

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERİN
ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN VE SOSYAL DESTEKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Ayla AVCI ATASEVER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ümran SEVİL

İZMİR-2015

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERİN
ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN VE SOSYAL DESTEKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Ayla AVCI ATASEVER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ümran SEVİL

İZMİR-2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Prof. Dr. Ümran SEVİL

(Danışman)

Üye: Doç. Dr. Oya KAVLAK

Üye: Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

Üye: Doç. Dr. Kerziban YENAL

Üye: Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

Yüksek lisans tezinin kabul edildiği tarih.....

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin her aşamasında büyük desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, yol gösteren, beni motive eden ve aynı zamanda anlayışını esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. Ümran SEVİL'e,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarını ve bilgilerini esirgemeyen hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim sırasında birlikte ders aldığım, tüm güzellik ve zorluklarını birlikte paylaştığım sevgili arkadaşım Endam ÇETİNKAYA'ya,

Araştırmama katılmayı kabul edip, sabırla sorularımı yanıtlayan gebelere,

Tezimin istatistik aşamasında görüşleri ile bana yardımcı olan Sayın Arş. Gör. Hatice ULUER'e,

Bu güne kadar hayatımın her anında bana her türlü desteğini esirgemeyen, bu günlere gelmemi sağlayan, tüm yaşamım boyunca gösterdikleri ve gösterecekleri özverileri için sevgili aileme,

Beni her zaman yüreklendirip, desteğini benden esirgemeyen, sabırla tez çalışmamın her aşamasında yanımda olduğunu hissettiren sevgili eşim Osman ATASEVER'e,

Yaşam kaynağım, tezimin son aşamasında gelen ailemizin minik üyesi Ada Nil'e

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren arkadaşlarıma,

Değerli katkılarınız için hepinize sonsuz teşekkür ediyorum.

İZMİR-2015

Ayla AVCI ATASEVER

ÖZET

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN VE SOSYAL DESTEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma gestasyonel diyabetli gebelerin öz-bakım gücünü ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ağustos 2012- Ocak 2013 tarihlerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda gestasyonel diyabet tanısı alıp yatan 71 gebe oluşturmuştur.

Araştırma verilerinin toplanmasında, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen “Gebe Tanıtım Formu” (Ek 1), “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” (Ek 2) ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu” (Ek 3) kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir. Değerlendirmede şu sonuçlar elde edilmiştir:

Olguların Öz-bakım gücü ölçeği puanları 66 ile 140 puan arasında değişmekte olup, ortalama 127.74 ± 10.81 puandır.

Olguların Sosyal Destek toplam puanları 36 ile 84 puan arasında değişmekte olup, ortalama 66 ± 15.32 puandır. Sosyal destek alt boyut puanları 4 ile 28 puan arasında değişmekte olup, ortalamaları aile desteği için 27.21 ± 3.16 , arkadaş desteği için 23.08 ± 7.42 , özel insan desteği için 15.7 ± 10.64 olarak bulunmuştur.

Gebelerin yaş ortalamasının 31.38 ± 5.13 olduğu saptanmıştır. Gebelerin %49.3'ünün ilköğretim mezunu, %66.2'sinin çalışmadığı, %88.7'sinin planlayarak gebe kaldığı, %95.8'inin kendi bakımını kendi sağlayabildiği, %40.8'inin gebeliğinde en çok eşi ve ailesinin yardım ettiği, %88.7'sinin daha önceki gebeliklerinde diyabet tanısı almadığı, şimdiki şekerleri değerlendirildiğinde % 64.8'inin şeker düzeylerinin regüle olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre olguların sosyal destek ölçeği toplam puanı ve özel insan desteği puanları anlamlı derecede farklılık göstermekte, eğitim durumu arttıkça sosyal destek puanı da artmaktadır.

Çalışma durumlarına göre gebelerin sosyal destek, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmış ($p<0.05$), çalışan gebelerin puanları daha yüksek bulunmuştur.

Eşlerin mesleklerine göre gebelerin sosyal destek ölçeği özel insan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0.05$), diğer meslek grubunda olanların puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bakıma yardımcı kişilerin varlığında öz-bakım gücü ve aile desteği ölçeği skorları anlamlı derecede artmaktadır.

Aile desteği artarken öz-bakım gücünün de arttığı pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Gestasyonel diyabetli gebelerin günlük aktivitelerini ve kendi bakımlarını maksimum seviyede gerçekleştirebilmeleri açısından, hemşirelerin öz-bakım gücünün önemi konusunda bilgi sahibi olmaları ve gebelere öz-bakımın nasıl yapılacağı konusunda eğitim vermeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanları gebelik dönemindeki kontrollerde sadece bebeğin durumunu değil annenin de ruhsal durumunu değerlendirmeli, anneyi etkileyen ve etkileyebilecek durumlarla nasıl başa çıkabileceklerini ve destek sistemlerini arttırmaya ve kaliteli olmasına yönelik çalışmalarda bulunmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel diyabet; öz-bakım gücü; sosyal destek.

ABSTRACT

**THE EVALUATION OF THE SELF-CARE AGENCY AND SOCIAL
SUPPORT OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES
MELLITUS**

This study was made to make an evaluation of the self-care agency and the level of social support of pregnant women with gestational diabetes.

The study was made in the Ege University Medical Faculty Hospital between August 2012 and January 2013.

The study sample was consisted of 71 pregnant women with a diagnosis of Gestational Diabetes and who were admitted to the Ege University Faculty of Medicine Hospital in the Department of Obstetrics and Gynecology.

In the collection of research data, the related literature in the direction developed by the researcher "Pregnant Identification Questionnaire" (Appendix 1) which was developed by the researcher in accordance with the related literature, "Self-Care Agency Scale" (Appendix 2) and "Multidimensional Perceived Social Support Scale-Revised Version " (Appendix 3) were used.

In the evaluation of the data, descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, Frequency, Rate, Minimum, Maximum), Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test were used. In the evaluation of the relationships between the parameters. Spearman's Correlation Analysis has been used for evaluating the coloration between the parameters. The level of significance has been determined as $p < 0.05$. The following results were obtained in the evaluation:

Self-care agency scale scores of the patients ranged from 66 to 140 points, the mean score was 127.74 ± 10.81 points.

Social Support total scores of the subjects ranged between 36 and 84 points, the mean score was 66 ± 15.32 Social support subscale scores ranged from 4 to 28 points, mean scores were found as follows; 27.21 ± 3.16 for the family support, 8.23 ± 7.42 for the friend support, and 15.07 ± 10.64 for the special people support.

The mean age of the pregnant women was found to be 31.38 ± 5.13 . 49.3% of the pregnant women were primary school graduates, 66.2% were not working, 88.7's got pregnant intentionally, 95.8% could maintain their own care by themselves, 40.8% got the most help from their spouses and mothers in the pregnancy, the most her husband and family has helped, 88.7% did not receive a diagnosis of diabetes in

previous pregnancies and when the current blood sugar levels at the time of the evaluation, and 64.8% were determined to have regulated blood sugar levels.

According to the education status of their partners, the total point of the social support scale and the point of special person care support are varied, the social support point increases by the increase of the education status.

It has been detected that there was a significant correlation between social support, friendship support and special person care according to the working status of the pregnant ($p < 0.05$), as a result it has been found that the point of the working pregnant was higher.

It has been detected that there was statistically a significant correlation between the social support scale and the special person care of the pregnant according to the profession of their husbands.

Self-care agency and family support scale significantly increase by presence of supportive people for caring.

The study also shows that there is a positive and statistically poor significant correlation, therefore, if the family support increases accordingly the self-care strength also increases.

In terms of pregnant women with gestational diabetes to be able to perform their daily activities and self-care at the maximum level, nurses should have knowledge about the importance of the self-care agency and they should give education to the pregnant women about how the self-care will be performed.

Health care personnel should evaluate not just the health status of the baby but also the health status of the mother during pregnancy in controls, and they should make more effort on things that effect or may effect the prospective mother and they should try to increase the support systems and the quality of those support systems.

Key Words: Gestational diabetes; self-care agency; social support.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xv
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xviii
KISALTMALAR.....	xix

BÖLÜM I

1.GİRİŞ.....	1
1.1Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Önemi.....	3
1.3.Varsayımlar.....	4
1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	4
1.5. Tanımlar.....	5
1.5.1 Diyabetes Mellitus(DM).....	5
1.5.2 Gestasyonel Diyabet(GDM).....	5
1.5.3 Öz-Bakım.....	5
1.5.4 Öz-Bakım Gücü.....	5
1.5.5 Sosyal Destek.....	5
1.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
1.7. Araştırmanın Amacı.....	5

BÖLÜM II

2.Genel Bilgiler.....	6
2.7. Diabetüs Mellitüsün Tanımı ve Tarihçesi.....	8
2.7.Epidemiyoloji.....	9
2.7. Diyabetin Fizyopatolojisi.....	9
2.7. Diabetes Mellitüsün Tanısı ve Sınıflandırılması.....	10
2.7. Diyabetin Gebelikteki Metabolik Değişiklikleri... ..	12

2.7. Gebeliğin Diyabete Etkisi.....	13
2.7. Diyabetin Gebeliğe Etkisi.....	14
2.7. Diyabetin Fetüs-Yenidoğana Etkisi.....	14
2.7. Gestasyonel Diyabet.....	16
A-Tanım.....	16
B- Diyabetik Gebelerde White Sınıflaması.....	16
C- Gestasyonel Diyabette Risk Değerlendirilmesi.....	17
D- Gestasyonel Diyabeti Tarama.....	19
E- Gebelik Diyabetinde Maternal ve Fetal Komplikasyonlar.....	21
a)Gebelik Diyabetinde Anneye Ait Riskler.....	22
b)Gebelik Diyabetinde Bebeğe Ait Riskler.....	22
F-Gestasyonel Diyabette Obstetrik ve Perinatal Sorunlar.....	22
G- Gestasyonel Diyabette Tedavi.....	24
1.Diyet Tedavisi.....	25
2. Egzersiz.....	26
3.İlaç Tedavisi.....	26
2.10.GDM'li Gebenin İzlemi.....	26
2.10.1. Doğum Öncesi Dönemde İzlem.....	26
2.10.2.Doğum Eyleminde Diyabetin Kontrolü.....	27
2.10.3.Doğum Sonu Dönemde Diyabetin Kontrolü.....	28
2.10.4.Diyabetli Anne Bebeği ve Bakımı.....	29
2.11.Gestasyonel Diyabette Hemşirelik Girişimleri.....	29
2.12.Gebelik ve Özbakım Gücü.....	30
2.12.1.Dorothea Orem'in Öz-Bakım Modeli.....	31
2.12.2.Öz-Bakım Kuramı.....	32
2.12.3.Öz Bakım Gereksinimleri.....	32
a)Evrensel Öz-bakım Gereksinimleri.....	32
b)Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri.....	33
c)Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri.....	34
2.12.4.Öz-Bakım Gücü/Yetkinliği.....	34
2.12.5.Öz-Bakım Gücünün Kullanımını Etkileyen Bireysel özellikler	35
2.12.6.ÖzBakımYetersizliği/AçlığıKuramı.....	36
2.13. Gebelik ve Sosyal Destek.....	37
2.13.1.Sosyal Destek Türleri.....	39

2.13.2.Algılanan Sosyal Destek.....	40
-------------------------------------	----

BÖLÜM III

3.GEREÇ YÖNTEM.....	41
3.1.Araştırmanın Tipi.....	41
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	41
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	41
3.4.Araştırmanın Değişkenleri.....	41
3.4.1 Bağımsız Değişkenler.....	41
3.4.2 Bağımlı Değişkenler.....	41
3.5.Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi.....	41
3.6. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	42
3.5.1. Gebe Tanıtım Formu.....	42
3.5.2. Öz Bakım Gücü Değerlendirme Formu.....	42
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	43
3.7.Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	45
3.8.Süre ve Olanaklar.....	45
3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	45

BÖLÜM IV

4.BULGULAR.....	46
4.1.Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	46
4.2.Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	48
4.3. Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ve Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	53

BÖLÜM V

5.TARTIŞMA.....	80
5.1. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	80
5.2. Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ve Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	83

BÖLÜM VI

6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	91
6.1.Sonuç.....	91
6.2.Öneriler.....	93

BÖLÜM VII

8.KAYNAKLAR.....	95
-------------------------	-----------

EKLER 103

EK-1 Gebe Tanıtım Formu.....	103
EK-2 Öz-Bakım Gücü Ölçeği Formu.....	105
EK-3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu.....	108
EK-4 Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Kullanımı İçin On – Line İzin Belgesi...110	
EK-5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Kullanımı İçin On–Line İzin Belgesi.....111	
EK-6 Ege Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi İzin Belgesi.....112	
EK-7 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı İzin Belgesi.....113	
EK-8 Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Etik Kurulu Kararı.....114	
EK-9 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı.115	

ÖZGEÇMİŞ.....	116
----------------------	------------

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Farklı Sağlık Kuruluşlarının Önerdiği Sağlık Kriterleri.....	19
Tablo 2: Oral Glikoz Tolerans Testinin 100 G ve 75 G Eşik Değerleri.....	20
Tablo 3: Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) Puanlarının Cronbach Alfa Katsayıları Dağılımı.....	43
Tablo 4: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	46
Tablo 5: Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 6: Gebelerin Bakımlarına Yönelik Dağılımları.....	49
Tablo 7: Gebelerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımları.....	50
Tablo 8: Gebelerin Hastane Başvuru Nedeni ve Başka Hastalıklarının Olma Durumuna Göre Dağılımları.....	50
Tablo 9: Gebelerin Şeker Değerlerinin ve Diyabet Tedavilerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	51
Tablo 10: Gebelerin Kontrollere Gitme Durumu ve Kontrollere Gittiği Yerlerin Dağılımı.....	52
Tablo 11: Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımları.....	53
Tablo 12: Gebelerin Yaşları ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 13: Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 14: Gebelerin Eşlerinin Eğitim Düzeyleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 15: Gebelerin Çalışma Durumları ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 16: Gebelerin Eşlerinin Mesleği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 17: Gebelerin Evlilik Yılı ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 18: Gebelerin Gebelik Sayısının ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 19: Gebelerin Gebelik Süresi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	63

Tablo 20: Gebelerin Gebeliklerinin Planlı Olup Olmaması ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 21: Gebelerin Gebe Olduklarını Öğrendiklerindeki Hisleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 22: Gebelerin Kendi Bakımlarını Kendilerinin Sağlayabilmesi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 23: Gebelerin Bakıma Yardımcı Kişilerin Varlığı ya da Yokluğu ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 24: Gebelere Bakıma Yardımcı Olan Kişiler ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 25: Gebelerin Gebelikleri Boyunca Yaşadıkları Sorunlar ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 26: Gebelerin Hastane Başvuru Nedenleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 27: Gebelerin Yatış Şeker Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 28: Gebelerin Şimdiki Şeker Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 29: Gebelerin Genel Şeker Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 30: Gebelerin Kontrollerine Gittikleri Yerler ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 31: Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Diyabet Tanısı Alıp Almama Durumu ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	77
Tablo 32: Gebelerin Şu Anda Aldıkları Tedavi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo 33: Gebelerin ÖBGÖ'nün ve SDÖ Korelasyon Katsayısı ve p Değerine Göre Dağılımının Karşılaştırılması.....	79

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Gebelerin Şeker Durumlarının Dağılımları 52

KISALTMALAR

ACOG: Amerikan Obstetrisyenler Ve Jinekologlar Birliği

ADA: Amerikan Diyabet Derneği

BAG: Bozulmuş Açlık Glikozu

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

DM: Diabetes Mellitus

EASD: European Association For The Study Of Diabetes

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

HPL: Human Placental Laktogen

IDF: Uluslar Arası Diyabet Federasyonu

IKH: İskemik Kalp Hastalığı

IUGR: İntrauterin Gelişme Geriliği

KGTB: Kombine Glikoz Tolerans Bozukluğu

LGA: Large Of Gestasyonel Age(Gebelik Yaşından Büyük)

NDGG: National Diabetes Data Group

NHANES-III: Amerikan Ulusal Sağlık Ve Beslenme Çalışması III

NST: Non Stres Test

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

ÖBGÖ: Öz-Bakım Gücü Ölçeği

PAH: Periferik Arter Hastalığı

PGDM: Pregestasyonel Diabetes Mellitus

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

SDÖ: Sosyal Destek Ölçeği

SGA: Small For Gestasyonel Age (Gestasyon Yaşına Göre Küçük)

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TURDEP-I: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması

USG: Ultrason

YDGT: Yenidoğan Geçici Taşipnesi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1Problemin Tanımı

1.1Problemin Tanımı

Kadın hayatında gebelik insan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir süreçtir (1). Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek te mümkündür (2, 3, 4).

Çeşitli sağlık sorunları gebeliği komplike hale getirmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kadın sağlığı açısından en önemli devre hem kadın hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik, doğum ve loğusalık devresidir (6). Geçmişte büyük tıbbi sorunların hem fetus hem de anne üzerinde olan etkileri oldukça yıkıcı olduğu için gebeliğin başarıyla sürdürülmesi mümkün değildi. Oysa şimdi tedavide daha gelişmiş ilaç uygulaması ve fetüsün sağlığının izlenmesi için daha ileri teknoloji kullanılması ile hem anne hem de fetus için sonuçlar daha iyi olmaktadır (5).

Diabetes mellitus, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki yetersizlik nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerinden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (7).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), gebelikte ilk kez ortaya çıkan ya da gebelikte fark edilen, her derecedeki glukoz toleransının bozulması olarak tanımlanır (8,9). GDM maternal ve perinatal morbidite ve mortalitede artışa yol açar. Anne için polihidramnion, doğum travması riski, sezaryen sıklığında artış, preterm eylem, pyelonefrit, fetus için ise; makrozomi ve buna bağlı omuz distozisi, doğum travmaları, polisitemi, kardiyomyopati, hiperbilirubinemi, hiperinsülinemiye bağlı hipoglisemi, artmış solunum yetmezliği sendromu gibi neonatal komplikasyon riskinde artış ile birliktedir. Günümüzde GDM gelişen gebelerde fetal kayıp ve hastalık oranları normal gebelere kıyasla yaklaşık dört kat yüksektir (9). Tüm gebeliklerin yaklaşık %7'si GDM ile komplike olmaktadır ve bu oran farklı popülasyonlarda %1 ile %14 arasında değişmektedir (9).

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen yaşamın diğer dönemlerine göre hastalık ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu bir süreçtir (10,11). Gebelikte meydana

gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebenin bakım gereksinimi artmakta ve gebelerin kendilerine daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir (10,12). Gebelik kadının biyo-fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik boyutlarını etkileyerek yaşam aktivitelerine ilişkin sorun yaşamasına ve dolayısı ile öz-bakım gücünün azalmasına neden olabilir. Öz-bakım; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu korumak, sürdürmek ve geliştirmek için başlattığı ve gerçekleştirdiğı etkinliklerdir. Zaman içinde iletişim, kültür ve etkileşim yolu ile gelişir. Öz-bakım gücü (self care agency) ise bireyin ilgili faaliyetleri gerçekleştirme yeteneğidir (10,11).

Hemşirelik uygulamaları insan sağlığının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi üzerine odaklanmalıdır. Ülkemizdeki uygulamalara baktığımızda özellikle hemşirelik bakımının hasta etrafında yoğunlaşarak sınırlı kaldığını, tedavi edici hizmetlerin daha çok önemsendiğini görmek mümkündür. Oysa gelişen ülkemizin nüfus yapısı içerisinde stratejilerimiz daha çok insanların sağlıklarından kendilerinin sorumlu tutulmaları ve kendi-kendilerinin bakımına (öz-bakım) etkin katılımlarının sağlanması yolunda olmalıdır (10).

Gebelik süresince gebenin psikolojik iyiliğinin sağlanması sosyal destek faktörlerinin varlığının önemli olduğunu belirtmektedir. Gebe, eşi ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle sürekli etkileşim içindedir. Bu kişiler gebenin anneliğe uyum sağlamasında çok önemli rol oynar (13). Arkadaşlar, akrabalar ve eş ile iyi iletişim annelik rolüne geçişi olumlu etkilediğı ifade edilmektedir. Bu sosyal destek sistemleri uyumda kolaylığı ve emosyonel desteğı geliştirir. Algılanan sosyal destek arttıkça, stres verici yaşam olaylarının yarattığı psikolojik problemlerin azaldığı belirlenmiştir (14).

Gebelikte yeterli psikososyal desteğinin varlığı ve ruh sağlığının iyi olması fetusun sağlığı için de önemlidir. Duygusal gerilimin, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediğı, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve uterus içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Hatta kaygılı geçen bir gebelik, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkması ile de ilişkilendirilmiştir. Sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve doğum sonrasında ruhsal sağlığı bozarak annenin hayat tarzını etkilediğı, diyet alışkanlığını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa neden olduğu ve bu durumların da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğın sağlığını bozabildiğı gösterilmiştir (16).

Hastanede gebenin en sık birlikte olduğu sağlık ekibi üyeleri hemşire/ebelerdir (15). Akbaş'ın yaptığı çalışmada, hemşire, anneye gebelik süresince duygu ve endişelerini ifade etmesinde, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan bir ekip üyesi olduğu belirtilmiştir (14).

Hemşireler, gestasyonel diyabetli gebelerin hem öz-bakım gücünü değerlendirmede, hem de sosyal desteklerini ortaya çıkarmada önemli rol oynamada etkili olduklarını bilmelidirler. Gestasyonel diyabetli gebelere hemşireler tarafından gereken desteğin (sosyal) sağlanmasının yanında, ihtiyaç doğrultusunda bilgi verilmesi öz bakım gücünü arttırmada pozitif yönde etkili olabilecektir.

1.4.Araştırmanın Önemi

Gebelikte Diyabetes Mellitus, anne ve fetus açısından önemli komplikasyonlar oluşturma riski taşıdığından, dikkatli ve bilinçli bir şekilde izlem gerektiren kronik bir hastalıktır. İnsulinin, 1921'de keşfi sonrasında gebelik ve diyabetin izlem ve yönetiminde büyük ilerlemelerin olduğu bir dönem başlamış, 1930-1970 yıllarında, diyabetli anne ve bu annelerden doğan bebeklerin mortalite ve morbiditesinde önemli azalmalar kaydedilmiştir. Daha sonra 1970-1990 yılları arasında kan şekeri düzeylerinin kontrolü ile, diyabet ve gebelikte fetal anomali oranının azaltılması, fetal makrozominin önlenmesi konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır (17).

Günümüzde özellikle gebelik öncesi veya gebeliğin ilk haftalarında diyabetin tanımlanması ve hipergliseminin kontrol altına alınmasıyla, hastalığın neden olduğu konjenital anomaliler azalmış, uygun perinatal ve neonatal yaklaşımlarla fetal-perinatal ölümler % 3'ün altına düşürülmüştür (18).

Yaşamın her döneminin, sağlıklı sürdürülebilmesi için bireysel bakıma gereksinim vardır. Bireysel bakımın gerekli olduğu dönemlerden biri de gebelik dönemidir. Gebelik, anne organizmasında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir. Bu dönemde, gebenin ve fetusun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesi gerekir. Bunun sağlanabilmesi için gebenin düzenli antenatal kontrollere gitmesi ve bireysel bakım (Öz-Bakım) vermesi gerekir. Diğer bireyler gibi sağlıklı bir gebe de öz-bakım etkinliklerini karşılamada yardıma gereksinim duymaz. Öz-bakım gereksinimleri kendisi

tarafından karşılanır. Gereksinimler etkili şekilde karşılanırsa, öz-bakım sağlığı olumlu yönde etkiler (19).

Gebelik döneminde kadın, sağlığının bozulması ve bakım gereksinimlerini karşılayamaması durumunda yardıma gereksinim duyabilir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı bireye kendi kişisel bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa sürede onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamaktır. Hemşirelerin sağlık bakım alanında değişen ve gelişen rollerinin gereği öz-bakım kavramı üzerinde önemle durulan bir konuma gelmiştir (11).

Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Sosyal destekler başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ile sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir. Gebe kadınların en önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmaktadır. Bu kritik dönemde gebenin ruh sağlığını etkileyen en önemli faktör eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu bir etkiye sahiptir. Annelik rolü eş tarafından onaylanan ve sorunlarını eşle paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve emosyonel dengenin sağlanması gerekir. Yapılan pek çok araştırmada doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli hayat şartları gösterilmektedir (20).

Hemşire, bilgisi, becerisi ve olumlu yaklaşımı ile gebenin güvenini kazanmalı, onu fiziksel ve ruhsal yönden desteklemeli ve eğitmelidir (14).

1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamına alınan gestasyonel diyabet tanısı almış gebelerin anket formlarını doğru olarak doldurduğu kabul edilmiştir.

1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

İzmir ilindeki tüm kadın doğum hastanelerine başvuran gestasyonel diyabetli gebelere ulaşmak, süre ve olanak açısından mümkün olmayacağından çalışma, Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'ne başvuran gestasyonel diyabet tanısı almış gebelerle sınırlandırılmıştır.

1.5. Tanımlar:

1.5.1.Diyabetes Mellitus (DM): Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (21).

1.5.2.Gestasyonel Diyabet(GDM):Gebelikte başlayan veya ilk kez gebelikte tanı alan karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanımlamaya göre ise GDM 20. Gebelik haftasından sonra görülen hiperglisemidir (22).

1.5.3.Öz-Bakım: Bireylerin, kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (22).

1.5.4.Öz-Bakım Gücü: İlgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğidir (23).

1.5.5.Sosyal Destek: Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerin sağladığı ve ya sağlayacağı destek kaynaklardır (24).

1.6. Araştırmanın Hipotezleri

1H₀: Gestasyonel diyabetik gebelerin öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları düşüktür.

2H₀: Gestasyonel diyabetik gebelerin sosyal destek ölçeği puan ortalamaları düşüktür.

3H₀: Öz-bakım gücü ile sosyal destek arasında ilişki yoktur.

1.7. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada amaç gestasyonel diyabetli gebelerin öz-bakım gücünün ve sosyal desteklerinin değerlendirilmesidir.

BÖLÜM II

2.GENEL BİLGİLER

Diyabet, glikoz metabolizması için endojen insülinlerin kullanımında ya da üretimindeki yetersizlikle karakterize bir hastalıktır. Glukoz metabolizmasındaki bu yetersizlik, metabolizmada değişikliğe yol açmaktadır (5).Kır'ın (2003) çalışmasına göre, diyabet toplumda geniş bir popülasyonu ilgilendiren, sıklığı giderek artış gösteren, ciddi organ kayıpları ve erken mortaliteye neden olduğundan kronik hastalıklar içinde ayrı bir yere sahiptir. Bu özellikler diyabete, dünyadaki tüm ülkelerin sağlık politikalarında özel bir önem kazandırmıştır (25).

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı'na (2011-2014) göre, Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF-International Diabetes Federation) 2009 yayınında diyabet prevalansının 2010 yılı için 285 milyona artacağı ve 2030 yılına kadar 438 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bunun başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır (26). Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı'na (2011-2014) göre, birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır. Yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarına kıyasla kardiyovasküler olay riski 2-4 kat daha yüksektir (26).

Öte yandan, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) ve Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması-III (National Health and Nutrition Examination Survey-III (NHANES-III); diyabetli bireylerin %30-50'sinin henüz tanı konulmamış vakalar olduklarını göstermektedir (26,27).

Gestasyonel diyabet ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkan diyabet formudur. Belirtileri genelde tip 2 diyabete benzer. Ancak gebelik sırasındaki rutin taramalar nedeniyle genellikle semptomlar fark edilmeden önce tanı konulur (24).

Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı'na (2011-2014) göre, GDM doğumdan sonra genellikle düzelir fakat sonraki gebeliklerde tekrarlama riski yüksektir (yaklaşık %50). Ayrıca GDM öyküsü olan kadınların ileriki yaşamlarında tip 2 diyabetli olma riski %80'e kadar varmaktadır. Çeşitli yayınlarda bu hasta grubunda 5 yıl içerisinde %10-50 oranında tip 2 diyabet geliştiği gösterilmiştir. Bu sebeple GDM tanısı almış kadınların doğum sonrasında

prediyabetik olarak kabul edilip koruma programına alınmaları gereklidir. Prediyabet: Normal glukoz toleransı üst sınırı ile aşikar diyabet arasındaki süreç “prediyabetik dönem” olarak adlandırılır. Bu süreçte glukoz metabolizmasının ara bozuklukları olan “Bozulmuş Açlık Glukozu” (BAG: açlık kan glukozunun 100-125 mg/dl olması) ve “Bozulmuş Glukoz Toleransı” (BGT: Oral glukoz tolerans testinde 2.saat kan glukozunun 140-199 mg/dl olması) yer alır. Bu süreçteki kişiler “prediyabetik” olarak kabul edilmektedirler. Erken metabolik değişiklikleri oluşturan BAG ve BGT’den diyabete geçiş çoğu kez yıllar sürebilir. Çalışmalar, prediyabetik kişide izole BAG bulunması halinde takip eden 10 yıl içinde diyabet gelişme riskinin %10-15; izole BGT bulunması halinde ise riskin %35 düzeyinde olduğunu göstermektedir (21). Prediyabetik kişide kombine glukoz tolerans bozukluğu (KGTB: BAG + BGT) bulunması halinde 10 yıllık diyabet riski %50’ye ulaşmaktadır (26).

Selçuk’un (2011) çalışmasına göre, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ve Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (ACOG) gebelerin gestasyonel diyabet açısından rutin taranmasını önerir. Bu önerilere rağmen gebelikte gestasyonel diyabet taramasının ve tedavisinin etkinliği, faydasının olup olmadığı halen tartışılmaktadır (9).

Gebeliğin hem anne hem de bebek için sağlıklı devam etmesi gebeliğin başlangıcından sonuna kadar tıbbi kontrolleri gerektirir (28,29). TNSA-2008 verilerine göre doğum öncesi bakım genel olarak yüksek seviyelerdedir. TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda doğum öncesi bakım alma oranı yüzde 81’den yüzde 92’ye yükselmiştir (30). TNSA-2013 veriler TNSA-2008 sonuçları ile karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma oranı yüzde 92’den yüzde 97’ye yükselmiştir. Bu da, doğum öncesi hiçbir bakım almayan kadınların oranında yaklaşık olarak yüzde 64’lük bir azalmaya işaret etmektedir (31).

Gebelikte Tip 1 diyabet %0.1-0.5, gestasyonel diyabet %3-12 oranında görülürken, diyabetik anne bebeğine 1000 canlı doğumda bir olarak rastlanılmaktadır. Diyabetin fetus üzerindeki en önemli etkisi “makrozomi” (irilik)’dir (18).

İnsan yaşamının en önemli kararlarından biri bebek sahibi olmaktır. Çocuk doğurma neslin devamını sağlamasının yanında, anne olma isteği kadınların

hayatında ayrıcalıklı bir önem taşımaktadır. Gebe ve ailesi bu süreç içinde benzersiz bir deneyim yaşarlar. Bu deneyim, kadının gebelikte fizyolojik ve psikososyal dengesinin bozulmasına, aile ve iş yaşamındaki rollerin değişmesine, ebeveynlik rolüne uyum sağlamaya çalışmasına yol açan, bir yaşam krizi olarak kendini gösterebilir (32).

Gelişimsel bir kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilen gebeliğin, kadın yaşamındaki yeri oldukça önemlidir. Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı psikolojik değişiklik yapabileceği belirtilmiştir (20).

2.1.Diabetes Mellitus'un Tanımı ve Tarihçesi

Diabetes mellitus; poliüri, polifaji, polidipsi gibi kardinal belirtileri; zayıflama, çevre organlarda atrofik bozukluklar ve enfeksiyonlar ile bir araya getiren bir hastalık olduğundan eski hekimlerin de gözünden kaçmamıştır (9).

Diabetes Mellitus, antik çağlardan beri ciddi bir sağlık problemi olarak farkedilmiştir. Diyabet ile ilgili en eski kayıtlar M.Ö. 1550 yıllarında Mısır'da yazılmış Ebers papirüsünde bulunmuştur. Bu papirüste diyabet hastalığına benzer, çok idrara çıkma ile seyreden bir durumdan bahsedilmektedir (33). Yunanca'da "Akıp giden" anlamına gelen dia+betes kelimesi ilk olarak Anadolu topraklarında, Kapodakya'da M.S. 2. yüzyılda Areteus tarafından kullanılmıştır (33,34).

M.Ö. 9. yüzyılda İslâm hekimi Râzi ve 10-11. yüzyıllarda İbni Sina, bu hastaların idrarının tatlı olduğundan ve susuzluk hissinden söz etmişlerdir.

9. yüzyılda Fransız fizyolog Claude Bernard (1813-1878) glukozun karaciğerde glikojen olarak depolandığını tespit etti. Berlin'den Paul Langerhans (1847-1888) 1869 yılında pankreastaki Langerhans adacıklarını tanımladı. Oskar Minkowski (1858-1931) ve Josep Von Mering (1849-1908) deneylerinde Diabetes mellitustan sorumlu organın pankreas olduğunu kanıtladı. 1921 yılında Banting ve Best insülini keşfettiler (33).

Cambridge'ten bilimadamı Frederick Sanger 1955 yılında insülinin iki aminoasit zinciri yapısında olduğunu buldu. Sanger bu çalışmasıyla 1955 Nobel ödülünü aldı. Dorothy Hodgkin 1969 yılında insülinin 3 boyutlu yapısını ortaya koyarak bir başka Nobel ödülü kazanan bilimadamı oldu (33).

Gök'ün (2008) çalışmasına göre, ilk kez 1824 yılında, Berlin Üniversitesi'nde Dr. Benewitz, doktora tezinde hamilelikte ortaya çıkan diyabetten bahsetmektedir (35).

2.2.Epidemiyoloji:

Gürel'in (2008) çalışmasına göre, dünya üzerinde ortalama 150 milyon insan bu hastalığa sahiptir. WHO 1995-2025 yılları arasında dünya diyabet prevalansında %35 oranında artış olacağını tahmin etmektedir. Gebeliklerin yaklaşık %3-5'inin diyabet ile komplike olduğu tahmin edilmektedir. Gebeliğinde GDM tanısı almış olan kadınların %20-50'sinde gebelikten sonraki 10 yıl içinde Tip II DM geliştiği saptanmıştır (36).

DM bütün toplumlarda ve ırklarda görülen bir hastalıktır. Dünyanın bazı yörelerinde görülme sıklığı daha azdır (37). Gürel'in (2008) ve Kalın'ın (2008) çalışmalarında, genel popülasyonda görülme sıklığı %0,1-0,4 arasında değişmektedir. Tüm gebeliklerin ise yaklaşık %7 si GDM ile birlikte olmaktadır ve bu oran farklı gebe gruplarında %1 ile %14 arasında değişmektedir (36,37).

Yatman'ın (2006) çalışmasında, gestasyonel diyabet prevalansı değişik ülke ve etnik gruplar için farklılık gösterir. Zenci, ispanyol, yerli Amerikan, Asya toplumlarında prevalans, beyaz kadınlara oranla daha yüksektir. Ayrıca prevalans, test metodu ve diagnostik kriterlere göre de farklılık gösterir (38).

Amerikan Diyabet Birliği'ne (ADA) göre gebelikte diyabet görülme oranı %9.2 (39), Türk Diyabet Vakfı'na göre ise bu oran %3'tür (40). Ancak bu oran farklı toplumlarda %1 ile %14 arasında değişmektedir (41).

Karakurt ve ark (2009) çalışmasında, yapılan bir çalışmada insidans Kafkas ırkında %0.4, zencilerde %1.5, Asyalılarda %3.5-7.3 ve Amerikalılarda %16 olarak bulunmuştur (41).

2.3.Diyabetin Fizyopatolojisi

Diyabetes mellitusta pankreas yeterli insulin salgılayamaz. İnsulinin yetersiz salgılanması, glikozun hücre içine girmesini önler ve kan glikoz düzeyi yükselir. Vücut enerji ihtiyacını protein ve yağlardan karşılar. Proteinlerin yıkılması ile negatif nitrojen dengesi, yağların yıkılması ile ketosis ortaya çıkar. Kanda glikoz konsantrasyonundaki artış ozmotik güç olarak suyun hücrelerden kana çekilmesine neden olur. Bu durum sellüler dehidratasyonla sonuçlanır. Kanda yüksek konsantrasyonda olan glikoz, idrara da geçerek glikozüri ortaya çıkar. İdrardaki

glikozun osmatik etkisi, suyun böbrek tübüllerinden reabsorbsiyonunu önler ve ekstrasellüler dehidratasyon görülür. Bu patolojik gelişme diyabetin dört büyük belirti ve bulgusunu verir. Bunlar: poliüri, polidipsi, kilo kaybı ve polifaljidir.

- Poliüri (sık idrara çıkma): Glikozun osmotik aktivitesi nedeni ile renal tübüllerden suyun reabsorbsiyonu olamaması nedeni ile ortaya çıkar.
- Polidipsi (aşırı susama): Poliüriden kaynaklanan dehidratasyona bağlı olarak gelişir.
- Kilo kaybı: Glikoz hücre içine girip kullanılmayınca yağ ve kas dokuları enerji için yıkılır. Daha çok insilüne bağımlı ya da tip I diyabet olarak isimlendirilen diyabette görülür.
- Polifaji (aşırı acıkma): Hücrelerin kan glikozunu kullanmadaki yetersizliği sonucu ortaya çıkar.

Diyabetin teşhisi klinik belirtilere ve kan glikoz düzeyinin yüksekliğini gösteren laboratuvar testleriyle yapılır (4).

2.4. Diabetes Mellitusun Tanısı ve Sınıflandırılması

DM tanısı anamnezde polifaji, polidipsi, poliüri, ağırlık kaybı öyküsü ve kan şekeri düzeyinin yüksek bulunması ile konulmaktadır. Klasik semptomların varlığında tesadüfi ölçülen kan glikoz seviyesinin 200 mg/dl'nin üzerinde saptanması veya açlık kan glikozunun 140mg/dl' nin üzerinde olması DM tanısında gösterge olarak değerlendirilmektedir (9).

Klinik veya laboratuvar bulgularla tanı koyulamadığı durumlarda metabolik bozukluk glikoz yükleme testleri ile saptanır. Bu amaçla 75g glikoz ile yapılan Oral Glikoz Tolerans Test (OGTT)'inde açlık kan glikozu 140 mg/dl' nin üstünde ise, 2. Saat veya başka bir saat dilimindeki ölçüm değerinin 200 mg/dl'nin üstündeki tek ölçüm bozulmuş glikoz toleransı olarak tanımlanır (9).

ADA tarafından (2004) yayınlanan kılavuzda Diabetes Mellitus sınıflandırması aşağıda gösterilmektedir (9).

Diabetes Mellitus'un etyolojik sınıflandırılması

A- Tip 1 DM

- a. Bağışıklık yanıtına bağlı diyabet
- b. Nedeni bilinmeyen (idiopatik)

B- Tip 2 DM

C- Diğer Özgün tipler

- a. β -hücre genetik defektleri
- b. İnsülin etki mekanizmasına ilişkin genetik bozukluklar
- c. Egzokrin pankreas hastalıkları
- d. Endokrin sistem bozuklukları
- e. İlaç ya da kimyasal maddelere bağlı diyabet
- f. Enfeksiyonlar
- g. Bağışıklık yanıtına bağlı nadir formlar
- h. Diyabetle ilişkili olabilen genetik sendromlar

D- GDM (38,442,43,44,45,46).

Öncül'ün (2006) çalışmasında belirttiği gibi, diyabet gebeliğinin en sık rastlanan tıbbi komplikasyonudur. İnsülin eksikliği veya insülin direnci sonucu organların kronik hiperglisemiye maruz kaldığı klinik bir sendrom olarak tanımlanabilir. Gebelik öncesi teşhis edildiyse pregestasyonel, ilk kez gebelik sırasında tespit edilmiş bir glukoz intoleransı varsa gestasyonel diabetes mellitus (GDM) denir. GDM, gebeliklerin yaklaşık % 7'sinde bulunurken, bu oran popülasyona ve yapılan teste göre %1-14 arasında değişebilir. Pregestasyonel diyabetin görülme sıklığı da yaklaşık 1000 gebelikte 1-3'tür (43).

Tip 1 DM

Daha önceleri insülin bağımlı diabetes mellitus ve juvenil başlangıçlı diyabet olarak adlandırılan bu durum genellikle pankreas beta-hücrelerinin otoimmün harabiyeti sonucu oluşur. Hastalık genellikle insülinin tam eksikliği ile seyreder ve insülinin dışardan yerine konulması ile tedavi edilir (9,46).

Tip 2 DM

Diyabetik hastaların yaklaşık %90-95 ini bu grup oluşturur. Anormal insülin salınımı ve hedef dokularda insülin direnci vardır. Hastaların çoğu obezdir ve obeziteye bağlı periferik insülin direncinin beta-hücre tüketimine yol açtığı düşünülmektedir. Tip 1 diyabetin aksine tip 2 diyabetikler genellikle insüline ihtiyaç duymazlar ve hastalık daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Aile anamnezi dikkat çekicidir. Ketoasidoza bu hastalarda sık rastlanmaz. Daha çok nonketotik hiperosmolar koma görülür (9,46).

2.5.Diyabetin Gebelikteki Metabolik Değişiklikleri

Yatman'ın (2006) çalışmasında, insülinin 1921 yılında keşfinden önce diyabetik kadınlarda gebelik nadir görülürdü, çünkü hastalar gebe kalabilecek kadar uzun yaşamazlardı. Eğer konsepsiyon olursa bu durum %30 annenin ve %90 bebeğin ölümü ile sonuçlanırdı. Diyabet fizyopatolojisinin giderek daha iyi anlaşılmasıyla annedeki hiperglisemi düzeltilerek, maternal mortalite %0'a düşmüş, bebeğin yaşatılma sansı %97–98'lere kadar yükselmiştir. Diyabetik gebeye uygun bakımın verilmesiyle konjenital anormalilere bağlı ölümler hariç tutulursa, perinatal mortalite hızı diyabetik gebelerle aynı düzeye gelmiştir (38).

Diyabetik olmayan gebelerde insülin direncindeki artış, insülin üretimindeki artış ile kolaylıkla karşılanmaktadır. Fakat sınırlı veya hiç insülin rezervi bulunmayan diyabetik hastada artmış insülin rezistansı gebelik ilerledikçe hiperglisemiye yol açar. Normal koşullar altında yeterli insülin sağlayabilen, fakat gebeliğin artan rezistansını karşılayamayan kadında gestasyonel diyabet oluşur (37).

GDM'nin gebelik ilerledikçe ortaya çıkma olasılığının artışı, gebelikten hemen sonra hızla gerilemesi daha çok gebelik sırasında ortaya çıkan metabolik-hormonal etkileri düşündürmektedir. Bu hastalarda vücudun metabolik dengesi bozulmakta, yağ metabolizması aktive olmaktadır. Yağ metabolizmasının aktive olması insüline karşı dirençte, önemli rol oynamaktadır. Gebelikte plasentadan yapılan HPL, östrojen ve progesteron plasentanın diyabetojenik hormonları olarak adlandırılır. HPL güçlü bir insülin antagonistidir. Gebeliğin 10. haftasında artmaya başlayarak 20. haftasında artış 300 kata ulaşır. HPL lipolizi stimule ederek serbest yağ asitlerini, bunlarda periferde insülin direncini artırır (38).

GDM'nin tanı ve tedavisi önemlidir. Çünkü yetersiz kontrol bir dizi hastalığın insidansını arttırmaktadır. Bunlar; preeklampsi, polihidramnios, fetal makrozomi, operatif doğum, doğum travması, neonatal metabolik komplikasyonlar (hipoglisemi, hipokalsemi, hiperbilürubinemi, polisitemi), perinatal mortalite, ileri yaşlarda diyabet gelişme riski (%20–30), GDM'li anneden doğan çocuklarda obezite, glukoz intolaransı, geç adölesan ve genç yaşlarda diyabet gelişme riskinde artış olmasıdır (38).

Maternal hipo-hiperglisemi, ketoasidoz, preeklampsi, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon ve hidroamnios diyabetik gebelerde sık görülmekte ve fetusu olumsuz etkilemektedir. Erken devrede görülen maternal hipoglisemi fetusu etkilemez. Hiperglisemi ise 24-28. gebelik haftasından başlayarak belirginleşir, fetal

kayıplar bu devreden sonra artar. Ölüm nedeni açık değildir. Diyabetik gebelerde yükselen HbA1c'nin oksijen taşıma kapasitesinin az oluşuna bağlı olarak gelişen doku hipoksisi, maternal metabolik asidoz ve hiperglisemiden sorumlu tutulmaktadır (18).

Önceki Gebelikte, Gestasyonel Diyabete Eşlik Eden Belirtiler

- 4000 gr'dan daha kilolu bir bebek doğurma,
- Önceki ölü doğum ya da konjenital defektli bebekler,
- Polihidroamnioz öyküsü,
- Tekrarlayan monilial vajinit.

Şimdiki Gebelikte Gestasyonel Diyabete İşaret Eden Belirtiler

- 2 kez arka arkaya glikozürinin saptanması,
- Tekrarlayan monilial vajinit,
- Ultrasonda fetal makrozomi tespit edilmesi,
- Polihidroamnios (5, 47,48).

2.6.Gebeliğin Diyabete Etkisi

Bir insülin antagonisti olan HPL'nin ilk trimestirde düzeyi düşüktür ve embriyonun enerji ihtiyacı da bu dönemde düşüktür. Ancak bu dönmedeki bulantı ve kusmalar kadının daha az besin tüketmesine neden olur. Bu durum, hipoglisemiye yatkınlığı arttırır. İnsülin ihtiyacı ilk trimestirin sonlarına doğru yükselmeye başlar. Gebeliğin sonuna doğru plesantal matürasyonun hızlanması ile bir insülin antogonisti olan HPL'nin salgılanması artar. Bunun sonucu olarak gebelik ilerledikçe insülin ihtiyacı iki haftada dört katına çıkabilir (4, 45, 49).

Doğum eylemi sırasında artmış enerji ihtiyacını karşılamak için kullanılan IV glikoz solüsyonunu dengelemede daha çok insüline ihtiyaç olabilir. Plesantanın doğumdan sonra HPL'nin anne dolaşımından çekilmesi ile insülin ihtiyacı hızla düşer (4, 45,49).

Diyabetli bir gebede ilk düşünülmesi gereken kan glikoz düzeyinin kontrol altına alınmasıdır. Eğer kan glikoz düzeyi kontrol edilebilir ve sürdürülebilirse gebelikte diyabet genellikle sorun yaratmaz (4,49).

2.7.Diyabetin Gebeliğe Etkisi

Diyabet tek başına da olsa gebelikte riskli bir durumdur. Bunun yanında yol açacağı gebelik komplikasyonları göz önüne alınırsa riski daha da artar. Diyabetli gebelerin ekip yaklaşımı ile erken dönemde ele alınarak kan glikoz düzeylerinin kontrol altında tutulması, risklerin en aza indirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Diyabetin gebelik üzerine etkileri şu şekilde sıralanabilir:

- Hipoglisemi genellikle gebeliğin ilk yarısında görülür. Gebeliğin başlangıcında kadında bulantı-kusma ve iştahsızlık ortaya çıkar. Bu durumda kalori alımı azalır. Kadın eğer insülin dozunu sabit tutmaya devam ederse hipoglisemiye eğilim oluşur.
- Hiperglisemiye daha çok gebeliğin ikinci yarısında rastlanır. İnsülin ihtiyacı en çok gebeliğin 20-30. haftaları arasında artar. Plesantanın doğumundan sonra insülin ihtiyacında, plesantal hormonların ortadan kalkması ile hızlı bir düşüş oluşur ve postpartum birinci günde genellikle kullanılan insülin dozu gebeliğin son devresine göre yarı yarıya azalır.
- Diyabetik gebelerde hidroamniyoz veya amniyotik mayi miktarının artması %10-20 oranında görülür. Hidroamniyoz, amniyotik membranların erken açılmasına ve doğumun erken başlamasına neden olabilir.
- Hipertansif komplikasyonlara bu gebelerde daha sık rastlanır.
- Ketoasidoz, insülin yetmezliği sonucu ortaya çıkar. Glikoz hücreler tarafından kullanılmamasına bağlı yağ asitleri metabolize olur ve kanda keton cisimleri serbest hale geçer. Ketoasidoz eğer tedavi edilmezse anne ve fetus için koma ve ölüm görülebilir.
- Fetal makrosemi varsa, fetopelvik uyumsuzluğa bağlı olarak zor doğum eylemi gerçekleşebilir.
- Monilial vajinitis ve üriner sistem enfeksiyon riski diyabetik gebeliklerde artmıştır. Çünkü glikozüria bakterilerin gelişmesi için uygun bir ortam sağlar. Tedavi edilmeyen asemptomatik bakteriüri, ciddi bir böbrek enfeksiyonu olan piyelonefritise yol açabilir (49,50).

2.8.Diyabetin Fetüs- Yenidoğana Etkisi

- Diyabetik gebelerde, konjenital anomali riski normal popülasyona göre üç- dört kez daha yüksektir. Fetüste anomali daha çok kalp, sinir sistemi ve iskelet sistemi ile ilişkilidir. Septal defekt, aort koarktasyonu ve büyük damarlarda transpozisyon

sık görülen kalp defektleridir. Hidrosefali, meningomyelosel ve anensefali, santral sinir sistemi ile ilgili anomalilerdir.

- Tip I diyabetik annelerin bebeklerinde makrosomiya (iri bebek) sık görülen bir durumdur. Annenin yüksek kan glikoz düzeyi plasenta aracılığı ile fetüse geçerek, fetal pankreasın uyarılmasına ve fazla insülin salgılanmasına neden olur. Bu durum karbonhidratların daha çok kullanılması ve yağların depolanması ile sonuçlanır. Makrosomik fetüsler vajinal yoldan doğacak olurlarsa omuzların distosisine bağlı klavikula kırığı veya brakial pleksus incinmesi gibi doğum travması riskleri ile karşılaşılır. Bu durumda sezaryan doğum tercih edilmelidir.

- Doğumdan sonra yenidoğanın pankreasın yüksek düzeyde insülin salgılamaya devam eder. Bu durum yenidoğanda hipoglisemi gelişmesine yol açar. Hipoglisemi belirtileri titreme, kayıtsızlık, siyanoz, tiz ağlama, apne, beslenme zayıflığı, vücut ısısında değişme ve kas tonüsünde azalmadır. Hipogliseminin önlenmesi için bebeğin erken beslenmesi önem taşır. Normal doğumlardan sonra kan glikoz düzeyi ikinci, dördüncü saatler arasında en alt düzeye iner, sonra yükselir. Kan glikoz düzeyinin uzun süre alt düzeyde kalması beyine zarar verebilir. Bu nedenle yenidoğanın erken beslenmesi, tüm yenidoğanlarda olduğu gibi önemlidir.

- Damarları etkilenmiş diyabetik annelerden doğan yenidoğanlarda intrauterin gelişme geriliği görülebilir. Bu durum, annedeki vasküler değişiklik sonucu uterin iskemiye bağlı plasental perfüzyonun azalması ile açıklanır.

- Yenidoğanın vücut yağlarının artışına bağlı olarak total vücut yüzeyi artar. Bu durumda da yenidoğanın ısı kontrolünü güçleştirir yağ dokusunun artması yenidoğanda dehidratasyon eğilimini de arttırır. Çünkü yağ dokusu diğer dokulara göre daha az su tutar.

- Polisitemi dehidratasyona bağlı olarak gelişebilir ve hiperviskoziteye yol açar. Hiperviskozite ise trombozise neden olur ki bu durum yenidoğanın ölüm nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

- Yenidoğanın sıvı ve elektrolit dengesini korumak için aldığı ve çıkardığı mayı ve dehidratasyon olasılığına karşı hemoglobin ve hemotokrit düzeyleri izlenmelidir.

- Diyabetik annelerin bebeklerinde hipokalsemi %20-30 oranında görülebilir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Belirtileri irritabilite, titreme, seğirme ve konvüzyondur. Tedavisinde kalsiyum glukonat oral ya da IV olarak uygulanır.

- Eğer erken doğum olmuşsa yenidoğanda prematürelikte surfaktan üretimi için gerekli olan bazı fetal enzimlerin yüksek düzeydeki fetal insülin tarafından baskılanması sonucu yenidoğanda solunum sıkıntısı sendromu görülebilir. Bu nedenle yenidoğanın solunumu yakından izlenmelidir.
- Bu yenidoğanlarda polisitemi veya prematürelığe bağlı hiperbilirubinemi riski artmıştır (4,49).

2.9.Gestasyonel Diyabet

A-Tanım

İlk kez gebelikte tanısı konulan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan, herhangi bir derecedeki glikoz intoleransıdır (9,46). Gebelik öncesi teşhis edildiyse pregestasyonel, ilk kez gebelikte tespit edilmişse gestasyonel diyabet denir (9).

Selçuk'un (2011) çalışmasında belirttiği gibi, pregestasyonel Diabetes Mellitus (PGDM); Tip I ve Tip II DM' un görülme oranları ırksal farklılıklar gösterir. Gebelikte gözlenen DM'un % 90'ı GDM' dir. Kalan %10 PGDM' dir. Bunların da %8'i Tip II DM, % 2 Tip I DM'dir. Metabolik bir hastalık olması nedeni ile kronik hipertansiyon, nefropati, retinopati gibi uzun dönem sorunlarla beraber hem gebeliğin hem de hastalığın seyrini kötü etkiler (9).

Selçuk (2011) ve Tortumluoğlu ve ark. (2003) çalışmalarında da belirttiği gibi, gebe kadınlardaki bilinen ilk diyabet sınıflandırılması 1949 yılında Priscilla White tarafından yapılan ve daha sonra 1965 ve 1971 yıllarında iki kere düzenlenen White sınıflandırılmasıdır (9,50).

White Sınıflaması dağılımı aşağıda gösterilmiştir:

B-Diyabetik Gebelerde White Sınıflaması

- A1) GDM, Açlık kan şekeri normal, diyetle kontrolde
- A2) GDM, Açlık kan şekeri >105mg/dl, insülin gereksinimi olan
- B) 20 yaştan önce başlayan 10 yıldan az süren vasküler tutulumu olmayan diyabet
- C) 10-19 yaşları arasında başlayan 10-19 yıldır devam eden vasküler tutulumu olmayan diyabet
- D) 10 yaşından önce başlayan ve 20 yıldan uzun devam eden diyabet
- F) Nefropati
- R) Proliferatif Retinopati
- H) İskemik kalp hastalığı
- T) Organ transplantasyonu

Bu sınıflandırma sisteminde temel olarak metabolik, doğumsal ve diğer risk faktörlerinin prognozla ilişkisi ortaya konulmuştur. Buna göre hastalar en iyi prognozdan (A), en kötü prognoza (T) doğru sınıflandırılmaktadır (9, 38, 51, 52).

C-Gestasyonel Diyabet' de Risk Değerlendirmesi:

Düşük risk durumu:

1. Yaş <25
2. Gebelik öncesi normal kilolu
3. Doğumda normal kilolu
4. Birinci derece yakınlarında diyabet bulunmaması
5. GDM prevalansı düşük etnik gruba ait olma
6. Bozuk glikoz tolerans öyküsünün olmaması
7. Kötü obstetrik sonuç veya makrozomik bebek öyküsü olmaması.

Yüksek risk durumu:

1. Ciddi obezite
2. Kuvvetli ailesel diyabet öyküsü
3. GDM öyküsü veya makrozomik bebek doğurma öyküsü, glikozüri öyküsü.

Orta derece risk durumu:

1. GDM prevalansı yüksek etnik gruba (İspanyol, Amerikan yerlisi, Uzak doğulu, Güney Asyalı) ait olma.
2. Yüksek veya düşük risk grubuna dahil edilemeyenler (örn. 28 yaş, hafif kilolu) (8,9,42,43,46,53).

Görülme sıklığı günümüzde gittikçe artan GDM'yi oluşturan risk etmenleri üzerinde halen çalışmalar süregelmektedir. Yaş, obezite ve aile öyküsü gestasyonel diyabetin en belirgin bilinen risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Birçok çalışma ailede düşük doğum ağırlığı öyküsünü, kısa boy ve düşük hızda fiziksel aktiviteyi pozitif korelasyon gösteren risk faktörleri olarak göstermektedir. Sosyoekonomik faktörler, gebelikte sigara içilmesi, doğum sıklığı ve gebelikte ağırlık artışı gibi faktörler gestasyonel diyabette halen tartışmaya açık risk faktörleri olarak araştırılmaya devam edilmektedir (9).

GDM görülme sıklığını etkileyen bir başka faktör de anne yaşıdır. Yapılan çalışmalarda 25 yaş altı bayanlarda insidans % 0.4–0.8 iken 25 yaş üstü grupta bu oran %4.3–5.5 olarak bulunmuştur. Günümüzde yapılan çalışmalarda GDM sıklığı artmaktadır. Bunun nedeni artmış obezite sıklığı olabileceği gibi, tanı ve testlerdeki

eşik değerlerindeki düşme de olabilir. Doğum sonrası bu gruptaki hastaların %2-14'ünde Tip 2 diyabet, %3-35'inde ise bozulmuş glukoz toleransı ya da açlık glukozu tespit edilmiştir (41,54).

En üst düzeyde sağlıklı bir perinatal sonuca ulaşmak için, uygun ve zamanında tedavinin uygulanabilmesi açısından risk faktörlerinin erken dönemde tanımlanması önemlidir (5).

Tarama testi bir toplumda yüksek riskli grubu belirlemeye yarar. Tanı testinden farkı basit ve kolay biçimde sadece yüksek riskli grubu tespit etmeyi sağlamasıdır. Bir tarama testi ucuz olmalı, kolay uygulanabilmeli ve kişiyi rahatsız etmemelidir. Geçerli, güvenli, tekrarlanabilir olmalıdır. Sensitivitesi yüksek olmalı ancak spesifitesi tanı testi kadar yüksek olmamalıdır. GDM için en erken, en basit tarama testi anamnez almaktır (9).

Ulusal Diyabet Veri Grubu (NDDG) ve WHO tarafından 1979 ve 1985 yıllarında önerilen tanı kriterleri değişmiştir. Günümüzde kullanılan Amerikan Diyabet Birliğinin 1997 yılında önerdiği tanı kriterleri kullanılmaktadır. Bunlardan herhangi biri pozitif saptandığında takip eden ayrı bir gün testlerden herhangi biri tekrar yapılarak tanı kesinleştirilmelidir. GDM' nin tanısı için uluslararası kabul görmüş kriterler Tablo 1' de yer almaktadır (9).

Glikoz tolerans testleri GDM' u taramak için dünyada en sık kullanılan yöntemdir. Tercih edilen iki tip tarama testi vardır. Bunlar; iki aşamalı 50 gr – 100 gr glikoz yükleme testi ve tek aşamalı 75 gr glikoz yükleme testidir. Hangi hastalara tarama yapılması gerektiği konusu halen tartışmalıdır. “The Fourth International Workshop Conference”da düşük, orta ve yüksek riskli gebeler bildirilmiştir. ACOG, GDM taramasının; erken gebelik döneminde glukoz intoleransı olmayan gebelerde 24- 28. gebelik haftaları arasında yapılması gerektiği önermiştir (9).

Tablo 1: Farklı Sağlık Kuruluşlarının Önerdiği Sağlık Kriterleri

	NDDG	ADA	WHO	EASD
	100 gr	100 gr/75 gr	75 gr	75 gr
ZAMAN	OGTT (mg/dl)	OGTT (mg/dl)	OGTT (mg/dl)	OGTT (mg/dl)
Açlık	105	95	126	108
1.Saat	190	180		
2.Saat	165	155	140	162
3.Saat	145	140		

NDGG: National Diabetes Data Group

ADA: American Diabetes Association

WHO: World Health Organisation

EASD: European Association for the Study of Diabetes (8,9).

D-Gestasyonel Diyabeti Tarama

Tarama Programları;

1. İki basamaklı tarama: 50 g oral glukoz yükleme testi yapılır, sonuç belirlenen eşik değerin üzerinde ise 100 gr. oral glukoz tolerans testine geçilir.

2.Tek basamak tarama: 50 g yükleme testi yapılmadan direk 100 g testin yapılmasıdır (9,43).

Selçuk (2011) çalışmasında belirttiği gibi, Carpenter ve Coustan 1982’de, yeni eşik değerleri bildirmişlerdir. Bu değerler NDDG değerlerinden 5-10 mg/dl düşüktür. En son 1998 yılında “The Fourth International Workshop Conference”da Carpenter ve Coustan değerlerinin kriter olarak alınması önerilmiştir. Avrupada 75 gr. 2 saatlik test kullanılırken, Amerika’da 100 gr. 3 saatlik OGTT test standartlaşmıştır (9).

50 g Oral Glikoz Yükleme Testi (50 g OGTT)

Elli gram glukoz yükleme testi 24-28. gestasyon haftaları arasındaki gebelere günün herhangi bir saatinde ve son yemek saatine bakılmaksızın 50 gram glikozun oral olarak verilmesi ve 1 saat sonra plazma glikoz düzeyinin ölçülmesi şeklindedir. Bir saat sonunda ölçülen plazma glikoz değeri 140 mg/dl ise hasta 100 gram OGTT için yönlendirilir (55).

100 g Oral Glikoz Tolerans Test (100 G OGTT)

Elli gram glukoz yükleme testi yüksek çıkanlarda tanının doğrulanması için 3 saatlik 100 gr. OGTT veya 2 saatlik 75gr. OGTT' ye ihtiyaç vardır. Test için bazı uygunluk kriterleri gerekmektedir (56).

Selçuk'un (2011) çalışmasına göre:

1. Test sabah yapılmalıdır.
2. En az 8 saat, en fazla 14 saatlik açlık gereklidir.
3. Testten önceki 3 gün fiziksel aktivitede ve günlük karbonhidrat tüketiminde (günde en az 150 gr. karbonhidrat tüketilmeli) kısıtlama yapılmamalıdır. Karbonhidrat alımı günde en az 150 gram olmalıdır. Testten önce karbonhidrattan fakir diyet tüketilmişse teste glikoza verilen insülin cevabı beklenenden az olmaktadır.
4. Test süresince hasta gezmemelidir, oturur pozisyonda beklemeli ve efor sarf etmemelidir. Genel kural olarak bu testte eşik değerin üstü Tablo 2' de de görüldüğü gibi 2 değerin varlığı gestasyonel diyabet olarak kabul edilir (9).

Tablo 2: Oral Glikoz Tolerans Testinin 100 G Ve 75 G Eşik Değerleri

Ölçüm Zamanı	100 gr OGTT	75 gr OGTT
Açlık	≥95 mg/dl	≥95 mg/dl
1.Saat	≥180 mg/dl	≥180mg/dl
2.Saat	≥155 mg/dl	≥155mg/dl
3.saat	≥140 mg/dl	

(9).

75 g Oral Glikoz Tolerans Test (75 G OGTT)

Selçuk'un (2011) çalışmasına göre, WHO tarafından 1985 yılında önerilmiştir ve en sık Avrupa'da kullanılmaktadır 75 g OGTT'nin sensitivitesi, 100 g OGTT'nin sensitivitesine yakındır. Tanı için yine eşik değeri aşan en az iki değer gerekir (9).

ADA tarafından 2011 yılında yayınlanan GDM' un taramasında kullanılacak kriterler ise 24-28. gestasyon haftasında olan ve daha önceden aşikar diyabeti [Öncül'ün {2006} çalışmasında, **Gebelikte Aşikar Diyabetin Tanısı:** Kan şekeri düzeyi yüksek olan, glukozüri ve ketoasidozu olan kadınlarda tanı açısından sorun yoktur. Herhangi bir zamanda alınan kan şekeri düzeyi 200 mg/dL'nin üzerinde olan kadınlarda ek olarak polidipsi, poliüri ve açıklanamayan kilo kaybı gibi belirti ve semptomlar varsa veya açlık kan şekeri düzeyi 126 mg/dL veya üzerinde ise aşikar diyabet tanısı konulur (54)] bulunmayan gebelere 75 g OGTT testi yapılması yönündedir. Bu kriterlere göre; yükleme en az sekiz saatlik açlığı takip eden sabah yapılmalı ve açlık plazma glukozu, birinci ve ikinci saat plazma glukozları ölçülmelidir ve ADA 2010 tarama verilerinden farklı olarak bu değerlerden sadece bir değer yüksek çıkması GDM tanısının konulması için yeterlidir.

Açlık: ≥ 92 mg/dl

1. saat: ≥ 180 mg/dl

2. saat: ≥ 153 mg/dl

İki değer yerine sadece bir değer yüksek çıkmasının tanı için yeterli sayılması nedeniyle bu yeni kriterlerin GDM prevelansında önemli bir artışa neden olacağı belirtilmektedir. ADA daha önceden normal bir durum olarak kabul edilen gebeliğin bir sağlık meselesi olarak algılanması konusunda daha duyarlı davranmakta ve bu yeni kriterlerle tanısı konulan GDM insidansında önemli oranda artışın olacağı öngörüsünü kabul etmektedir (9,57).

E-Gebelik Diyabetinde Maternal ve Fetal komplikasyonlar;

İlk trimester (pregestasyonel diyabet); spontan abortus, konjenital malformasyon, ketoasidoz, hipoglisemi, ikinci ve üçüncü trimester (pregestasyonel ve gebelik diyabeti); ketoasidoz, hipoglisemi, albüminüri, nefrotik sendrom, gebeliğin indüklediği hipertansiyon, preeklampsi, polihidramnion, LGA, SGA, terme yakın bebek ölümü, abortus, erken doğum, C/S, neonatal komplikasyonlar, konjenital malformasyonlar, RDS, neonatal ölüm, polistemi, hipokalsemi risklerini içerir (58).

a)Gebelik Diyabetinde Anneye Ait Riskler

GDM'li gebelerde normal gebelere göre erken dönemde bazı risklerde artış görülür bunlar:

- ✓ Polihidramnion
- ✓ Preterm eylem
- ✓ Preeklampsi riski yaklaşık %20-30 oranında artar.
- ✓ Sezeryanle doğum riski %30 oranında artmıştır (53,58).

b)Gebelik Diyabetinde Bebeğe Ait Riskler

GDM'li anne bebeklerinde normale göre erken dönemde şu risklerde artış görülür (4):

- ✎ Polistemi
- ✎ Hipoglisemi
- ✎ Kardiyomiyopati
- ✎ Makrozomi
- ✎ Hiperbilirubinemi
- ✎ Yenidoğanın geçici taşipnesi (YDGT)
- ✎ Respiratuar distress sendrom (RDS)
- ✎ Doğum travmaları (Omuz distozisine bağlı brakial pleksus travması ve klavikula kırıkları, fasial sinir zedelenmesine bağlı sefal hematom)(58).

Bunun yanında diyabetli anne bebeklerinde çocukluk çağında glukoz intoleransı ve obezite normal gebeliklere oranla daha sık görülmektedir (59).

F-Gestasyonel Diabette Obstetrik ve Perinatal Sorunlar

Diyabetik gebeliklerin en iyi bilinen özelliklerinden biri perinatal morbidite ve mortalitenin normal gebeliklere oranla daha yüksek olmasıdır. Günümüzden 60-70 yıl önce % 60'lara kadar çıkan perinatal mortalite, bugün oldukça düşük seviyelere çekilmiştir. Bazı gelişmiş ülkelerde hastalığın tedavisinde insülinin kullanmaya başlanması tedavide başarıyı artırmıştır (9,42).

1-Spontan Abortus Ve Doğumsal Anomali Oranında Artış: Selçuk (2011), Kaya (2007) ve Koçak'ın (2006) çalışmalarında, diyabetik gebeliklerde büyük fetal anomali sıklığı %7.5 -12.9 arasında gösterilmektedir. Diyabetik olmayan gebelere göre yaklaşık üç misli bir artış vardır; ancak hastalığın şiddeti ve süresi ile malformasyon sıklığındaki paralelliğe de dikkati çekmek gerekir. Gestasyonel

diabette ise anomali sıklığı normal gebelere kıyasla farklılık göstermemektedir (9,42,52).

Kraniospinal Defektler: Kaya'nın(2007) çalışmasında, normal gebelerde 1-2/1000 sıklığında görülebilen tüp defektleri diyabetik gebeliklerde 19,5/ 1000 'a çıkmaktadır (42).

Anensefali ise normal gebelerden üç kat fazla oranda görülür ve en sık karşılaşılan santral sinir sistemi anomalisidir. Sıklık % 57 olarak bildirilmiştir (42).

Mikrosefali de diyabetik gebeliklerde artmış oranda bulunmaktadır (42,52).

Kalp anomalileri: Diyabetik gebeliklerde en sık karşılaşılan fetal anomalilerdir. Normal gebelerden beş kat (% 4) daha sık olarak gözlenir (42,52).

Polihidroamnios ve anomaliler: Diabetik gebede artmış glukoza bağlı olarak amniyotik sıvı osmolalitesinde artış, fetal hiperglisemiden dolayı fetal poliüri veya fetal yutmada azalma öne sürülen polihidroamnios mekanizmalarıdır (60).

Retinopati: Diabetik retinopati 24-64 yaş arasında görülen korluğun en önemli nedenidir (60).

Diğer anomaliler: Tek umbilikal arter normale göre beş misli sıklıkta gözlenmiştir (42,52).

2-Hipoglisemi: Özellikle ilk üç ayda görülen oldukça ciddi bir sorundur. Acil müdahale edilmezse kalıcı nörolojik sekeller dahi oluşabilir (4,9,42,51,52,61).

3-Hiperglisemi: Gebeliğin ikinci yarısında görülme sıklığı artar. Artmış insülin direnci nedeniyle hiperglisemi gelişir. Gebeliğin geç dönemlerinde insülin ihtiyacının azalması ise kötü bir işarettir ve plasentanın yetersiz olduğunu düşündürür (42,47,51,52).

4-Ketoasidoz: Fetal kayıp ile daha fazla ilişkilidir ve maternal mortalite yaklaşık %1 olarak tahmin edilmektedir. Hiperketonemi diyabete bağlı malformasyonlardan sorumlu etkenlerden biridir (42,47,51,52).

5-Enfeksiyonlar: Diyabetik gebeler enfeksiyonlara meyillidirler. En sık görülen enfeksiyonlar kandida vulvovajinitleri, üriner sistem enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları ve puerperal enfeksiyonlardır (42,47,51,52).

6-Hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsi sıklığında artış: Özellikle gebeliğin geç dönemlerinde gelişir. GDM ile preeklampsi birlikteliği tanımlanmasına karşı hangi mekanizmalar ile oluştuğu halen tam olarak ortaya konamamıştır.

Preeklampsi, özellikle proteinüri gibi damarsal sorunları olan diyabetik gebelerde daha sık rastlanmaktadır (42,47,51,52).

7-Polihidroamnios: Selçuk (2011) ve Kaya'nın (2007) çalışmalarında, diyabetin kötü kontrolü, artmış amnios sıvısıyla ilişkilidir. Diyabetik gebelerde hidroamnios sıklığı % 6-31 oranında değişir (9,42).

8-Erken doğum: Tanım olarak, 37. gebelik haftasından önce olan doğumları ifade eder. Tüm gebeliklerde yaklaşık %11 sıklığında gözlenir. GDM'de gelişmesinin nedenleri ise preeklampsi, polihidramniyoz ve enfeksiyonlardır (9,42).

9-Makrozomi: Gebelikteki glukoz intoleransının en önemli fetal etkisi makrozomidir. Vaginal doğumda omuz takılması ile sezaryen ve operatif doğum sıklıklarını arttıran esas faktördür (9,42,52).

10-Müdehaleli Doğum: Makrozomi, IUGR (Rahim içi gelişme geriliği) ve geliş anomalilerine bağlı olarak sezaryen ve müdahaleli doğum oranları artmıştır. Özellikle glukoz kontrolün yeterince sağlanmadığı vakalarda ortaya çıkan makrozomik fetuslarda sezaryen oranı % 47 civarında bulunmuştur (42,52).

Bağrıaçık'ın (1997) çalışmasına göre, diabetik annelerden doğan çocukların prognozu konusunda yapılmış bazı çalışmalarda bu çocukların ileri yaşlarda,%16'sında OGTT sınırda bulunmaktadır. Çocukların %18'inde OGTT anormal bulunmaktadır. 20 yaştan önce %1'inde diabetes mellitus gelişmekte, %8'inde düşük insülin cevabı alınmakta,%28'inde yüksek insülin cevabı,%36'sında ilerde aşırı kilolu duruma girmektedirler (62).

G-Gestasyonel Diyabette Tedavi

Gebelik ve diyabet birbirine risk yaratır ama diyabet tek başına hamilelik için kontrendikasyon değildir (63).

Diyabetik gebenin tedavisi annenin sağlığını korumak, gebeliği süresince komplikasyonların oluşumunu minimal düzeye indirmek ve canlı, sağlıklı çocuk elde etmek demektir (4, 61,62).

GDM'de tedavinin ana amacı tüm kadınlarda glikoz seviyelerini gebelik için normal kabul edilen sınırlarda tutabilmektir. Sadece açlık kan şekeri değerlerinin değil, postprandial glikoz değerlerinin de normal olması hedeflenmektedir. Çünkü fetal makrozomi gelişiminde tokluk hipergliseminin açık hiperglisemisine oranla daha etkin olduğu gösterilmiştir (9).

Hastalığa bağlı komplikasyonlar en aza indirme amacına yönelik, multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Tedavi de ilk basamak diyet tedavisidir. Diyet ve egzersiz beraber kan glikozu istenilen sınırlarda tutamaz ve yetersiz gelir ise medikaledavi olan insülin başlanır (19).

1.Diyet Tedavisi: Diyet ilk ve en önemli basamaktır. Bu tedavinin amacı kan glikozunu kontrol altında tutarken, açlık ketozuna sebep olmadan anne ve bebeğe gerekli besinleri sağlayabilmektir.

Aşıcı'nın (2005) çalışmasında, maternal glikoz seviyelerinde 15-20 mg/dl'lik bir düşüş beklenir. Diyet tedavisi esas olarak insüline karşı periferik cevabı güçlendirmek içindir. Obezite doğrudan insülin direncine neden olmakta ve GDM olgularının yaklaşık % 60-80'inin obez olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda az miktarda kilo kaybının bile olumlu etkisi vardır (51).

GDM'de sağlıklı beslenmenin olmazsa olmaz koşulu olan yeterli ve dengeli beslenme önemle vurgulanmaktadır. Organların çalışması, vücudun fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması için yemeklerin tüketim sıklığı ve öğünlere düşen enerji, porsiyon miktarının önemi yüksektir (9).

Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arasında geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal birtakım değişimler olmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler, sonuçta sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (9).

Öğün atlama, uzun aralıklarla besin tüketmek, oruç tutmak sakıncalıdır. Kan şekerinin düzenlenmesinde 3 ana ve 3-4 ara öğünde yaklaşık 2 saat aralıklarla besinlerin tüketilmesi önerilmektedir. İnsülin kullanılıyorsa öğünlerdeki besin tür ve miktarları da buna göre planlanmalıdır. Genelde iki öğün arası 4-6 saat olmalıdır. Öğün aralarına tek başına basit karbonhidrat içerikli besinler tüketilmemelidir. Süt, yoğurt, peynir, ekmek ara öğünlerde tercih edilmelidir (64).

Selçuk'un (2011) çalışmasında, diyetle karbonhidrat yetersizse diyet proteinlerinin büyük kısmı glikoza çevrilmektedir. Bu nedenle öğünlerin içeriğinde karbonhidrat, protein ve yağdan gelen enerji sırasıyla %50-60, %10-15 ve %25- 30 olmalıdır. Protein, yağ ve karbonhidratların kullanılmasında pek çok mineral ve

vitamin de görev yapmaktadır. Öğünlerde bu besin öğelerinin de dengeli dağılımı gereklidir (9).

Diyabetik gebelerin ne kadar ağırlık kazanması gerektiği konusunda araştırmalar yeterli değilse de ağırlık kazanımı 7,5-10 kg olması halinde perinatal mortalitenin azaldığı belirtilmektedir. Her gebe de olduğu gibi istenilen ağırlık kazanımı gebenin, gebelik öncesi ağırlığına göre değişmektedir (9).

2.Egzersiz: Tüm gebelere tavsiye edilmelidir. Egzersiz ile maternalglikoz seviyesi düşer, hepatik glikoz yapımı ve klirensi düzenlenir. Özellikle üst vücut kaslarını çalıştıran egzersizler önerilir (51).

3.İlaç Tedavisi: İnsülin 1921 yılında Banting ve Best tarafından keşfedilmiş ve kısa bir süre sonra DM tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. İnsülin plasentayı geçmez ve fetüsü etkilemez. İnsülin tedavisinin etkinliğindeki hedefler fetal makrozominin ve neonatal komplikasyonların engellenmesidir (51).

Gestasyonel diyabet tedavisinde kullanımı herkesçe kabul edilen fetüse ilişkin morbiditeyi azaltan tek ilaç insülinidir. Oral antidiyabetik ilaçlar daha önceleri konjenital malformasyonlara neden olduğu düşüncesiyle kullanılmazken, son zamanlarda sulfonilüre grubun fetus açısından güvenli olduğunu gösterir çalışmalar mevcuttur (14,47).

2.10.GDM'li Gebenin İzlemi

2.10.1.Doğum Öncesi Dönemde İzlem

Riskli bir gebelik olduğundan doğum, dahiliye, endokrin, oftalmolog ve çocuk doktorları ile hemşire ve diyetisyenlerden oluşan ekip tarafından, ilk iki trimesterde iki haftada bir kez, son trimesterde ise her hafta izlenmesi gerekir. Bu izlemlerde kardiyovasküler sistem, renal fonksiyonlar ve kan kimyasının değerlendirilmesi yapılarak diet ve insülin miktarı düzenlenir, egzersizler ayarlanır (65).

Gebelikte ilk glikohemoglobin düzeyleri normal sınırları geçtiği zaman, konjenital kalp defektlerini saptamak için 20-22 haftalarda fetal ekokardiyografi uygulanmalıdır. Fetal büyüme ve gelişmeyi değerlendirmek amacı ile 28-32 haftalarda ultrasonografi yapılır. Fetal iyilik hali haftada iki kez yapılan nonstres test ve haftalık yapılan kontraksiyon stres testi ile değerlendirilir. Gebe, diyeti, egzersizleri, dinlenmesi, idrarda şekere bakması, insülin kullanımı, hipoglisemi

belirtileri, üriner sistem enfeksiyonları, hijyeni, bebek hareketlerini izlemesi için eğitilir. Genellikle doğum 36-37. haftada planlanır (65).

İnsülin tedavisi gören kadına gebeliğin ilk trimesterinde oluşabilecek hipoglisemi hakkında bilgi verilmelidir. Fetal kalp atımları 18-20. haftalarda, ultrason (USG) 24. haftadan itibaren, biyofiziksel profil ise 32. haftadan itibaren bakılmalıdır. Proteinürinin, intra uterin gelişme geriliğinin ya da hipertansiyonun eşlik ettiği, hastalığın ilerlediği durumlarda biyofiziksel profil ile izleme 26-28. haftada başlanmaktadır. İnsülin kullanan GDM'lerde 32-36 haftalar arası, haftada bir kez, daha sonra haftada iki kez Non Stres Testi (NST) önerilir ve amnion sıvı indeksi ölçümü eklenir. Diyetle regüle GDM'lerde haftalık NST ölçümleri 36. haftada başlanır (17).

Gebelere insülin kullanımı öğretilir. Bunun yanında gebeye hipoglisemik reaksiyonlar ve bu reaksiyonlar görüldüğünde şekerli su alması öğretilmelidir (17).

2.10.2. Doğum Eyleminde Diyabetin Kontrolü

Bir obstetrik kontendikasyon olmadığı sürece vajinal doğum tercih edilir. Makrosomi bulunduğu durumlarda sezaryanla doğum kararı alınabilir. Doğum eyleminde de prenatal dönemde olduğu gibi annenin kan glikoz düzeyinin normal sürdürülmesi, neonatal hipogliseminin önlenmesi açısından önemlidir. Doğum eylemi sırasında diyabetin kontrolü güçleşebilir. Annenin glikojen depoları kullanılacağından hipoglisemi bir sorun olarak ortaya çıkar. Diğer komplikasyon olasılıkları enfeksiyon, kanama ve plesantal yetmezliktir. Doğum eylemini izlerken yapılacaklar şöyledir:

- Kan glikoz düzeyine, insülin ihtiyacını belirlemek için saatte bir bakılmalıdır.
- Yaşam bulguları 1-2 saatte, FKH 15-20 dakikada bir kontrol edilir.
- Hipoglisemi ve hiperglisemi belirtileri gözlenir
- Vajinal akıntı, fazla kanama ve mekonyum yönünden gözlenir.
- Sıvı ve elektrolit dengesini korumak eylem sırasında önemlidir. IV mayinin saatte 125ml gidecek şekilde ayarlanması gerekir. Gebenin saatte 50 ml üzerinde idrar çıkarması beklenir.
- Dolu mesane enfeksiyon kaynağı olacağından iki saatte bir kontrol edilmeli, distansiyon varsa boşaltılmalıdır (4).

2.10.3. Doğum Sonu Dönemde Diyabetin Kontrolü

Annenin insülin ihtiyacı doğumdan sonra azalır. Çünkü plesantanın ayrılması ile HPL, progesteron ve estojen düzeyleri düşerek bu hormonların anti insülin etkileri kesilir. Diyabetik anne ilk 24 saatte insüline ihtiyaç göstermeyebilir ya da çok az gösterebilir. Bunu belirlemek için kan glikoz düzeyinin belirlenmesi gerekir.

Emzirme hem anne hem bebek için son derece yararlıdır. Sütün içeriğini diyabet etkilemez. Kan glikoz düzeyi, glikozun serumdan göğüslere transfer edilerek laktoze dönüşmesi ve enerjinin süt üretimi için harcanması nedeni ile daha düşük olabilir. İnsülin kan glukoz düzeyine göre uygulanır (4).

İlk emzirme normalde olduğu gibi doğumdan hemen sonra başlamalı ve anne bebek aynı odada kalmalıdır. Bu yakınlaşma normal laktasyonun başlamasının hızlandırır (4).

Toksemi, diyabetli gebelerde rastlanan en önemli komplikasyondur. Doğum sonunda da bu komplikasyon riski devam ettiğinden en az 48 saat hemşire tarafından vital semptomların izlenmesi gerekir. Diğer bir komplikasyon, doğum sonu kanamalardır. Hidroamnios ve iri bebek nedeni ile fazla gelişmiş uterus, atoniye yatkın olacağından kanama görülür. Fundus masajı yapılmalı ve oksitosin kullanılmalıdır (17). Anneler emzirme konusunda teşvik edilmelidir. Sütten kesme sırasında, glikoz düzeyinde dalgalanma beklenmektedir. Bu nedenle glikoz izleminin dikkatle sürdürülmesi konusunda hastaya bilgi verilmelidir. İnsülinin emzirme ile bebeğe geçmediği konusunda anneye güvence verilir. Ancak anne kan glikoz düzeyi yüksekse, anne sütünde glikoz düzeyi de yüksek bulunur. Anne mastit ve meme ucu enfeksiyonu riskine karşı izlenir (42). Kozhimannil ve ark. (2009) diyabetin, gebelik ve postpartum depresyonla ilişkisini incelemek üzere yaptıkları araştırmada gebelikten önce diyabeti olan ve gestasyonel diyabeti olan kadınların prenatal ve postpartum dönemde depresyon oranları, diyabeti olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (7).

Doğum sonu dönemde annelere uygun aile planlaması yöntemini seçmesi için bilgi verilmesi gerekir. St James ve arkadaşlarının genç diyabetik kadınlarda planlanmamış gebeliklerle ilgili 66 diyabetik kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların kontrasepsiyon bilgi ve davranışları incelenmiştir. Çalışmaya alınan kadınlardan 23'ünü gebe kadınlar oluşturmuştur. Diyabetik kadınların kontraseptif yöntem olarak kondomu tercih ettikleri saptanmış olup, yöntemi doğru kullanma

durumu değerlendirildiğinde gebe olan kadınlardan 6'sının gebeliğinin planlanmamış olduğu saptanmıştır (66). Diyabetik kadınların kontraseptif yöntemlerle ilgili doğru bilgilenmeleri sağlanmalı, planlanmamış gebelikleri önleme konusunda kadınların eğitilmelerini sağlamada hemşirelerin aktif rol almaları sağlanmalıdır (17).

2.10.4. Diyabetli Anne Bebeği ve Bakımı

Bebek doğar doğmaz apgar skoru tanımlanıp kaydedilmelidir. Gebelik ayı kaydedilmelidir. Kord kanı alınarak laboratuvar testlerine bakılmalıdır. Hiperbilirubinemi diyabetik annelerin karaciğeri immatür olan bebeklerinde görülür. Bebek hiperbilirubinemi yönünden izlenmelidir. Bebeğe uyku hali gözlenebilir. Ayrıca yenidoğanda düşük kalsiyum ve magnezyum düzeyi gözlenebilir. Buna bağlı olarak, yenidoğanda, iritabilite titreme, seyirme ve konvüzyon görülür (46). Yenidoğanda asfiksi görülebileceği için hemen ağzı ve boğazı aspire edilmelidir. Yenidoğanın konjenital anomaliler yönünden muayenesi yapılmalıdır. Makrosomili yenidoğanın vücut yüzeyi artması ve yağ dokusunun fazla olması nedeniyle dehidratasyon riski artmıştır. Bebeğin sıvı elektrolit dengesi korunmalıdır. Bebek prematüre ise hemşire bebeğin beslenmesini sağlamalı, vücut ısını korumalı ve bebeğin solunumunu izlemelidir (65).

2.11. Gestasyonel Diyabette Hemşirelik Girişimleri

Sonuç olarak; diyabetin gebelik üzerine olan etkisinin ve diyabetli kadında gebelikte oluşabilecek sorunların azaltılması, diyabetli anne adaylarının birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde izlenmesiyle mümkün olacaktır. Sağlık çalışanlarının diyabetli gebeleri izlem konusunda daha dikkatli davranmaları, maternal ve fetal mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesinde etkili olacaktır (17).

- Açlık ve postprandial(yemekten sonra) hiperglisemiye önlemenin amacı açıklanır.
- Yiyeceklerin glisemik indeksini (bir yiyeceğin yendikten sonra kan glikozunu yükseltme oranı) etkileyen diyet faktörleri ile ilgili bilgi verilir. Yiyeceklerin hazırlanması, depolanması, lif oranı, diğer yiyeceklerle birlikte kullanımı, nişastalı yiyeceklerin sindirimi gibi faktörler glikoz oranını etkiler.
- Şeker ve konsantre tatlı yiyeceklerin alımından kaçınmak gerekir. Çünkü bu yiyeceklerin kalorisi yüksek, besleyici değeri düşük ve glisemik indeksi yüksektir.

- Özel işleminden geçmiş yiyeceklerin glisemik indeksi yüksek olduğu için bu tür yiyecekler alınmamalıdır.
- Postprandial hiperglisemi, preprandial açlık ketozisi, gebelikte bulantı ve mide yanması riskini azaltmak için az az ve sık sık yeme (günlük kaloringin %10-15'i alınır) ve düşük karbonhidratlı (%10'dan daha az) olması konusunda eğitim yapılır. Bu nedenle özel işlenmiş tahıl, süt, meyve ve meyve suyu almaktan kaçınılmalıdır.
- Kahvaltı dışında, daha düşük glisemik indeksli olan kepekli ekmek, taze ya da donmuş sebzeler, turunçgiller ve taze meyve suyu gibi fazla lifli yiyeceklerin alımı konusunda eğitim yapılır.
- Öğünlerde glisemik indeksi düşük olduğu için az yağlı, proteinli yiyeceklerin seçimi konusunda eğitim yapılır (5).

2.12. Gebelik ve Öz-bakım Gücü

Öz-bakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen sorumluluklarını yerine getirmeleridir (67,68).

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasıyla birlikte bireysel bakım (öz-bakım) kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır. Bireysel bakım (öz-bakım) herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığında bakım eksikliği ve sağlığın bozulması söz konusudur (10). Gebe kadının gebelik sürecini sağlıklı bir biçimde yönetebilmek ve prenatal bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için yeterli seviyede öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (11).

Gebelerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabileceği en doğal ortam aile çevresidir. Gebe kadın, ailesinin sevgi, koruma, anlayış ve desteğini içeren bir aile ortamı ve prenatal bakım hizmetleri sayesinde sağlıklı bir gebelik geçirebilir. Aile üyelerinin özellikle de eşin sağlayacağı huzurlu bir aile ortamı gebelerin sağlığını geliştirmek ve öz-bakım gücünü kazandırmak için önemli ve gereklidir (50).

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebenin bakım gereksinimleri artmakta ve gebelerin kendilerine daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir. Gebenin gebeliği süresince hastalıklardan korunması, sağlıklı bir

gebeliğin sürdürülmesi ve sağlıklı bir yeni doğanın meydana gelmesi için öz-bakım davranışını yerine getirmesi gerekir. Gebelerdeki öz-bakım gücü eğitimle, kültürle ve geleneklerle etkilenebilir. Ayrıca geçirilen gebelik sayısının ve kazanılan deneyimlerinde etkili olacağı düşünülmektedir. Ancak geçirilen gebelik sayısına paralel olarak yaşayan çocuk sayısının artması gebenin aile içindeki yükümlülüğünü arttıracaktır. Böylece gebeler kendilerine daha az zaman ayıracak ve öz-bakım gücü olumsuz yönde etkilenecektir (19).

Nahcivan çıışmasında (1993) aile ortamını birlik beraberlik ve denetim içinde algılanmanın bireylerin öz-bakım gücünü artırdığını saptamıştır (10).

Öz-bakım "bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen sorumlulukları yapmaları" şeklinde tanımlanmaktadır (50).

Öz-bakımın sağlanması için bireylerin eylem yapma yeteneği ile çeşitli gereksinimleri arasındaki dengeyi devam ettirmesi gerekmektedir. Bu gereksinimlerden biri de gelişimsel öz-bakım gereksinimleridir. Gebelik dönemi de gelişimsel bir durum olup, öneminden dolayı ayrı incelenmesi gerekir. Bu dönemde diğer gelişimsel dönemlerde olduğu gibi gebelerin sağlıklarını olumsuz etkileyecek zararlardan uzak kalması önemlidir. Bu zararlar arasında aile bireylerinin gebeliğe karşı tutumları ve gebe tarafından ailenin algılanışı önemlidir (50).

Ailenin desteği gebe için daha da önem kazanmakta ve sağlıklı bir gebeliğin devamının sağlanmasında gebe kadar aileye de önemli roller düşmektedir (69). Ayrıca aile ortamının algılanmasının yanı sıra bireyin yaş, eğitim, gelir ve meslek gibi bazı sosyo-demografik özellikleri de öz-bakım gücünü etkilemektedir (50).

Gebelikte öz-bakım gücünün yükseltilmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Kadın doğum polikliniklerinde ve ana-çocuk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin öz-bakımda görevi, gebelere eğitim vermek ve bakımı öğretmektir. Bu öğretmede gebelikteki öz-bakımın önemi ve öz-bakımı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin neler olduğu ele alınmalıdır (19).

2.12.1.Dorothea Orem'in Öz-Bakım Modeli

Orem'in Genel Hemşirelik Kuramı, Dorethea E.Orem tarafından, hemşireliğin yapılanması amacıyla geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'in hemşireliğin anlamını sorgulaması ve tanımlamasıyla başlamıştır. Kavramsal çatısının oluşturulması, hemşirelik programı için müfredat geliştirme gereksiniminden ortaya çıkmıştır. Orem, öz-bakım gereksinimlerinin

karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir. Bireylerin öz-bakım gereksinimlerini, öz-bakım yeteneklerini sınırlayan durumları ve öz-bakım yetenekleri sınırlı olanlara yardım etme yöntemlerini tanımlamıştır. Genel hemşirelik kuramı, bireylerin öz-bakım gereksinimleriyle onları karşılama yetenekleri arasındaki ilişkiyi açıkladığından, hemşirelikte öz bakım yetersizliği/açığı (self care deficit theory of nursing) kuramı olarak da adlandırılmıştır (10,70).

D. Orem tarafından geliştirilen öz-bakım kuramı birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşmaktadır:

1. Öz Bakım Kuramı (yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar)
2. Öz Bakım Yetersizliği kuramı (hemşireliğin ne zaman ve niçin gerekli olduğunu açıklar)
3. Hemşirelik sistemleri kuramı (insanlara hemşirelikle nasıl yardım edilebileceğini açıklar (10,70).

2.12.2. Öz-Bakım Kuramı;

Öz-bakım: Yaşamı, sağlığı, iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Öz-bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (Nahçıvan 1993). Sağlığı koruma, devam ettirme ve geliştirmede kişisel sorumluluğa önem veren öz-bakım kuramı kişideki biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin varlığı üzerinde durmaktadır Öz-bakım;

- İnsanların sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır.
- Öz-bakım herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir.
- Öz-bakım bireyin kişiler arası ilişkiler, iletişim ve kültür yoluyla öğrendiği, sosyal ve bilişsel deneyimleriyle geliştirdiği bir davranıştır (10,70).

2.12.3. Öz bakım gereksinimleri;

- ✓ Evrensel öz-bakım gereksinimleri
- ✓ Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri
- ✓ Sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimleri olarak üç bölümde incelenmektedir (10,70).

a)Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri insanın temel gereksinimlerini kapsayan tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak

tanımlanmaktadır. Orem, evrensel öz-bakımın gereksinimlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır.

- ✚ Yeterli hava alımının sağlanması,
- ✚ Yeterli su alımının sağlanması,
- ✚ Yeterli besin alımının sağlanması,
- ✚ Boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanması,
- ✚ Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması,
- ✚ Yalnızlık ve sosyal ilişki arasındaki dengenin sağlanması,
- ✚ İyi halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi,
- ✚ Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olmasıdır.

Bu gereksinimler, insan yapı, işlevselliğini sürdürmeye ve olgunlaşmasını desteklemeye yönelik eylemlerin çeşitliliğini göstermektedir. Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, öz-bakım pozitif sağlığı ve iyiliği destekler. Sağlıklı bir kişinin bu temel gereksinimleri karşılaması için yeterli öz-bakım yeteneklerine sahip olması gerekir (10).

b)Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri;

Bu gereksinim kuramın geliştirildiği ilk yıllarda evrensel öz-bakım gereksinimleri içinde ele alınmıştır. İnsan yaşamındaki gelişimsel durumların (gebelik, doğum vb) çeşitliliği ve önemlerinden dolayı ayrı bir sınıflamada incelenmesi uygun görülmüştür. İnsanın gelişmesini etkileyen ve yaşamını destekleyen koşulların düzenlenmesi önemlidir. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri, insanın gelişmesini etkileyebilecek bazı durumların sağlığa zararlı etkilerden korunmasını, bu etkilerle başa çıkabilme/bunlardan en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir.

Bunlar;

- ✚ Eğitimsel yoksunluk,
- ✚ Sosyal uyum sorunları,
- ✚ Sağlıklı kişilik gelişiminde yetersizlikler,
- ✚ Akraba, arkadaş ve dost kaybı,
- ✚ Servet ve iş gücü kaybı,
- ✚ Tanıdık olmayan bir çevreye ani geçiş,
- ✚ Toplumsal durumla ilgili sorunlar,

- ✚ Kötü sağlık ya da hastalık,
- ✚ Zorlayıcı yaşam koşullarıdır (10,70).

c)Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri;

Orem, sağlık sapmalarında öz-bakımı yalnızca rahatsızlıklar, sakatlıklar ya da hastalık olayında gereksinilen olarak tanımlamaktadır. Orem'e göre hemşireliğe gereksinim, bireylerin sağlıklarıyla ilgili deneyimlerinden doğmaktadır. Yetişkinler, kendilerini etkileyen sağlıktan sapma durumunda öz-bakım gereksinimlerini karşılamada herhangi bir yetersizlikleri olmadıkça hemşireliğe gereksinim duymayacaktır. Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli tüm öz bakım eylemlerini, terapötik/tedavi edici öz-bakım gereksinimi olarak tanımlamaktadır ve öz-bakım ajanı olarak bireylerin sağlık, iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları özel eylemler dizisidir. Terapötik öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması, öz-bakım ajanı olan bireyin yeteneğine/gücüne bağlıdır. Hemşire bireyin öz-bakım gücünü değerlendirmeli, yetenek, bilgi, güdülenme ve beceriyle ilgili sınırlamalarını, yetersizliklerini tanımalıdır. Temel Durumsal Etmenler (Basic Conditioning Factors); bireylerin öz bakımla ilgilenme yeteneklerini ve gereken öz-bakımın nitelik ve niceliğini etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Terapötik öz-bakım ve öz-bakım gücü bu etmenlerden etkilenmektedir. Temel durumsal etmenler;

- ✓ Yaş, cinsiyet,
- ✓ Gelişimsel durum,
- ✓ Sağlık durumu,
- ✓ Sosyo-kültürel durum,
- ✓ Aile sistemi etmenleri,
- ✓ Sağlık bakım sistemleri etmenleri,
- ✓ Yaşam biçimleri,
- ✓ Çevresel etmenler,
- ✓ Kaynakların varlığı ve yeterliliğidir (10,70).

2.12.4. Öz-Bakım Gücü/Yetkinliği (Self-Care Agency);

Öz-bakım anlayışı içinde büyük bir kavram olan öz-bakım gücü (self-care agency), sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Bireyin kendisiyle

ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği olarak ta tanımlanmaktadır. Öz bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenektir. Bu yetenek kişinin kendi bakımını gerçekleştirme yeteneği olup, başarılı bir öz-bakım performansı için gerekli olan algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özellikleri içerir. Öz-bakım gücü bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlayan, bireyin karmaşık, kazanılmış bir yeteneğidir. Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme gösteren bu yetenek, kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim ve deneyim yoluyla gelişen insani bir güçtür (10,70).

Öz-Bakım Gücü/Yetkinliği (Self-Care Agency) Varsayımları; Öz-bakım gücü, karmaşık ve zamanla kazanılmış insani bir özellik ya da niteliktir.

- Öz-bakım gücü, öz-bakımın gerektirdiği eylemleri gerçekleştirmeyi alışkanlık kazanmış bir bireyin yeteneğidir.
- Öz-bakım gücü, bireyin eylem zenginliğidir.
- Öz-bakım gücü, bireyin çevresindeki bazı etmenler ve koşullardan etkilenir.
- Öz-bakım gücü, bireyin bakım gereksinimlerini bilme yeteneğidir.
- Öz-bakım gücü, içsel ve dışsal koşulların düzenlenmesine yönelmiş bir dizi eylemler ile ortaya çıkar (10,70,71).

2.12.5. Öz-Bakım Gücünün Kullanımını Etkileyen Bireysel Özellikler

- Öz-bakım için önemli bir etmen olan ve öz-bakım ajanı olarak bireyin kendine dikkat etme yeteneği,
- Var olan fiziksel enerjinin kullanımını kontrol etme yeteneği,
- Beden duruşunu kontrol etme yeteneği,
- Karar vermeden önce bilinmesi gereken koşulları öz-bakım içinde yargılama yeteneği,
- Güdülenme,
- Öz-bakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği,
- Teknik bilgi kazanma, uzmana danışma ve uygulama yeteneği,
- Öz-bakım gerçekleştirmede kişilerarası iletişim, bilişsel, algısal ve yönlendirici becerilere sahip olma,

- Farklı öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, öncelikleri belirleme yeteneği,
- Öz-bakım eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama yeteneğidir (10,70,71).

2.12.6. Öz-Bakım Yetersizliği/Açlığı (Self-Care Deficit) Kuramı;

Bu kuram hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklamaktadır. Öz-bakım yetersizliği, öz-bakım davranışlarıyla, tedavi edici öz-bakım ihtiyacı arasındaki ilişkidir. Öz-bakım gücünün, terapötik öz-bakım gereksinimini karşılamada/yetersiz kaldığı durumda öz-bakım açığı ya da yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Eğer gereksinim bireyin beceri ya da onu karşılama yeteneğini aşan bir düzeydeyse, o zaman bir dengesizlik oluşur. Bu durum öz-bakım yetersizliği (açlığı) diye adlandırılır ve öz-bakım açığı, öz-bakım gücü ile terapötik öz-bakım gereksinimi arasındaki yetersizliği ifade eder. Kişinin sahip olduğu öz-bakım yetenekleriyle gereksinimleri arasında denge sürdürülemediğinde ya da başıaramadığında hemşirelik girişimlerine gereksinim olacaktır. Bu durum, bireyin öz-bakım gereksinimleri, öz-bakım gücünü aştığında ortaya çıkar (10,70,71).

Öz-bakım kavramı, çağdaş hemşirelik kuramcılarının olan Orem 'in kuramının ana kavramlarından biridir. Orem, Öz-bakım kavramını; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak, Öz-Bakım gücünü (self-care agency) ise bireyin ilgili etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği olarak tanımlanmıştır (19). Öz-Bakım gücü değişen derecelerde az veya çok bütün bireylerde vardır (19,72). Öz-Bakım gücü yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sosyoekonomik durum, aile gibi etmenlerle etkilenebilir (19). Bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar; kendine dikkat etme, karar verirken öz bakım anlayışı içinde yargılama, güdüleme, öz bakım kararını verme ve uygulama, eylemlerini sıraya koyma, eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlamadır. Birey bu özelliklere sahip olduğu sürece öz bakım gücü yeterli olup, gereksinimlerini karşılayabilir, sağlığının sorumluluğunu alabilir, başkalarına bağımlı olmaz (72).

Orem'e göre öz-bakım gereksinimleri; evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimleri olmak üzere üç grupta toplanır. Evrensel gereksinimler; bebeklik, çocukluk, gebelik gibi bireyin farklı gelişimsel düzeylerinde yer alan özel bakım davranışlarıdır (11). Gebelik dönemi de gelişimsel bir durum olup, öneminden dolayı ayrı incelenmesi gereken bir konudur (73).

Öz-bakım, herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığı zaman bakım eksikliği ve sağlığın bozulması söz konusu olur (19).

Son yıllarda sağlık bakımı veren meslek grupları öz-bakım, öz-bakım uygulamaları ve sağlığı geliştirme ile daha yakından ilgilenmektedirler. Sağlık bakımı verilmesi hedeflenen gruplara daha fazla eğitim ve daha fazla sorumluluk yüklenerek öz-bakım davranışlarının geliştirilmesi yoluna gidilmektedir. Uluslararası düzeyde birçok sağlık disiplini bunu hedef alıp ve bu şekilde sağlıklı toplumlara ulaşmayı ve tedavi giderlerini asgari düzeye indirmeye çalışmaktadırlar (50).

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasıyla birlikte bireysel bakım (öz-bakım) kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır. Bireysel bakım (öz-bakım) herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığında bakım eksikliği ve sağlığın bozulması söz konusudur (10).

2.13. Gebelik ve Sosyal Destek

İnsan sağlığı konusunda son yıllarda yapılan araştırmalar, fiziksel sağlığa, biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal faktörlerin de aynı ölçüde etkisinin olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlığın tanımı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olma durumudur. Hastalık ise fiziksel, ruhsal ve sosyal yetersizliklerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bireyin sağlığının biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir bütünlük içinde ele alınması gerekmektedir (74).

Sosyal destek kavramı ilk olarak XX. yüzyılın başlarında Emile Durkheim ile anılmaya başlanmış olup, Emile Durkheim toplumla bütünleşmeyen kişilerin intihar için büyük bir risk taşıdığını belirtmiştir. Sosyal destek 1950'lerde Carl Rogers'ın terapötik ilişkilerinin ana içeriğine benzeyerek empati, dürüstlük, pozitif bakış ve yargısız yaklaşım olarak ifade edilmiştir. Gottlieb ise bir destek grubu tarafından arkadaşlık ve bakım verilmesinin pozitif sağlık sonuçları doğurduğunun fark edilmesini sağlamıştır (74).

Günümüzde sosyal destek “güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir. İnsanların yaşamında önemli yeri olan,

gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (74).

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilir (14, 75,76).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (14,76). Sosyal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma ya da zorlaştırmada önemli rol oynadıkları öne sürülmektedir (76,77).

Stres verici bir yaşam olayıyla karşılaşan kişiler profesyonel kuruluşlardan önce eş, arkadaş ya da akrabalarına, başka bir deyişle doğal sosyal kaynaklarına başvurumaktadırlar. Var olan sosyal destek, psikososyal destek, aile ilişkileri ve ekonomiyi içerir. Bu sosyal destek sistemleri uyumda kolaylığı ve emosyonel desteği geliştirir (14).

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal destek ve sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu ve sosyal desteğin en önemli işlevinin stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını koruduğudur. Sosyal destek, çeşitli araştırmalarda incelenmiş ve sonunda, hem doğrudan etki ve hem de tampon etki modellerinin geçerli olduğu saptanmıştır (14).

Gebelikte meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir. Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur. Gebeliğin sağlıklı bir şekilde devam etmesi karşılaşılan sorunlarla baş edebilme gücüne bağlıdır. Bunun için kadının yeterli problem çözme becerilerine sahip olması gerekir (20). Problem çözme becerisi bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi ve ruh sağlığını koruması için zorunludur. Birey sorunlarla başa çıkamadığında ilgili ve yeterli başka kişilerden destek alarak engelleri aşabilir. Sosyal destek sistemleri yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır. Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları desteklerle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar (20).

Gebe kadınlarla ilgili araştırmalar, sosyal desteğin gebelik sırasındaki anksiyete ve stresin etkisini azaltabileceğini göstermiştir. Cronenwett tarafından yapılan bir çalışmada, gebe kadınların sosyal destek sistemlerini daha çok akrabalarının oluşturduğu ve duygusal desteği genellikle anne ve babalarından aldıkları bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise gebelik sırasında stres düzeyi yüksek ve sosyal desteği yetersiz olan kadınların doğum komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (4,14). Diğer taraftan yeterli sosyal destek alan bir kadının gebeliği için hem yardım arama davranışını ve hem de yararlı sağlık davranışlarının uygulamalarını arttırabilir. Dolayısıyla gebelik komplikasyonlarını azaltabilir. Nitekim yapılan başka bir çalışmada, gebe kadınların eşleri ve diğer yakın kişilerden aldıkları sosyal destek ile yeterli doğum öncesi bakım alma ve gebelik dönemindeki sağlık davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (4).

Gebelik dönemi, aile ve arkadaşlardan olduğu kadar yabancılardan da desteğin beklendiği bir zamandır. Arkadaşlar, akrabalar ve eş ile iyi iletişim annelik rolüne geçişi olumlu etkileyebilir. Bundan dolayı sağlık durumunun iyi olması ve stres düzeyinin azaltılması sosyal desteğe bağlanmıştır (14).

Kadının sosyal desteği, yaşı, kişisel özellikleri, ailenin sosyo-ekonomik durumu, annelik rolünü kazanmayı etkileyen faktörlerdir (4,78). Sosyal destek yetersizliğinin gebelikte ve doğum sonrasında ruhsal sağlığı bozarak annenin hayat tarzını etkilediği, diyet alışkanlığını bozduğu, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa neden olduğu ve bu durumların da gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin sağlığını bozabildiği gösterilmiştir (79).

2.13.1. Sosyal Destek Türleri

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve zihinsel (bilişsel) yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanmıştır. Sosyal desteği ifade eden dört destek sistemi üzerinde durulmaktadır. Bu destek sistemleri şöyle tanımlanmaktadır:

Araçsal Destek (instrumental Support); bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, gereksinim anında başkaları tarafından sağlanan maddi destek, ekonomik yardım gibi bir eylemdir. Örneğin; hasta yakınının sabrı ya da gücü tükendiğinde başka birisi geçici olarak onun yerine hastasının

bakımını üstlenebilir, işsiz kalan kişiye bir yakını yeni bir iş bulabilir ya da borç para verebilir (74).

Duygusal Destek (Emotional Support); bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, duygudaşlık ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Bireyin kişiler arası ilişkilerinde kabul edildiğini, değer verildiğini gösterir. Duygusal desteğin içinde sırdaş ilişkisine özel bir önem verilmiştir (74).

Zihinsel (Bilişsel) Destek (Informational Support); bireyin sorunlarını çözmesine yardım edecek bilgidir. Bireyin kendisini tanımasına yol açan ve benlik değerini ortaya çıkartan geri bildirimler de birer zihinsel destektir (74).

Değerlendirme Desteği (Appraisal Support); Yapabildiklerine ilişkin pozitif geri bildirim verilmesi ile bireyin yeterlilik hissetmesinin artmasını, boş zaman değerlendirmesi ve benzeri durumlarda başkalarıyla birlikte olmasını sağlayan destek biçimidir (74).

2.13.2. Algılanan Sosyal Destek

Son 25 yıldır, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmaktadır (80,81). Son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı belirlenmiştir. Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır. Algılanan destek, kişilik kalıcı özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden de etkilenmektedir. Bazı yazarlara göre sosyal desteğin benlik saygısını zenginleştirici bileşeni, sağlığın korunmasında daha önemli bir rol oynamaktadır (81).

Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmasına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçisi kolaylaştırmaktadır (16,82).

Sağlık ekibi, doğum öncesi doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunun bilincinde olmalıdır (19).

BÖLÜM III

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, gestasyonel diyabetli gebelerin özbakım gücünün ve sosyal desteklerinin değerlendirmek üzere planlanmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatan Gestasyonel Diyabet tanısı almış gebelere, Ağustos 2012-Ocak 2013 tarihlerinde yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatan tüm gebeler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme Ağustos 2012-Ocak 2013 tarihlerinde Ege Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatan, gestasyonel diyabet tanısı alan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, işitme engeli bulunmayan ve okur yazar olan, 71 gebe olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilerek oluşturulmuştur.

3.4.Araştırma Değişkenleri

3.4.1.Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenleri, hastaların sosyo-demografik bilgileri oluşturmaktadır.

3.4.2.Bağımlı Değişkenler

Bağımlı değişkenleri, annelerin gebelikteki öz-bakım gücü puan ortalaması ve sosyal destek puan ortalaması oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen bir anket formu/ gebe tanıtım formu (ek-1), Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ESCA)(ek-2) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ek 3) kullanılmıştır. Veriler ağustos 2012-ocak 2013 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde gestasyonel diyabet tanısı ile yatan gebelere araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden gebelere bu üç form verilerek yapılmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında, ilgili literatür dağrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen “Gebe Tanıtım Formu” (ek 1), Türkiye’ de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Nahcivan tarafından yapılmış “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (ek 2) ve Türkiye’ de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve Arkar tarafından yapılmış “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu” (ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu

Veri toplama formu dört bölümden (toplam 20 sorudan) oluşmaktadır: İlk bölümde annelerin *sosyo-demografik özellikleri* (annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, evlilik yılı,); ikinci bölümde *doğurganlık* (gebelik sayısı, gebelik haftası); üçüncü bölümde öz bakım ve sosyal destek faktörleri; dördüncü bölümde *gebelik sürecinde yaşanan sağlık sorunları* değerlendirilmiştir.

3.6.2.Öz-Bakım Gücü Değerlendirme Formu

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Exercise of Self Care Agency Scale (ESCA)) (Ek -2)

Öz-Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş (Exercise of Self Care Agency Scale (ESCA)) ve Nahcivan tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır (12,51). ESCA’nın Nahcivan tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucu iç tutarlılık testi olan madde toplam puan korelasyonları maddeden maddeye farklılık göstermiş olup, asıl ölçekteki 8 maddenin korelasyon değerinin beklenenden ($p<0,20$) düşük çıkmasıyla ölçeğin madde sayısı 43’ten 35’e indirgenmiştir. Öz-Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılır. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0’dan 4’e kadar değişebilen 5 likert tip ölçek üzerinden verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmaktadır. Beni hiç tanımlamıyor yanıtına 0 puan, Beni pek tanımlamıyor yanıtına 1 puan, Fikrim yok yanıtına 2 puan, Beni biraz tanımlıyor yanıtına 3 puan, Beni çok tanımlıyor 4 puan almaktadır. Türkçeleştirilen ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif

olarak değerlendirilir ve puanlama ters yöndedir. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar test güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.89'dur (10,71).

Tablo 3: Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puanının Cronbach Alfa Katsayıları Dağılımı

	Cronbach Alfa	n
ÖBGÖ	0.857	35
SDÖ	0.860	12
SDÖ Aile	0.909	4
SDÖ Arkadaş	0.937	4
SDÖ Özel	0.979	4

Yapılan bu çalışmada; Öz-Bakım Gücü ölçeği 35 sorudan oluşmakta olup, ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.857 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek -3)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimenssional Scale of Perceived Social Support MSPSS), 1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir (16,80). MSPSS'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Eker ve Arkar tarafından 1995'te yapılmıştır (16, 83). MSPSS ölçeğinin Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile korelasyonları yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir (14).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek öçeği (MSPSS)'nin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur. Ancak, "özel bir insan" alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır. İlk çalışmadaki üniversite

öğrencileri örneklemini oluşturan öğrencilerin küçük bir kısmıyla yapılan kısa görüşmeler, “özel bir insan” (significant other) alt ölçeğindeki “özel bir insan” (special person) teriminin ülkemizde çok özel bir anlama sahip olduğunu ve öğrencilerin çoğunlukla erkek/kız arkadaşları olarak anladıklarını göstermiştir. Kültürel olarak, bu terim yaygın olarak uygulanabilir gözükmemektedir (83). Zimet ve arkadaşları (1990) evli deneklerin, bekarlarla kıyaslandığında, özel bir insan alt ölçeğinde anlamlı olarak daha fazla destek aldıklarını, diğer iki ölçekte farklılık olmadığını bildirmiştir (83,84). Diğer taraftan, Türkiye’deki ilk çalışmanın bazı bulguları, evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini göstermiştir. Bu durumda, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiği pek açık değildir. Aile ve özel bir insanın anlamlarının farklı kültürlerde veya örneklemlerde farklı olduğu açıktır (83). Zimet ve arkadaşları da (1990) aile ve özel bir insan terimlerinin anlamlarının araştırılması gereğini vurgulamışlardır (83,84).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3., 4., 8. ve 11. maddeler), arkadaşlar (6., 7., 9.ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1., 2., 5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1–7 arasında puanlanmıştır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun olduğunu belirtmektedir (15). Eker ve arkadaşları ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89, alt boyut Cronbach alfa katsayısını aile için 0.85, arkadaş için 0.88, özel insan için 0.92 olarak bulmuştur (83).

Yapılan bu çalışmada; Sosyal Destek Ölçeği 12 sorudan oluşmakta olup ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.860; aile desteği alt boyutu için 0.909, arkadaş desteği için 0.937 ve özel insan desteği için 0.979 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler bilgisayar programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Yüzde, Standart Sapma, Medyan, Minimum ,Maksimum) yanısıra hipotez tezleri olarak Spearman's Test, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney testlerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla Temmuz 2011'de hazırlık çalışmaları ve literatür okumalarına başlanmıştır. Ekim 2011'de tez konusu belirlenmiştir. İzleyen aylarda danışman ile çalışmalar devam etmiştir. Ekim 2011-Nisan 2012 arasında tez önerisi hazırlanmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra Ağustos 2012-Ocak 2013 tarihlerinde anket formunun uygulanması yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Etik Kurulundan (Ek 8) ve çalışmanın yapılacağı Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nden (Ek 7) yazılı izin alınmıştır. Araştırma verileri toplanırken kullanılan ölçeklerin kullanımı için, yazarlarından elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 4, Ek 5). Ege üniversitesi hemşirelik hizmetleri yönetiminden yazılı (Ek 6), çalışmaya katılan gebelerden sözlü izin alınmıştır.

BÖLÜM IV

4.BULGULAR

4.1.Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo- Demografik Özellikler		Min-Max	Ort.±Sd
Yaş		18-45	31.38±5.13
		Sayı (n=71)	Yüzde (%)
Yaş Grupları	18-25 Yaş Arası	9	12.7
	26-30 Yaş Arası	26	36.5
	31-35 Yaş Arası	18	25.4
	36-45 Yaş Arası	18	25.4
Eğitim Durumu	İlköğretim	35	49.3
	Lise	17	23.9
	Üniversite	19	26.8
Eşin Eğitim Durumu	İlköğretim	30	42.3
	Lise	23	32.3
	Üniversite	18	25.4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	24	33.8
	Çalışmıyor	47	66.2
Eşinin Mesleği	İşçi	33	46.5
	Memur	10	14.1
	Serbest Meslek	19	26.7
	Diğer	9	12.7
Evlilik Yılı	1 Yıllık Evli Olanlar	7	9.9
	2-5 Yıllık Evli Olanlar	26	36.6
	6-10 Yıllık Evli Olanlar	22	31
	11-15 Yıllık Evli Olanlar	10	14.1
	16 Yıl ve Üstü Evli Olanlar	6	8.4

Gebelerin yaş ortalaması 31.38 ± 5.13 olup, %12.7'sinin 18-25 yaş grubunda, %36.5'inin 26-30 yaş grubunda, % 25.4'ünün 31-35 yaş grubunda, %25.4'ünün ise 36-45 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Gebelerin eğitim durumları incelendiğinde; %49.3'ünün ilköğretim, %23.9'unun lise, %26.8'inin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %42.3'ünün ilköğretim, %32.3'ünün lise, %25.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Gebelerin çalışma durumu incelendiğinde; %33.8'i çalışmakta, %66.2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gebelerin eşlerinin tümünün çalıştığı ve %46.5'inin işçi, %14.1'inin memur, %26.7'sinin serbest meslek, %12.7'sinin diğer meslek grubunda (mühendis, tekniker-teknisyen, muhasebeci, müdür) çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 4).

Gebelerin evlilik yılları incelendiğinde %9.9'unun 1 yıllık, %36.6'sının 2-5 yıllık, %31'inin 6-10 yıllık, %14.1'inin 11-15 yıllık, %8.4'ünün 16 ve üzeri yıllık evli oldukları saptanmıştır (Tablo 4).

4.2. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 5: Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı

Gebelik Özellikleri		Sayı (n=71)	Yüzde (%)
Gebelik Haftası	İkinci trimester	7	9.9
	Üçüncü trimester	64	90.1
Gebelik Sayısı	1.Gebelik	29	40.9
	2.Gebelik	16	22.5
	3.Gebelik	14	19.7
	4 ve Üstü Gebelik	12	16.9
Planlı Gebelik	Evet	63	88.7
	Hayır	8	11.3
Gebelik Hissi	Olumlu Duygular	54	76.0
	Olumsuz Duygular	8	11.3
	Karmaşık Duygular	9	12.7

Yapılan çalışmada gebelerin gebeliklerinin 24. haftadan başlayıp 40. haftaya kadar değişmekte olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %9.9'unun ikinci trimesterde, %90.1'inin üçüncü trimesterde olduğu saptanmıştır. İlk gebeliği olanların oranı %40.9, ikinci gebeliği olanlar %22.5, üçüncü gebeliği olanlar %19.7 ve dördüncü ve üstü gebeliği olanların oranı %16.9'dur (Tablo 5).

Gebelerin % 88.7'sinin planlayarak gebe kaldığı, %11.3'ünün ise planlamadan gebe kaldığı saptanmıştır. Gebelerin %76'sının gebe kaldığını öğrenince olumlu duygular hissettiği (çok sevindiği); %11.3'ünün olumsuz duygular hissettiği (korktuğu, şaşırıldığı, üzüldüğü); %12.7'sinin karmaşık duygular hissettiği (korktuğu ve çok sevindiği; hem şaşırıp hem üzülüp hem de çok sevindiği; şaşırıldığı ve çok

sevindiği; korkup, şaşırıp, üzülp ve çok sevindiği; korkup, şaşırıp, çok sevindiği belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6: Gebelerin Bakımlarına Yönelik Dağılımları

		n=71	%
Kendi Bakımını Kendisi	Evet	68	95.8
Sağlayabiliyor Mu?	Hayır	3	4.2
Bakıma Yardımcı Kişi	Evet	64	90.1
Var Mı?	Hayır	7	9.9
Gebeliğinde Yardımcı Olan Kişiler	Eş	14	19.6
	Aile	8	11.3
	Eş ve Aile	29	40.8
	Eş ve Kayınvalide	6	8.5
	Anne ve Kayınvalide	7	9.9
	Yardımcı Olan Kişi Yok	7	9.9

Gebelerin %95.8'i kendi bakımını kendi sağlayabiliyorken, % 4.2'si bakımını kendi sağlayamamaktadır. Gebelerin %90.1'inin gebelikleri boyunca bakıma yardımcı olacak kişilerin varken, %9.9'unun bakıma yardımcı olacak kişileri yoktur. Gebelerin gebelikleri boyunca yardımcı olan kişiler incelendiğinde, %19.6'sının eşinden, %11.3'ünün ailesinden (anne, kardeş), %40.8'inin eşi ve ailesinden, %8.5'inin eşi ve kayınvalidesinden, %9.9'unun anne ve kayınvalidesinden yardım aldığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Gebelerin Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımları

Gebelikteki Sorunlar	n=71	(%)
GDM	29	40.8
GDM ve Gebelikle İlgili Nedenler	38	53.6
GDM ve Gebelik Dışı Nedenler	4	5.6

Gebelerin gebeliklerinde yaşadıkları sorunlar incelendiğinde %40.8'inin şeker yüksekliği, %53.6'sının şeker yüksekliği ve gebelikle ilgili nedenler (anemi, tansiyon yüksekliği, erken doğum tehdidi, ağrı, bulantı-kusma, düşük tehdidi, kanama, oligohidroamnios, polihidroamnios, bebekte anomali riski, trombositopeni), %5.6'sının şeker yüksekliği ve gebelik dışı nedenler (böbrek problemleri, enfeksiyon) olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Gebelerin Hastane Başvuru Nedenine Göre Dağılımları

	n=71	%
Hastane Başvuru Nedeni		
Şeker Yüksekliği	8	11.3
Gebeliğe Bağlı Nedenler	39	54.9
Doğum İçin	16	22.5
Gebelik Dışı Nedenler	1	1.4
Sevk	7	9.9

Gebelerin hastane başvuru nedenleri Tablo 8'de incelendiğinde; gebelerin %11.3'ünün şeker yüksekliği, %54.9'unun gebeliğe bağlı nedenlerden (tansiyon yüksekliği, kanama, erken doğum tehdidi, ağrı, polihidroamnios, kasılma ve açılma, serviks incilmesi, bebek gelişiminin yavaş olması, oligohidroamnios, trombositopeni, anemi, amnion kesesinin açılması, preeklampsi, rutin kontrol için), %22.5'inin doğum için, %1.4'ünün gebelik dışı nedenden(karaciğer enzim yüksekliği), % 9.9'unun sevk edildiği için hastaneye başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

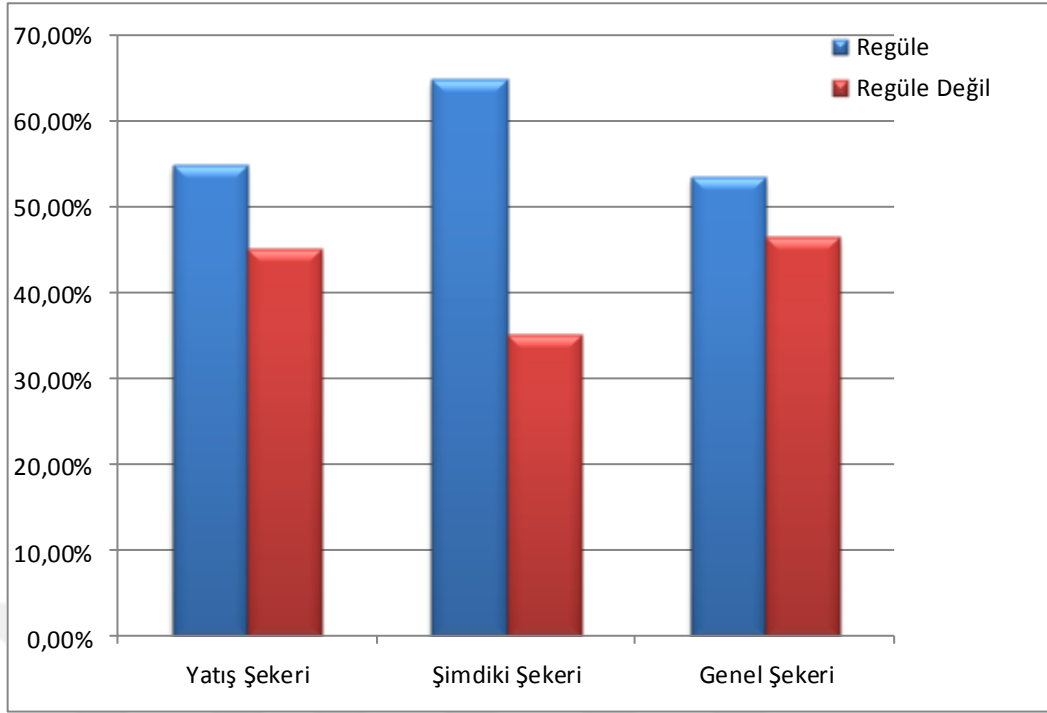
Tablo 9: Gebelerin Kan Şekeri Değerlerinin ve Diyabet Tedavilerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

		n=71	Yüzde (%)
Yatış Şekeri	Regüle	39	54.9
	Regüle değil	32	45.1
Şimdiki Şekeri	Regüle	46	64.8
	Regüle değil	25	35.2
Genel Şekeri (yatışından çıkışına kadar olan süre)	Regüle	38	53.5
	Regüle değil	33	46.5
Önceki Gebeliklerde Diyabet Varlığı?	Evet	8	11.3
	Hayır	34	47.8
Tedavi Olarak Ne Kullandığı?	Diyabetik Beslenme	46	64.8
	Diyabetik Beslenme ve İnsülin	25	35.2

Gebelerin kan şekeri durumları Tablo 9’da incelendiğinde, %54.9’unun hastaneye yatışında şekerinin regüle olduğu, %45.1’inin regüle olmadığı; araştırmanın yapıldığı zaman şimdiki şekerleri değerlendirildiğinde, %64.8’inin regüle olduğu, %35.2’sinin regüle olmadığı; geneldeki şekerleri değerlendirildiğinde (yatışlarından çıkışlarına kadar olan süredeki kan şekeri durumları) % 53.5’inin regüle, %46.5’inin regüle olmadığı saptanmıştır. Genel olarak gebelerin çoğunluğunun şekerinin regüle olarak belirlenmiştir (Tablo 9) (Grafik 1).

Gebelerin %11.3’ünün önceki gebeliklerinde diyabet tanısı aldığı, %47.8’inin daha önceki gebeliklerinde diyabet tanısı almadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Gebelerin %64.8’inin diyabet tedavisinde beslenmeye dikkat ederek diyabetik beslendiğini, %35.2’sinin diyabetik beslenme ve insülin kullandığı saptanmıştır (Tablo 9).



Grafik 1. Gebelerin Şeker Durumlarının Dağılımları

Tablo 10: Gebelerin Kontrollere Gitme Durumu ve Kontrollere Gittiği Yerlerin Dağılımı

		n=71	%
Kontrollere Gitme Durumu	Her Ay Düzenli Giden	69	97.2
	Toplamda Üç Beş Kez Giden	2	2.8
Kontrollere Gittiği Yer	Hastaneler	67	94.4
	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP) ve Hastaneler	4	5.6

Gebelerin gebelikleri boyunca kontrollere gitme durumları incelendiğinde, gebelerin %97.2'sinin her ay düzenli kontrole gittiği, %2.8'inin toplamda 3-5 kez kontrollere gittiği saptanmıştır. Gebelerin kontrolleri için %94.4'ünün hastanelere, %5.6'sının ile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri ile birlikte hastanelere gittiği belirlenmiştir (Tablo 10).

4.3. Gebelerin Öz-Bakım Gücü ve Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 11: Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) Puan Ortalamaları

	Ölçek min-max	Minimum	Maksimum	X±Sd
ÖBGÖ	0-140	66.00	140.00	127.74±10.81
SDÖ	12-84	36.00	84.00	66±15.32
SDÖ Aile	4-28	4.00	28.00	27.21±3.16
SDÖ Arkadaş	4-28	4.00	28.00	23.08±7.42
SDÖ Özel	4-28	4.00	28.00	15.7±10.64

Olguların öz-bakım gücü ölçeği puanları 66-140 puan arasında değişmekte olup, ortalama 127.74±10.81 puan iken; Sosyal Destek toplam puanları 36-84 puan arasında değişmekte olup, ortalama 66±15.32 puan iken; aile desteği puanları 4-28 puan arasında değişmekte olup, ortalama 27.21±3.16 puan, arkadaş desteği puanları 4-28 puan arasında değişmekte olup, ortalama 23.08±7.42 puan ve özel insan desteği puanları 4-28 puan arasında değişmekte olup, ortalama 15.7±10.64 puan olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12: Gebelerin Yaşları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Yaş	Sayı (n=71)	Min-Max	X±Sd	Test değeri	p
ÖBGÖ	18-25	9	124-139	130.11±4.53	KW:7.061	p=0.07
	26-30	26	66-140	129±14.64		
	31-35	18	104-136	127.72±7.94		
	36-45	18	108-140	124.77±8.86		
SDÖ	18-25	9	39-84	62.88±13.44	KW:0.755	p=0.860
	26-30	26	36-84	60.06±15.08		
	31-35	18	36-84	67.88±16.03		
	36-45	18	36-84	65.44±16.77		
SDÖ Aile	18-25	9	26-28	27.66±0.7	KW:2.264	p=0.519
	26-30	26	19-28	27.26±2.18		
	31-35	18	24-28	27.77±0.94		
	36-45	18	4-28	26.33±5.63		
SDÖ Arkadaş	18-25	9	7-28	23.44±7.4	KW:0.343	p=0.952
	26-30	26	4-28	23.61±6.41		
	31-35	18	4-28	23.38±7.67		
	36-45	18	4-28	21.83±8.93		
SDÖ Özel	18-25	9	4-28	11.77±10.41	KW:1.977	p=0.577
	26-30	26	4-28	15.26±10.63		
	31-35	18	4-28	16.72±11.4		
	36-45	18	4-28	17.27±10.34		

Kruskal Wallis Test $p<0.05$

Yaş gruplarına göre olguların öz bakım gücü puanı, SDÖ toplam puanı, aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla $p=0.07$, $p=0.860$, $p=0.519$, $p=0.952$, $p=0.577$; $p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Gebelerin Eğitim Düzeyleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Gebe Eğitim	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	İlköğretim	35	66-140	125.22±13.29	KW:3.300	p=0.192
	Lise	17	118-140	131.11±6.42		
	Üniversite	19	109-139	129.36±7.64		
SDÖ	İlköğretim	35	36-84	61.68±16.12	KW:5.178	p= 0.075
	Lise	17	39-84	68.24±14.83		
	Üniversite	19	48-84	71.89±12.19		
SDÖ Aile	İlköğretim	35	19-28	27.37±1.91	KW:0.240	p=0.887
	Lise	17	24-28	27.58±1.06		
	Üniversite	19	4-28	26.57±5.51		
SDÖ Arkadaş	İlköğretim	35	4-28	21.37±8.76	KW:5.671	p=0.059
	Lise	17	7-28	23±6.88		
	Üniversite	19	17-28	26.31±3.28		
SDÖ Özel	İlköğretim	35	4-28	12.94±11.04	KW:4.213	p=0.122
	Lise	17	4-28	17.7±10.73		
	Üniversite	19	4-28	19±8.83		

Kruskal Wallis Test $p<0.05$

Gebelerin eğitim durumlarına göre olguların, öz-bakım gücü puanı, sosyal destek ölçeği toplam puanı, aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla $p=0.192$, $p=0.075$, $p=0.887$, $p=0.059$, $p=0.122$, $p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Gebelerin Eşlerinin Eğitim Düzeyleri ile Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Eş Eğitim	n=71	Min- Max	X±Sd	Test Değeri	p	İleri Analiz (Mann Whitney)
ÖBGÖ	İlköğretim	30	66-140	126.1±14.16	KW:0.353	p=0.838	
	Lise	23	109-139	128.91±8.2			
	Üniversite	18	114-139	129.0±6.62			
SDÖ	İlköğretim ^a	30	36-84	59.7±16.31	KW:8.840	p=0.012	a<b=c
	Lise ^b	23	48-84	68.69±12.14			
	Üniversite ^c	18	39-84	73.05±13.77			
SDÖ Aile	İlköğretim	30	19-28	27.13±2.12	KW:1.581	p=0.454	
	Lise	23	4-28	26.85±5.00			
	Üniversite	18	25-28	27.77±0.73			
SDÖ Arkadaş	İlköğretim	30	4-28	20.46±9.39	KW:4.017	p=0.134	
	Lise	23	17-28	25.34±3.43			
	Üniversite	18	7-28	24.55±6.32			
SDÖ Özel	İlköğretim ^a	30	4-28	12.1±10.66	KW:7.55	p=0.023	a<c
	Lise ^b	23	4-28	16.47±9.88			
	Üniversite ^c	18	4-28	20.72±9.78			
Kruskal Wallis Test		p<0.05					

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre olguların, öz bakım gücü puanı, sosyal destek aile ve arkadaş desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.838, p=0.454, p=0.134; p>0.05) (Tablo 14). Eşlerin eğitim durumlarına göre, olguların sosyal destek ölçeği toplam puanı ve özel insan desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla p=0.012, p=0.023; p<0.05) (Tablo 14).

Yapılan ileri analizde (Mann Whitney Test), ilköğretim(a) ve lise (b) mezunu olan eşlerin eğitim durumu gebelerin SDÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0.048 p<0.05,a<b), ilköğretim ve üniversite (c) mezunu olan eşlerin eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış (p=0.007, p<0.05,a<c); lise ve üniversite

mezunu olan eşlerin eğitim durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu saptanmamıştır ($p=0.180$, $p> 0.05$). farkın ilköğretim mezunu eşlerden kaynaklandığı, ilköğretim mezunu eşlerin SDÖ puan ortalamalarının diğer mezun eşlerden düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 14). İlköğretim ve lise mezunu eşlerin eğitim durumu gebelerin SDÖ özel insan puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamış ($p=0.074$, $p>0.05$); ilköğretim ve üniversite mezunu eşlerin eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmış ($p=0.011$ $p<0.05$, $a<c$); lise ile üniversite mezunu eşlerin eğitim durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.194$, $p>0.05$). Bu durum üniversite mezunu eşlerin SDÖ özel insan puan ortalamasının ilköğretim mezunu olan eşlerden daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır(Tablo14).

Tablo 15: Gebelerin Çalışma Durumları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

Gebelerin						
Çalışma	n=71	Min-Max	X±Sd	Test	p	
Durumu				Değeri		
ÖBGÖ	Çalışıyor	24	109-140	129.58±8.9	Z:-1.127	p=0.260
	Çalışmıyor	47	66-140	126.8±11.64		
SDÖ	Çalışıyor	24	36-84	71.66±14.55	Z:-2.210	p=0.027
	Çalışmıyor	47	36-84	63.1±15.04		
SDÖ Aile	Çalışıyor	24	4-28	26.75±4.9	Z:-0.402	p=0.688
	Çalışmıyor	47	19-28	27.44±1.74		
SDÖ	Çalışıyor	24	4-28	25.5±5.62	Z:-2.503	p=0.012
Arkadaş	Çalışmıyor	47	4-28	21.85±7.97		
	Çalışıyor	24	4-28	19.41±9.38	Z:-2.149	p=0.032
SDÖ Özel	Çalışmıyor	47	4-28	13.8±10.84		
<i>Mann Whitney Test</i>		<i>p<0.05</i>				

Gebelerin çalışma durumları ile olguların öz-bakım gücü puanı ve sosyal destek ölçeği aile desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken (Sırasıyla $p=0.260$, $p=0.688$, $p> 0.05$); sosyal destek ölçeği toplam puanı, arkadaş desteği puanı ve özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Sırasıyla $p=0.027$, $p=0.012$, $p=0.032$, $p<0.05$). Çalışan olguların sosyal destek ölçeği toplam puanı, arkadaş desteği puanı ve özel insan desteği puanları, çalışmayan olgulardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16: Gebelerin Eşlerinin Mesleği ile Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Eş Meslek	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p	İleri Analiz (Mann Whitney)
ÖBGÖ	İşçi	33	108-140	130.24±7.07	KW:6.292	p=0.098	
	Memur	10	123-139	131.2±5.84			
	Serbest Meslek	19	66-139	122.31±17.09			
	Diğer	9	121-132	126.22±3.66			
SDÖ	İşçi	33	36-84	61.75±16.83	KW:5.832	p=0.12	
	Memur	10	36-84	64.9±5.84			
	Serbest Meslek	19	48-84	69.21±13.19			
	Diğer	9	67-84	76±6.02			
SDÖ Aile	İşçi	33	22-28	27.72±1.09	KW:3.788	p=0.285	
	Memur	10	25-28	27.7±0.94			
	Serbest Meslek	19	4-28	25.73±5.75			
	Diğer	9	27-28	27.88±0.33			
SDÖ Arkadaş	İşçi	33	4-28	21.9±8.42	KW:1.924	p=0.588	
	Memur	10	4-28	22.9±8.25			
	Serbest Meslek	19	4-28	24.63±6.32			
	Diğer	9	16-28	24.33±4.41			
SDÖ Özel	İşçi ^a	33	4-28	12.12±10.88	KW:9.991	p=0.019	a<c
	Memur ^b	10	4-28	14.3±10.26			a<d
	Serbest Meslek ^c	19	4-28	18.84±10.08			b<d
	Diğer ^d	9	18-28	23.77±4.49			

Kruskal Wallis Test

p<0.05

Gebelerin eşlerinin meslekleri ile olguların öz-bakım gücü puanı, sosyal destek ölçeği toplam puanı, aile desteği ve arkadaş desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Sırasıyla p=0.098, p=0.12, p=0.285 p=0.588; p>0.05) (Tablo 16). Ancak eşlerinin mesleklerine göre olguların sosyal destek ölçeği özel insan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.019, p<0.05) (Tablo 16).

Yapılan ileri analizde (Mann Whitney Test), işçi(a) ve serbest(c) meslekte olanların, işçi ve diğer(d) meslekte olanların, memur(b) ve diğer meslekte olanların sosyal destek ölçeği özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Sırasıyla $p=0.023$, $p=0.01$, $p=0.037$, $p<0.05$, $a<c$, $a<d$, $b<d$). Bu durum işçilerin SDÖ özel insan puan ortalaması diğer ve serbest meslekte olanlardan daha düşük, memurların ise diğer meslekte olanlardan daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 16).



Tablo 17: Gebelerin Evlilik Yılı ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

		Test Değeri				
	Gebelik Sayısı	n=71	Min-Max	X±Sd		p
ÖBGÖ	1.Yıl	7	125-139	132.57±4.46	KW:10.64	p=0.086
	2-5 Yıl	26	111-140	129.69±7.09		
	6-10 Yıl	22	104-139	126.36±9.21		
	11-15 Yıl	10	122-140	131.50±6.43		
	16 Yıl ve Üstü	6	66-127	112.50±23.70		
SDÖ	1.Yıl	7	58-84	69.14±10.65	KW:1.711	p=0.789
	2-5 Yıl	26	36-84	65.57±15.58		
	6-10 Yıl	22	36-84	64.40±16.65		
	11-15 Yıl	10	36-84	69.50±17.31		
	16 Yıl ve Üstü	6	48-81	64.16±13.40		
SDÖ Aile	1.Yıl	7	27-28	27.85±0.37	KW:12.09	p=0.067
	2-5 Yıl	26	22-28	27.76±1.17		
	6-10 Yıl	22	26-28	27.81±0.58		
	11-15 Yıl	10	24-28	27.10±1.66		
	16 Yıl ve Üstü	6	4-28	22.00±9.48		
SDÖ Arkadaş	1.Yıl	7	16-28	24.28±4.68	KW:2.692	p=0.611
	2-5 Yıl	26	4-28	22.88±7.86		
	6-10 Yıl	22	4-28	22.50±8.34		
	11-15 Yıl	10	4-28	21.80±7.89		
	16 Yıl ve Üstü	6	21-28	26.83±2.85		
SDÖ Özel	1.Yıl	7	4-28	17.00±10.37	KW:3.020	p=0.555
	2-5 Yıl	26	4-28	14.92±10.81		
	6-10 Yıl	22	4-28	14.09±10.67		
	11-15 Yıl	10	4-28	20.60±11.47		
	16 Yıl ve Üstü	6	4-28	15.33±9.60		

Kruskal Wallis Test

p<0.05

Gebelerin evlilik yılı ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla p=0.086, p=0.789, p=0.067, p=0.555, p=0.905, p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 18: Gebelerin Gebelik Sayısı ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

					Test		
	Gebelik Sayısı	n=71	Min-Max	X±Sd	Değeri	p	
ÖBGÖ	1.Gebelik	29	114-140	131.06±6.98	KW:6.533	p=0.088	
	2.Gebelik	16	104-134	125.87±8.46			
	3.Gebelik	14	108-140	126.78±7.62			
	4 ve Üstü Gebelik	12	66-38	123.33±19.91			
SDÖ	1.Gebelik	29	39-84	68.65±13.11	KW:2.099	p=0.552	
	2.Gebelik	16	42-84	65.43±14.85			
	3.Gebelik	14	36-84	65.35±15.76			
	4 ve Üstü Gebelik	12	36-84	61.08±20.42			
SDÖ	1.Gebelik	29	26-28	27.82±0.53	KW:5.099	p=0.165	
Aile	2.Gebelik	16	22-28	27.62±1.5			
	3.Gebelik	14	24-28	27.42±1.45			
	4 ve Üstü Gebelik	12	4-28	24.91±7.08			
SDÖ	1.Gebelik	29	4-28	24.62±6.36	KW:3.238	p=0.356	
	2.Gebelik	16	10-28	23.25±5.33			
	Arkadaş	3.Gebelik	14	4-28			22.5±8.51
		4 ve Üstü Gebelik	12	4-28			19.83±10.27
SDÖ	1.Gebelik	29	4-28	16.20±10.77	KW:0.56	p=0.905	
	2.Gebelik	16	4-28	14.56±10.62			
	Özel	3.Gebelik	14	4-28			15.42±10.74
		4 ve Üstü Gebelik	12	4-28			16.33±11.49
Kruskal Wallis Test		p<0.05					

Gebelerin gebelik sayıları ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla p=0.088, p=0.552, p=0.165, p=0.356, p=0.905, p>0.05) (Tablo 18).

Tablo 19: Gebelerin Gebelik Süresi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Gebelik Süresi	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	2. trimester	7	108-135	126.14±9.02	Z:-0.686	p=0.493
	3. trimester	64	66-140	127.92±11.03		
SDÖ	2. trimester	7	36-84	59.85±19.25	Z:-0.962	p=0.336
	3. trimester	64	36-84	66.67±14.86		
SDÖ Aile	2. trimester	7	26-28	27.71±0.75	Z:-0.048	p=0.962
	3. trimester	64	4-28	27.15±3.32		
SDÖ Arkadaş	2. trimester	7	4-28	19.57±11.10	Z:-0.761	p=0.446
	3. trimester	64	4-28	23.46±6.93		
SDÖ Özel	2. trimester	7	4-28	12.57±9.57	Z:-0.820	p=0.412
	3. trimester	64	4-28	16.04±10.77		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin gebelik süreleri ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla p=0.493, p=0.336, p=0.962, p=0.446, p=0.412, p>0.05) (Tablo 19).

Tablo 20: Gebelerin Gebeliklerinin Planlı Olup Olmaması ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Planlı Gebelik	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Evet	63	104-140	129.03±7.83	Z:-1.758	p=0.079
	Hayır	8	66-134	117.62±22.21		
SDÖ	Evet	63	36-84	66.41±15.15	Z:-0.623	p=0.534
	Hayır	8	36-84	62.75±17.4		
SDÖ	Evet	63	4-28	27.34±3.11	Z:-1.112	p=0.266
Aile	Hayır	8	19-28	26.12±3.56		
SDÖ	Evet	63	4-28	23.11±7.4	Z:-0.359	p=0.72
Arkadaş	Hayır	8	4-28	22.87±8.09		
SDÖ	Evet	63	4-28	15.95±10.66	Z:-0.620	p=0.535
Özel	Hayır	8	4-28	13.75±10.97		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin gebeliklerinin planlı olup olmaması ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.079, p=0.534, p=0.266, p=0.72, p=0.535, p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 21: Gebelerin Gebe Olduklarını Öğrendiklerindeki Hisleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Gebeliğini Öğrendiklerindeki Hissi	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Olumlu Duygular	54	104-140	129.18±7.85	KW:3.163	p=0.206
	Olumsuz Duygular	8	108-140	126.87±9.37		
	Karmaşık Duygular	9	66-139	119.88±21.27		
SDÖ	Olumlu Duygular	54	36-84	66.90±14.85	KW:1.617	p=0.445
	Olumsuz Duygular	8	36-84	67.00±17.24		
	Karmaşık Duygular	9	36-84	59.66±16.80		
SDÖ Aile	Olumlu Duygular	54	4-28	27.27±3.37	KW:0.760	p=0.684
	Olumsuz Duygular	8	24-28	27.50±1.41		
	Karmaşık Duygular	9	19-28	26.55±3.12		
SDÖ Arkadaş	Olumlu Duygular	54	4-28	23.98±6.33	KW:1.606	p=0.448
	Olumsuz Duygular	8	4-28	21.75±8.22		
	Karmaşık Duygular	9	4-28	18.88±11.45		
SDÖ Özel	Olumlu Duygular	54	4-28	15.64±10.69	KW:0.550	p=0.760
	Olumsuz Duygular	8	4-28	17.75±11.68		
	Karmaşık Duygular	9	4-28	14.22±10.36		

Kruskal Wallis Test

p<0.05

Gebelerin gebe olduklarını öğrendiklerindeki hisleri ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.206, p=0.445, p=0.684, p=0.448, p=0.760, p>0.05) (Tablo 21).

Tablo 22: Gebelerin Kendi Bakımlarını Kendilerinin Sağlayabilmesi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Kendi Bakımını Sağlayabiliyor Mu?	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Evet	68	66-140	127.73±11.01	Z:-0.401	p=0.688
	Hayır	3	125-134	128.00±5.19		
SDÖ	Evet	68	36-84	65.61±15.39	Z:-1.036	p=0.3
	Hayır	3	60-84	74.66±12.85		
SDÖ	Evet	68	4-28	27.17±3.22	Z:-0.709	p=0.478
Aile	Hayır	3	28	28.00±0.00		
SDÖ	Evet	68	4-28	22.92±7.54	Z:-0.793	p=0.428
Arkadaş	Hayır	3	24-28	26.66±2.30		
SDÖ	Evet	68	4-28	15.51±10.57	Z:-0.620	p=0.410
Özel	Hayır	3	4-28	20.00±13.85		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Kendi bakımını sağlayıp sağlayamamasına göre olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.688, p=0.3, p=0.478, p=0.428, p=0.41, p>0.05) (Tablo 22).

SDÖ aile kategorisinde kendi bakımını sağlama sorusuna ‘hayır’ cevabını veren 3 kişinin, ölçekte verdikleri yanıtların aynı olmasından kaynaklı, toplamda aldıkları puanlar da aynı olmuş ve 28 puan almışlardır (Tablo 22).

Tablo 23: Gebelerin Bakıma Yardımcı Olan Kişilerin Varlığı ya da Yokluğu ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Bakıma					
	Yardımcı	n=71	Min-Max	X±Sd	Test	p
	Kişi Var				Değeri	
	Mı?					
ÖBGÖ	Evet	64	104-140	129.29±7.44	Z:-2.425	p=0.015
	Hayır	7	66-132	113.57±22.86		
SDÖ	Evet	64	36-84	67±15.17	Z:-1.806	p=0.071
	Hayır	7	36-82	56.85±14.63		
SDÖ Aile	Evet	64	4-28	27.48±3.02	Z:-3.667	p=0.00
	Hayır	7	19-28	24.71±3.49		
SDÖ	Evet	64	4-28	23.25±7.33	Z:-0.885	p=0.376
Arkadaş	Hayır	7	4-28	21.57±8.67		
SDÖ	Evet	64	4-28	16.26±10.52	Z:-1.417	p=0.157
Özel	Hayır	7	4-28	10,57±11,23		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin gebeliklerinde bakıma yardımcı olacak kişilerin varlığı ya da yokluğu ile olguların öz-bakım gücü ölçeği ve sosyal destek ölçeği aile puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla $p=0.015$, $p=0.000$, $p<0.05$) (Tablo 23). Bakıma yardımcı kişilerin varlığında öz bakım gücü ölçeği ve aile desteği ölçeği skorları anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Gebelerin gebeliklerinde bakıma yardımcı olacak kişilerin varlığı ya da yokluğu ile sosyal destek, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sırasıyla $p=0.071$, $p=0.376$, $p=0.157$, $p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24: Gebelere Bakıma Yardımcı Olan Kişiler ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Bakıma Yardımcı Kişiler	n	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Eş	14	122-140	129.42±4.92	KW:16.899	P=0.070
	Aile	8	109-137	126.50±9.36		
	Eş ve Aile	29	114-140	129.13±6.35		
	Eş ve Kayınvalide	6	104-139	124.50±12.43		
	Anne ve Kayınvalide	7	132-139	137.00±2.44		
SDÖ	Eş	14	36-84	62.92±18.80	KW:5.629	P=0.344
	Aile	8	48-84	64.37±13.17		
	Eş ve Aile	29	36-84	67.34±15.07		
	Eş ve Kayınvalide	6	57-84	73.33±11.92		
	Anne ve Kayınvalide	7	52-84	71.28±12.68		
SDÖ Aile	Eş	14	28	28.00±0.00	KW:20.292	P=0.110
	Aile	8	4-28	24.62±8.36		
	Eş ve Aile	29	25-28	27.79±0.67		
	Eş ve Kayınvalide	6	28	28.00±0.00		
	Anne ve Kayınvalide	7	28	28.00±0.00		
SDÖ Arkadaş	Eş	14	4-28	21.00±10.36	KW:3.474	P=0.627
	Aile	8	16-28	25.75±4.20		
	Eş ve Aile	29	4-28	23.24±6.42		
	Eş ve Kayınvalide	6	4-28	21.83±9.21		
	Anne ve Kayınvalide	7	17-28	26.14±4.09		
SDÖ Özel	Eş	14	4-28	13.92±10.68	KW:6.447	P=0.265
	Aile	8	4-28	14.00±11.31		
	Eş ve Aile	29	4-28	16.31±10.48		
	Eş ve Kayınvalide	6	4-28	23.50±9.62		
	Anne ve Kayınvalide	7	4-28	17.14±10.10		
Kruskal Wallis Test		p<0.05				

Gebelerin gebelikleri boyunca bakıma yardımcı olan kişiler ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş

ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla $p=0.070$, $p=0.344$, $p=0.110$, $p=0.627$, $p=0.265$, $p>0.05$) (Tablo 24).

SDÖ aile kategorisinde gebelerin bakımlarına yardımcı olan kişiler sorusuna ‘eş’, ‘eş ve kayıvalide’, ‘anne ve kayıvalide’ cevabını veren gebelerin, ölçekte verdikleri yanıtların aynı olmasından kaynaklı, toplamda aldıkları puanlar da aynı olmuş ve 28 puan almışlardır (Tablo 24).



Tablo 25: Gebelerin Gebelikleri Boyunca Yaşadıkları Sorunlar ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Gebelerin Gebeliklerinde Yaşadıkları Sorunlar	n	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Şeker Yüksekliği	29	111-140	129.34±7.28	KW: 0.350	p=0.839
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik İlgili Nedenler	37	104-139	128.10±7.95		
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik Dışı Nedenler	5	66-139	115.80±30.11		
SDÖ	Şeker Yüksekliği	29	36-84	69.41±14.83	Kw: 2.970	p=0.227
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik İlgili Nedenler	37	36-84	64.62±15.12		
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik Dışı Nedenler	5	39-84	56.40±17.15		
SDÖ Aile	Şeker Yüksekliği	29	22-28	27.51±1.37	Kw: 4,187	p=0.123
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik İlgili Nedenler	37	24-28	27.75±0.83		
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik Dışı Nedenler	5	4-28	21.40±10.47		
SDÖ Arkadaş	Şeker Yüksekliği	29	4-28	23.34±7.46	Kw:0.101	p=0.951
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik İlgili Nedenler	37	4-28	22.94±7.39		
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik Dışı Nedenler	5	7-28	22.60±9.09		
SDÖ Özel	Şeker Yüksekliği	29	4-28	18.55±10.47	KW: 3,292	p=0.193
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik İlgili Nedenler	37	4-28	13.91±10.61		
	Şeker Yüksekliği ve Gebelik Dışı Nedenler	5	4-28	12,40±10.03		
Kruskal Wallis Test		p<0.05				

Gebelerin gebeliklerinde yaşadıkları sorunlar ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla $p=0.839$, $p=0.227$, $p=0.123$, $p=0.951$, , $p=0.193$, $p>0.05$) (Tablo 25).



Tablo 26: Gebelerin Hastane Başvuru Nedenleri ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Hastane Başvuru Nedeni	n	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Şeker Yüksekliği	8	109-139	129.50±10.25	KW:1.772	p=0.778
	Gebeliğe Bağlı Nedenler	37	66-140	126.45±12.43		
	Doğum İçin	16	104-140	129.37±9.79		
	Gebelik Dışı Nedenler	3	125-139	132.00±7.00		
	Sevk (nedeni belli değil)	7	122-136	129.28±5.31		
SDÖ	Şeker Yüksekliği	8	48-84	67.37±13.84	KW:5.390	p=0.250
	Gebeliğe Bağlı Nedenler	37	36-84	66.16±15.85		
	Doğum İçin	16	36-84	61.56±14.75		
	Gebelik Dışı Nedenler	3	80-84	82.66±2.30		
	Sevk(nedeni belli değil)	7	39-84	66.57±16.38		
SDÖ Aile	Şeker Yüksekliği	8	4-28	24.62±8.36	KW:6.319	p=0.177
	Gebeliğe Bağlı Nedenler	37	19-28	27.64±1.54		
	Doğum İçin	16	22-28	27.50±1.54		
	Gebelik Dışı Nedenler	3	28	28±0.00		
	Sevk(nedeni belli değil)	7	24-28	26.85±1.95		
SDÖ Arkadaş	Şeker Yüksekliği	8	17-28	25.37±4.37	KW:2.828	p=0.587
	Gebeliğe Bağlı Nedenler	37	4-28	22.97±7.66		
	Doğum İçin	16	4-28	21.37±8.40		
	Gebelik Dışı Nedenler	3	24-28	26.66±2.30		
	Sevk(nedeni belli değil)	7	7-28	23.42±8.32		
SDÖ Özel	Şeker Yüksekliği	8	4-28	17.37±8.95	Kw:5.885	p=0.208
	Gebeliğe Bağlı Nedenler	37	4-28	15.54±10.76		
	Doğum İçin	16	4-28	12.68±10.76		
	Gebelik Dışı Nedenler	3	28	28±0.00		
	Sevk(nedeni belli değil)	7	4-28	16.28±11.79		
Kruskal Wallis Test		p<0.05				

Gebelerin hastane başvuru nedenleri ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Sırasıyla p=0.778, p=0.250, p=0.177, p=0.587, p=0.208, p>0.05) (Tablo 26).

SDÖ aile ve SDÖ özel kategorilerinde gebelerin hastane başvuru nedenleri arasında ‘gebelik dışı nedenler’ cevabını veren gebeler ölçekte verdikleri yanıtların aynı olmasından kaynaklı, toplamda aldıkları puanlar da aynı olmuş ve 28 puan almışlardır (Tablo 26).

Tablo 27: Gebelerin Yatış Kan Şekeri Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Yatış Kan Şekeri Düzeni	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Regüle	39	66-140	127.33±13.01	Z:-0.567	p=0.570
	Regüle değil	32	108-140	128.25±7.46		
SDÖ	Regüle	39	36-84	66.71±15.21	Z:-0.582	p=0.561
	Regüle değil	32	36-84	65.12±15.66		
SDÖ Aile	Regüle	39	19-28	27.3±1.89	Z:-0.984	p=0.325
	Regüle değil	32	4-28	27.09±4.26		
SDÖ	Regüle	39	4-28	22.94±7.11	Z:-0.617	p=0.538
	Arkadaş	32	4-28	23.25±7.9		
SDÖ Özel	Regüle	39	4-28	16.46±11.12	Z:-0.867	p=0.686
	Regüle değil	32	4-28	14.78±10.13		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin yatış kan şekeri değerlerinin düzenliliği ile olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteğin puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.570, p=0.561, p=0.325, p=0.538, p=0.386, p>0.05) (Tablo 27).

Tablo 28: Gebelerin Şimdiki Kan Şeker Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Şimdiki Kan				Test	
	Şekerinin Düzeni	n=71	Min-Max	X±Sd	Değeri	p
ÖBGÖ	Regüle	46	66-140	127.02±12.36	Z:-0.205	p=0.838
	Regüle Değil	25	108-140	129.08±7.16		
SDÖ	Regüle	46	36-84	67.06±15.87	Z:-1.109	p=0.267
	Regüle Değil	25	36-84	64.12±14.38		
SDÖ Aile	Regüle	46	4-28	26.97±3.81	Z:-0.438	p=0.661
	Regüle Değil	25	22-28	27.64±1.25		
SDÖ	Regüle	46	4-28	22.91±7.85	Z:-0.225	p=0.822
Arkadaş	Regüle Değil	25	4-28	23.4±6.72		
SDÖ Özel	Regüle	46	4-28	17.17±10.95	Z:-1.838	p=0.066
	Regüle Değil	25	4-28	13±9.68		
<i>Mann Whitney Test</i>		<i>p<0.05</i>				

Gebelerin şimdiki kan şeker değerlerinin düzenliliği ile olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.838, p=0.267, p=0.661, p=0.822, p=0.066, p>0.05) (Tablo 28).

Tablo 29: Gebelerin Genel Kan Şekeri Değerlerinin Düzenliliği ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Genel Kan			Test		
	Şekerinin Düzeni	n=71	Min-Max	X±Sd	Değeri	p
ÖBGÖ	Regüle	38	66-140	127.65±12.58	Z:-0.508	p=0.611
	Regüle Değil	33	104-140	127.84±8.51		
SDÖ	Regüle	38	36-84	67.21±15.96	Z:-0.981	p=0.327
	Regüle Değil	33	36-84	64.06±14.67		
SDÖ Aile	Regüle	38	19-28	27.34±1.87	Z:-0.448	p=0.654
	Regüle Değil	33	4-28	27.06±4.21		
SDÖ	Regüle	38	4-28	22.52±7.75	Z:-0.867	p=0.386
Arkadaş	Regüle Değil	33	4-28	23.72±7.1		
SDÖ Özel	Regüle	38	4-28	17.34±11.05	Z:-1.657	p=0.097
	Regüle Değil	33	4-28	13.81±9.98		
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin genel kan şekeri değerlerinin düzenliliği ile olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.611, p=0.327, p=0.654, p=0.386, p=0.097, p>0.05) (Tablo 29).

Tablo: 30: Gebelerin Kontrollerinde Gittikleri Yerler ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

Kontrollere		Test				
Gidilen Yer	n=71	Min-Max	X±Sd	Değeri	p	
Hastaneler	67	66-140	127.52±11.00	Z:-0.787	p=0.431	
ÖBGÖ	AÇSAP ve hastaneler	4	125-138	131.50±6.45		
	Hastaneler	67	36-84	65.58±15.44	Z:-1.130	p=0.258
SDÖ	AÇSAP ve hastaneler	4	60-84	73.00±12.80		
	Hastaneler	67	4-28	27.19±3.24	Z:-0.557	p=0.578
SDÖ Aile	AÇSAP ve hastaneler	4	26-28	27.50±1.00		
	Hastaneler	67	4-28	22.79±7.54	Z:-1.916	p=0.055
SDÖ Arkadaş	AÇSAP ve hastaneler	4	28	28±0.00		
	Hastaneler	67	4-28	15.59±10.63	Z:-0.589	p=0.556
SDÖ Özel	AÇSAP ve hastaneler	4	4-28	17.50±9.98		
	Hastaneler	67	4-28	15.59±10.63	Z:-0.589	p=0.556
Mann Whitney Test		p<0.05				

Gebelerin kontrollere gittikleri yerler ile olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.431, p=0.258, p=0.578, p=0.055, p=0.556, p>0.05) (Tablo 30).

SDÖ arkadaş kategorisinde gebelerin kontrollere gittikleri yerler arasında ‘AÇSAP ve hastaneler’ cevabını veren gebelerin, ölçekte verdikleri yanıtların aynı olmasından kaynaklı, toplamda aldıkları puanlar da aynı olmuş ve 28 puan almışlardır (Tablo 30)

Tablo 31: Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Diyabet Tanısı Alıp Almaması Durumu ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	Önceki Gebeliklerde Diyabet Tanısı aldı mı?	n=71	Min-Mak	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Evet	8	108-140	126.62±9.97	Z:-0.610	p=0.542
	Hayır	63	66-140	127.88±10.98		
SDÖ	Evet	8	36-84	63.75±20.48	Z:-0.302	p=0.763
	Hayır	63	36-84	66.28±14.73		
SDÖ Aile	Evet	8	22-28	26.87±2.23	Z:-0.992	p=0.321
	Hayır	63	4-28	27.25±3.27		
SDÖ Arkadaş	Evet	8	4-28	19.37±10.04	Z-1.222	p=0.222
	Hayır	63	4-28	23.55±6.99		
SDÖ Özel	Evet	8	4-28	17.50±11.50	Z:-0.448	p=0.654
	Hayır	63	4-28	15.47±10.61		
<i>Mann Whitney Test</i>		<i>p<0.05</i>				

Önceki gebeliklerinde diyabet tanısı almalarına göre olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.542, p=0.763, p=0.321, p=0.222, p=0.654, p>0.05) (Tablo 31).

Tablo 32: Gebelerin Şu Anda Aldıkları Tedavi ile ÖBGÖ ve SDÖ Puan**Dağılımlarının Karşılaştırılması**

	Şu anki tedavileri	n=71	Min-Max	X±Sd	Test Değeri	p
ÖBGÖ	Diyet	46	66-140	128.58±11.45	Z:-1.411	p=0.158
	Diyet ve İnsülin	25	104-140	126.20±9.53		
SDÖ	Diyet	46	36-84	65.69±14.74	Z:-0.139	p=0.889
	Diyet ve İnsülin	25	36-84	66.56±16.65		
SDÖ Aile	Diyet	46	19-28	27.52±1.53	Z:-0.209	p=0.834
	Diyet ve İnsülin	25	4-28	26.64±4.92		
SDÖ Arkadaş	Diyet	46	4-28	23.13±7.32	Z:-0.083	p=0.933
	Diyet ve İnsülin	25	4-28	23.00±7.76		
SDÖ Özel	Diyet	46	4-28	15.04±10.79	Z:-0.505	p=0.613
	Diyet ve İnsülin	25	4-28	16.92±10.48		
<i>Mann Whitney Test</i>		<i>p<0.05</i>				

Gebelerin şu anda aldıkları tedaviye (diyet ve diyet +insülin) göre olguların öz-bakım gücü ölçeği, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.158, p=0.889, p=0.834, p=0.933, p=0.613, p>0.05) (Tablo 32).

Tablo 33: Gebelerin ÖBGÖ'nün ve SDÖ Korelasyon Katsayısı ve p Değerine Göre Dağılımının İncelenmesi

ÖBGÖ		
	Korelasyon Katsayısı (r)	p
SDÖ	r=0.150	p=0.212
SDÖ Aile	r=0.239	p=0.045
SDÖ Arkadaş	r=0.106	p=0.377
SDÖ Özel	r=0.033	p=0.785
Spearman's Test $p<0.05$		

Öz-bakım gücü ölçeğine göre olguların sosyal destek ölçeği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmazken ($p=0.212$, $r=0.15$; $p=0.377$, $r=0.106$; $p=0.785$, $r=0.033$, $p>0.05$); aile desteği puanlarında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0.045$; $r=0.229$) (Tablo 33). SDÖ aile desteği arttıkça öz-bakım gücü puanı da artmaktadır.

Korelasyon katsayısının yorumu:

r	ilişki
0.00-0.25	çok zayıf
0.26-0.49	zayıf
0.50-0.69	orta
0.70-0.89	yüksek
0.90-1.00	çok yüksek (85).

BÖLÜM V

5.TARTIŞMA

5.1. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Yönelik Bulguların İncelenmesi

Gestasyonel diyabetli gebelerin %40.8'i birinci, %22.5'i ikinci, %19.7'si üçüncü , %16.9'u dört ve üstü gebeliklerini yaşamışlardır. Akbaş'ın çalışmasında gebelerin %28.8'i 1 gebelik, %31.7'si 2 gebelik ve %39.4'ü 3 ve üzerinde gebelik yaşamıştır (14). Er'in çalışmasına göre gebelerin %43'ünün 1. gebeliği, %39.1'inin 2. gebeliği olduğu, % 13.7'sinin 3. gebeliği olduğu, %2.1'inin 4. gebeliği olduğu, %2.1'inin 5 ve üzeri gebeliği olduğu belirlenmiştir (2). Bu çalışmada GDM'li gebelerden alınan sonuç, Er'in çalışmasındaki normal gebelerle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada isteyerek gebe kalanlar %88.7 bulunmuş ve yapılan ankette gebeliğini öğrendiğindeki hislerini ifade eden olgulardan 'olumlu duygular' cevabını verenler %76.0 olarak bulunmuştur. Akbaş'ın çalışmasında gebelerin %75'i isteyerek gebe kaldığını belirtirken, %25'i istemeyerek gebe kaldığını söylemiştir (14). Gözüyeşil ve ark. "Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu Ve Bunu Etkileyen Etmenler" incelendiği çalışmalarında gebelerin %77.9'u isteyerek gebe kaldığını, %22.1'inin istemeyerek gebe kaldığını belirtmiştir (3). Eryılmaz ve ark. "Gebelik Sayısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi'nin" araştırıldığı çalışmalarında, olguların %71.2 gibi büyük bir çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır (19). Bu çalışmanın bulguları GDM'li gebeleri içermekle beraber çalışma literatürdeki sağlıklı gebelerle yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermekte ve daha yüksek oran bulunmaktadır.

Gebelerin %95.8'inin kendi bakımını kendisinin sağlayabildiği ve gebelikte bakıma yardımcı olabilecek kişi varlığı %90.1 olarak bulunmuştur. Gebelerin %40.8'inin gebeliğinde en çok yardımı eşi ve ailesinden gördüğünü, %19.6'sının sadece eşinden yardım gördüğünü, %11.3'ünün ailesinden yardım aldığı (anne, kız kardeş), %9.9'unun ise yardım aldığı kimsenin olmadığı saptanmıştır. Akbaş'ın çalışmasında gebelerin %22.1'inin gebeliği süresince yardım/destek aldığı kimse olmazken, %61.5'inin gebeliği süresince en çok yardımı eşinden, %16.3'ünün aile bireylerinden (anne-kayınvalide-kardeş) aldığı belirlenmiştir (14). Gözüyeşil'in

çalışmasında gebelerin %72.9'unun eşlerinden destek aldıkları bulunmuştur (3). Bu çalışmadaki GDM'li gebelerin bakıma yardımcı olan kişi varlığı Akbaş'ın çalışmasına göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada literatüre göre eş yardımı daha az bulunmuştur. Bunun nedeninin kendi bakımlarını kendilerinin sağlayabiliyor olmaları, eş desteği kategorisinde verilen yanıtların sadece eşe bağlı kalmayarak 'eşim ve ailem', 'eşim ve kayınvalidem' gibi yanıtların çeşitlilik içermesi olabilir.

Anne ve fetus sağlığı açısından gebelikte ortaya çıkabilecek komplikasyonları engellemek için iyi bir glukoz kontrolü gereklidir. Hem pregestasyonel diyabette hem de GDM'de gebelik esnasında ortaya çıkan yüksek kan glukoz düzeyleri perinatal mortalite riskini artırır. Diyabet hastalarında normal popülasyona oranla konjenital malformasyonlar, erken gebelik kaybı, fetal makrozomi, omuz distosisi, preeklampsi, preterm eylem, sezaryenle doğum ve yenidoğanda hem metabolik hem de respiratuar komplikasyonlar daha sık görülmektedir (59). Anne kan glukoz düzeyi ile perinatal morbidite ve mortalite arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Erken gebelik kaybını engellemek için günlük ortalama kan glukoz düzeyini 160mg/dL'nin altında, intrauterin ölümü engellemek için 110mg/dL'nin altında ve makrozomiyi engellemek için ise 100 mg/dL'nin altında tutmak hedeflenmelidir (59). Diyabetin kontrolü için glukozun izlenimi temel bir işlemdir. Genellikle açlık ve bir veya iki öğünden iki saat sonra (postprandial) kan glikoz düzeyinin değerlendirilmesi için haftalık kontrollerin yapılması gerekir. Açlık kan şekeri 105 mg/dL, postprandial kan şekeri 120 mg/dL üzerinde ise insülin tedavisine başlanır (49). Bu çalışmada gestasyonel diyabetli gebelerin %54.9 'unun yatış kan şekeri regüleyken, %64.8'inin şimdiki kan şekerleri regüle ve genel olarak şekerlerine bakıldığında %53.5'lik dilim ise regüledir (Tablo 9). Gebelerin %64.8'i beslenme (diyet) %35.2'si ise beslenme (diyet) ve insülin tedavisi almaktadır. Gebelerin şeker seviyelerinin düzenliliğinin artması diyetlerine dikkat etmelerinden (hastane ortamında diyabetik yemek verilmesinden) ve bir kısmının insülin kullanmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada gebelerin %11.3'ünün daha önceki gebeliklerinde diyabet tanısı aldıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki gestasyonel diyabetli gebelerin %97.2'sinin kontrollere her ay düzenli olarak gittiği saptanmıştır. Turan ve ark. yaptığı çalışmada annelerin %77.1'i düzenli kontrollere gittiği (29); Kılıç ve ark. "Hamile Kadınlarda

Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” konulu çalışmalarında 200 kadından 163’ünün (%81.5) en az 6 kez doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır (28). Turan ve ark. yaptığı çalışmada da belirttiği gibi Özdağ’ın (1995) yaptığı araştırmada yeterli ve düzenli sayıda prenatal bakım alan kadın oranı %63.6 olarak, Erdoğan ve ark. (1992) yaptığı diğer bir araştırmada annelerin %61.5’inin düzenli kontrole gittiği, yine Sözeri ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre gebeliği süresince düzenli doktor kontrolüne giden kadınların oranı %66.1 olarak saptanmıştır (29). TNSA 2008 verilerine göre kadınların %92’si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinden (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (%90) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Bu sonuçlar TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda, doğum öncesi bakım alma oranı %81’den % 92’ye yükselmiştir (30). TNSA 2013 verilerine göre ise kadınların yüzde 97’si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinden (doktor veya hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (yüzde 95) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Bu sonuçlar TNSA-2008 sonuçları ile karşılaştırıldığında, doğum öncesi bakımın kapsamında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Beş yıllık dönem içerisinde, en son doğumda sağlık personelinden doğum öncesi bakım alma oranı yüzde 92’den yüzde 97’ye yükselmiştir (31). Bu çalışmada doğum öncesi bakım hizmeti almanın (Tablo 10) literatüre göre yükseldiğini, bu durumun annelerin eğitim düzeyinin yükseldikçe doğum öncesi hizmet almasının da arttığı ve gebelerin gestasyonel diyabet tanısı almış olmalarından kaynaklı doğum öncesi bakımlarını düzenli bir şekilde takip ettikleri düşünülebilir.

5.2. Gebelerin Öz-Bakım Gücü ve Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Literatürde öz-bakım gücünün, bireyin başarma yeteneğine, öz güvenlerine göre olumlu ya da olumsuz gelişmeler kaydettiği belirtilmiştir. Buna göre bireyin sorunları çözebilme başarısı, bireyin başarma yeteneğine ulaşmasına, uygun deneyimsel, bilişsel ve duygusal gücüne, sorunu çözmek için güdülenmeye, kendini kabullenmeye ve öz güvene ihtiyacı vardır (10,71).

Bu çalışmada gebelerin öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 127.74 ± 10.81 'dir (Tablo 11). Altıparmak'ın Manisa'da yaptığı çalışmada gebelerin öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan 80.3 ± 10.0 (73); Tortumluoğlu ve ark. "Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkisi'ni" araştırdıkları Erzurum'da 80 gebe ile yapılan çalışmalarında 87.1 ± 23.0 (50); Yılmaz ve ark. İstanbul'da yaptığı bir diğer çalışmada ise 92.01 ± 18.9 (11) olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil olan gebelerin öz-bakım gücü puanlarının Manisa, Erzurum ve İstanbul'daki gebelerden daha yüksek olması, Manisa'daki gebelerin eğitim düzeyinin daha düşük, Erzurum'daki gebelerin de yarısından fazlasının (% 58) adolesan gebe olmasından, İstanbul'daki gebelerin ise isteyerek gebe kalma (%69.1) durumunun bu çalışmadan daha az olmasından (%88.7) kaynaklanabilir.

Vırit ve ark. "Gebelikte Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi" isimli çalışmalarında yer alan bilgilere göre sosyal destek, stres olsun ya da olmasın kişinin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkilemektedir ve stres oluşturacak yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır. Birçok çalışmada düşük sosyal destek ve depresyonun, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı ve yeni doğanda çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu ortaya konulmuştur (16).

Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçiş kolaylaştırmaktadır (16). Vırit ve ark. yaptığı çalışmada sosyal destek ölçeği puanı 52.81 ± 13.32 bulunmuş; ölçeğinin alt maddelerinde ise; aile sosyal destek puan ortalaması 16.27 ± 7.96 , arkadaş sosyal destek puan ortalaması 10.88 ± 6.26 , eş sosyal destek puan ortalaması 25.65 ± 4.73 olarak bulunmuştur (16). Okanlı ve ark. "Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkisini" araştırdıkları

çalışmalarında sosyal destek puan ortalamaları ise 13.78 ± 4.1 olarak belirlenmiştir (20). Bingöl ve ark. postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörlerin inceledikleri çalışmalarında, sosyal destek puan ortalamasının 65.39 ± 13.27 (12); Akbaş'ın çalışmasında aile sosyal destek puan ortalamasının 16.27 ± 7.96 , arkadaş sosyal destek puan ortalamasının 10.88 ± 6.26 , eş sosyal destek puan ortalamasının 25.65 ± 4.73 , toplam sosyal destek puan ortalamasının ise 52.81 ± 13.32 olduğu belirlenmiştir (14). Şen ve ark. yaptıkları çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamalarının 50.50 ± 19.00 olduğu saptanmıştır (79). Ölçeğin alt maddelerinde ise; aile sosyal destek puan ortalamasının 17.25 ± 7.71 , arkadaş sosyal destek puan ortalamasının 15.81 ± 8.22 , eş sosyal destek puan ortalamasının 17.43 ± 7.96 olduğu saptanmıştır. Puan ortalamalarına bakıldığında en fazla puan ortalamasının ise eşten algılanan sosyal destek puanına ait olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda kullanılan sosyal destek ölçeği aynı olmasına rağmen örneklem sayısı, özellikleri, araştırmanın yapıldığı yerlerin farklı olması bu sonucu etkilemiş olabilir. Ayrıca “özel bir insan” teriminin Türkiye’de özel bir anlama sahip olması ve kültürel olarak fazla kullanılmayıp bu terimin ölçekte tam olarak hangi anlamda kullanıldığı ve kimleri içerdiği yönündeki kavram karmaşaları nedeniyle gebelerin algıladığı en az ve en fazla sosyal destek puan ortalamaları farklı olmuş olabilir. Ayrıca bazı gebelerin eşlerini “özel bir insan” alt grubunda görmeleri, bazı gebelerin ise eşlerini “aile” alt grubunda görmeleri ve ona göre soruları yanıtlamaları farklılık yaratabilir (80). Bu çalışmada “eşler” genellikle “aile” alt grubunda yer almıştır.

Karataş'ın “Gebelikte Bulantı Kusma İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki”nin araştırıldığı çalışmada gebelerin aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları sırasıyla; 23.26 ± 6.865 , 19.40 ± 9.795 , 14.15 ± 11.843 'dür. Gebelerin algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalaması ise 56.81 ± 20.400 puan olarak bulunmuştur (80). Çetinkaya'nın hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerde yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin incelendiği çalışmada sosyal destek puan ortalaması 55.10 ± 16.15 , aile desteği ortalaması 26.47 ± 3.66 , arkadaş desteği ortalaması 17.107 ± 9.39 ve özel insan desteği puan ortalaması 11.56 ± 9.94 olarak saptanmıştır (82). Puan ortalamalarına bakıldığında bu çalışmada sosyal destek puan ortalaması 66 ± 15.32 ; aile ortalaması 27.21 ± 3.16 ; arkadaş ortalaması 23.08 ± 7.42 ; özel bir insan ortalaması 15.7 ± 10.64 olarak bulunmuştur (Tablo 11). Literatüre göre bu çalışmada sosyal destek puanının daha

yüksek bulunması gebelerin riskli gebelik olarak tanımlanan gestasyonel diyabet tanısı almış olmalarından kaynaklanabilmekte ve Karataş ve Çetinkaya'nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Yaşlarına göre gestasyonel diyabetli gebelerin öz-bakım gücü ve sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tüfekçi ve ark. yaptığı çalışmada annenin yaşı ile kendi öz-bakım gücü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenememiştir ($p>0.05$) (23). Bu çalışmanın bulguları ile uyumludur.

Çalışmada GDM'li gebelerin yaş ortalaması 31.38 ± 5.13 olan gebelerin yaşları arttıkça öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması azalmıştır. Sosyal destek puanında ise yaş arttıkça puan 31-35 yaş arasına kadar artım gösterirken, 36-45 yaş arasında azalmıştır. En yüksek öz-bakım gücü puanını 18-25 yaş grubundaki gebeler (130.11 ± 4.53) alırken, en yüksek sosyal destek puanını 31-35 yaş grubundaki gebeler (67.88 ± 16.03) almıştır (Tablo12). Çalışmada sadece özel birinin varlığında yaş arttıkça puan ortalaması artmıştır (Tablo12). Okanlı ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin yaşları ile sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış; ancak yaş ilerledikçe sosyal destek puanının azaldığı saptanmıştır (20). Çalışma literatürle benzer sonuçlar içermektedir.

Eğitim düzeyine göre olguların öz-bakım gücü puanında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tüfekçi ve ark. yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyleri ile öz-bakım güçleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedenini Tüfekçi ve ark., annelerin öz-bakım güçleri ile ilgili bilgi eksikliklerinden ve genel olarak eğitim seviyelerinin düşük olmasından kaynaklanabileceğini belirtmiştir (23). Öz-bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürebilmek için gerekli temel gereksinimleri gidermeye yönelik öğrenilmiş davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Orem 1995)(72). Eğitim düzeyi düşük olan kadınların yaşamla ilgili temel gereksinimleri karşılamaya ilgili kaygılarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak Özgür ve ark. yaptığı araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe öz bakım gücü azalmıştır (72). Bu çalışmada da lise mezunu gebelerde ilkökul mezunu gebelere göre öz-bakım gücü puanı artmakta fakat üniversite mezunu gebelerde lise mezunu gebelere göre azalmaktadır (Tablo 13). Çalışma literatürle benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırma kapsamına göre eşlerin eğitim durumları sosyal destek yönünden incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), eğitim arttıkça sosyal destek puanının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 14). Yapılan ileri analizde, ilköğretim ile lise mezunu eşlerin ve ilköğretim ile üniversite mezunu eşlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 14). Bu farklılık ilköğretim mezunu eşlerin sosyal destek puanlarının az olmasından ve eğitim arttıkça gestasyonel diyabet tanısı almış olan gebelere eşlerinin desteklerinin hastalığı anlama durumlarının artmasından kaynaklanabilir. Aile desteği ve arkadaş desteğinde eş eğitimi yönünden anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), özel insan desteğinde anlamlı farklılık saptanmış ($p<0.05$), ilköğretim ile üniversite mezunu eşlerin arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Okanlı ve ark. yaptığı çalışmada hem gebelerin hem de eşlerin öğrenim durumları eğitim durumları ile sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal destek puanının yükseldiği belirlenmiştir (20). GDM'li gebelerin olduğu bu çalışma Okanlı ve ark. sağlıklı gebelerde yaptığı çalışmayla benzerlikler göstermektedir.

Çalışma durumuna göre GDM'li gebelerin öz-bakım gücü puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15). Eryılmaz ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin çalışma durumu incelendiğinde %76'sının çalışmadığı, %24'ünün çalıştığı ve çalışanların tümünün memur olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebelerin çalışma durumu ile öz-bakım gücü puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F=17.73$, $p<0.05$). Çalıştığını söyleyen gebelerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (19). Yılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada gebelerin çalışma yaşamında yer almaları ile öz-bakım gücü puanları incelendiğinde; herhangi bir işte çalışan gebelerin öz-bakım gücü puanlarının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (11). GDM'li gebelerin olduğu bu çalışma Yılmaz ve ark. sağlıklı gebelerde yaptıkları çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Arkan ve ark. yaptığı çalışmada çalışan annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek puan ortalamasının (16.56 ± 2.12), çalışmayan annelere göre (14.29 ± 3.25) daha yüksek olduğu saptanmıştır (78). Bu çalışmada da çalışan gebelerin sosyal destek puan ortalaması (71.66 ± 14.55); çalışmayanların puan

ortalamasından (63.1 ± 15.04) daha yüksek olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 14). Çalışan gebelerin arkadaşlarından (25.5 ± 5.62) ve özel birinin varlığından (19.41 ± 9.38) algıladıkları sosyal destek puanı da istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 15). Bu anlamlılık çalışan gebelerin iş hayatında aktif ve sosyal olmaları ve arkadaş çevrelerinin ve güvenebilecekleri kişilerin çalışmayanlara göre daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Eşlerin mesleğine göre olguların öz-bakım gücü ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken ($p > 0.05$), en yüksek puanı (131.2 ± 5.84) memur eşler almıştır (Tablo 16). Bu durum memurların eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Eşlerin mesleğine göre olguların sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0.05$) (Tablo 16), özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0.05$), işçi ve serbest meslekte olanların, işçi ve diğer meslekte olanların, memur ve diğer meslek grubunda olanların özel insan desteği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 16). Bu durum işçilerin özel bir insan desteğinin serbest meslek ve diğer meslek gruplarına göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. En yüksek puanı diğer meslek grubu almış ve bu gruba dahil olan meslekler mühendislik, teknisyen, muhasebeci, müdürlüktür. Bu grupta yer alan müdürlük ve mühendislik özel insan desteği puanını arttırmış olabilir.

Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmaya göre gebelerin içinde yaşadıkları aile tipi ve evlilik süresi öz-bakım gücü puanlarını etkilemediği, fakat evlilik süresi beş yıl ve altında olanların öz-bakım gücü puanları, 6-10 yıl arasında evli olanlardan daha yüksek, 11 yıl ve üzerinde evli olanların öz-bakım gücü puanları ise bu iki gruptan daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (11). Bu çalışmada da evlilik süresi öz-bakım gücü puanlarını etkilememektedir ve en yüksek puanı bir yıllık evli olan gestasyonel diyabetli gbeler almaktadır (Tablo 17). Çalışmanın literatür ile benzer yanları bulunmaktadır.

Gebelik sayısına göre olguların öz-bakım gücü, sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel insan desteği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). İlk gebeliklerde öz-bakım gücü, sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

İlk gebelikte deneyimsiz olma (sosyal destekte aile ve arkadaş desteğini arttırmış olabilir) ve istenen gebeliğin daha yüksek olması puanları yükseltmiş olabilir. Ayrıca kadınların hiç doğum yapmamış olmaktan kaynaklanan ilgi ve heyecan ile öz-bakımlarına daha çok dikkat ettikleri de düşünülebilir. Eryılmaz ve ark. çalışmasında geçirilen gebelik sayısı ve doğum sayısı arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının düştüğünü bulmuşlardır (19). Yılmaz ve ark. çalışmasında ilk gebeliği olan kadınların öz-bakım gücü puanları iki ve üzerinde gebeliği olan kadınlardan ve hiç doğum yapmamış olan kadınların öz-bakım gücü puanları doğum yapmış olanlardan daha fazla olduğunu bulmuşlardır (11). Tortumluoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada öz-bakım gücü puan ortalamaları ile gebelik sayısı ($r=-.100$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (50). GDM'li gebelerle yapılan bu çalışma literatürdeki sağlıklı gebelerle yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir.

Okanlı ve ark. yaptığı çalışmada gebelik sayısı ile sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark önemsizdir. Ancak ilk gebeliklerde sosyal destek puanları yüksek bulunmuştur. İlk gebelik çiftler için genellikle istenen ve beklenen bir durum olduğu için eşin desteği daha fazla olabilir. Bu durum aynı zamanda gebenin aile içindeki konumu ile de yakından ilgilidir (20). GDM'li gebelerle yapılan bu çalışmada gebelik sayısı ile sosyal destek arasında anlamlı fark saptanmamış ve Okanlı ve ark. yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada gebelerin gebelik süreleri ile olguların öz-bakım gücü, sosyal destek ölçeği toplam puanları, sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel insan puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Tortumluoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise gebelerin içinde bulundukları trimesterin öz-bakım gücü ($p<0.05$) puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Gebelerde öz-bakım gücü puan ortalamalarının gebelik döneminin ilerlemesiyle orantılı olarak azaldığı saptanmıştır (50). Bu çalışmada ise gebelerde öz-bakım gücü puan ortalamaları gebelik döneminin ilerlemesiyle orantılı olarak azda olsa artış göstermektedir (Tablo 19). Gestasyonel diyabetli olma bu artışa sebep olmuş olabilir.

Gebeliğin planlanması açısından olguların öz-bakım gücü puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 20). Tortumluoğlu ve ark. çalışmasında da gebelerin öz-bakım gücü puan ortalamalarında gebeliğin istenen gebelik olma ($p>0.05$) durumunun anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Gebeliği istenen (87.69 ± 25.98) ve kısmen istenen gebelik (81.69 ± 23.50) olanların gebeliği istenmeyen gebelik olanlara göre öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (50). Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada isteyerek gebe kalan kadınlar ile istemeden gebe kalan kadınların öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir (11). Pekuslu'nun çalışmasına göre isteyerek gebe kalanların puan ortalamaları 100.62 ± 17.39 ; istemeden gebe kalanların ise 98.42 ± 15.46 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (12). GDM'li gebelerle yapılan bu çalışmada planlı gebelik yapan gebelerin literatürdeki sağlıklı gebelere göre öz-bakım gücü puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Bingöl ve ark. yaptığı çalışmada annenin gebeliği planlama durumu ile algılanan sosyal destek ve postpartum depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Planlayarak gebe kalan annelerin sosyal destek puanlarının (66.64 ± 12.63) daha yüksek olduğu, postpartum depresyon puanlarının (8.53 ± 5.58) daha düşük olduğu saptanmıştır (75). Bu çalışmada ise gebeliği planlama açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gebelikte bakıma yardımcı olabilecek kişilerin varlığı ya da yokluğuna göre GDM'li gebelerin öz- bakım gücü ve aile desteği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken ($p<0.05$); sosyal destek, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 23). Eşlerin de aile kategorisi içinde yer alması, ailenin sosyal destek puanını yükseltmiştir. Bu araştırmada gebelere eşlerin “aile” alt grubu içinde yer aldığı açıklanmıştır ve gebelerin bunu göz önünde bulundurarak soruları yanıtlamaları sağlanmıştır. Bu nedenle bu araştırma sonucunda aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına oranla daha fazla bulunduğu söylenebilir. Gebeliklerinde bakıma yardımcı kişilerin varlığı, gebelerin kendilerine olan güvenini arttırmış ve gebeliklerini rahat geçirmelerine olanak sağlamış; böylece öz- bakım puanlarının yükselmesine neden olmuş olabilir.

Bıçakçı'nın yaptığı çalışmaya göre, kadınların gebelik sürecinde yaşadıkları bulantı-kusma, kabızlık, baş ağrısı, ayak ve bacaklarda şişme, tansiyonda yükselme, bacaklarda kramp, vajinal kanama ve psikolojik sorun yaşama durumu ile annelerin doğum sonrası öz-bakım gücü ve hastane taburculuğuna hazır oluşluk arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)(11). Pekuslu'nun çalışmasına göre loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarına göre aldıkları öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; gebeliğinde problem yaşayanların 99.53 ± 18.59 , yaşamayanların ise 100.61 ± 16.67 puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($t:-0.47$, $p>0.05$)(12). Bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Gebelikte şeker yüksekliği yaşayan GDM'li gebelerin ÖBGP'si 129.34 ± 7.28 , şeker yüksekliği ve gebelik ile ilgili problem yaşayan GDM'li gebelerin puanı 128.10 ± 7.95 ve şeker yüksekliği ve gebelik dışı problem yaşayan GDM'li gebelerin puanları 115.80 ± 30.11 olarak bulunmuş ve literatürdeki sağlıklı gebelere göre puanlar daha yüksek bulunmuştur.

Yatış şekerinin regülasyonuna göre olguların öz-bakım gücü, sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yatış şekeri regüle olmayanlarda öz-bakım gücü ve arkadaş desteği puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Şekeri düzensiz olan olguların bebek sağlığı açısından öz-bakımlarına daha çok özen gösterdikleri düşünülebilir.

Şimdiki şekerin regülasyonuna göre olguların öz-bakım gücü, sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Şimdiki şekeri regüle olmayanlarda öz-bakım gücü, aile desteği ve arkadaş desteği puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 28).

Genel şekerin regülasyonuna göre olguların öz-bakım gücü, sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Genel şekeri regüle olmayanlarda arkadaş desteği puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 29).

Çalışmada öz-bakım gücü ve sosyal destek ölçeği arasındaki ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$); öz bakım gücü ile ailenin desteği arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 33). Aile desteği artarken öz-bakım gücü de artmaktadır. Eşinde aile kategorisi içinde yer alması buna anlamlılık kazandırmıştır.

BÖLÜM VI

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 31.38 ± 5.13 olup, % 12.7'sinin 18-25 yaş grubunda, %36.5'inin 26-30 yaş grubunda, % 25.4'ünün 31-35 yaş grubunda, %25.4'ünün ise 36-45 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumları incelendiğinde % 49.3'ünün ilköğretim, %23.9'unun lise, %26.8'inin ise üniversite mezunu olduğu, gebelerin eşlerinin ise %42.3'ünün ilköğretim, % 32.3'ünün lise ve % 25.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin %33.8'inin çalışmakta olduğu ve eşlerinin tümünün çalıştığı belirlenmiş, eşlerin %46.5'inin işçi, % 14.1'inin memur, %26.7'sinin serbest meslek, %12.7'sinin diğer meslek grubunda çalıştıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunu planlayarak gebe kalanlar (%88.7) oluşturmaktadır. Gebelerin %36.6'sı 2-5 yıllık evli olup %76.1'i gebeliğini öğrendiğinde sevinmiştir.

Gebelerin %95.8'i kendi bakımını kendisi sağlayabiliyorken, %90.1'inin gebelikte bakıma yardımcı olacak kişiler yanında mevcuttur. Gebelerin %40.8'inin eşi ve ailesinden yardım aldığı saptanmıştır.

Gebelerin gebeliklerinde yaşadıkları sorunlar incelendiğinde %40.8'inin kan şekeri yüksekliği, %53.6'sının şeker yüksekliği ve gebelik ile ilgili nedenler (anemi, tansiyon yüksekliği, erken doğum tehdidi, ağrı, bulantı-kusma, düşük tehdidi, kanama, oligohidroamnios, polihidroamnios, bebekte anomali riski, trombositopeni), %5.6'sının şeker yüksekliği ve gebelik dışı nedenler (böbrek problemleri, enfeksiyon) olduğu saptanmıştır.

Gebelerin %11.3'ünün şeker yüksekliği, %54.9'unun gebeliğe bağlı nedenlerden (tansiyon yüksekliği, kanama, erken doğum tehdidi, ağrı, polihidroamnios, kasılma ve açılma, serviks incilmesi, bebek gelişiminin yavaş olması, oligohidroamnios, trombositopeni, anemi, amnion kesesinin açılması, preeklampsi, rutin kontrol için), %22.5'inin doğum için, %1.4'ünün gebelik dışı nedenden (karaciğer enzim yüksekliği), % 9.9'unun sevk edildiği için hastaneye başvurduğu belirlenmiştir.

Gebelerin kontrolleri için %94.4'ünün hastanelere, %5.6'sının aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri ile birlikte hastanelere gittiği belirlenmiştir.

Gebelerin %88.7'sinin önceki gebeliklerinde diyabet tanısı yokken; şimdiki gebeliklerinde gebelerin %64.8'i gestasyonel diyabet tedavisi için diyabetik beslenme, %35.2'si diyabetik beslenme ve insülin tedavisi almaktadır. Şeker düzenliliği incelendiğinde olguların %54.9'unun yatış şekeri, %64.8'inin şimdiki şekeri, %53.5'inin genel şekeri regüledir.

Gebelerin % 87 gibi büyük bir yüzdesinin öz bakım gücü yüksek olarak bulunmuştur. Öz-bakım gücü puan ortalaması 127.74 ± 10.81 ; sosyal destek puan ortalaması 66 ± 15.32 ; aile desteği ortalaması 27.21 ± 3.16 ; arkadaş desteği ortalaması 23.08 ± 7.42 ; özel insan ortalaması 15.7 ± 10.64 olarak bulunmuştur. Ailenin sosyal desteğinin daha yüksek olarak çıkması eşin de aile kategorisi içinde alınmış olmasından olabilir.

Yaş gruplarına göre olguların, öz-bakım gücü ve sosyal destek ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Eğitimlerine göre olgular öz-bakım gücü ve sosyal destek ölçeği ile sosyal destek ölçeğinin alt grupları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur fakat eğitim seviyesi yükseldikçe sosyal destek, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanlarının yükseldiği saptanmıştır (Tablo 13).

Eşlerin eğitim durumu artan olguların sosyal destek ölçeği toplam puanı ve özel insan desteği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$). İlköğretim ile lise mezunu eşler ve ilköğretim ile üniversite mezunu eşlerin eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$)(Tablo 14).

Çalışma durumuna göre olguların öz-bakım gücü puanı ve sosyal destek ölçeği aile desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) fakat, çalışan gebelerin öz bakım gücü puanları çalışmayan gebelerden yüksek bulunmuştur. Çalışan gebelerin sosyal destek ölçeği toplam puanları, arkadaş desteği ve özel insan desteği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$).

Eşlerin mesleğine göre olguların öz-bakım gücü ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken ($p > 0.05$), en yüksek puanı memur eşler almıştır. Bu durum memurların eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Diğer meslek grubunda olan eşlerin özel insan desteği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$). İşçi ile serbest

meslek, işçi ile diğer meslektekiler ve memur ile diğer meslektekilerin puanları istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Planlı yapılan gebelerin hem öz-bakım gücü puan ortalamasını hem de sosyal destek puanları ve sosyal destek alt gruplarının hepsinin puan ortalamasını arttırmıştır.

Bakıma yardımcı kişilerin varlığında öz-bakım gücü ölçeği ve aile desteği ölçeği skorları anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yatış şek kan şekeri regüle olmayanlarda öz-bakım gücü ve arkadaş desteği puan ortalamaları; şimdiki şekeri regüle olmayanlarda öz-bakım gücü, aile desteği ve arkadaş desteği puan ortalamaları; genel şekeri regüle olmayanlarda öz-bakım gücü arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Aile desteği arttıkça öz-bakım gücünün de arttığı pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu araştırmanın sonucunda, gestasyonel diyabet tanısı almış gebelerde; sosyal destek ölçeğinin alt grupları içinde en yüksek puan ortalamasının aile desteğinde, en düşük puan ortalamasının özel insan desteğinde olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda,

➤ Gebelere gestasyonel diyabet hakkında antenatal dönemde bilmesi gereken bilgiler, riskler ve önlemler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından anlatılmalıdır.

➤ Antenatal dönemde özellikle ilk gebeliği olan gestasyonel diyabetli gebelerde, gebelik döneminde bakımına yardımcı kişilerin kimler olduğu (sosyal destek sistemleri) ve gebeye ne gibi destek sağlayacakları değerlendirilmelidir.

➤ Antenatal dönemde gestasyonel diyabetli gebenin sosyal destek sistemleri için gebe ve çevresi ile işbirliği yapılmalı, destek olan güçlerin geliştirilmesi için bireyler yönlendirilmelidir.

➤ Gebenin eşi başta olmak üzere ailesine, gebelikte kadının yaşadığı değişikliklere, gestasyonel diyabet hakkında bilgiye ve bu dönemde desteğe olan ihtiyaçları konusunda eğitim verilerek yeni rollerine uyumu sağlanmalıdır.

➤ Hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile gebelikte öz-bakım ve sosyal destek konusunda bilgilendirilmeleri, antenatal dönemde gestasyonel diyabetli gebelere verdikleri eğitim kapsamında öz-bakım ve sosyal destek sistemlerine yer vermeleri ve daha önce doğum yapmış gebelerin öz-bakım ve sosyal destek faaliyetlerini özenle değerlendirmeleri gerekmektedir.

➤ Gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu yüzden sağlık çalışanları gebelik dönemindeki kontrollerde sadece bebeğin durumunu değil, annenin de ruhsal durumunu değerlendirmeli, müstakbel anneyi etkileyen ve etkileyebilecek durumlarla nasıl başa çıkacağı ve destek sistemlerini arttırmaya ve kaliteli olmasına yönelik çalışmalarda bulunmalıdırlar.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

- (1) Pişirgen T. N. Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011.
- (2) Er S. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
- (3) Gözüyeşil E.Y., Şirin A., Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9).
- (4) Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. On Birinci Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009; 254-261.
- (5) Gilbert E.S., Harmon J.S. Diyabet. Çeviri Editörü Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. İkinci Baskıdan Çeviri. Palme Yayıncılık 2011; 218-267.
- (6) Büyükkayacı N. Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Kayseri, 2010.
- (7) Kozhimannil K.B., Pereira M.A., Harlow B.L. Association Between Diabetes And Perinatal Depression Among Low-Income Mothers. 2009; Jama Feb25 ;301(8):842-7.
- (8) Güleç S. Gebelikte Diabetes Mellitusa Bağlı Ateroskleroz Eğiliminin Araştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Malatya, 2010.
- (9) Selçuk Ş.A. Gebe Kadınlarda Kilo Alım Düzeyinin Gestasyonel Diyabeti Oluşturma Riski Üzerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
- (10) Nahçıvan N.Ö. Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 1993.
- (11) Yılmaz S.D., Beji N.K. Gebelikte Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2010; 20(4).137-138.
- (12) Pekuslu S. (2008). Loğusaların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Davranışlarının ve Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2008.

- (13) Erer M. T. Gebelerin Preeklampsi ve Bakımı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Durumluk Anksiyete Üzerine Etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2004.
- (14) Akbaş E. Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2006.
- (15) Coustan D.R. Pharmacological Management of Gestational Diabetes. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl. 2):206–208.
- (16) Vırt O., Akbaş E., Savaş H. A., Sertbaş G., Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Nöropsikiyatri Arşivi, Gaziantep, 2008; 45;9-10.
- (17) Aksu H., Yurtsev E. Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 50-58.
- (18) Çimen D. Diyabetik Anne Bebeklerinde Sağ ve Sol Ventrikülün Sistolik ve Diyastolik Fonksiyonlarının Geleneksel ve Doku Doppler Yöntemleri İle Ölçümü. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Kardiyoloji Yan Dal Uzmanlık Tezi, Konya, 2009.
- (19) Eryılmaz G., Erci B., Engin R. Gebelik Sayısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2(2):77-78.
- (20) Okanlı A., Tortumluoğlu G., Kırpınar İ. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:99.
- (21) Satman İ., İmamoğlu Ş., Yılmaz C. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 4.Baskı. Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın Tanıtım Ltd. Ştd., Ankara, 2009.
- (22) Göymen A., Altınok T., Uludağ S., Şen C., Öçer F., Uzun H. ve ark. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı Vemtaramasında Maternal Serum Adiponektinin Yeri. Perinatoloji Dergisi 2008; 16(2):49-55.
- (23) Tüfekçi F.G., Arıkan D. Sağlıklı Adölesanların Öz-Bakım Gücü ile Annebabalarının Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması ve Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5(1):46.Erzurum.

- (24) Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.
- (25) Kır E. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2003.
- (26) Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011-2014), Ankara.
- (27) Satman I., Yılmaz T., Şengul A., Salman S., Salman F., Uygur S. et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25:1551-1556.
- (28) Kılıç S., Uçar M., Temir P., Erten Ü., Şahin E., Karaca B. Ve ark. Hamile Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2):91-97.
- (29) Turan T., Ceylan S.S., Teyikçi T. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9):157-169.
- (30) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA-2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2009.
- (31) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (TNSA-2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2014.
- (32) Pamuk S., Arslan H. Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2):24.
- (33) İlhan G.K. Yeni Tanı Konmuş Tip 2 Diyabet Hastalarıyla Kontrollü ve Kontrolsüz Diyabet Hastalarının Homosistein ve HbA1c Düzeylerinin Diyabetin Kronik Komplikasyonlarıyla İlişkisi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Bölümü. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
- (34) Savona C., Ventura. The History Of Diabetes Mellitus-A Maltese Perspective. Malta Limited Edition, 2002.

- (35) Gök D. E. Gestasyonel Diyabetes Mellitus Patogenezinde Visfatin'in Yeri. Gata Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yan Dal Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
- (36) Gürel C. Gestasyonel Diyabet Tanısında Homeostatik İnsülin Sensitivite İndekslerinin Kullanımı Ve Sonuçlarının 100 Gram Oral Glukoz Tolerans Testi İle Karşılaştırılması. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2008.
- (37) Kalın A. Gebelik ve Diyabet Olgularımızın İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- (38) Yatman M. Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Doğum Ağırlığı Üzerinde Maternal Kan ve Umbilikal Kord Kanı Leptin ve İnsülin Düzeyleri Arasındaki İlişki. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, 2006.
- (39) American Diabetes Association. What is gestational diabetes? <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/gestational/what-is-gestational-diabetes.html> Erişim Tarihi: 12.05.2015.
- (40) Türkiye Diyabet Vakfı. Erişim Tarihi: 2.2.2012 <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=3&s=39>.
- (41) Karakurt F., Çarlıoğlu A., Kasapoğlu B., Gümüş İ.İ. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi 2009; 26: 134-138.
- (42) Kaya H. Gebelerde Gestasyonel Diabetes Mellitus Taramasında Bozulmuş Açlık Glukozunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
- (43) Öncül M. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Taramasında Leptin. Oksidatif Stresin Önemi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- (44) Pala H. G. Gestasyonel Diabetes Mellitus Hastalarında ve Normal Glukoz Toleransı Olan Gebelerde Serum Resistin ve Adiponektin Düzeylerinin Klinik Faktörlerle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir, 2009.
- (45) Şen E. Gestasyonel Diyabet Eğitiminin Maternal Sağlık Davranışları, Öz Etkililik Düzeyi ve Neonatal Sonuçlar Üzerindeki Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir, 2011.

- (46) Taşpınar B. Pregestasyonel ve Gestasyonel Diabetes Mellitusda Takip-Tedavi Protokollerimiz ve Maternal-Perinatal Sonuçları. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- (47) Saruhan A., Atan Ş.Ü. Gebelik ve Diyabet. Ege Üniversitesi Hemşirelik Bakım Modülü Ders Notları III.Sınıf, İzmir,2009-2010; 22-24.
- (48) Üstün G.Gestasyonel Diyabeti Olan/Olmayan Kadınların Emzirme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
- (49) Çoban A. Riskli Gebelikler. Şirin A. (Ed). Kavlak O.(Ed Yrd). Kadın Sağlığı. İstanbul: Birinci Baskı, Bedray Basın Yayıncılık; 2008: 549-553.
- (50) Tortumluoğlu G., Okanlı A., Erci B. Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(1); 25-26.
- (51) Aşıcı N. Gestasyonel Diabetes Mellitus'lu Hastaların Tedavisinde Glyburide(=Glibenclamide)Kullanılması ve Sonuçların İnsülinle Tedavi Edilen Hastaların Sonuçları İle Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- (52) Koçak Ö.O. Risk Grubundaki Gebelerde Gestasyonel Diyabetes Mellitus'u Saptamada Tek Aşamalı 75 Gram Oral Glukoz Tolerans Testinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- (53) Demir T. Gestasyonel Diyabet (GDM) Öyküsü Olan Bayanlardaki Subklinik İnflamasyonun ve Endotel Bağımlı Hemostatik Faktörlerin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Ve Metabolizma. Yan Dal Uzmanlık Tezi, İzmir, 2007.
- (54) Kim C., Tabaei B.P., Burke R., Mcewen L.N., Lash R.W., Johnson S.L. Et Al.(2006). Missed Opportunities For Type 2 Diabetes Mellitus Screening Among Women With A History Of Gestational Diabetes Mellitus. Am J Public Health 2006; 96: 1643-1648.
- (55) Seshiah V., Sahay B.K., Das A.K., Shah S., Banerjee S., Rao P.V. et. al. Gestational diabetes mellitus in India. Assoc Physicians India 2004;52:707-11.
- (56) A.D.A. (American Diabetes Association). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2008;31 (Supl 1):12-54.

- (57) American Diabetes Association Position Statement. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 2011; 34(Suppl 1):62-6
- (58) Aladağ H. Gebelik Diyabeti Erken Gebelik Haftalarında Saptanabilir Mi? İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Malatya, 2008.
- (59) Karcaaltıncaba D., Kandemir Ö. Gebelik ve Diyabette İnsulin Tedavisi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2010; 7 (Özel Sayı 1): 29-36.
- (60) Langer O., Conway D.L., Berkus M.D., Xenakis E.M., Gonzales O. A Comparison Of Glyburide And İnsulin İn Women With Gestational Diabetes Mellitus. N Engl J Med, 2000; 343:1134–1138.
- (61) Mecdi M. Gebelikte Gestasyonel Diyabetes Mellitus Gelişen Gebelerin Postpartum Süreçte Diyabet Taramasına Gitmelerini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.
- (62) Bağrıaçık N. Diabetes Mellitus Ve Gebelik. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu, İstanbul; 1997; 131-143.
- (63) İbrahimoğlu L. Diyabet ve Gebelik. Doğum Bilgileri. Nobel Tıp Kitabevleri 2004; 208.
- (64) Metzger B.E., Buchanan T.A., Coustan D.R., Leiva A.D., Dunger D.B., Hadden D.E. et. al. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007; 30(Suppl 2):251-260.
- (65) Şirin A. Gebelikte Diyabet ve Bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21(2):77-78.
- (66) St James P.J., Younger M.D., Hamilton B.D., Waisbren S.E. Unplanned Pregnancies İn Young Women With Diabetes. An Analysis Of Psychosocial Factors. Diabetes Care 1993 Dec; 16(12):1572-1578.
- (67) Altay B, Avcı İ. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36:275-282.
- (68) Ergin A., Hatipoğlu C., Bozkurt A.İ., Bostancı M., Atak B.M., Kısaoğlu S., Parasız S. ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Pamukkale Tıp Dergisi 2011; 4(3):144-151.
- (69) Başer M. Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1): 50-54.

- (70) Bridge J. Cabell S. Herring B. Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. Troy University. Erişim Tarihi:18.1.2012.<http://www.scribd.com/doc/27489441/Dorothea-Orem%E2%80%99s-Self-Care-Deficit-Theory>.
- (71) Bıçakçı H. Doğum Sonrası Annelerin Öz-Bakım Gücünün Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010.
- (72) Özgür G., Yıldırım S., Komutan A. Menopoz Sonrası Kadınların Öz-Bakım Gücü ve Etki Eden Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13 (1).
- (73) Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler. Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5: 416-23.
- (74) Khorshid L., Arslan G.G.(2006). Hemşirelik ve Sosyal Desteğın Önemi. Dirim 2006; 81(1): 182–188.
- (75) Bingöl T.Y., Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10 (3).
- (76) Erdem K. İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2012.
- (77) Eren N. İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğın İnfertilite ile İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
- (78) Arıkan D., Kahriman İ. Yenidoğan Bebeğı Olan Primipar Annelerin Ailelerinden algıladıkları Sosyal Desteğın Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5:1.
- (79) şen S., Cetişli N.E., Saruhan A. (2012). Göçün Gebelikteki Depresyon. Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi. International Journal Of Human Sciences 2012; 9 (2).
- (80) Karataş T. Gebelikte Bulantı Kusma ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.
- (81) Dalak H. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2010.

- (82) Çetinkaya E. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2014.
- (83) Eker D.,Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. Türk Psikiatri Dergisi 2001; 12(1):17-25.
- (84) Zimet G.D., Powel S.S., Farley G.K., Werkman S.,Berkoff K.A. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess,1990; 55: 610-617.
- (85) Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “Spss Uygulamaları”.Üçüncü Baskı.Emek Ofset Ltd. Şti.,2005, Ankara.

EKLER

EK -1 GEBE TANITIM FORMU

I. Bölüm

- 1) Yaşınız (.....)
- 2) Eğitim durumunuz
 - a. Okul bitirmemiş
 - b. İlkokul mezunu
 - c. Ortaokul mezunu
 - d. Lise mezunu
 - e. Üniversite/lisansüstü mezunu
- 3) Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okul bitirmemiş
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Üniversite/lisansüstü mezunu
- 4) Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 5) Eşinizin mesleği.....
- 6) Kaç yıldır evlisiniz?.....

II: Bölüm

- 7) Kaçınıcı gebeliğiniz? (.....)
- 8) Kaç haftalık gebesiniz? (.....)
- 19) Siz ve eşiniz birlikte karar vererek ve isteyerek mi gebe kaldınız?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 10) Gebe olduğunuzu öğrenince neler hissettiniz?
 - a) Çok sevindim
 - b) Korktum
 - c) Şaşırdım
 - d) Üzüldüm

III. Bölüm

11) Kendi bakımınızı kendiniz sağlayabiliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

12) Gebelik döneminde sizin bakımınıza yardımcı olabilecek biri var mı?

- a) Evet b) Hayır

13) Bakımınıza yardımcı olabilecek kişiler kimler?

- a) Eş
b) Aile
c) Eş ve Aile
d) Eş ve Kayınvalide
e) Anne ve Kayınvalide
f) Yardımcı Olan Kişi Yok

IV. Bölüm

14) Gebeliğinizde yaşadığınız sorunlar neler?

.....

15) Hastaneye neden başvurdunuz?

.....

16) Hastaneye yattığınızda şekeriniz kaçtı?

Şimdi ne kadar?

17) Gebeliğinizde düzenli kontrollere gittiniz mi?

- a) Her ay düzenli gittim
b) Toplam üç-beş kez gittim
c) Üç kereden az gittim
d) Hiç gitmedim

18) Gebeliğinizde kontrollere nereye gittiniz?

- a) Hastaneler
b) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP) ve Hastaneler

19) Daha önceki gebeliklerinizde diyabet tanısı aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20) Şu anda şeker hastalığınızla ilgili aldığınız tedavi nedir?

- a) İnsülin
b) Diyabetik Beslenme
c) İnsülin ve diyabetik beslenme

EK 2
ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama : Aşağıda kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse . karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni Hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman . ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakamadığım zaman . yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni Hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularam.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularam.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımı sorumluluğumu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe . daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni Hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
31.Bazen hastalandığımda . rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK-3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan (örneğin: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin: annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 kesinlikle evet



EK-4
ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ'NİN
KULLANIMI İÇİN ON – LİNE İZİN BELGESİ

Ayla Hanım merhabalar.

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kullanabilirsiniz. İlgili dokümanlar ektedir.

Başarı dileklerimle.

--

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Şişli-İstanbul
Tel: 0-212-440 0000 (27058)
E-posta: nursen@istanbul.edu.tr
nnahcivan@gmail.com

Kimden: "ayla avcı atasever" <aylavci29@hotmail.com>

Kime: nnahcivan@gmail.com, nursen@istanbul.edu.tr

Gönderilenler: 14 Mart Çarşamba 2012 18:51:22

Sayın Nursen NAHCIVAN Merhaba.

Ben Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. "Gestasyonel diyabetli gebelerin özbakım gücünün ve sosyal desteklerinin değerlendirilmesi" üzerine tez çalışması yapmak istiyorum. Tez çalışmamı yaparken (tezin bitiminde çalışmamı sizinle paylaşmak üzere) izniniz olursa. tarafınızdan Türk toplumuna uyarlanan. geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan "Öz Bakım Gücü Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Yardımlarınız ve görüşleriniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ayla AVCI ATASEVER
EGE ÜNİVERSİTESİ

EK-5
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN
KULLANIMI İÇİN ON – LİNE İZİN BELGESİ

Re: TEZ ÇASLIŞMASI-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Kimden: **haluk.arkar@ege.edu.tr**

Gönderme tarihi: 15 Mart 2012 Perşembe 09:46:33

Kime: "ayla avcı atasever" (aylavci29@hotmail.com)

> Sayın Atasever.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Doç. Dr. Haluk Arkar

> Sayın Haluk ARKAR Merhaba.

> Ben Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve

> Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim.

> "Gestasyonel diyabetli gebelerin özbakım gücünün ve sosyal desteklerinin

> değerlendirilmesi" üzerine tez çalışması yapmak istiyorum. Tez çalışmamı

> yaparken (tezin bitiminde çalışmamı sizinle paylaşmak üzere) izniniz

> olursa. tarafınızdan Türk toplumuna uyarlanması.ölçek faktör yapısı.

> geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal

> Destek Ölçeği'ni kullanmak istiyorum.Yardımlarınız ve görüşleriniz için

> şimdiden teşekkür ederim.

>

> Ayla AVCI ATASEVER

> EGE ÜNİVERSİTESİ

>

EGE ÜNİVERSİTESİ

EK-6

**EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ
YÖNETİMİ İZİN BELGESİ**

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-1680 -9330
KONU: Tez çalışması Hk.

04.07/2012

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 1265 sayılı ve 22.06.2012 tarihli yazınız.

Fakülteniz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Ümran SEVİL sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Ayla AVCI ATASEVER'in "Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz Bakım Gücünün ve Sosyal Desteklerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını 01 Ağustos 2012 – 31 Ocak 2013 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında öğretim üyelerinden Doç.Dr.Murat ULUKUŞ danışmanlığında yapmaları uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK: Kadın Sağlığı ve Hastalıklarından gelen 1367 sayı ve 04.07.2012 tarihli yazı.

EK-7

**EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM ANABİLİM DALI İZİN BELGESİ**

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

SAYI : B.30.2.EGE.020.10.07/1067

Bornova/İZMİR
07/07/2012

KONU : Tez Çalışması Hk.

Ege Üniversitesi
Hastanesi Başhekimliği'ne;
(Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi)

İlgi: 28.06.2012 tarih ve B.30.2.EGE.0.AJ.73.01/H-1635 sy.yz.k.
Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Ümran SEVİL sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi
Ayla AVCI ATASEVER'in "Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz Bakım Gücünün ve Sosyal
Desteklerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını 01.08.2012 – 31.01.2013 tarihleri
arasında Anabilim Dalımız öğretim üyelerinden Doç.Dr.Murat ULUKUŞ danışmanlığında
yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr.Niyazi AŞKAR
Kadın Hast.ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

EK-8
EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL
ETİK KURULU KARARI



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2012-51
KONU :Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
07.06.2012

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Ayla A. ATASEVER ve Prof.Dr.Ümran SEVİL'in sorumluluğunda Ağustos 2012 – Ocak 2013 tarihleri arasında yapılması planlanan “Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz Bakım Gücünün ve Sosyal Desteklerinin Değerlendirilmesi” konulu araştırması 07.06.2012 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Ümran SEVİL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK-9
EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM
KURULU KARARI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/ 1184
KONU : Ayla AVCI ATASEVER

30.05/2012

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Ayla AVCI ATASEVER'in tez konusunun "Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz Bakım Gücünün ve Sosyal Desteklerin Değerlendirilmesi" olarak belirlenmesi olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 24.05.2012 tarih ve 13/19 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür V.

ÖZGEÇMİŞ

29 Mart 1986 yılında İzmir’de doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2005 – 2009 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksekokulu’nda lisans eğitimini tamamladı. Ağustos 2009’da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi’nde, Ekim-Aralık 2012 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi’nde hemşire olarak görev yaptı. Halen Göğüs Cerrahisi Servisi’nde çalışmaktadır. 2010-2011 öğretim yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisan programına başladı ve lisansüstü eğitimine devam etmektedir.

e-mail adresi: aylavci29@hotmail.com