerinde artış olmadığı tespit edilmiştir. Ancak maddi endişelerin gebelerin stress düzeylerini etkileyebileceği bulunmuştur. Trimesterler ilerledikçe, gebelerin uyku kalitelerinde ve öznel uyku kalitesi, uyku latansı, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt parametrelerinde kötüleşmeler tespit edilmiştir. Gebelerin yaşam kaliteleri incelendiğinde trimesterler ilerledikçe, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, enerji/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algılarında azalmaların olduğu görülmüştür. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden stress ölçeği gebelere özgü bir ölçek iken oküstasyonel performans, uyku ve yaşam kalitesi tüm popülasyonlarda kullanıma uygun ölçeklerdir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu popülasyonu daha detaylı inceleme fırsatı sunması açısından, kullanılan ölçeklerin tamamının gebeliğe özgü ölçekler olması önerilmektedir.

4. Gebelerin oküstasyonel performans ve memnuniyet düzeyleri ile distres, uyku ve yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları alt parametreleri birbiriyle ilişkili bulunmuştur. Gebelerin trimesterler

ilerledikçe, oküpyonel performans ve memnuniyet düzeyleri azaldıkça, uyku kaliteleri ve yaşam kaliteleri azalmakta, stres düzeyleri ise artmaktadır.

5. Çalışmamızın veri toplama aşamasının pandemi sürecine denk gelmesi sebebiyle, gebelerin oküpyonel performans, stres düzeyleri, uyku ve yaşam kalitelerinin bu süreçten de etkilenmiş olabilir. Gelecekteki çalışmaların böylesi dış etkenlerden uzak bir dönemde tekrarlanmasının mevcut sonuçlarımıza katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

6. Ülkemizde kadın sağlığı alanında çalışan ergoterapist sayısı yok denecek kadar azdır. Literatür incelendiğinde dünyada ergoterapistlerin doğum öncesi ve sonrası süreçlerde aktif olarak buldukları az sayıda da olsa kanıta ulaşılmıştır. Literatürde ergoterapistlerin gebelerle ilgili yaptıkları çalışmaların, ortopedik rahatsızlıklar, hemiplejik gebelik, adolesan gebelik, istenmeyen gebelikler, gebeliğin fetal kayıpla sonlanması sonucu anne travmaları, stres azaltma yöntemleri ve gevşeme teknikleri, gebelikte ergonomik düzenlemeler, yoga gibi gebeliğin daha özel alanlarında yoğunlaştıkları görülmektedir. Perinatal sağlıkta ergoterapistlerin rolüyle ilgili daha geniş kapsamlı, kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. Ergoterapistlerin perinatal sağlık alanında etkili ve gebelerin bu anlamlı süreçlerini daha rahat geçirebilmeleri ve oküpyonlarını gerçekleştirirken bağımsız olabilmeleri için fayda sağlayabilecek bir sağlık profesyoneli olduğunu düşünmekteyiz. Kadın Doğum hastanelerimizin doğum öncesi yatan hasta servislerinde, riskli gebeliklerin süreç kontrolünde ve hastanelerin doğum öncesi, sırası ve sonrasında ilgili çeşitli modüllerden oluşarak gebeleri bilgilendirerek doğuma hazırlamayı amaçlayan gebe okullarında, pek çok meslek grubundan oluşan multidisipliner ekiplere, çeşitli ergoterapi yaklaşımları, kişi merkezli bakış açısına ve oküpyonel bağımsızlığı destekleme becerisine sahip ergoterapistlerin istihdam sağlanmasının, prenatal sağlık alanında olumlu katkıları olacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği: Akademisyen Kitabevi; 2019.
2. (TÜİK) Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri. 2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>].
3. Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):99-110.
4. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 2013;16:83-7.
5. Sadıkoğlu G. Aile Hekimliğinde kadınların ruh sağlığı. Bilgel N (Editör) Aile Hekimliği'nde Bursa: Medikal Tıp Kitabevi. 2006:571-81.
6. Costa TS, Pinon GMB, Nóbrega AR, Costa ES, de Sousa LB, de Araújo Santos RC. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev Rene. 2010;11(2):86-93.
7. Rezende Jd. Obstetrícia fundamental. Obstetrícia fundamental. 1980. p. 655-.
8. Fenkçi İ. Maternal fizyoloji. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Ankara: Öncü Basımevi. 2004:161-9.
9. Coşkun A. Yüksek riskli gebelikler fetüs/yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı, Dağoğlu T, Görak G.(Eds), Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri. İstanbul: Nobel yayıncılık. 2008:60-1.
10. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016.
11. Yekenkunrul D, Mete S. Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2012.
12. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(2):71-6.
13. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;186(5):S232-S8.
14. Sharma S, Franco R. Sleep and its disorders in pregnancy. Wisconsin Medical Journal. 2004;103(5):48.
15. Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2000;95(1):14-8.
16. Yıldız E, Cemali M. Ergoterapi Uygulama Alanları. Akı E, Özkan E, editörler. Ergoterapiye Giriş. Ankara; Hipokrat Yayıncılık; 2020
17. Fernandes JG. Occupational therapists' role in perinatal care: A health promotion approach. The American Journal of Occupational Therapy. 2018;72(5):7205347010p1-p4.

18. Roan C, Bell A. Occupational therapy in the neonatal intensive care unit for a neonate with perinatal stroke: a case report. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2017;37(3):283-91.
19. Podvey M. Maternal mental health and occupational therapy: A good fit. *American Occupational Therapy Association Mental Health Special Interest Section*. 2018:17-9.
20. Conceição RMd, Brito JSd, Silva EVd, Marcelino JFdQ. Occupational therapy practice in a high-risk obstetric center. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2020;28:111-26.
21. Le Sloop H. *The Role of Occupational Therapists in Perinatal Health*: La Trobe University; 2021.
22. Johnson RV. *Mayo Clinic complete book of pregnancy & baby's first year*: W. Morrow and Company; 1994.
23. Callahan T, Caughey AB. *Blueprints obstetrics and gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
24. Krieger M. A phenomenology of motherhood. *Occupational science: The evolving discipline*. 1996:243-6.
25. Novick G. CenteringPregnancy and the current state of prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2004;49(5):405-11.
26. Rofé Y, Littner MB, Lewin I. Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*. 1993;49(1):3-12.
27. Durat G. Sakarya ilindeki gebe kadınlarda doğum sonrası depresyon riskinin belirlenmesi ve yüksek riskli kadınlarda hemşirelik uygulamalarının etkinliği. 2003.
28. Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. TC Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2006.
29. Gilbert ES, Harmon JS, Taşkın L. Yüksek riskli gebelik ve doğum: Palme Yayıncılık; 2002.
30. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):142-62.
31. NK B. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Baskı ed Beji NK: Nobel Tıp Kitapevleri Tic Ltd Şti İstanbul. 2017.
32. Kocatepe K. *Ay 10 gün hamilelik rehberi*. Papatya Yayıncılık Eğitim İstanbul.2006:203-17.
33. Babadağlı B. Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;11(3):96-105.
34. Keleş Gözütok Ç. Son trimester gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkunun doğum sonuçlarına etkisi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

35. Demir M. Maternal Fizyoloji. Gökçe E, Herkiloğlu D, Arkan G, editörler. Güncel Obstetrik Yaklaşımlar. Ankara: Akademik Yayınevi;2021. p. 18-31.
36. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitapevi, 1. Baskı, Ankara. 2004.
37. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS. Williams obstetrics, 24e: Mcgraw-hill New York, NY, USA; 2014.
38. Antony KM, Racusin DA, Aagaard K, Dildy III GA. Maternal physiology. Gabbe's Obstetrics Essentials: Normal & Problem Pregnancies E-Book. 2018.
39. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Gebe bilgilendirme sınıfı eğitim kitabı. Ankara: Anıl Reklam Matbaa. 2014.
40. Ezmerli NM. Exercise in pregnancy. Primary care update for Ob/Gyns. 2000;7(6):260-5.
41. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy: review articles. Cardiovascular journal of Africa. 2016;27(2):89-94.
42. Thabah M, Ravindran V. Musculoskeletal problems in pregnancy. Rheumatology international. 2015;35(4):581-7.
43. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, Landon M, Galan H. Obstetrics Normal and problem pregnancies 6th edition. Philadelphia: Elsevier; 2012.
44. Ritchie JR. Orthopedic considerations during pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology. 2003;46(2):456-66.
45. Yu JH, Kim MJ, Cho H, Liu HJ, Han S-J, Ahn T-G. Breast diseases during pregnancy and lactation. Obstetrics & gynecology science. 2013;56(3):143-59.
46. Kişınççi HA. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi: Güneş Kitabevi; 1996.
47. Crapo RO. Normal cardiopulmonary physiology during pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology. 1996;39(1):3-16.
48. Quinlan JD, Hill DA. Nausea and vomiting in pregnancy. American family physician. 2003;68(1):121-8.
49. Clark SM, Costantine MM, Hankins GD. Review of NVP and HG and early pharmacotherapeutic intervention. Obstetrics and Gynecology International. 2012;2012.
50. Verberg M, Gillott D, Al-Fardan N, Grudzinskas J. Hyperemesis gravidarum, a literature review. Human reproduction update. 2005;11(5):527-39.
51. Sadaniantz A, Kocheril AG, Emaus SP, Garber CE, Parisi AF. Cardiovascular changes in pregnancy evaluated by two-dimensional and Doppler echocardiography. Journal of the American Society of Echocardiography. 1992;5(3):253-8.
52. Capeless EL, Clapp JF. Cardiovascular changes in early phase of pregnancy. American journal of obstetrics and gynecology. 1989;161(6):1449-53.

53. Cutforth R, MacDonald C. Heart sounds and murmurs in pregnancy. *American Heart Journal*. 1966;71(6):741-7.
54. Gilbert E, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Çev. Editörü: Prof Dr Lale Taşkın, Palme Yayıncılık, Ankara. 2002:118-24.
55. Lof M, Olausson H, Bostrom K, Janerot SB, Sohlstrom A, Forsum E. Changes in basal metabolic rate during pregnancy in relation to changes in body weight and composition, cardiac output, insulin-like growth factor I, and thyroid hormones and in relation to fetal growth. *The American journal of clinical nutrition*. 2005;81(3):678-85.
56. University UN, Organization WH. Human Energy Requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation: Rome, 17-24 October 2001: Food & Agriculture Org.; 2004.
57. Glinoe D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocrine reviews*. 1997;18(3):404-33.
58. Laway BA, Mir SA. Pregnancy and pituitary disorders: Challenges in diagnosis and management. *Indian journal of endocrinology and metabolism*. 2013;17(6):996.
59. Dörr HG, Heller A, Versmold HT, Sippell WG, Herrmann M, Bidlingmaier F, et al. Longitudinal study of progestins, mineralocorticoids, and glucocorticoids throughout human pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1989;68(5):863-8.
60. Kısa C, Yıldırım S. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 2004;12(4):3-6.
61. Şahin N, Hüsniye D, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009;40(2):57-62.
62. Karabulut DT. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri/Teslime Karabulut; Danışman ME Sardoğan: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
63. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1999;20(1):39-52.
64. Aybaş G. Gebelik döneminde görülen psikososyal değişikliklerin gebe, fetus ve çocuklar üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi. *Evaluation of Effects of Psychosocial Changes During Pregnancy on Pregnant Women, Fetus and Children: Doktora Tezi*. TC Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk ...; 1997.
65. Kömürcü N, Pasinlioğlu T. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul. 2000.
66. Çetin FC, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakinmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2017;48(4):135-41.

67. Yurtsal Z, Eroğlu V. Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Gebelik Deneyimi İçin Tavsiye Ettiği Rutin Doğum Öncesi Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(3):197-206.
68. Pernoud L, Denizyaran K. Bir çocuk bekliyorum. 1990.
69. Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE, Alden KR, Olshansky E. *Maternity and Women's Health Care E-Book: Elsevier Health Sciences*; 2019.
70. Yücel A. Gebelikte maternal fizyoloji. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi Ankara: Feryal Matbaacılık San ve Tic Ltd Şti*. 2004:1-11.
71. Miller F. Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception—is it really a disease? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002;186(5):S182-S3.
72. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(4).
73. Organization WH. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being: World Health Organization; 2021.
74. Jin J. Treatments for Nausea and Vomiting During Pregnancy. *JAMA*. 2016;316(13):1420-.
75. Gonçalves-Henriques M, Brandão P. Ptyalism Gravidarum Ptyalism Gravidarum. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2019;13(4):224-7.
76. Anderson AS. Constipation during pregnancy: incidence and methods used in its treatment in a group of Cambridgeshire women. *Health Visitor*. 1984(57):363-4.
77. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2007;21(5):807-18.
78. Lederle FA. Epidemiology of constipation in elderly patients. *Drugs & aging*. 1995;6(6):465-9.
79. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(9).
80. Mark AM. Pregnancy and oral health. *The Journal of the American Dental Association*. 2021;152(3):252.
81. Yenen Z, Ataçağ T. Oral care in pregnancy. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2019;20(4):264.
82. Glehn MdP, Sidon LU, Machado ER. Gynecological complaints and their associated factors among women in a family health-care clinic. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;6(1):88.
83. Rao VL, Mahmood T. Vaginal discharge. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2020;30(1):11-8.
84. Levett PN. Aetiology of vaginal infections in pregnant and non-pregnant women in Barbados. *The West Indian Medical Journal*. 1995;44(3):96-8.

85. Moodt G. Breast tenderness in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. 2017;32(1):19-22.
86. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical professional*: Elsevier Health Sciences; 2021.
87. Nazik E, Eryilmaz G. Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(11-12):1736-50.
88. Yanikkerem ÖGE, Altıparmak ÖGS, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2006;10(10).
89. Cronenwett JL, Johnston KW. *Rutherford's vascular surgery e-book*: Elsevier Health Sciences; 2014.
90. Tahmasbi SF. Discomforts varicose in pregnancy: veins. *International Journal of Childbirth Education*. 2017;32(1):30-2.
91. Catchpole I. 5A_01: Varicose veins in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2013;42(s1):182-.
92. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2008;54(2):189-90.
93. Musaei S. The Effect of Pregnancy on the Skin. *Eurasian Journal of Chemical, Medicinal and Petroleum Research*. 2022;2(1):17-23.
94. Bastian L, Brown H. *Common discomforts: Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy*. 2016.
95. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(2):87-94.
96. Goral V. Ideal Approach to Gastroesophageal Reflux in Pregnancy. *Mathews Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2018;3(1):1-3.
97. Ali RAR, Egan LJ. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2007;21(5):793-806.
98. Olans LB, Wolf JL. Gastroesophageal reflux in pregnancy. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America*. 1994;4(4):699-712.
99. Ricci SS, Kyle T. *Maternity and pediatric nursing*: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
100. Hensley JG. Leg cramps and restless legs syndrome during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*. 2009;54(3):211-8.
101. Blackburn S. *Maternal, Fetal, & neonatal physiology-E-book: a clinical perspective*: Elsevier Health Sciences; 2017.
102. Nyange C. Common discomforts of pregnancy: leg cramps. *International Journal of Childbirth Education*. 2017;32(1):25-7.

103. Schrier RW, Briner VA. Peripheral arterial vasodilation hypothesis of sodium and water retention in pregnancy: implications for pathogenesis of preeclampsia-eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 1991;77(4):632-9.
104. Tetikkurt C. Gebelikte solunum fizyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2000;31(2).
105. de Andrade CH, Bitencourt RC, de Freitas RK, da Cunha LF, Matos DC, Lira PI, et al. Factors associated with pain in the pelvic girdle in pregnant adolescents: A case-control study. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2018;38:106-12.
106. Robinson HS, Balasundaram AP. Effectiveness of physical therapy interventions for pregnancy-related pelvic girdle pain (PEDro synthesis). *British Journal of Sports Medicine*. 2018;52(18):1215-6.
107. Schweiger MS. Sleep disturbance in pregnancy: a subjective survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1972;114(7):879-82.
108. Kızılırmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal*. 2012;2012.
109. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep medicine*. 2015;16(4):483-8.
110. Santiago JR, Nolledo MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Annals of internal medicine*. 2001;134(5):396-408.
111. Pien GW, Schwab RJ. Sleep disorders during pregnancy. *Sleep*. 2004;27(7):1405-17.
112. Humbyrd CJ, LaPorte DM. Hand surgery: Considerations in pregnant patients. *Journal of Hand Surgery*. 2012;37(5):1086-9.
113. Kesikburun S, Güzelküçük Ü, Fidan U, Demir Y, Ergün A, Tan AK. Musculoskeletal pain and symptoms in pregnancy: a descriptive study. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*. 2018;10(12):229-34.
114. Afshar A, Tabrizi A. Pregnancy-related hand and wrist problems. *Archives of Bone and Joint Surgery*. 2021;9(3):345.
115. Descatha A, Dale A-M, Franzblau A, Coomes J, Evanoff B. Comparison of research case definitions for carpal tunnel syndrome. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2011;37(4):298.
116. Baumann F, Karlikaya G, Yuksel G, Citci B, Kose G, Tireli H. The subclinical incidence of CTS in pregnancy: Assessment of median nerve impairment in asymptomatic pregnant women. *Neurol Neurophysiol Neurosci*. 2007;2(3).
117. Dünya Sağlık Örgütü. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması. Çev Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş Bilge Matbaacılık, Ankara. 2004.
118. Prodinge B, Darzins S, Magasi S, Baptiste S. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Opportunities and challenges to the use of ICF for occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2015;71(2):108-14.

119. Stamm T. Medical versus bio-psycho-social model: Possible reasons why the ICF is hardly used in Austria from an occupational therapy perspective. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2009;59(1):70-5.
120. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):82-7.
121. Bumin G, Akel B, Öksüz Ç. Ergoterapi teoriler, modeller ve uygulama yaklaşımları. Ankara: Hipokrat Yayıncılık. 2019.
122. Therapists CAoO. Guidelines for the Client-centred Practice of Occupational Therapy: Report of a Task Force: Institutional and Professional Services Division, Health Services ...; 1983.
123. Boop C, Cahill SM, Davis C, Dorsey J, Gibbs V, Herr B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*. 2020;74(S2):1-85.
124. Association AOT. Occupational therapy practice framework: Domain et process. 2020.
125. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2014;28(1):3-12.
126. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and birth*. 2015;28(3):179-93.
127. Tunçel NT, Süt HK. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2019;16(1):9-17.
128. Ruiz R, Fullerton J. The measurement of stress in pregnancy. *Nursing & health sciences*. 1999;1(1):19-25.
129. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):479-84.
130. Daglar G, Nur N, Kadioglu M. Affective disorder in pregnancy. *KASHED*. 2015;2(1):27-40.
131. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2005;21(1):115-26.
132. Çapık A, Apay SE, Sakar T. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18(3).
133. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C-L. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2017;47(12):2041-53.

134. Bijma HH, van der Heide A, Wildschut HI. Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reproductive health matters*. 2008;16(sup31):82-9.
135. Atasever İ, Sis Çelik A. Effect of prenatal stress on maternalchild health. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2018;21(1):60-8.
136. Tabur F. Düşük riski olan kadınlardaki kaygı düzeyleri: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
137. Dağlar G, Naim N, Bilgiç D, Kadioğlu M. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2015;2(1):27-40.
138. Valsamakis G, Chrousos G, Mastorakos G. Stress, female reproduction and pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;100:48-57.
139. Bahadır Yılmaz E, Şahin E. Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2019;10(3):197-203.
140. Yüksel F, Akın S, Durna Z. Prenatal distress ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011;8(3):43-51.
141. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(2):92-104.
142. Chokroverty S. Overview of normal sleep. *Sleep disorders medicine: Springer*; 2017. p. 5-27.
143. Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Jankovic J. *Neurology in Clinical Practice* (Çev. Ed. E Tan, SE Özdamar). Ankara, Kalkan Matbaacılık. 2008.
144. Ertuğrul A, Rezaki M. Uygunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri *Türk Psikiyatri Derg*. 2004;15(4):300-8.
145. Chokroverty S, Hening WA, Walters AS. *Sleep and movement disorders: Butterworth-Heinemann*; 2003.
146. Karakaş S,İRkeç C. *Kognitif nörobilimler: MN Medikal & Nobel*; 2008.
147. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
148. Rachlin DJ. *Encyclopedia of Behavioral Medicine. Reference Reviews*. 2013.
149. Barbato G. REM Sleep: An Unknown Indicator of Sleep Quality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(24):12976.
150. Wade AG. The societal costs of insomnia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2011;7:1.
151. Panel CC, Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015;11(6):591-2.

152. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*. 1991;14(4):331-8.
153. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF, editors. *Sleep quality: An evolutionary concept analysis*. Nursing Forum; 2022: Wiley Online Library.
154. Tamanna S, Geraci SA. Major sleep disorders among women. *South Med J*. 2013;106(8):470-8.
155. Özhüner Y, Çelik N. Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(1):25-33.
156. Lee KA. *Sleep and pregnancy/postpartum*. LWW; 2007. p. 91.
157. Mindell JA, Jacobson BJ. Sleep disturbances during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2000;29(6):590-7.
158. WHO. *WHOQOL: measuring quality of life*. World Health Organization Geneva, Switzerland; 1997.
159. Loh J, Harms C, Harman B. Effects of parental stress, optimism, and health-promoting behaviors on the quality of life of primiparous and multiparous mothers. *Nursing Research*. 2017;66(3):231-9.
160. Can R, Yılmaz S, Çankaya S, Kodaz N. Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(2):59-64.
161. Şahan Ö, Emel E. Erken gebelik döneminde yaşanan bulantı kusmanın sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2020;3(1):7-11.
162. İncirkuş H. Son trimester gebelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
163. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):455.
164. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. *Journal of midwifery & women's health*. 2009;54(1):43-9.
165. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Özkan SA. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):953-9.
166. Muir S. *Occupational therapy in primary health care: We should be there*. The American Occupational Therapy Association, Inc.; 2012. p. 506-10.
167. Mosey AC. A model for occupational therapy. *Occupational therapy in mental health*. 1980;1(1):11-32.
168. Slootjes H, McKinstry C, Kenny A. Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational therapy journal*. 2016;63(2):130-3.
169. Marques KR, Chaves SM, Gonzaga MG. A importância da terapia ocupacional no pré-parto, parto e puerpério. *Multitemas*. 2002.

170. Cassar V. Developing occupational therapy intervention in perinatal maternal mental health in Malta. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2005;52(1):35-8.
171. Torpil B. Multipl Skleroz'lu bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliği. 2017.
172. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7(2):107-15.
173. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
174. Pinar R. Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi-Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*.9(38):85-95.
175. Bilim N. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. 2019.
176. Kostanoglu A, Manzak AS, Sahin A. Gebelerde Fiziksel Aktivite Seviyesi ve Uyku Kalitesinin Yasam Kalitesine Etkisi/The Effect of Physical Activity Level and Sleep Quality on Quality of Life in Pregnant Women. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2019;6(3):80-8.
177. Tavares JdS, Melo ASdO, Amorim MMRd, Barros VO, Takito MY, Benício MHDA, et al. Physical activity patterns in pregnant women attending the family health program of Campina Grande-PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2009;12:10-9.
178. Lynch KE, Landsbaugh JR, Whitcomb BW, Pekow P, Markenson G, Chasan-Taber L. Physical activity of pregnant Hispanic women. *American journal of preventive medicine*. 2012;43(4):434-9.
179. Nascimento SL, Surita FG, Godoy AC, Kasawara KT, Morais SS. Physical activity patterns and factors related to exercise during pregnancy: a cross sectional study. *PloS one*. 2015;10(6):e0128953.
180. Tosun ÖÇ, Okyay RE. Gebelik sürecinde fiziksel aktivite değişimlerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(3):333-41.
181. Lee CF, Hwang FM, Lin HM, Chi LK, Chien LY. The physical activity patterns of pregnant Taiwanese women. *Journal of Nursing Research*. 2016;24(4):291-9.
182. Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):119-25.
183. Gadsby R. Pregnancy sickness and symptoms: your questions answered. *Professional care of mother and child*. 1994;4(1):16-7.
184. Wang S-M, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(1):65-70.

185. Mens JM, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Snijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain: implications of a patient survey. *Spine*. 1996;21(11):1363-9.
186. Wu W-H, Meijer OG, Uegaki K, Mens J, Van Dieen J, Wuisman P, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European Spine Journal*. 2004;13(7):575-89.
187. Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Økland I, Larsen JP, Brønnick K. The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):1-8.
188. Olsson C, Buer N, Holm K, Nilsson-Wikmar L. Lumbopelvic pain associated with catastrophizing and fear-avoidance beliefs in early pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(4):378-85.
189. Altınçelep F. Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin delirlenmesi: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.; 2011.
190. Ege E, Eryılmaz G. Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;3(1):1-9.
191. Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: effects on quality of life and day-to-day function. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018;58(3):278-90.
192. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(1):61. e1- e7.
193. Yılmaz FA, Gözüyeşil E, Köse Tuncer S, Akman G, Aba YA, Durgun Ozan Y, et al. Prenatal distress levels of pregnant women in Turkey and affecting factors: a multicentre study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021;41(5):708-13.
194. Akpınar F, Apay SE. Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2020;17(4):550-61.
195. Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2016;34(4):302-9.
196. Tomfohr LM, Buliga E, Letourneau NL, Campbell TS, Giesbrecht GF. Trajectories of sleep quality and associations with mood during the perinatal period. *Sleep*. 2015;38(8):1237-45.
197. Skouteris H, Wertheim EH, Germano C, Paxton SJ, Milgrom J. Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Women's health issues*. 2009;19(1):45-51.
198. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2018;38:168-76.

199. Manyozo S. Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*. 2019;31(1):71-6.
200. Özdemir ÖÇ, Sürmeli M, Özel A, Yavuz İE, Topçuoğlu A, Ankaralı H. Gebelerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017;22(2):95-102.
201. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):1-14.
202. Esdaile SA, Olson JA. *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*: FA Davis Philadelphia; 2004.
203. Hanish KK, Margulies I, Cogan AM. Evaluation of an occupation-based retreat for women after pregnancy or infant loss. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2019;73(5):7305345030p1-p6.
204. Creighton C. *Pregnancy and Quadriplegia: An Occupational Therapy Home Program*. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1989;43(1):44-6.
205. Flynn TA, Jones BA, Ausderau KK. Guided imagery and stress in pregnant adolescents. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2016;70(5):7005220020p1-p7.
206. Pollari EH, Bhatt B, Baffes S, Walraven K, Raye K, Hussain H, et al. Distinguishing OT's Role in the Transition to Motherhood. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2022;76:7610510163p1-p1.
207. Yeager J. Relaxation interventions for antepartum mothers on hospitalized bedrest. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2019;73(1):7301205110p1-p7.
208. Bochenek K, LeGrave A, Ausderau K. Stress reduction interventions for pregnant women: A scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2017;71(4_Supplement_1):7111515214p1-p1.
209. Yenil K, Sevil Ü. The effects of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. *HealthMed*. 2012;6(7):930-8.

8. EKLER

EK-1. Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-~~337~~

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 30 MART 2021 SALI
Toplantı No : 2021/07
Proje No : GO 21/285 (Değerlendirme Tarihi: 02.03.2021)
Karar No : 2021/07-21

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sedef ŞAHİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Sümeyye ALAKUŞ'un yüksek lisans tezi olan, GO 21/285 kayıt numaralı, "*Farklı Trimesterdeki Gebelerin Oküpasyonel Performans, Prenatal Distres, Uyku ve Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 01 Nisan 2021-01 Nisan 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	Başkan	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR (Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK (Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ (Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU (Üye)
İZİNLİ		
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)	

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2. Tez Çalışması Orjinallik Raporu

FARKLI TRİMESTERDEKİ GEBELERİN OKÜPASYONEL PERFORMANS PRENATAL DİSTRES, UYKU VE YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 15	% 4	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 1
6	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1

www.jtism.org

EK-3. Dijital Makbuz

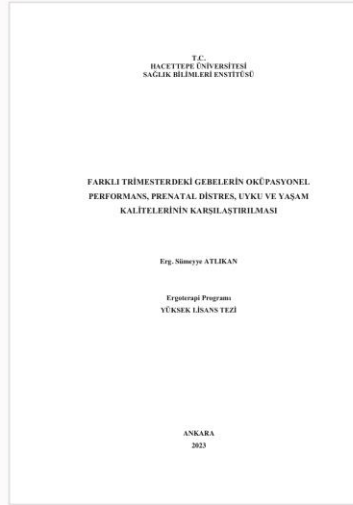


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Sümeyye Atlıkan
Ödev başlığı: tez teslim
Gönderi Başlığı: FARKLI TRİMESTERDEKİ GEBELERİN OKÜPASYONEL PERFORM...
Dosya adı: S_meyye_ATLIKAN-_TURN_T_N_SON.docx
Dosya boyutu: 614.53K
Sayfa sayısı: 69
Kelime sayısı: 15,104
Karakter sayısı: 105,696
Gönderim Tarihi: 12-Oca-2023 03:19ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1991719404



EK-4. Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Gebelerin farklı hamilelik dönemlerinde oküpyonel performansları, prenatal distresi, uyku ve yaşam kalitesini karşılaştırdığımız yeni bir araştırma yapıyoruz. Araştırmanın ismi “Farklı trimesterdeki gebelerin oküpyonel performans, prenatal distres, uyku ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması”dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni sizlerin hamilelik sürecinin farklı dönemlerinde oküpyonel performansınızı etkileyen faktörlerden stress, uyku ve yaşam kalitesini karşılaştırarak nasıl etki ettiğini ortaya koymaktır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı ve Bartın Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Doç. Dr. Sedef Şahin ve Erg. Sümeyye Alakuş tarafından değerlendirmeye alınacaksınız. Ve bu değerlendirme şunları içermektedir. Kanada Aktivite Performans Ölçümü(KAPÖ), Prenatal Distres Ölçeği, SF-36 Yaşam kalitesi ve genel sağlık ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği kullanılacaktır. Bu değerlendirmeler Erg. Sümeyye ALAKUŞ tarafından Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde bir kere olmak üzere sizlere uygulanacaktır.

Pandemi sürecinde olunması sebebiyle, sizinle görüşmemiz sırasında hem kendimizi hemde sizleri korumak amacıyla Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol önlemleri uygulanacaktır. Bu önlemler kapsamında bina girişlerinde ateş ölçümünüz yapılacak olup, görüşmenin gerçekleşeceği odada maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uyulacaktır. Aynı zamanda odanın havalandırması düzenli olarak kontrol edilip, odada dezenfektan, lavabo, sabun ve yedek maskeler bulundurulacaktır.

Araştırma süresince, sonrasında ya da başka bir zaman size aktarılan bilgiler hakkında ya da bu bilgilerin dışında herhangi bir sorunuz olursa araştırmacılar ile iletişime geçebilirsiniz.

Erg. Sümeyye ALAKUŞ ile irtibat kurabileceğiniz telefon numarası:

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Doç. Dr. Sedef ŞAHİN ve Erg. Sümeyye ALAKUŞ tarafından Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalları ve Bartın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda ve pandemi sürecinde bulunmamız sebebiyle bulaş riskini önlemek için gerekli tedbirlerin alınacağına dair gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı Adı,soyadı, unvanı:

Adres:

İmza:

EK-5. Gebe Bilgi Formu

GEBE BİLGİ FORMU:

Yönerge: Bu anket, farklı trimesterlerdeki gebelerin aktivite performansını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Anket bazı sosyodemografik ve obstetrik sorulardan oluşmakta ve kimliğiniz ile ilgili soru içermemektedir. Vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Anketi doldurarak çalışmamıza vereceğiniz destek için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFIK SORULAR	Gebenin Yaşı: ()
	Öğrenim Durumunuz nedir? Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
	Mesleğiniz nedir? Ev Hanımı () Memur () Serbest Meslek () İşçi () Diğer () (.....)
	Aylık gelir düzeyiniz nedir? Düşük () Orta () Yüksek ()
	İkamet ettiğiniz ortamda kimlerle yaşıyorsunuz? Yalnız () Eş () Eş+çocuklar () Eş+aile büyükleri () Diğer () (.....)
	Yaşayan Çocuk sayınız kaçtır? 1 () 2 () 3 () 4 ()
	Kaç yıllık evlisiniz? ()
OBSTETRİK SORULAR	Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? ()
	Hangi trimester içerisindeyiz? 1. Trimester(ilk 13 hafta) () 2. Trimester(14-27. Haftalar arası) () 3. Trimester (27-40. Haftalar arası) ()
	Gebeliğiniz planlılık durumu nedir? Planlı () Plansız ()
	Kaçınıcı gebeliğiniz? 1 () 2 () 3 () 4 ()

EK-6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü



Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) yüksek kaliteli, kişi merkezli, aktivite temelli uygulamaları destekler. KAPÖ, zaman içinde bireyin aktivite performansından algısındaki değişiklikleri saptamak için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. KAPÖ sonuç ölçümü olarak kullanılır. Hedefleri belirlemek için müdahalenin bağılancında uygulanabilirliği gibi öğrenme ve sonucu saptamak için de uygulanabilir.

KAPÖ:
 • aktivite performansındaki problemleri alanları belirlemek;
 • bireyin aktivite performansındaki bireyin önceliklerinin derecelendirilmesini sağlamak;
 • bu problemleri alanlarla ilişkili performansı ve memnuniyeti değerlendirmek;
 • hedef belirlemek için temel oluşturmak ve, ergoterapi müdahalesi boyunca bireyin aktivite performansıyla ilişkili algısındaki değişiklikleri ölçmek için kullanılmaktadır.

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

1. Aktivite performansındaki problemleri belirlemek.
 Problemin tanımı:
KİŞİNİN YAPMAK İSTEDİĞİ, YAPMASI GEREKİYEN veya YAPMASI BEKLENDEN, FAKAT YAPAMADIĞI, YAPMADIĞI veya YAPTIĞINDAN NEMNUN OLMADIĞI aktivitelerdir.
2. Aktivite performansındaki özel problemler belirlendiğinde, bireyin kendi yaşamındaki **ÖNEM** açısından her bir ifadeyi derecelendirmesi istenir. Önemlilik düzeyi 10 puanlık bir ölçek çerçevesinde derecelendirilir.
1= Hiç önemli değil 10 = son derece önemli
3. Bireyden yapılan derecelendirmeleri kullanarak en öncelikli veya önemli görülen 5 problemi seçmesi istenir.
4. Puanlama: **PERFORMANS** (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendiriyorsunuz?) ve **MEMNUNİYET** (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?)
5. Tekrar değerlendirme için tarih belirlenir.

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı: _____
 Terapist Adı: _____

Doğum Tarihi: ____/____/____

İlk Değerlendirme: ____/____/____

Tekrar Değerlendirme: ____/____/____

KENDİNE BAKIM

Kendine bakım, gün içindeki ve güne hazırlanmayı amaçlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ'de kendine bakımı 3 alanına değerlendiririz: kişisel bakım, fonksiyonel mobilite ve toplumda kendini idare etme.

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÖNEM

ÖRETKENLİK		ÖZEL
<p>Öretkenlik, bireyin hayatını kazanmaya, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişisel yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ Öretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirin: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul ve/veya oyun.</p>	<p>Ücretli veya ücretsiz iş</p>	
	<p>Ev işi yönetimi</p>	
	<p>Okul ve/veya oyun</p>	
SERBEST ZAMAN		ÖZEL
<p>Serbest zaman bireyin öretken olma sorumluluğu olmadan birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ serbest zaman, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.</p>	<p>Sessiz rekreasyon</p>	
	<p>Aktif rekreasyon</p>	
	<p>Sosyalleşme</p>	

PUANLAMA						İlk Değerlendirme
<p>PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma becerinizi nasıl değerlendirirsiniz?) 1 = hiç yapmıyorum ➔ 10 = son derece iyi yapıyorum</p> <p>MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ➔ 10 = son derece memnunuz</p> <p>TARİH 1: / /</p> <p>TARİH 2: / /</p>						
AP Problemleri	Önem	Performans T.	Memnuniyet T.	Performans T.	Memnuniyet T.	Tekrar Değerlendirme
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
		Toplam Performans T.	Toplam Memnuniyet T.	Toplam Performans T.	Toplam Memnuniyet T.	
TOPLAM PUAN						
		Ortalama Performans T.	Ortalama Memnuniyet T.	Ortalama Performans T.	Ortalama Memnuniyet T.	
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)						
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T1 - T2)				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik	

EK-7. Prenatal Distres Ölçeği

Prenatal Distres Ölçeği			
Aşağıda belirtilen ifadeler bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygıları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifadeye <u>sizin düşüncelerinizi yansıtması</u> b <u>akımından</u> ne derece katıldığınızı sağ tarafta bulunan derecelendirme üzerinde belirtiniz.	HİÇ (0)	BİRAZ (1)	ÇOK FAZLA (2)
1. Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
2. Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğinize etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
3. Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
4. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
5. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
6. Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
7. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin beklenen çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
8. Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler?.....)			
9. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
10. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler?.....)			
11. Gebeliğinizin bu döneminde sağlıklı bir bebeğiniz olabileceği konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
12. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında neler olacağı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
13. Gebeliğinizin bu döneminde çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
14. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
15. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
16. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
17. Gebeliğinizin bu döneminde kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

EK-8. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmazınız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede üşüdünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duyduunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

<input type="checkbox"/>	Çok iyi	<input type="checkbox"/>	Oldukça iyi	<input type="checkbox"/>	Oldukça kötü	<input type="checkbox"/>	Çok kötü
--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	Haftada 1'den az	<input type="checkbox"/>	Haftada 1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>	Haftada 1'den az	<input type="checkbox"/>	Haftada 1 - 2 kez	<input type="checkbox"/>	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

<input type="checkbox"/>	Hiç problem oluşturmadı	<input type="checkbox"/>	Bir dereceye kadar problem oluşturdu
<input type="checkbox"/>	Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	<input type="checkbox"/>	Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

<input type="checkbox"/>	Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	<input type="checkbox"/>	Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
<input type="checkbox"/>	Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	<input type="checkbox"/>	Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-9. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam Kalitesi Kısa Formu			
Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Herhangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10. sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.			
1. Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.			
<input type="checkbox"/> Mükemmel <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta (fena değil) <input type="checkbox"/> Kötü			
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?			
<input type="checkbox"/> Bir yıl öncesinden çok daha iyi <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesinden biraz iyi <input type="checkbox"/> Hemen hemen aynı <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesinden biraz daha kötü <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesinden çok daha kötü			
3. Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?			
	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a. Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb.			
b. Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb.			
c. Ağır kaldırma ve yük taşıma			
d. Çok sayıda merdiven basma çıkma			
e. Tek bir merdiven basma çıkma			
f. Öne eğilme, çömelme veya diz çökme			
g. İki kilometreden çok yürüme			
h. Bir kilometre yürüme			
i. 100 metre yürüme			
j. Kendi başına banyo yapma ve giyinme			
4. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?			
Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.			
	evet	hayır	
a. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?			
b. Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?			
c. Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?			
d. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)			
5. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?			
Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.			
	evet	hayır	
a. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?			
b. Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?			
c. Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?			
6. Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarımız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?			
<input type="checkbox"/> Hiç etkilemedi <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Orta derecede <input type="checkbox"/> Epeyce <input type="checkbox"/> Çok fazla			

7.Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?						
<input type="checkbox"/> Hiç olmadı <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Az <input type="checkbox"/> Orta derecede <input type="checkbox"/> Çok <input type="checkbox"/> Pek çok						
8.Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi?(hem ev dışında, hem de ev içi olarak)						
<input type="checkbox"/> Hiç etkilemedi <input type="checkbox"/> Biraz etkiledi <input type="checkbox"/> Orta derecede etkiledi <input type="checkbox"/> Epey etkiledi <input type="checkbox"/> Çok etkiledi						
9.Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.						
Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.						
	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış	
a.Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum						
b.Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım						
c.Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum						
d.Sağlığım mükemmel						
10.Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.						
	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
a.Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?						
b.Çok sınırlı biri mi oldunuz?						
c.Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?						
d.Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?						
e.Çok enerjik oldunuz mu?						
f.Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
g.Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?						
h.Mutlu bir insan oldunuz mu?						
i.Yorgunluk hissettiniz mi?						
j.Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)						
11.Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?						
<input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Bazı zamanlarda <input type="checkbox"/> Çok az zaman <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman						

9. ÖZGEÇMİŞ