



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS (GDM)'LU
KADINLARIN GEBELİĞE UYUMLARININ BELİRLENMESİ**

GÜLŞAH KAVRAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Gülşah KAVRAZ TOSUN
Tez Başlığı : Gestasyonel Diabetes Mellitus(GDM)'lu Kadınların Gebeliğe Uyumlarının Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 15.08.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Kurumu

İstanbul Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16.08./2018 tarih ve 2018./32 - 29 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gülşah KAVRAZ



Her zaman her koşulda yanımda olan annem ve ablama ithaf ediyorum.



TEŐEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca her tűrlű yardım, bilgi ve desteęini benden esirgemeyen, ilgi, bilgi ve sabırla bana yol gűsteren çok deęerli hocam ve tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ baőta olmak űzere;

Tez çalıőmamın istatistik analizlerinde bana yardımcı olan sevgili hocam Prof. Dr. Ergűl ASLAN'a,

Tűm hayatım boyunca beni hep destekleyen, yanımda olan, sevgilerini yűreęimde hissettięim deęerli annem Selma STOLZENBURG, ablam Gűlin TOSUN ve kız kardeőim Sezgi SERDAROęLU'na

Desteğini, yardımını ve sevgisini eksik etmeyen yol arkadaőım Volkan KAVRAZ'a

İyi gűnde kűtű gűnde bu yola birlikte baőladıęım ve birlikte devam ettięim can arkadaőım Merve AKSOY ve bu sűrete her zaman yanımda olan Ali AKSOY'a

Ve yardımları için tűm katılımcılara,

Sonsuz Teőekkűr Ederim...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜRLER.....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
4. GENEL BİLGİLER.....	12
4.1.Gestasyonel Diyabetes Mellitus.....	12
4.1.1. Tanımı.....	12
4.1.2. Etiyoloji.....	13
4.1.3. Prevelans.....	13
4.1.4. Tarama.....	14
4.1.5. Tanı.....	14
4.1.6. Risk Faktörü.....	16
4.1.7. Maternal, Fetal Ve Neonatal Etkileri.....	17
4.1.8. Tedavi.....	18
4.1.9. Hemşirelik Bakımı.....	18
4.2.Gebeliğe Uyum.....	19
4.2.1. Uyumu Etkileyen Faktörler.....	21
4.2.2. Annelik Rolü.....	22
4.2.3. Trimesterlere Göre Gebeliğe Uyum.....	24
4.2.4. Hemşirelik Bakımı.....	25

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
5.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	28
5.2.Araştırmanın Yeri.....	28
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
5.4.Verilerin Toplanması.....	28
5.5.Veri Toplama Araçları.....	28
5.5.1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu.....	29
5.5.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ).....	29
5.5.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ).....	30
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
6. BULGULAR.....	32
7. TARTIŞMA.....	59
7.1.Gebelerin Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
7.2.PKDÖ Toplam ve Altı Boyut Puanlarının Tartışılması.....	64
7.3.DASÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Tartışılması.....	67
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
9. KAYNAKÇA.....	81
10. EKLER.....	98
11. ETİK KURUL ONAYI.....	105
12. ÖZGEÇMİŞ.....	106

KISALTMALAR VE SİMGELER

- ACOG:** Amerikan Jinekologlar Ve Obstetrisyenler Birliği (American Congress OF Obstetricians and Gynecologists)
- ADA:** Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
- BAE:** Beck Anksiyete Envanteri
- BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği
- DASÖ:** Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (Depression, Anxiety, Stress Scale)
- DKE:** Durumluluk Kaygı Envanteri
- DKÖ:** Durumluluk Kaygı Düzeyi Ölçeği
- DM:** Diyabetes Mellitus
- EADMS:** Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (CES-D: The Centerfor Epidemiologic Studies Depression Scale)
- EDSDÖ:** Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği
- FIGO:** Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
- GDM:** Gebelikte Diyabetes Mellitus
- GYT:** Glikoz Yükleme Testi
- HAD:** Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği
- NICE:** İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (The National Institute for Health and Care Excellence)
- OGTT:** Oral Glikoz Tarama Testi
- PKDÖ:** Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (Prenatal Self Evaluation Questionnaire)
- PRIME-MD:** Primary Care Evaluation Of Mental Disorders
- SKÖ:** Sürekli Kaygı Ölçeği
- SPSS:** Statistical Package For Social Sciences
- TEMD:** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
- THSK:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- WHO:** Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 6-1: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	32
Tablo 6-2:GDM’li Gebelerin Ve Sağlıklı Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	35
Tablo 6-3: Gebelik Döneminde Yapılan Uygulamalara İlişkin Verilerin Dağılımı.....	37
Tablo 6-4: Gebelikte Yaşanan Sorunlara İlişkin Verilerin Dağılımı.....	38
Tablo 6-5:GDM’li ve Sağlıklı Gebelerde PKDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	39
Tablo 6-6: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerde DAS Toplam Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	40
Tablo 6-7: PKDÖ alt boyut puanlarının ve DAS ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki.....	41
Tablo 6-8: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin DAS Puanlarına Göre Dağılımları.....	42
Tablo 6-9: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Haftasına Göre DAS Puan Dağılımı.....	43
Tablo 6-10: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Eğitim Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı.....	45
Tablo 6-11: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gelir Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı.....	47
Tablo 6-12: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Öncesi Çalışma Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı.....	48
Tablo 6-13: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı.....	49
Tablo 6-14: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı.....	50

Tablo 6-15: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Düşük Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı.....	52
Tablo 6-16: GDM'live Sağlıklı Gebelerin Canlı Doğum Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı.....	53
Tablo 6-17: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Gebeliğin Planlı Olup Olmamasına Göre DAS Puan Dağılımı.....	54
Tablo 6-18: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Gebeliğin Son Doğum Şekline Göre DAS Puan Dağılımı.....	55
Tablo 6-19: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelikte Uyku Sorunu Varlığına Göre DAS Puan Dağılımı.....	56
Tablo 6-20: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Eğitim Sınıfına Katılımına Göre DAS Puan Dağılımı.....	57
Tablo 6-21: GDM'li Ve Sağlıklı Gebelerin Yaşları İle DAS Puan Aralıklarının Karşılaştırılması.....	58

1. ÖZET

GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS (GDM)'LU KADINLARIN GEBELİĞE UYUMLARININ BELİRLENMESİ

Çalışmamız gestasyonel diyabetli kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızın örneklemini 15.12.2015- 15.03.2016 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe izlem polikliniğine başvuran 200 gestasyonel diyabetli, 200 sağlıklı gebe oluşturmuştur.

Veriler sosyo-demografik bilgi toplama formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ) 400 gebe kadına uygulanarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılan gestasyonel diyabetli gebelerin yaş ortalaması $29,24 \pm 5,56$, sağlıklı gebelerin yaş ortalaması ise $29,13 \pm 5,71$ yıl olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kadınların çoğunun eğitimi ilköğretim düzeyindeydi. Gestasyonel diyabetli gebelerin %62,5'i, sağlıklı gebelerin %58,5'i ev hanımıydı.

Gestasyonel diyabetli gebeler ve sağlıklı gebelerin obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, gebelikler arası süre, gebeliğin planlı olması, son doğum şekli, planlanan doğum şekli) açısından benzer özellikteydiler. Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik dönemlerinde yaptıkları uygulamalara ilişkin verilerin dağılımında Sağlıklı gebelerde daha fazla kişi, 9 ve üzeri kez kontrole gitmiştir ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,000$).

Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin PKDÖ (Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği) toplam ve alt boyut puanları değerlendirmesinde gestasyonel diyabetli gebelerin "Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" puanı $25,82 \pm 6,15$ ve sağlıklı gebelerin $27,62 \pm 5,99$ olarak saptandı ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının gestasyonel diyabetli gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,003$). Bunun sebebi sağlık problemi olan gestasyonel diyabetli gebelerin bebeği ve kendisinin sağlığı hakkında daha bilinçli olabilmesi ile açıklanabilir.

Gestasyonel diyabetli gebelerin DAS toplam puan ortalaması $34,52 \pm 21,93$ ve sağlıklı gebelerin $30,81 \pm 19,57$ olarak belirlendi. GDM'li gebelerde depresyon puan ortalaması $9,79 \pm 7,93$, anksiyete puan ortalaması $11,29 \pm 7,48$, stres puan ortalaması $13,43 \pm 7,85$ olarak saptandı. Sağlıklı gebelerde DAS ölçeği alp boyut puan ortalamaları; depresyon $8,21 \pm 7,24$, anksiyete $10,06 \pm 6,67$ ve stres $12,53 \pm 7,21$ olarak belirlendi. Araştırmaya katılan gebelerin DAS toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Araştırmaya katılan tüm gebelerde gebelik haftası, yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması ve gebelikte uyku sorunun varlığı depresyon, anksiyete ve stres puanlarını etkileyen faktör olarak belirlendi.

GDM'li gebelerde Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, anksiyete ve stres ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu. Sağlıklı gebelerde ise Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, stres puanı ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu. GDM'li gebelerde depresyon puanı yüksek gebelerin, sağlıklı gebelerde depresyon ve anksiyete puanı yüksek gebelerin gebeliği kabulü daha çok azalmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerin gebeliğe uyum ve depresyon, anksiyete ve stres yönünden değerlendirilmesi, antenatal bakım hizmetlerinin kapsamına alınması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Gestasyonel Diyabet, Gebeliğe Uyum, Gebe

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF PREGNANCY CONDITIONS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS (GDM) 'WOMEN'S WOMEN

Our study was conducted to determine the compliance of pregnant women with diabetes to pregnancy and maternal role. 200 pregnant women with diabetes and 200 healthy pregnant women were enrolled in the study, between 15.12.2015 and 15.03.2016. Zeynep Kamil Women and Children's Hospital, Training and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology.

Data were collected by socio-demographic data collection form, Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) and Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) 400 pregnant women.

The mean age of the participants with gestational diabetes who participated in the study was $29,24 \pm 5,56$ years and the average age of healthy pregnancies was $29,13 \pm 5,71$ years. Most of the women who participated in the research were in the primary education level. 62.5% of the gestational diabetics and 58,5% of the healthy gestations were housewives.

Gestational diabetics and healthy pregnant (number of pregnancies, number of live births, number of living children, number of curettage, number of stillbirths, duration between pregnancies, planned pregnancy, final birth shape, planned birth shape) were similar in their obstetric characteristics. In the distribution of the data related to the practices performed during the pregnancy periods, more people in the healthy pregnancies went to control 9 times and there was a statistically significant difference between the two groups ($p = 0,000$).

In evaluating the total and subscale scores of the Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) gestational diabetic and healthy gestations, scores of "Self and baby's health-related thoughts" of gestational diabetics were found to be $25,82 \pm 6,15$ and healthy pregnancies were $27,62 \pm 5,99$ and gestational diabetes mellitus was found to be higher in the statistically significant than the geographical level ($p=0.003$). Gestational diabetes can be explained by pregnancy related problems including pregnancy related problems and more.

The mean total DAS score of gestational diabetic pregnancies was $34,52 \pm 21,93$ and healthy pregnancies were $30,81 \pm 19,57$. The mean depression score at GDM was $9,79 \pm 7,93$, the anxiety score was $11,29 \pm 7,48$, and the stress score was $13,43 \pm 7,85$. DAS scale in healthy pregnancies mean alp size score; depression was found to be $8,21 \pm 7,24$, anxiety was $10,06 \pm 6,67$ and stress was found to be $12,53 \pm 7,21$. There was no statistically significant difference between DAS total and subscale scores of the participating geese. The gestational week, age, educational status, number of pregnancies, planning of pregnancy and presence of sleep problem in pregnancy were determined as factors affecting depression, anxiety and stress scores in all the participated gynecology.

Predictive self-evaluation scale scores and depression scores were found to be moderately negative at an intermediate level and negative at an anxiety and stress level at GDM. In healthy pregnancies, Prenatal Self-Rating Scale scores were found to be at a moderate level between depression and anxiety scores and at a low level with negative stress scores. The acceptance of pregnancies with high depression score in GDM and depression in healthy pregnancies and pregnancies with high anxiety score is decreased more.

In the light of these results, it is necessary to evaluate the pregnancies in terms of adaptation to pregnancy and depression, anxiety and stress and to be included in antenatal care services.

Key words: Gestational Diabetes Adaptation to pregnancy, Pregnancy

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın başlangıcından bu güne kadar farklı roller üstlenen, toplumun ana ögesi olan kadınlar gebelikle neslin devamlılığını sağlamaktadırlar. Çoğu toplumda erkeğe bağımlı olarak algılanan kadının üstlendiği kabul görülen en önemli rolü anneliktir (1,2,3). Annelik için başlangıç sürecini oluşturan gebelik doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır (1,4). Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına rağmen hemen her toplumda kadınlara gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda baskı yapılarak kadın vücudu için oluşan yük ve stresi arttırmaktadır (2,5).

Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen gebe kadının çevresindeki yakın bireylerde bu olaydan etkilenmektedir (6,7,8). Anne karnındaki bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır (5,9). Gebelik deneyimi, kadının sosyal çevresi tarafından etkilenmekte ve gebenin fiziksel durumu, davranışları, tepkileri içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir (3,10). Eşler toplumunda bir statü elde etmek, bir kaybın yerini doldurmak, cinsel yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilirler (6). Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Bu nedenle gebelik süreci kadın ve ailesi için kriz dönemi olabilmektedir (6,7,10).

Ebeveyn olma insan yaşamında önemli kararlardan biridir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıklarını göstermektedir. Ancak gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolünü kabul etmek daha güç olabilmektedir. Annelik, sosyal rollerle gelişimsel bileşenlerin, davranış ve tavırların bileşimidir. Kadının annelikle ilgili davranışlarını öğrenmesi yani annelik rolünün kazanılması gebe kalmadan önce

başlayarak doğumu takip eden bir yıl içinde gerçekleşmektedir. Annelik rolü kabulü kadın gebe kalmadan önce başlar, doğumu takip eden bir yıl içinde büyük oranda tamamlanır. Zaman, deneyim, annenin sahip olduğu yetenekler ve elde etmek istediği annelik rolünün tanımlamasında, düşüncelerini şekillendirmesinde etkili olabilmektedir. Doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sosyal destek annelik rolünü kabul sürecini etkilemektedir (6,8,9,11). Literatürde yer alan çalışmalarda yaş, doğum sayısı gibi maternal faktörlerin, yeni doğanın sağlıklı olma durumunun ve stres, sosyal destek yetersizliği gibi durumsal faktörlerin annelik rolünü kazanmada etkili olduğu ileri sürülmektedir (7). Lederman tarafından gebeliği kabullenmede zorluk çeken kadınların, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha zor olduğu ve doğuma ilişkin çok fazla korku yaşadığı ifade edilmektedir. Doğru ve yeterli prenatal bakım alan kadınlar, gebeliği daha kısa sürede kabullenmekte, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır (12). Fakat özellikle psikososyal faktörlerin birçoğu hipotez halinde olup kanıtlanmaya gereksinimi vardır. Psikososyal faktörler arasında etkili olabileceği belirtilen gebelik kabulü ve annelik rolü kabulü henüz kanıtlanmamış olan olası faktörlerdir (6,11).

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Kadının kendi yaşam özgeçmişinde anne babası ve ailesiyle ilgili yaşadığı duygular, tutumlar ya da örselenmeler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. İkinci trimesterde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir (9,12,13).

Gebelik dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumun gerekli olduğu önemli bir dönemdir. Annelik, gebelik ve doğumla başlayıp kadın yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Annelik için başlangıç sürecini oluşturan gebelik döneminde yaşanan değişiklikler, kadınların

beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engelleyebilmektedir (6,12,14). Birçok kadın, gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlar. Ancak uyum sağlamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir (6,15).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruh ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Ruh sağlığının iyilik hali içinde olması ise bireyin kendi kendisi ve çevresiyle sürekli denge ve uyum içinde olmasıyla yakından ilgilidir. Ancak bu denge ve uyum katı ya da durağan değil, değişken ve esnek bir yapıya sahiptir. Bireyin içinde bulunduğu aile ortamı, aile bireyleri ile olan ilişkileri, sergilenen tutumlar, kendisine sunulan imkânlar ve bu imkânlardan yararlanma düzeyi onun dünyayı algılayışını, kişiliğini ve genel uyumunu biçimlendirmektedir. Uyum, kişiliğin önemli parçalarından biridir (16).

Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve dünyası ile doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı yöntemler veya süreçler dizisi olarak tanımlanır. İç veya dış her iki gruptaki değişiklerin amacı “doyumlu bir denge” sağlamaktır. Bireyin uyumu ve bunun derecesi birçok nedene bağlıdır. Bireyin çevresinden gelen etmenler olduğu gibi, kendi duyguları, düşünceleri, dürtü ve arzuları gibi birçok iç dinamikleri de uyum sürecini ve düzeyini etkilemektedir. Birey önce kendi bünyesindeki psikolojik, sosyal ve duygusal değişiklikleri anlamalı, kabul etmeli daha sonrada çevresi ile olumlu ve uyumlu ilişkiler kurmalıdır. Bir anlamda uyum, bireyin çevresi ile sağlıklı iletişim kurması ve bunu geliştirip sürdürmesi olarak anlaşılmaktadır (6,7,16,17).

Gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunların anne ve bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile olsa, psikososyal yönden riskli bir dönemdir. Kişilik ve duygu yaşantısı bozuk, yetersiz, bedensel ve ruhsal açıdan çocuksu kadınlarda gebelik süreci daha güç yaşanmaktadır. Yaşanan psikolojik sorunlar gebeliğin evrelerine göre değişiklik gösterebilir. Birinci

trimesterde ambivalan (zıt) duygular yaşanır, sıklıkla hafif düzeyde depresif ruh hali ortaya çıkar. İkinci trimesterde fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Gebelik benimsenmiş olsa bile, duygu ve mizaç değişiklikleri, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da değişiklik, aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk gibi bazı şaşırtıcı değişimler görülebilir. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık gösterir. Bu süreçte kadının daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, korku ve endişelerin makul sınırlarda olması, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Çocuk doğurma ve anne olma, bir kadının önemli özelliklerinden biri olmakla birlikte gebelik sürecinde yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler kadınların beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engellemektedir (2,5,9).

Bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar; anne, çocuk ve aile sağlığı açısından göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Gebelik döneminde ortaya çıkan sorunların büyük bir kısmını önlenilecek faktörler oluşturmaktadır. Bu faktörler arasında aşırı doğurganlık, 19 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler, beslenme, sosyal faktörler, doğum öncesi bakımda yetersizlik ve doğumun sağlık personeli tarafından yaptırılmaması yer almaktadır. Gebelik dönemine yönelik sorunların oluşmasında önemli bir rol oynayan doğum öncesi bakım, sadece sağlık personeli tarafından değil gebenin içinde yaşadığı aile bireyleri tarafından da verilen bir bakım olarak algılanmalıdır. Çünkü bireylerin yaşadığı çevreden aldığı destek ve güven verici tutumlar kişilerarası ilişkilere ve sağlığa olumlu yansımaktadır. 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. 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. Ailenin desteği gebe için daha da önem kazanmakta ve sağlıklı bir gebeliğin devamının sağlanmasında gebe kadar aileye de önemli roller düşmektedir (1,8,9).

Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin, hastalık ve sakatlıklardan uzak olarak en az risk altında geçirilmesi demek gebeliğin en az risk altında olması anlamına gelmektedir. Ancak birçok gebelik ve doğum olumsuz geçse de tüm gebelikler risk altındadır. Gebelik ve doğum tipik olarak eğlenceli ve iyi beklentiler ile dolu fizyolojik bir süreçtir. Bunun yanında anksiyete ve kaygılarla dolu bir süreç de olabilir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Bu nedenle her gebelik potansiyel bir risk oluşturur ve değişik, yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemidir. Her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir. Sosyal destek, ebeveynliğe ve yeni bir bebeğe uyumda kriz bileşenlerinin çarpışmasını azaltabilen bir değişken olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, kişinin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkilemekte ve stres oluşturacak yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır. Sosyal desteğin eşi ve ailesi tarafından verilmesinin yanında, bakım veren sağlık personeli tarafından da verilmesi önemlidir. İnsan yaşamı için son derece mutlu bir olay olarak görülen ebeveynliğe geçiş dönemi, kadın ve erkekler için farklı yaşam deneyimlerini de beraberinde getirmektedir (3,9,10).

Demirbaş ve Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada; kadınların prenatal döneme uyum sağlamasında, sahip oldukları çeşitli sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin etkili olduğu saptanmıştır. Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler eğitimi, çalışması, gelir durumu ve sosyal güvencesidir. Bu özellikler, kadının gebelik ve sonrasında sahip olacağı annelik rolüne uyumunu etkileyen önemli faktörlerdir. Çalışmanın sonucuna göre, gebelerin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça gebeliği ve annelik rolünü daha kolay kabullendiğini, çalışan ve sosyal güvencesi olanların gebeliğe daha kolay uyum sağladığını göstermektedir (12).

Gebelik ve doğum sonrası dönem ise anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiği için sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli dönemlerdir. Kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanabilecek gebelik ve doğum sonrası dönem önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir süreçtir. Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. (18,19,20).

Sağlıklı gebelik ve doğum sonrası dönem için, gebelik süresince kadının bu dönemlerde olabilecek değişikliklere uyumunu sağlamaya yönelik girişimler önem kazanmaktadır. Dinamik değişikliklerin yer aldığı bu dönemlerde bilgi verme, danışmanlık yapma ve ebeveynlerin endişelerini giderme gibi hemşirelik yaklaşımlarının, özellikle doğumdan sonraki üç ayda anneliğe uyum ile bebek bakımı konusunda annenin öz güven geliştirmesinde önem taşımaktadır (10,21,22).

Gebeliği risk altında olan anne, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunları olan bir annedir. Gebeliği riskli hale getiren fizyolojik sorunlar; anne gebe kalmadan önce var olan sorunlar (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi) olabileceği gibi direk olarak gebelikte ortaya çıkan sorunlar da (preeklampsi, eklampsi, kanama, hipertansiyon gibi) olabilir. Prenatal dönem, kadının bedeninde oluşan bir dizi karmaşık fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulduğu bir dönemdir. Bu nedenle gebelik gebe ve ailesi için ciddi biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektirmektedir (3,23).

Doğru ve yeterli prenatal bakım alan kadınlar, gebeliği daha kısa sürede kabullenmekte, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır. Gestasyonel diyabetes mellitus tanısı alan gebenin psikolojik durumu, beslenmesi ve sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte, gebelikteki rahatsızlıklarla baş etmesi güçleşmektedir. Gebelik dönemi boyunca kadınların yaşadığı gebelik sorunlarını

azaltarak gebeliğe uyum sürecinin olumlu etkilenmesinde tüm sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir (12,24,25).

Konu ile ilgili literatürler incelendiğinde prenatal dönemde gebeliğe ve annelik rolüne uyum konusunda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu, gestasyonel diyabet tanısı alan gebelerle herhangi bir çalışma olmadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla gestasyonel diyabetes mellitus tanısı alan kadınların gebeliğe uyumunun değerlendirilmesi ve bu uyumla ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmış ve gebelere sunulan sağlık hizmetinin verimliliği ve etkinliği açısından yararlı olacağı düşünülmüştür.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

4.1.1. Tanımı

Gebeliğin en sık metabolik hastalığı olan gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), ilk kez gebelikte tanısı konulan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan herhangi bir derecedeki glikoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır (26,27). Bu tanım, GDM'yi belirlemeyi kolaylaştırmasına rağmen tanı konulmamış Tip 2 diyabetli vakaları ayırt etmede yetersiz kalmaktadır. GDM genellikle ikinci trimesterde artmış insülin direncinin bir sonucu olarak gebeliğin 24. ve 28. haftaları arasında ortaya çıkar (28,29). Bu nedenle, ilk prenatal vizitte standart kriterlere göre tip 2 diyabet tanısını karşılayan gebelerin GDM yerine tip 2 diyabet olarak tanımlanması önerilmektedir. Bu gelişmeler sonucu GDM “ gebeliğin ikinci ya da üçüncü trimesterinde ortaya çıkan karbonhidrat intoleransı” olarak tanımlanmaktadır (30,31,32).

GDM genellikle doğum sonrası kaybolur ve özellikle doğum sonu kaybolması gebelik öncesi tanı konulmamış tip 2 DM vakalarından ayırımını sağlar (33,34,35). Gebeliğin 24. haftasından sonra insülin direncini arttırmasına bağlı olarak gelişen gebelerde en sık görülen metabolizma bozukluğudur (36,37). Gebeliğin diyabetojenik etkisi olarak adlandırılan bu durumun amacı, fetüs ve plasenta için gerekli enerjinin sağlanabilmesidir. Gebelerin birçoğunda bu durum glikoz-insülin metabolizmasındaki hafif değişikliklerle sağlanabilirken bir kısmında aşikâr diyabete diğer adı ile gestasyonel diyabete (GDM) yol açacak kadar şiddetli olabilmektedir. Türkiye’de 15-75 bin, Dünya’da ise 135 bin gebeliğin komplike olduğu bilinen GDM maternal ve neonatal komplikasyonlarla ilişkilidir (27,38,39). Günümüzde nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve diyabet oranları artmıştır. Birbirini etkileyen bu olaylar sonucunda, gebelikte hiperglisemi prevalansının arttığı ifade edilmektedir (35,40).

4.1.2. Etiyoloji

GDM, gebelikteki hormonal ve metabolik değişiklikler ile tetiklenerek hızla başlayan, tip 2 diyabetin geçici bir formu olarak değerlendirilebilir. Östrojen ve progesteron, insülin salınımı ve periferal glikoz kullanımını arttırıp, I. trimesterde açlık kan glikoz düzeyinin azalmasına neden olur. Gebe kadının plasentasından dolaşımdaki insülinin etkisini bloke eden hormonlar salgılanır ve anne büyüyen fetüsü beslemek için insüline daha da dirençli hale gelir. Sonuç olarak İkinci ve üçüncü trimesterde plasenta hormonlarının yükselmesi ile annenin insülin üretiminin gebelik esnasında, normale göre üç kat veya daha fazla artması gerekir. Maternal pankreatik β hücreleri, artan insülin talebini karşılamaya devam edemezse hiperglisemi ortaya çıkar (32,35,41,42,43).

4.1.3. Prevalans

Gestasyonel diyabetin toplumdaki sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte Türkiye’de değişik yörelerde yapılan çalışmalarda, GDM prevalansı %2,5 ve %9,2 arasında bulunmuştur (44,45,46,47). GDM sıklığı maternal yaş, etnik özellikler ve obeziteyle ilişkili olarak artabilmektedir. Tarama için kullanılan test metotları ve tanı kriterlerinin farklı olması GDM prevalansının değişkenlik göstermesine neden olmaktadır. Ancak, artan ortalama anne yaşı ve ağırlığı nedeniyle GDM prevalansının zaman içinde artış eğiliminde olduğu bilinmektedir. Tüm dünyada diyabetes mellitusda (DM) olduğu gibi GDM sıklığında da yıllar içinde belirgin bir artış olmaktadır (27,35,48,49,50).

4.1.4. Tarama

GDM, yeterli glisemik kontrol sağlanamadığı zaman morbidite ve mortaliteye neden olabilen metabolik bir bozukluktur. Yaklaşık 30 yılı aşkın süren araştırmalara rağmen, GDM’yi taramaya yönelik optimal yaklaşım konusunda bir görüş birliği sağlanamamıştır. İlki 1980 yılında olmak üzere, GDM ile ilgili düzenlenen uluslararası konferanslarda (International Workshop Congress on Gestational Diabetes) GDM tarama ve tedavi protokolleri defalarca görüşülmüş ve

geliştirilmiştir. Gebelerin GDM taraması rutin antenatal bakımın önemli bir parçasıdır (29,41,51,52).

GDM'nin mümkün olduğunca en erken zamanda tanınması ve komplikasyonların önlenmesi önemlidir. Gebelerde GDM'yi tespit etmek için tek ve iki basamaklı olarak yapılan iki ayrı tarama yöntemi bulunmaktadır. GDM için en iyi tarama yöntemi konusunda ulusal ve uluslararası bir fikir birliği yoktur. Dünya'da halen GDM tarama uygulamalarıyla ilgili bir görüş birliği yoktur ve cemiyetler arasında kullanılan eşik değerler bile farklılık göstermektedir (28,29,53).

Gebelikte ilk prenatal vizitte risk faktörleri değerlendirilmeli ve yüksek riskli gebeler taranmalı, standart diyabet tanı kriterlerini karşılayanlar ise, aşikâr diyabet olarak sınıflandırılmalıdır. İlk taramalarda normal kabul edilen gebeler daha sonra gebeliğin 24-28. haftaları arasında Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) ile tekrar taranmalıdır (31,53,54,55).

Ülkemizde DM açısından riskli bir etnik kökene sahip olduğumuz düşünüldüğünde evrensel taramanın, yani tüm gebelerin taranmasının uygun bir yöntem olduğu açıktır. Bu kriterler ışığında İskandinav ülkeleri gibi DM prevalansının düşük olduğu bölgelerde yaşayan, düşük vücut kitle indeksine sahip, 25 yaş altı ve kötü obstetrik öyküsü olmayan gebelerde taramanın gerekli olmadığı düşünülebilir. GDM taramasında yükleme testleri glikoz içeren bir sıvının içilmesi ile yapılmaktadır. Bu testlerinin hiçbirinin maternal veya fetal bir istenmeyen etkisi gösterilmemiştir. Sadece, bazı kadınlar hiperozmolar olan bu içeceği tolere etmekte zorlanabilmekte, bulantı-kusma yaşayabilmektedir (31,55,56).

4.1.5. Tanı

GDM'nin erken tanısı, oluşabilecek fetal ve neonatal komplikasyonları azaltmada ön koşuldur (35,54,57). GDM tanılması tabloda belirtilen iki yöntemden biri ile yapılabilir:

Bir Basamaklı Yaklaşım

75 gr OGTT yapılır, hastanın aç olması gerekir, 1. ve 2. saat plazma glikozu ölçülür. Daha önceden diyabet tanısı almamış kadınlara gebeliğin 24-28. haftaları arasında yapılır.

OGTT 8 saatlik bir açlık sonrası sabah yapılmalıdır.

Ölçülen plazma glikozu değerleri aşağıdaki değerlerden herhangi birine eşit ya da yüksek olduğunda GDM tanısı konur:

- Açlık: 92 mg/dl
- 1. saat: 180 mg/dl
- 2. saat: 153 mg/dl

İki Basamaklı Yaklaşım

1. Adım: 50 gr GYT yapılır (açlık gerektirmez), plazma glukozu 1. saatte ölçülür, daha önceden diyabet tanısı almamış kadınlara gebeliğin 24-28. haftaları arasında yapılır. 1. saat plazma glukozu ≥ 140 mg/dl ise 100 gr OGTT yapılır.

2. Adım: Hasta aç iken 100 gr OGTT yapılır. Ölçülen 4 plazma glikoz değerinin en az ikisi aşağıdaki değerlere eşit ya da yüksek olduğunda GDM tanısı konur.

- Açlık: 95 mg/dl
- 1. saat: 180 mg/dl
- 2. Saat: 155 mg/dl
- 3. Saat: 140 mg/dl (32,35,43,44,54,57)

Bu konuda önde gelen uzmanlar, GDM'nin tanılanmasında farklı tanılama yöntemlerini benimsemişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü – WHO (2013) (58), Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu – FIGO (2015) (37), İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü – NICE (2015) (59), tek basamaklı yaklaşımı; Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyenler Birliği – ACOG (2013) (60), iki basamaklı yaklaşımı önermektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği – TEMD (2018), iki basamaklı yaklaşımın sürdürülmesini önermektedir. ADA (2015),

diyabette tıbbi bakım standartlarında hem tek basamaklı yaklaşımın hem de iki basamaklı yaklaşımın kullanılabilceğini önermektedir (31).

GDM tanısı konduktan sonra diyabetik diyet rejimi başlanmalıdır. Ayrıca tanı konduktan sonra antenatal muayene sayısı artırılır, kendi başına kan şekeri takibi yapması öğretilir, muhtemel farmakolojik tedavi ihtiyacı gözönünde bulundurulur ve ek maternal ve fetal değerlendirme yöntemleri gerekebilir (32,35,54,55,62).

4.1.6. Risk Faktörü

GDM genetik zeminde var olan patolojinin çevresel ve sosyal etkenlerle ortaya çıktığı bir halk sağlığı problemidir (35,63). Gebelerin ilk prenatal vizitte risk faktörleri açısından değerlendirilmeleri önem taşımaktadır. Risk faktörlerinden herhangi birine sahip olan gebelerde GDM gelişme riski artmıştır (31). GDM risk değerlendirmesi ilk prenatal muayenede yapılmalıdır ve gebeler GDM riskine göre aşağıdaki ölçütlere göre 3 gruba ayrılmalıdır:

1. Düşük risk:

- Düşük prevalanslı bir etnik gruba mensup olma
- 1.derece akrabalarında diyabet olmaması
- <25 yaş
- Gebelik öncesi kilosunun normal olması ve gebelikte uygun kilo alma
- Anormal glikoz metabolizması öyküsünün olmaması
- Kötü obstetrik sonuç öyküsünün olmaması
- Öncesinde <4,1 kg bebek doğurulması

2. Orta Risk:

- GDM prevalansı yüksek etnik gruba (İspanyol, Amerikan yerlisi, Uzakdoğulu, Güney Asyalı) ait olma
- Yüksek veya düşük risk grubuna dahil edilemeyenler

3. Yüksek Risk:

- Ciddi obezite
- Tip 2 DM açısından güçlü aile hikayesi
- Bozulmuş glikoz metabolizması veya glikozüri öyküsü
- Fiziksel inaktivite
- Polikistik over sendromu
- Hipertansiyon
- İleri maternal yaş (>25 yaş)
- Öncesinde >4,1 kg bebek doğurulması
- Öncesinde açıklanamayan perinatal kayıp ya da malforme bebek doğurma (28,31,32,35,41,52,54,64)

2.1.7. Maternal, Fetal Ve Neonatal Etkileri

Gebelikte diyabete bağlı olarak hem anne, hem de fetüs birçok risk altındadır. GDM hem anne ve hem fetüs için zararlı olmakta ve beş kat artmış perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu nedenle GDM'nin olası en erken zamanda tanınması ve tedavi edilmesi maternal ve fetal riskleri azaltacaktır (28,65,66).

Sezaryen ile doğum, gebelikte hipertansif hastalıklar (preeklampsi de dahil) gebeliğin ilk 7 haftası spontan abortus, preterm eylem, polihidroamnios, doğum travmaları, postpartum endometrit, yara yeri enfeksiyonu gelişmesi ve maternal mortalite riskine neden olur ve doğumdan sonra tip 2 diyabet gelişme riskini içine alan GDM ile ilişkili durumlar, maternal morbidite insidansını arttırmaktadır (26,33,37).

Ayrıca GDM, makrozomi, omuz distozisi ve diğer doğum travmaları riskini, respiratuvar distress sendromu (RDS), hipokalsemi, polisitemi ve hiperbilirubinemi oranlarını ve perinatal - neonatal morbiditeyi arttırmaktadır (30,33,37,65,67,68).

Gestasyonel diyabetli gebelerin çoğunda doğumdan sonra glikoz metabolizmasında düzelme görülmekle birlikte bu kadınlarda, GDM'nin sonraki

gebeliklerde tekrarlama riski yüksektir (yaklaşık %50); ayrıca ileriki yaşamlarında tip 2 diyabet gelişme riski de %70-80'e kadar varmaktadır (30,35,43,69).

2.1.8. Tedavi

GDM tedavisinde, farmakolojik yöntemlerin ve yaşam biçimi uygulamalarının kullanıldığı ve diyabetin yol açacağı olumsuz sonuçlar üzerinde her iki yöntemin de etkili olabileceği belirtilmektedir (58,70). GDM tanısı alan kadınlarda hemen beslenme ve egzersiz tedavisine başlanması, 1-2 hafta kadının kan glikozu değerlerinin takip edilmesi önerilmektedir (53,71). Sadece gebelik sırasında değil postpartum dönem ve kadın yaşamının ileri dönemleri de düşünüldüğünde, yaşam biçimi değişikliği programlarının farmakolojik tedaviden daha etkili olduğu öne sürülmektedir (28,35,43,72).

Tedavide amaç morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için normale yakın bir metabolik kontrol sağlamaktır. GDM başlangıç tedavisi beslenmenin düzenlenmesi, glikoz monitorizasyonu ve egzersizdir. Eğer hayat tarzı değişiklikleri ile 1-2 hafta içinde glisemik hedefler sağlanamazsa, farmakolojik tedavi başlanır. Tedavinin değerlendirilmesinde kan glikozu monitorizasyonu önemlidir. Üç ana öğünden önce açlık ve sonrası 1.saatte tokluk glikozu ve yatarken yapılan ölçüm ile hastanın kendi kendine glisemik takip yapması önerilir. Bu aşamada sağlık profesyonelleri tarafından verilecek, etkin bir sağlık bakım danışmanlığı kadın için yol gösterici olacaktır. Uygun glisemik hedeflerin tanımlanması amacıyla her gebe için kişiye özel bir tedavi biçiminin oluşturulması, GDM'nin anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesinde kadınların sağlık durumu yönetim programlarına etkin katılımlarının sağlanması gerekmektedir (28,36,73).

2.1.9. Hemşirelik Bakımı

Gestasyonel diyabette hemşirelik bakımının amacı, annede komplikasyon gelişmemesi, gebeliğin sağlıklı yeni doğan ile sonlanması, ailenin bebekle bütünleşmesi olmalıdır. Hemşireler, doğumdan sonra normal glikoz düzeyini sürdürmek ve Tip 2 diyabetes mellitus gelişmesini önlemek için, kan glikozunu

kendi kendine izleme, kapsamlı bir öğün planlaması, düzenli egzersiz, günlük bakım, cinsel yaşam, kontrasepsiyon, başarılı emzirme gibi konularda danışmanlık yapmalı, yaşam stilinde değişiklik yaratmalıdırlar (26,32,35,41).

1. Antepartum Yönetim: Antepartum bakım yönetiminde hemşirenin en önemli hedefi gebelik süresince insülin ve glikozun fizyolojik dengesini sürdürerek, anne-yenidoğan sağlığının en üst düzeyde olmasını sağlamaktır (41). Glikoz takibi, diyet, insülin tedavisi ve egzersizin önemi hakkında eğitimler verilmelidir (28,39,55).
2. İntrapartum Yönetim: İntrapartum değerlendirmenin amacı; doğum sırasında annenin glikojen depoları kullanılıp hipoglisemi oluşacağından, neonatal hipoglisemiyi önlemek ve normal glisemik seviyeyi korumaktır (26,41,74,75).
3. Postpartum Yönetim: GDM'li hastaların gelecekte tip II diyabete yakalanma olasılıkları yüksektir. Bu yüzden bu kişiler doğumdan 6 hafta sonra kan glikoz seviyelerini ölçtürmeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Gebe ve ailenin hastalıkla ilgili duygularını söylemeleri sağlanmalı ve sağlık ekibine başvurulması gerektiği durumlar hakkında bilinçlendirilmelidir. GDM'nin yönetiminde; bebeğin tıbbi durumu, ailenin sosyokültürel özellikleri, psikolojik, ekonomik ve eğitim durumu değerlendirilerek bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı sağlanmalıdır korumaktır (26,41,74,75).

Antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde verilen hemşirelik bakımı ne kadar kusursuz olursa, o kadar GDM'nin prognozu iyi seyredecek ve anne ve bebeğin yaşam kalitesi yükselecektir (36,41).

4.2.Gebeliğe Uyum

Gelişimsel bir kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilen gebelik ve doğum eğlenceli ve iyi beklentiler ile dolu fizyolojik, psikolojik ve sosyal

değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Her kadın için özel ve anlamlı bir dönem olan gebelikte bebeğin dünyaya gelmesi genellikle olumlu ve doyurucu bir yaşantı olsa da gebelik gebe ve ailesi için ciddi biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektirmektedir (3,9). Anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal, duygusal yaşantılar üzerinde önemli yansımalar yaratır (5,9,76).

Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı psikolojik değişiklik yapabileceği belirtilmiştir. Gebelikte meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlığının bozulmasına neden olabilir (12,77,78,79). Kadının yaşam döngüsü içerisinde yaşadığı bu değişimler onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Duygulanım bozuklukları en sık doğurgan çağdaki kadınlarda rastlanırken gebelik ile birlikte bu sıklık daha da artmaktadır. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir (6,15,23,80,81,82).

Gebelik, kadının bir bebeği kendi yaşam alanı içine almasını ve anneliği kabul etmesini sağlayan psikososyal bir geçiş dönemidir. Bu sürece gebe kadının “anneliğe psikososyal uyumu” denir. Bu uyumun belirleyicileri literatürde; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, annenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gösterilmiştir. Gebeliğe uyum sürecinde önemli yer tutan bu özellikleri etkileyebilecek faktörlerin bilinmesi sağlıklı bir gebelik dönemi ve sonrası için kritik önem taşıyabilir (83).

Uyum, bireyin kendi içinde ve çevresinde sürekli karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve dünyası ile doyumlu bir denge sürdürebilme çabasında kullandığı

yöntemler veya süreçler dizisi olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Ruh sağlığının iyilik hali içinde olması ise bireyin kendi kendisi ve çevresiyle sürekli denge ve uyum içinde olmasıyla yakından ilgilidir. Kişiliğin önemli parçalarından biri olan uyum, genelde bireyin hem kendisi hem de çevresi ile iyi ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilme derecesidir (7,16,23,84). Gebeye uygun bir destek sağlanmadığında yeni duruma uyum yapmada sorunlar yaşanabilmekte, fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Sistemlerdeki hızlı değişimler ve hormonların ani değişiminin yanında gebenin içinde bulunduğu fiziksel sorunlar, gebe ve eşin yeni dönemdeki değişimlere uyum sağlayamamasına neden olabilmektedir (7).

Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile olsa, psikososyal yönden riskli bir dönemdir. Gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunların anne ve bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir (9,85,86).

4.2.1. Uyum Etkileyen Faktörler

Kadınlar, gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleme, üzerinde aşırı bir yük hissi gibi olumsuz ruhsal duygulanımlar ve duygusal dalgalanmaların da yaşanabileceği bir uyum dönemi olarak da görülmektedir (4,9,87,88,89). Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık gösterir. Bu süreçte kadının daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, korku ve endişelerin makul sınırlarda olması, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Çocuk doğurma ve anne olma, bir kadının önemli özelliklerinden biri olmakla birlikte gebelik sürecinde yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler kadınların beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek bu dönemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini engellemektedir (5,8,10,12).

Bazı kadınlar gebelik döneminde gelişen psikolojik değişikliklere kolaylıkla uyum sağlanırken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Bu ruhsal sorunlar gebeliğin farklı dönemlerinde çelişki, belirsizlik, içe dönüklük, pasif kişilik, bağımlılık, korku, kaygı gibi psikolojik değişiklikler şeklinde ortaya çıkmaktadır (90,91).

Gebeliğin istenip istenmemesi, eş ve yakınlarının desteği, ekonomik durum, gebenin daha önceki gebelikleri ile ilgili deneyimleri, çocuk sayısı, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumu, yaşam koşulları, kaygı seviyesi, aile içi şiddet, eğitim durumu, çalışıyor ise iş ortamı, gebelik öncesi psikolojik rahatsızlığının olması, annenin yaşı, kişiliği, benlik kavramı, sağlık durumu, sağlığı algılayışı, çocuğuna bağlanma durumu, çocuğun babasıyla olan ilişkisi, gebeliğin planlı olup olmaması gibi nitelikler annelik rolüne uyumu ve annelik rol başarımını etkileyen etmenlerdir (20,87,92,93,94).

4.2.2. Annelik Rolü

Annelik, sosyal rollerle gelişimsel bileşenlerin, davranış ve tavırların bileşimidir. Bir kadının annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanan “annelik rolü” nün kazanılması gebe kalmadan önce başlayıp doğumu takip eden bir yıl içinde gerçekleşmektedir. Zaman, deneyim, annenin sahip olduğu yetenekler ve elde etmek istediği annelik rolünün tanımlamasında, düşüncelerini şekillendirmesinde etkili olabilmektedir (6,9,24,84).

Doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sosyal destek annelik rolünü kabul sürecini etkilemektedir. Psikososyal faktörler arasında etkili olabileceği belirtilen gebelik kabulü ve annelik rolü kabulü henüz kanıtlanmamış olan olası faktörlerdir. Annenin bebek sahibi olmadan önce annelik rolünü benimsemesi doğum sonrası uyumu da kolaylaştıran bir etkendir (6,10,24,84,86).

Annelik rolünün kazanılması doğan her çocukla birlikte ortaya çıkar ve dört safhada gerçekleşmektedir (6,9,24,92,93,94,95,96,97);

- Birinci safha: Gebelikte ortaya çıkan ve gebeliğe uyumun psikolojik ve sosyal başlangıcını içine alan “geleceğe hazırlanma” safhasında kadın, anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Özellikle kendi annesi “nasıl bir annelik” sorusunun cevabı için iyi bir örnektir. Gebelikte ortaya çıkan ve gebeliğe uyumun psikolojik ve sosyal başlangıcını içine alan “geleceğe hazırlanma” safhasında kadın, anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Özellikle kendi annesi “nasıl bir annelik” sorusunun cevabı için iyi bir örnektir.

- Formal-biçimsel safha: Bebeğin doğumu ile başlar. Anne, rol modellerin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır. Bu evrede annenin bebek bakımını gerçekleştirirken, kendi bakımını sağlaması da önemlidir. Bebeğin doğumu ile başlar. Anne, rol modellerin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır. Bu evrede annenin bebek bakımını gerçekleştirirken, kendi bakımını sağlaması da önemlidir.

- İnfomal safha: Kadın anneliğe ilişkin formal evrede yaşadıkları ve ileriye yönelik hedefleri doğrultusunda, yeni rolünü uygular yani kendi seçeneklerini ya da kendi annelik stilini geliştirmeye başlar ve nasıl bir anne rolü sergileyeceğini gözden geçirir. Kadın anneliğe ilişkin formal evrede yaşadıkları ve ileriye yönelik hedefleri doğrultusunda, yeni rolünü uygular yani kendi seçeneklerini ya da kendi annelik stilini geliştirmeye başlar ve nasıl bir anne rolü sergileyeceğini gözden geçirir.

- Kişisel safha: Annelik rolü kazanılmıştır. Anne artık bir anne olarak rahattır ve bu konuda kendi fikirlerine ve davranışlarına sahiptir. Anne-bebek ilişkisinin keyfini çıkartmayı öğrenmiştir.

İnsan yaşamında yetişkinlik dönemi için gerçekleştirilmesi beklenen aile kurma, çocuk sahibi olma ve çocuk yetiştirme ilk sıralarda sayılan önemli gelişim görevlerindedir. Kadının gebeliği, gebelik rolünü, fetüsü ve annelik rolünü

kabullenmesi ve uyum sağlaması gebelik boyunca gelişerek devam eden dinamik bir süreçtir (12,98,99,100).

Lederman, gebelikte kadınların deneyimlediği anneliğe geçiş sürecine ilişkin yedi psikososyal değişken tanımlamıştır. Bu yedi boyut; kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğuma hazırlık, doğum korkusu, gebenin kendi annesi ile olan ilişkisi ve eş ilişkisi olarak belirtilmiştir (11,24).

4.2.3. Trimesterlere Göre Gebeliğe Uyum

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir (77,84,101).

Birinci trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Yani kadın “Ben gebeyim” cümlesini rahatlıkla ifade edebilmelidir (9,94). Birinci trimesterde, halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı, kusma gibi fizyolojik değişimler ile birlikte gebeliğe ilişkin ambivalan duygular yaşanmaktadır (102). Sıklıkla hafif düzeyde depresif ruh hali ortaya çıkar. Kadının yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağladığı dönemdir (16). Gebelik benimsenmiş olsa bile bu dönemde aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık veya coşku şeklinde ortaya çıkan duygulanımda ani ve nedensiz değişimler ortaya çıkabilmektedir (16). Gebelerde uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı ve konsantrasyon güçlüğü, hafif düzeyde depresif ruh hali görülebilmektedir (1,103). İlk trimesterde gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde olan gebelerde uyum sürecinin daha olumlu olduğu belirtilmektedir (9,104).

İkinci trimester fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. İkinci trimesterde fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev, bir önceki

dönemde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmesidir (87,105). Ebeveynler tarafından genellikle mutlu dönem olarak algılanmaktadır. Gebe kadın çocuğunun durumu üzerine odaklanmakta ve bebeği kabul etme düşünceleri içerisinde (106,107). İkinci trimesterde gebe kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşamaktadır (108). İlk aylarda soyut olan fetüs varlığı, anne tarafından fetüs hareketlerinin hissedilmesi, ultrasonografide görüntülenmesi ve kalp seslerinin duyulması ile somut bir kavrama dönüşmektedir (19,21). Fetüs hareketlerinin başlaması ile anne, bebeğini farklı bir varlık olarak kabul etmeye başlamakta ve fetüs ile anne arasındaki biyolojik bağ derinleşmektedir (16). Bunu “bir bebek sahibi olacağım” ifadesiyle özetlemek mümkündür (86,94,109).

Üçüncü trimester ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Gebe kadının doğum ve bebek için hazırlıkları artmaktadır. Fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu nedeniyle gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanma gereksinimi ortaya çıkar (5,110). Kadının bu dönemdeki gelişimsel görevleri, annelik rolünü algılamaya başlaması ve “bir anne olacağım” diyebilmesidir. Bu dönemde gebe kadın bebeğin odasını hazırlar, giysilerini alır, bebek için isim seçer ve doğum hakkında bilgi arayış içerisinde girmektedir (105,111).

4.2.4. Hemşirelik Bakımı

Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin gebelik psikolojisi ve gebelik esnasında görülebilen psikiyatrik bozukluklar hakkında bilgi sahibi olması, gebelikteki psikososyal reaksiyonların önlenmesi, tanınması, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönlerinden önem taşımaktadır (112). Gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal

sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır (12,113).

Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı değişimlere uyum sağlarken, bazı kadınlarda farklı düzeylerde duygulanım bozuklukları ortaya çıkabilmekte, gebelik kadın ve ailesi için kriz dönemi olabilmektedir (81).

Görüldüğü gibi gebelik, insan yaşamında özellikle kadınların hayatında önemli bir dönüm noktasıdır. Gebelik ve doğum ile birlikte tüm yaşamı değişen kadının, eski rollerinin yanında yeni rollere sahip olduğu, bir canlının yaşam sorumluluğunu üstlendiği tartışılmaz bir gerçektir. Gebelikten itibaren kadın, aynı anda hem kendi sorumluluğunu hem de bebeğin sorumluluğunu taşımaya çalışmaktadır. Gebelik döneminde ve sonrasında kadınların normal yaşantılarını dengeli ve uyumlu bir şekilde sürdürebilmeleri ve annelik rolünün gereklerini yerine getirebilmeleri için kişisel, sosyal ve psikolojik uyumlarının yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de kadınlar gebelik döneminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle bazı uyum problemleri yaşayabilmektedirler. Bu uyum sorunları bazen kadın tarafından yakın çevreye davranışlarla yansıtılmakta ve gebe kadının ailesini de etkilemektedir. Prenatal dönemde fark edilemeyen ve başa çıkılamayan uyum sorunları kadının eşi, akrabaları ve yakın çevresindeki arkadaşları ile olan iletişimini ve yaşam düzenini bozmakta, hatta annenin psikososyal uyumunu ve bebeğe verilen bakım kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Gebelikte kadının yeni rollere, sosyal statüsüne ve sorumluluklara uyumu ile ilgili neredeyse hiç girişim planlanmamakta, bu uyum tamamen kadının kendisine bırakılmaktadır. Kadınların rollerinin gerektirdiği görev ve sorumlulukları gerçekleştirebilmesinde rolünü kavraması, uyum sağlaması ve başarması için etkili olan faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken tanınması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Gebelik döneminde meydana gelen değişikliklere psikososyal uyumun sağlanması, gebe kadın ve ailesine sağlık ekibi üyeleri tarafından verilen bütüncül yaklaşımli bakım hizmetleri ile mümkün olmaktadır (9,12,20,86,114).

Kadınların hem gebeliğe hem de anneliğe uyum sağlamasında etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken tanınarak gereken önlemlerin alınmasında, hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler planlayacakları önleyici uygulamalarla gebeliği kabullenmeyi sağlayarak uyum sorunlarını engelleyebilirler. Hemşireler aile bireylerine yapacakları eğitimler ile ihtiyaç duyulan yeterli desteğin aile bireylerinden almasını sağlayabilirler (9,12,115).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma gestasyonel diyabetli kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu değerlendirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

İstanbul ili Üsküdar ilçesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'nde 15.12.2015- 15.03.2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Üsküdar ilçesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'ne 15.12.2015- 15.03.2016 tarihleri arasında başvuran kadınlar oluşturmaktadır.

Çalışmanın yapılacağı gebe izlem polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, gebelik haftasının 24 hafta ve üzeri gebelik haftasında olan, rastgele örnekleme yöntemi ile 200 gestasyonel diyabet tanısı olan gebe ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 200 sağlıklı gebe araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın gebe izlem polikliniğinde gerçekleştirilebilmesi için hastane yönetiminden izin alındı. Alınan izinler doğrultusunda veriler gebelerle karşılıklı görüşme yöntemi ile elde edildi. Çalışma öncesi gebelere açıklama yapılarak sözel bilgilendirilmiş onamları alındı. Katılımcılara elde edilen verilerin gizli tutulacağı konusunda güvence verildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Toplama formu, Prenatal Kendini Değerlendirme ölçeği ve Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası formları kullanıldı.

3.5.1. Sosyo- Demografik Bilgi Toplama Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür çalışması yapılarak hazırlanan ve gebelerin sosyo-demografik/obstetrik özelliklerini belirleyen tanıtıcı bilgi formu, toplam 39 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu ve sosyal güvence durumunu içeren sorulardan, obstetrik özellikler kısmı ise; gebeliğin istenme durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (Ek-2)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla Laderman tarafından 1979 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. 2006 yılında Beydağ ve Mete tarafından yapılan Türkçe uyarlaması ile çalışmaya katılan gebelerin gebeliğe uyumları değerlendirildi.

Gebelerin, gebeliğe ve anneliğe uyumlarını değerlendiren ölçek 4'lü likert tipi olup 7 alt boyut ve 79 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır.

Ölçekteki her madde "1"den "4" e (4:çok fazla tanımlıyor, 3: kısmen tanımlıyor, 2: biraz tanımlıyor, 1: hiç tanımlamıyor) kadar değişen puanların sonuçlarına göre değerlendirilir. Ter yönlü maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde değerlendirilir.

En az 79 en fazla 316 puan alınabilen ölçekte düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu, yüksek puanlar ise bu uyumun düşük olduğunu göstermektedir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinin madde sayısı, soru numaraları, alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3-1: PKDÖ ve Alt Ölçekler Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51, 57,63,68,71,	10-40
Gebeliğin kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62, 66,69,74,76,77,79	14-56
Annelik rolünün kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45, 46,50,54,67,73,75,78,	15-60
Doğuma hazır oluş	10	7,13,24,25,26,38, 47,48,56,72	10-40
Doğum korkusu	10	8,11,15,18,27,39, 49,52,53,64	10-40
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	14,20,21,28,31,37, 44,55,59,65	10-40
Eşi ile ilişkisinin durumu	10	4,5,10,23,35,36, 40,43,60,70	10-40
Toplam Ölçek	79		79-316

3.5.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (Ek-3)

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği anksiyete ve depresyonun anlaşılması ve ayrıştırılmasına yardımcı olmak ve bu üç yapının farklılaşmasında güçlüklerle neden olan maddeleri ölçekten çıkarmak amacıyla 1995 yılında Lavibond ve Lavidond tarafından geliştirilmiştir. Depresyon ve anksiyete yapılarını ölçmek üzere yapılandırılırken faktör analizi sürecinde gerginlik ve aşırı uyarılmayı karakterize eden üçüncü yapı stres elde edilmiştir.

Bu üç yapıyı klinik ve klinik olmayan popülasyonda tek bir ölçme aracıyla değerlendirme imkânı sağlayan Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği'nde toplam 42 madde bulunmaktadır. 14'ünü depresyon, 14'ünü anksiyete ve 14'ünü stres boyutları

oluşmaktadır. 0: bana hiç uygun değil, 1: bana biraz uygun, 2: bana genellikle uygun ve 3: bana tamamen uygun, şeklinde 4'lü likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2007'de Çetin ve Akın tarafından yapılan ölçek çalışmamıza katılan tüm gebelere uygulandı. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğu anlamına gelmektedir. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için en az "0", en çok "42" olmak üzere değişmektedir. Depresyon, anksiyete ve stres ölçeğinin alınabilecek puanlar doğrultusunda değerlendirilme ölçütleri tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3-2: DASÖ ve Alt Ölçekler Alınabilecek Puanlar

DEPRESYON	ANKSİYETE	STRES
0-9 NORMAL	0-7 NORMAL	0-14 NORMAL
10-13 HAFİF	8-9 HAFİF	15-18 HAFİF
14-20 ORTA	10-14 ORTA	19-25 ORTA
21-27 İLERİ	15-19 İLERİ	26-33 İLERİ
28+ ÇOK İLERİ	20+ ÇOK İLERİ	34+ ÇOK İLERİ

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından incelenip kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara geçirilerek dökümleri yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 versiyon (Statistical Package For Social Science Version 22.0) programı ile yapıldı. Verilerin analizinde ki kare (x^2), Mann Whitney U analizi, T Test kullanıldı ve $p<0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan sağlıklı ve gestasyonel diyabet tanısı alan gebelerden elde edilen veriler doğrultusunda sosyodemografik, obstetrik, son gebelik özellikleri, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Skalasına ait bulgular sunulmuştur. Bu çalışmanın amacı gestasyonel diyabetes mellitus tanısı alan kadınların gebeliğe uyumunun değerlendirilmesi ve bu uyumla ilişkili faktörleri belirlemektir.

Tablo 6-1: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

	GDM’li Gebe n=200		Sağlıklı Gebe n=200		Test Değeri
	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		
Yaş	29,24±5,565		29,02±5,718		U=19419,0* z=-,503 p=0,615
	n	%	n	%	
Eğitim					
- İlköğretim	79	39,5	77	38,5	x ² =0,295 df=2 p=0,863
- Lise	57	28,5	54	27,0	
- Üniversite Ve Üstü	64	32,0	69	34,5	
Meslek					
- Ev Hanımı	125	62,5	117	58,5	x ² =1,037 df:3 p:0,792
- Memur	41	20,5	49	24,5	
- İşçi	14	7,0	13	6,5	
- Serbest Meslek	20	10,0	21	10,5	
Eş Eğitim					
- İlköğretim	65	32,5	60	30,0	x ² =0,366 df=2 p=0,833
- Lise	62	31,0	62	31,0	
- Üniversite Ve Üstü	73	36,5	78	39,0	
Eş Meslek					
- Memur	46	23,0	53	26,5	x ² =0,949 df=2 p=0,622
- İşçi	43	21,5	37	18,5	
- Serbest Meslek	111	55,5	110	55,5	
Sağlık Güvencesi					
- Yok	15	7,5	12	6,0	x ² =1,432 df=2 p=0,489
- Yeşil Kart	6	3,0	3	1,5	
- SGK	179	89,5	185	92,5	
Gelir Durumu					
- Gelir Giderden Az	44	22,0	45	22,5	x ² =0,025 df=2 p:0,988
- Gelir Gider Eşit	118	59,0	118	59,0	
- Gelir Giderden Fazla	38	19,0	37	18,5	
Aile Tipi					
- Çekirdek Aile	155	77,5	158	79,0	x ² =0,132 df=1 p=0,716
- Geniş Aile	45	22,5	42	21,0	
Gebelikte Çalışma Durumu					
- Evet	49	24,5	58	29,0	x ² =1,033 df=1 p=0,309
- Hayır	151	75,5	142	71,0	

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 6-1’de kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Gestasyonel diyabetli gebelerin yaş ortalaması $29,24 \pm 5,565$, sağlıklı gebelerin yaş ortalaması ise $29,13 \pm 5,718$ olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,615$).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun eğitimi ilköğretim düzeyindeydi. Gestasyonel diyabetli gebelerin %39,5’i ve sağlıklı gebelerin %38,5’i ilköğretim mezunuydu. Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin sırasıyla %28,5’inin ve %27,0’ının eğitimi lise düzeyindeydi. Gestasyonel diyabetli gebelerin %32,0’ı, sağlıklı gebelerin %34,5’i üniversite ve üzeri eğitim düzeyindeydi. Gebelerin eğitim düzeyi açısından aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ($p=0,863$).

Gebelerin büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu saptandı. Gestasyonel diyabetli gebelerin %62,5’i, sağlıklı gebelerin %58,5’i ev hanımıydı. Gestasyonel gebelerin %20,5’i memur, %7,0’ı işçi ve %10,0’ı serbest meslek sahibi, sağlıklı gebelerde ise %24,5’i memur, %6,5’i işçi, %10,5’i serbest meslek sahibidir. Gebelerin meslek durumları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,792$).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,833$). Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin eşlerinin eğitim durumu sırasıyla %32,5 ve %30,0 ilköğretim, %31,0 ve %31,0 lise, %36,5 ve %39,0 üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu görüldü.

Eşlerin meslek durumuna bakıldığında her iki grupta da eşler %55,5 ile serbest meslek sahibiydi. Gestasyonel diyabetli gebelerin eşleri %23,0’ı memur, %21,5’i işçi, sağlıklı gebelerin eşleri de %26,5’i memur, %18,5’i işçi olarak çalışmaktaydı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,622$).

Sırasıyla gestasyonel diyabetli gebelerin %7,5'inin, sağlıklı gebelerin %6,0'ının sağlık güvencesinin olmadığı, %3,0'ı ve %1,5'inin yeşil kart olduğu görüldü. Her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olduğu (gestasyonel diyabetli gebelerin %89,5'inin, sağlıklı gebelerin %92,5'inin) ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p=0,489).

Kadınların gelir durumlarına bakıldığında, gestasyonel diyabetli gebelerin %22,0'mının gelirin giderinden az, %59,0'ının gelirin giderine eşit olduğu, %19,0'ının gelirin giderinden fazla olduğu saptandı. Sağlıklı gebelerde ise %22,5'inin gelirin giderinden az, %59,0'ının gelirin giderine eşit olduğu, %18,5'inin gelirin giderinden fazla olduğu saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,988).

Gestasyonel diyabetli gebelerin ve sağlıklı gebelerin aile tiplerine bakıldığında sırasıyla %77,5 ve %79,0'ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %22,5 ve %21,0'ının geniş aile yapısına sahip olduğu görüldü ve aralarında anlamlı istatistiksel bir farklılık görülmedi (p=0,716).

Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli gebelerin %24,5'i gebelikte çalışırken %75,5'i gebelikte çalışmamaktaydı. Sağlıklı gebelerde ise %29,0'ı çalışırken %71,0'ı gebelikte çalışmamaktaydı. Her iki grup arasında gebelikte çalışma durumları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p=0,309).

Tablo 6-2: GDM’li Gebelerin Ve Sağlıklı Gebelerin Obstetrik Özellikleri

	GDM’li Gebe (n=200) $\bar{x} \pm SD$		Sağlıklı Gebe (n=200) $\bar{x} \pm SD$		Mann-Whitney U Testi
Gebelik Sayısı	2,11±1,167		2,00±1,36		U=18973,500 z=-,944 p= 0,808
Canlı Doğum Sayısı	1,70±0,795		1,65±0,744		U=3656,000 z=-,235 p=0,915
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,70±0,814		1,63±0,754		U=3425,000 z=-,451 p=0,916
Düşük Sayısı	1,48±0,763		1,44±0,752		U=1411,500 z=-,331 p=0,987
Kürtaj Sayısı	1,53±0,513		1,40±0,503		U=166,000 z=-,781 p=0,429
Ölü Doğum Sayısı	1,43±0,535		1,14±0,378		U=17,500 z=-1,140 p=0,237
	n	%	n	%	Test Değeri
Gebelikler Arası Süre					$\chi^2=3,483$ df=1 p=0,062
- 24 Ay Ve Altı	10	8,9	3	2,9	
- 25 Ay Ve Üzeri	102	91,1	101	97,1	
Gebeliğin Planlı Olması					$\chi^2=0,051$ df=1 p=0,821
- Evet	146	73,0	148	74,0	
- Hayır	54	27,0	52	26,0	
Son Doğum Şekli					$\chi^2=0,238$ df=2 p=0,842
- NSD	54	49,5	55	52,9	
- CSD	55	50,5	49	47,1	
Planlanan Doğum Şekli					$\chi^2=0,986$ df=1 p=0,321
- NSD	124	66,3	135	71,1	
- CSD	63	33,7	55	28,9	

Tablo 6-2’de araştırma katılan gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Gestasyonel diyabetli gebelerin ortalama gebelik sayısı 2,11±1,167 ve sağlıklı gebelerin ortalama gebelik sayısı 2,00±1,36’dır. Kadınların gebelik sayıları bakımından aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p=0,062).

GDM’li ve sağlıklı gebelerin canlı doğum sayısı sırasıyla 1,70±0,795 ve 1,65±0,744’dü ve her iki grup arasında istatistiksel bir fark yoktu (p=0,915).

Araştırmaya katılan kadınların yaşayan ocuk sayılarına bakıldığında gestasyonel diyabetli gebelerin ortalama $1,70\pm0,814$ iken sağlıklı gebelerde bu ortalama $1,63\pm0,754$ olarak hesaplandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p=0,916).

Kadınların düşük (p=0,987), kürtaj (p=0,429) ve ölü doğum sayıları (p=0,237) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. İki gebelik arası süre gestasyonel diyabetli gebelerin %91,1'inde, sağlıklı gebelerin %97,1'inde 25 ay ve üzeridir ve aralarında istatistiksel açıdan fark yoktur (p=0,062). Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğu gebeliğini planlamışlardır. Kadınların bir önceki doğum şekli %51,2'sinin normal spontan doğum, %48,8'inin sezaryen doğumdur ve gebelerin %68,7'si normal spontan doğum yapmayı, %31,3' sezaryen ile doğum yapmayı planladıklarını bildirdi (p=0,321). Gestasyonel diyabetli gebelerin ve sağlıklı gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında aralarında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptandı.

Tablo 6-3: Gebelik Döneminde Yapılan Uygulamalara İlişkin Verilerin Dağılımı

	GDM'li Gebe		Sağlıklı Gebe		Test Değeri
	n	%	n	%	
Gebelikte İlaç Kullanımı					$\chi^2=0,107$ df=1 p=0,744
- Evet	141	70,5	138	69,0	
- Hayır	59	29,5	62	31,0	
Gebelikte Egzersiz Yapma					$\chi^2=0,803$ df=1 p=0,370
- Evet	51	25,5	59	29,5	
- Hayır	149	74,5	141	70,5	
Gebelikte Kontrol Sayısı					$\chi^2=16,741$ df=2 p=0,000
- 1-4 Kez	33	17,2	8	4,2	
- 5-8 Kez	65	33,9	71	37,6	
- 9 Ve Üzeri	94	49,0	110	58,2	
Düzenli Kontrol					$\chi^2=0,506$ df=1 p=0,477
- Evet	182	94,8	182	96,3	
- Hayır	10	5,2	7	3,7	
Gebe Eğitim Sınıfına Katılım					$\chi^2=1,721$ df=1 p=0,190
- Evet	40	20,0	51	25,5	
- Hayır	160	80,0	149	74,5	

Tablo 6-3'de araştırmaya katılan gebelerin, gebelik dönemlerinde yaptıkları uygulamalara ilişkin verilerin dağılımı görülmektedir. Gestasyonel diyabetli gebelerin %70,5'i ilaç kullanırken %29,5'i ilaç kullanmamaktaydı. Sağlıklı gebelerde ise %69,0'ı ilaç kullanırken, %31,0'ı gebeliği süresince ilaç kullanmamaktaydı. Her iki grup arasında istatistiksel açıdan bir fark yoktu (p=0,744).

Araştırmaya katılan gebelere, gebelikte egzersiz yapma (p=0,370) ve gebe eğitim sınıfına katılımları (p=0,190) sorulduğunda, çoğunluğu hayır şeklinde yanıtladı ve her iki grup arasında istatistiksel fark belirlenmedi.

Gestasyonel diyabetli gebelerin 9 ve üzeri kez kontrole gitmesi %49,0 iken sağlıklı gebelerde %58,2'dir. 5-8 kez kontrole gitme gestasyonel diyabetli gebelerde %33,9 iken sağlıklı gebelerde %37,62'dir. 1-4 kez kontrole gitme oranları ise sırasıyla %17,2 ve %4,2 olup kontrole gitme sayısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,000). Sağlıklı gebelerde daha fazla kişi, 9 ve üzeri kez kontrole gitmiştir.

Gebelerin düzenli kontrole gitme oranlarında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p=0,477).

Gestasyonel diyabetli gebelerin %20,0'ı sağlıklı gebelerin %25,5'i gebe eğitim sınıfına katılmıştı ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,190).

Tablo 6-4: Gebelikte Yaşanan Sorunlara İlişkin Verilerin Dağılımı

	GDM'li n=200		Sağlıklı Gebe n=200		Test Değeri
	n	%	n	%	
Gebelikte Sağlık Değerlendirme					
- Çok İyi	22	11,0	23	11,5	$\chi^2=0,025$ df=2 p=0,987
- İyi	163	81,5	162	81,0	
- Kötü	15	7,5	15	7,5	
Gebelikte Uyku Düzenliliği					
- Evet	112	56,0	118	59,0	$\chi^2=0,368$ df=1 p=0,544
- Hayır	88	44,0	82	41,0	
Gebelikte Uyku Sorunu					
- Var	116	58,0	106	53,0	$\chi^2=1,012$ df=1 p=0,314
- Yok	84	42,0	94	47,0	
Gebelikte Sigara Kullanımı					
- Evet	20	10,0	13	6,5	$\chi^2=1,618$ df=1 p=0,203
- Hayır	180	90,0	187	93,5	
Gebelikte Eşle Sorun					
- Evet	5	2,5	5	2,5	$\chi^2=0,000$ df=1 p=1,000
- Hayır	195	97,5	195	97,5	
Gebelikte Cinsel Sorun					
- Evet	12	6,0	7	3,5	$\chi^2=1,381$ df=1 p=0,240
- Hayır	188	94,0	193	96,5	

Tablo 6-4'de gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin gebelikte yaşadıkları sorunlara ilişkin verilerin dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu;

- Gebelikte sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir.
- Gebelerin yarısından fazlası uykularının düzenli olduğunu ancak uyku sorunu olduğunu bildirdi.
- Gebelerin %91,8'i sigara kullanmadıklarını söyledi.
- Gebelerin büyük çoğunluğu eşle sorun ya da cinsel sorun belirtmedi.

Gebelikte yaşanan sorunlara ilişkin elde edilen verilerin dağılımına bakıldığında gestasyonel diyabetli olan gebelerle, sağlıklı gebeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlemlenmedi.

Tablo 6-5: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerde PKDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PKDÖ	GDM’li (n=200)	Sağlıklı Gebe (n=200)	Mann-Whitney U Testi
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	25,82±6,15	27,62±5,99	U=16582,5 z=-2,960 p=0,003
Gebeliğin kabulü	46,01±7,20	47,29±6,52	U=18133,0 z=-1,617 p=0,106
Annelik rolünün kabulü	49,00±6,99	49,98±6,61	U=18467,0 z=-1,328 p=0,184
Doğuma hazır oluş	31,27±4,19	31,52±4,21	U=19154,5 z=-0,733 p=0,463
Doğum korkusu	28,67±4,42	29,33±4,59	U=18165,0 z=-1,591 p=0,112
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	33,34±5,38	33,59±5,02	U=19705,0 z=-0,255 p=0,798
Eşi ile ilişkisinin durumu	33,46±4,96	33,87±4,67	U=19197,0 z=-6,966 p=0,486
PKDÖ Toplam	247,58±29,15	253,22±27,60	U=17802,0 z=-1,901 p=0,570

Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin PKDÖ (Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği) toplam ve alt boyut puanları Tablo 6-5’de yer almaktadır. Gestasyonel diyabetli gebelerin “Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” puanı 25,82±6,15 ve sağlıklı gebelerin 27,62±5,99 olarak saptandı ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasınının gestasyonel diyabetli gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p=0,003). Diğer alt boyut puanları arasında araştırmaya katılan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan gebelerin PKDÖ ölçeği toplam puanları incelendiğinde gestasyonel gebelerin 247,58±29,15 iken sağlıklı gebelerin 253,22±27,60 olarak belirlendi. Gruplar arasında PKDÖ ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,570).

Tablo 6-6: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerde DAS Toplam Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

DAS	GDM'li n=200	Sağlıklı Gebe n=200	Mann-Whitney U Testi
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Depresyon	9,79±7,93	8,21±7,24	U=17742,0 z=-1,957 p=0,065
Anksiyete	11,29±7,48	10,06±6,67	U=18231,0 z=-1,532 p=0,125
Stres	13,43±7,85	12,53±7,21	U=18667,0 z=-1,15 p=0,248
DAS Toplam	34,52±21,93	30,81±19,57	U=18100,5 z=-1,643 p=0,100

Tablo 6-6'da, gestasyonel diyabetli gebelerin ve sağlıklı gebelerin DAS (Depresyon, Anksiyete, Stres) toplam ve alt boyut puanları yer almaktadır. Gestasyonel diyabetli gebelerin DAS toplam puan ortalaması 34,52±21,93 ve sağlıklı gebelerin 30,81±19,57 olarak belirlendi. Araştırmaya katılan gebelerin DAS toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,100).

Tablo 6-7: PKDÖ alt boyut puanlarının ve DAS ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki

		GDM'li Gebe				Sağlıklı Gebe			
		DEPRESYON	ANKSIYETE	STRES	TOPLAM	DEPRESYON	ANKSIYETE	STRES	TOPLAM
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	r	-,511	-,613	-,404	-,437	-,530	-,471	-,419	-,505
Gebeliğin kabulü	r	-,563	-,445	-,347	-,474	-,573	-,412	-,366	-,484
Annelik rolünün kabulü	r	-,543	-,413	-,336	-,451	-,498	-,326	-,281	-,394
Doğuma hazır oluş	r	-,319	-,286	-,262	-,304	-,354	-,287	-,273	-,331
Doğum korkusu	r	-,408	-,386	-,374	-,412	-,420	-,425	-,409	-,458
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	r	-,314	-,284	-,220	-,287	-,292	-,204	-,204	-,252
Eşi ile ilişkisinin durumu	r	-,534	-,449	-,384	-,476	-,467	-,335	-,305	-,393
Toplam	r	-,614	-,503	-,431	-,541	-,613	-,471	-,453	-,552

p<0,005

GDM'li gebelerde Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, anksiyete ve stres ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu. Sağlıklı gebede ise Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, stres ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu. Gebelerin depresyon, anksiyete ve stres puanı arttıkça, gebeliğe uyum düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 6-8: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin DAS Puanlarına Göre Dağılımları

DAS TOPLAM		GDM’li Gebe		Sağlıklı Gebe	
		n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	115	57.5	139	69.5
	10-13 Hafif	22	11.0	20	10.0
	14-20 Orta	37	18.5	26	13.0
	21-27 İleri	22	11.0	12	6.0
	28+ Çok İleri	4	2.0	3	1.5
	Test Değeri	x ² =7,235 df=3 p=0,065			
Anksiyete	0-7 Normal	73	36.5	85	42.5
	8-9 Hafif	26	13.0	26	13.0
	10-14 Orta	41	20.5	45	22.5
	15-19 İleri	28	14.0	22	11.0
	20+ Çok İleri	32	16.0	22	11.0
	Test Değeri	x ² =3,669 df=4 p=0,453			
Stres	0-14 Normal	117	58.5	131	65.5
	15-18 Hafif	37	18.5	32	16.0
	19-25 Orta	33	16.5	28	14.0
	26-33 İleri Ve Çok İleri	13	6.5	9	4.5
	Test Değeri	x ² =2,290 df=3 p=0,514			

Tablo 6-8’de; araştırmaya katılan bütün gestasyonel diyabeti olan ve sağlıklı gebelerin toplam DAS alt boyut puanlarına göre karşılaştırması sunuldu.

Araştırmaya katılan gebelerin depresyon (p=0,065), anksiyete (p=0,453) ve stres (p=0,514) puanlarına bakıldığında, gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmedi.

Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin çoğunluğunun depresyon ve stres puanları açısından normal sınırlarda olduğu belirlendi. Anksiyete puanları incelendiğinde, orta ve üzeri düzeyde puan alan gestasyonel diyabetli gebe oranı %50,5, sağlıklı gebe oranı ise %43,5 idi.

Tablo 6-9: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Haftasına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Gebelik Haftası				Sağlıklı Gebe Gebelik Haftası			
		14-27 GH		28-40 GH		14-27 GH		28-40 GH	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	44	44	71	71	61	61	78	78
	10-13 Hafif	15	15	7	7	14	14	6	6
	14-20 Orta	22	22	15	15	15	15	11	11
	21-27 İleri Ve Çok İleri	19	19	7	7	10	10	5	5
	Test Değeri	x ² =16,111 df=3 p=0,001				x ² =7,561 df=3 p=0,056			
Anksiyete	0-7 Normal	31	31	42	42	36	36	49	49
	8-9 Hafif	9	9	17	17	11	11	15	15
	10-14 Orta	21	21	20	20	25	25	20	20
	15-19 İleri	17	17	11	11	14	14	8	8
	20+ Çok İleri	22	22	10	10	14	14	8	8
	Test Değeri	x ² =9,929 df=4 p=0,042				x ² =6,432 df=4 p=0,169			
Stres	0-14 Normal	52	52	65	65	61	61	70	70
	15-18 Hafif	18	18	19	19	18	18	14	14
	19-25 Orta	21	21	12	12	17	17	11	11
	26-33 İleri Ve Çok İleri	9	9	4	4	4	4	5	5
	Test Değeri	x ² =5,849 df=3 p=0,119				x ² =2,515 df=3 p=0,473			

Tablo 6-9’da; gestasyonel diyabeti olan ve sağlıklı gebelerin gebelik haftasına göre DAS, alt ölçek boyutlarına ilişkin puan aralıklarının karşılaştırılması görülmektedir. GDM’li gebelerde 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin %44’ü normal puana sahipken, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %71’i 0-9 normal depresyon puanına sahipti. Sağlıklı gebelerde ise 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin %61’ü normal puana sahipken, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %78’i 0-9 normal depresyon puanına sahipti. GDM’li gebelerde 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin %31’inin, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %42’sinin anksiyete puanı normal sınırlar (0-7 normal) aralığındaydı. Sağlıklı gebelerde ise 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin %36’sının, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %49’unun anksiyete puanı normal sınırlar (0-7 normal) aralığındaydı. GDM’li gebelerde 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin %52’sinin, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %65’inin stres puanı normal sınırlar (0-14 normal) aralığındaydı. Sağlıklı gebelerde ise 14-27 gebelik haftasında olan gebelerin

%61'inin, 28-40 gebelik haftasında olan gebelerin %70'inin stres puanı normal sınırlar (0-14 normal) aralığındaydı.

Gestasyonel diyabeti olan gebelerde DAS alt ölçek boyut puanları ile gebelik haftası karşılaştırılmasına bakıldığında, stres puanları açısından farklılık belirlenmezken, depresyon ve anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi. GDM'li ve 14-27 gebelik haftasında olan kadınlar orta ve ileri düzey depresyon puanına daha fazla sahiptirler. Anksiyete puanları açısından da 14-27 gebelik haftasında olan kadınların ileri ve çok ileri düzey puanları daha fazladır. Diyabetli gebelerde gebelik haftası stres puanını ($p=0,119$) etkilemezken, depresyon ($p=0,001$) ve anksiyete ($0,042$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı.

Sağlıklı gebelerde depresyon ($p=0,056$), anksiyete ($p=0,169$) ve stres ($p=0,473$) puanları ile gebelik haftasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark belirlenmedi.

Tablo 6-10: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Eğitim Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Eğitim Durumu						Sağlıklı Gebe Eğitim Durumu					
		Oyd/İÖ		Lise		Üniversite ve Üzeri		Oyd/İÖ		Lise		Üniversite ve Üzeri	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	43	54,4	32	56,1	40	62,5	47	61,0	39	72,2	53	76,8
	10-13 Hafif	9	11,4	5	8,8	8	12,5	10	13,0	4	7,4	6	8,7
	14-20 Orta	15	19,0	12	21,1	10	15,6	10	13,0	9	16,7	7	10,1
	21-27 İleri Ve Çok İleri	12	15,2	8	14,0	6	9,4	10	13,0	2	3,7	3	4,3
	Test Değeri	x ² =2,307 df=6 p=0,889						x ² =8,583 df=6 p=0,198					
Anksiyete	0-7 Normal	24	30,4	23	40,4	26	40,6	26	33,8	25	46,3	34	49,3
	8-9 Hafif	10	12,7	8	14,0	8	12,5	9	11,7	7	13,0	10	14,5
	10-14 Orta	18	22,8	9	15,8	14	21,9	20	26,0	12	22,2	13	18,8
	15-19 İleri	11	13,9	7	12,3	10	15,6	9	11,7	5	9,3	8	11,6
	20+ Çok İleri	16	20,3	10	17,5	6	9,4	13	16,9	5	9,3	4	5,8
	Test Değeri	x ² =5,259 df=8 p=0,730						x ² =7,830 df=8 p=0,450					
Stres	0-14 Normal	41	51,9	36	63,2	40	62,5	21	53,2	40	74,1	50	72,5
	15-18 Hafif	13	15,5	12	21,1	12	18,8	13	16,9	10	18,5	9	13,0
	19-25 Orta	19	24,1	5	8,8	9	14,1	19	24,7	1	1,9	8	11,6
	26-33 İleri Ve Çok İleri	6	7,6	4	7,0	3	4,7	4	5,2	3	5,6	2	2,9
	Test Değeri	x ² =6,872 df=6 p=0,333						x ² =16,366 df=6 p=0,012					

Tablo 6-10’da; gestasyonel diyabeti olan ve sağlıklı gebelerin eğitim düzeyleri ile DAS alt ölçek boyut puanları karşılaştırması sunuldu. Gestasyonel diyabetli kadınlar arasında oyd/ilköğretim mezunu olanların %54,4’ü, lise mezunu olanların %56,1’i, üniversite ve üzeri eğitimi olanların %62,5’i depresyon puanı normal sınırlar (0-9 Normal) aralığındaydı. Sağlıklı gebelerin ise; oyd/ilköğretim mezunu olanların %61’i, lise mezunu olanların %72,2’si ve üniversite mezunu olanların %76,8’inin depresyon puanı normal sınırlar aralığındaydı. Gestasyonel diyabetli kadınlar arasında oyd/ilköğretim mezunu olanların %30,4’ü, lise mezunu olanların %40,4’ü, üniversite ve üzeri eğitimi olanların %40,6’sı anksiyete puanı normal sınırlar (0-7 Normal) aralığındaydı. Sağlıklı gebelerin ise; oyd/ilköğretim mezunu olanların %33,8’i, lise mezunu olanların %46,3’ü ve üniversite mezunu olanların %49,3’ünün anksiyete puanı normal sınırlar aralığındaydı. Gestasyonel

diyabetli kadınlar arasında oyd/ilköğretim mezunu olanların %51,9'u, lise mezunu olanların %63,2'si, üniversite ve üzeri eğitimi olanların %62,5'i stres puanı normal sınırlar (0-14 Normal) aralığındaydı. Sağlıklı gebelerin ise; oyd/ilköğretim mezunu olanların %53,2'si, lise mezunu olanların %74,1'i ve üniversite mezunu olanların %72,5'inin stres puanı normal sınırlar aralığındaydı.

Gestasyonel diyabeti olan gebeler ve sağlıklı gebelerin DAS alt ölçek boyutlarından depresyon puanları ile eğitim düzeyi karşılaştırılmasına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gestasyonel diyabeti olan gebeler ve sağlıklı gebelerin eğitim düzeyleri ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,005$).

Sağlıklı gebelerin eğitim düzeyleri ile stres puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü. Oyd/ilköğretim eğitim düzeyi olan gebelerin üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan gebelerden daha fazla stres puanına sahip olduğu belirlendi.

Tablo 6-11: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Gelir Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM'li Gebe Gelir Durumu						Sağlıklı Gebe Gelir Durumu					
		Gelir Giderden Az		Gelir Gidere Eşit		Gelir Giderden Fazla		Gelir Giderden Az		Gelir Gidere Eşit		Gelir Giderden Fazla	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	23	52,3	70	59,3	22	57,9	31	68,9	84	71,2	24	64,9
	10-13 Hafif	4	9,1	14	11,9	4	10,5	4	8,9	11	9,3	5	13,5
	14-20 Orta	10	22,7	21	17,8	6	15,8	5	11,1	16	13,6	5	13,5
	21-27 İleri Ve Çok İleri	7	15,9	13	11,0	6	15,8	5	11,1	7	5,9	3	8,1
	Test Değeri	x ² =1,990 df=6 p=0,921						x ² =2,078 df=6 p=0,912					
Anksiyete	0-7 Normal	14	31,8	44	37,3	15	39,5	21	46,7	46	39,0	18	48,6
	8-9 Hafif	5	11,4	14	11,9	7	18,4	5	11,1	14	11,9	7	18,9
	10-14 Orta	7	15,9	28	23,7	6	15,8	7	15,6	32	27,1	6	16,2
	15-19 İleri	8	18,2	15	12,7	5	13,2	5	11,1	14	11,9	3	8,1
	20+ Çok İleri	10	22,7	17	14,4	5	13,2	7	15,6	12	10,2	3	8,1
	Test Değeri	x ² =5,239 df=8 p=0,732						x ² =6,393 df=8 p=0,603					
Stres	0-14 Normal	21	47,7	74	62,7	22	57,9	27	60,0	79	66,9	25	67,6
	15-18 Hafif	10	22,7	23	19,5	4	10,5	8	17,8	22	18,6	2	5,4
	19-25 Orta	9	20,5	15	12,7	9	23,7	8	17,8	13	11,0	7	18,9
	26-33 İleri Ve Çok İleri	4	9,1	6	5,1	3	7,9	2	4,4	4	3,4	3	8,1
	Test Değeri	x ² =6,590 df=6 p=0,360						x ² =6,712 df=6 p=0,348					

Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin gelir durumları ile DAS alt ölçek boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6-11).

Tablo 6-12: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Öncesi Çalışma Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Gebelik Öncesi Çalışma				Sağlıklı Gebe Gebelik Öncesi Çalışma			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	25	49,0	90	60,4	33	61,1	106	72,6
	10-13 Hafif	5	9,8	17	11,4	6	11,1	14	9,6
	14-20 Orta	14	27,5	23	15,4	11	20,4	15	10,3
	21-27 İleri Ve Çok İleri	7	13,7	19	12,8	4	7,4	11	7,5
	Test Değeri	x ² =3,938 df=6 p=0,268				x ² =3,932 df=6 p=0,269			
Anksiyete	0-7 Normal	10	31,4	57	38,3	19	35,2	66	45,2
	8-9 Hafif	6	11,8	20	13,4	8	14,8	18	12,3
	10-14 Orta	13	25,5	28	18,8	14	25,9	31	21,2
	15-19 İleri	8	15,7	20	13,4	8	14,8	14	9,6
	20+ Çok İleri	8	15,7	24	16,1	5	9,3	17	11,6
	Test Değeri	x ² =1,548 df=6 p=0,818				x ² =2,687 df=6 p=0,611			
Stres	0-14 Normal	24	47,1	93	62,4	31	57,4	100	68,5
	15-18 Hafif	11	21,6	26	17,4	11	20,4	21	14,4
	19-25 Orta	12	23,5	21	14,1	10	18,5	18	12,3
	26-33 İleri Ve Çok İleri	4	7,8	9	6,0	2	3,7	7	4,8
	Test Değeri	x ² =4,120 df=6 p=0,249				x ² =2,806 df=6 p=0,423			

Gebelik öncesi çalışma durumu ile gestasyonel diyabeti olan gebeler ve sağlıklı gebelerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, çalışan ve çalışmayan gestasyonel gebeler arasında istatistiksel fark yoktu (Tablo 6-12).

Benzer şekilde, gebelik öncesi çalışma durumu ile gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin anksiyete puanları ve stres puanları karşılaştırıldığında çalışan ve çalışmayan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi.

Tablo 6-13: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumuna Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Gebelikte Çalışma				Sağlıklı Gebe Gebelikte Çalışma			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Depresyon	0-9 Normal	24	49,0	91	60,3	36	62,1	103	72,5
	10-13 Hafif	7	14,3	15	9,9	7	12,1	13	9,2
	14-20 Orta	12	24,5	25	16,6	12	20,7	14	9,9
	21-27 İleri Ve Çok İleri	6	12,2	20	13,2	3	5,2	12	8,5
	Test Değeri	x ² =2,743 df=3 p=0,433				x ² =5,305 df=3 p=0,151			
Anksiyete	0-7 Normal	14	28,6	59	39,1	19	32,8	66	46,5
	8-9 Hafif	8	16,3	18	11,9	10	17,2	16	11,3
	10-14 Orta	13	26,5	28	18,5	15	25,9	30	21,1
	15-19 İleri	6	12,2	22	14,6	9	15,5	13	9,2
	20+ Çok İleri	8	16,3	24	15,9	5	8,6	17	12,0
Test Değeri	x ² =2,969 df=4 p=0,563				x ² =5,301 df=4 p=0,258				
Stres	0-14 Normal	24	49,0	93	61,6	34	58,6	97	68,3
	15-18 Hafif	11	22,4	26	17,2	11	19,0	21	14,8
	19-25 Orta	11	22,4	22	14,6	11	19,0	17	12,0
	26-33 İleri Ve Çok İleri	3	6,1	10	6,6	2	3,4	7	4,9
Test Değeri	x ² =2,959 df=3 p=0,398				x ² =2,679 df=3 p=0,444				

Tablo 6-13’de araştırmaya katılan tüm gebelerin DAS alt ölçek boyut puanları gebelikte çalışma durumuna göre değerlendirildi. Gebelikte çalışan ve çalışmayan gestasyonel diyabetli gebeler arasında depresyon (p=0,433), anksiyete (p=0,563) ve stres (p=0,398) puanları arasında fark saptanmadı. Sağlıklı gebeler arasında da depresyon (p=0,151), anksiyete (p=0,258) ve stres (p=0,444) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı.

Tablo 6-14: GDM'li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelik Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı

	GDM'li Gebe Gebelik Sayısı										Sağlıklı Gebe Gebelik Sayısı									
	1		2		3		4 ve üzeri		1		2		3		4 ve üzeri					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Depresyon	0-9 Normal		54	61.4	27	65.9	19	57.6	15	39.5	71	74.0	33	78.6	19	65.5	16	48.5		
	10-13 Hafif		13	14.8	1	2.4	3	9.1	5	13.2	12	12.5	1	2.4	3	10.3	4	12.1		
	14-20 Orta		12	13.6	6	14.6	9	37.3	10	26.3	8	8.3	5	11.9	6	20.7	7	21.2		
	21-27 İleri Ve Çok İleri		9	10.2	7	17.1	2	6.1	8	21.1	5	5.2	3	7.1	1	3.4	6	18.2		
	Test Değeri		$\chi^2: 15,260$ $df=9$ $p=0,084$																	
Anksiyete	0-7 Normal		15	40.5	2	16.7	4	66.7	0	0.0	15	41.7	1	10.0	4	80.0	0	0.0		
	8-9 Hafif		6	16.2	1	8.3	0	0.0	1	100.0	5	13.9	1	10.0	0	0.0	1	100.0		
	10-14 Orta		6	16.2	1	8.3	0	0.0	0	0.0	9	25.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0		
	15-19 İleri		5	13.5	5	41.7	1	16.7	0	0.0	4	11.0	4	40.0	0	0.0	0	0.0		
	20+ Çok İleri		5	13.5	3	25.0	1	16.7	0	0.0	3	8.3	2	20.0	1	20.0	0	0.0		
Test Değeri		$\chi^2: 10,756$ $df=12$ $p=0,550$																		
Stres	0-14 Normal		22	59.5	4	33.3	4	66.7	0	0.0	23	63.9	3	30.0	4	80.0	0	0.0		
	15-18 Hafif		8	21.6	2	16.7	1	1.3	1	100.0	9	25.0	2	20.0	0	0.0	1	100.0		
	19-25 Orta		6	16.2	6	50.0	1	16.7	0	0.0	3	8.3	5	50.0	1	20.0	0	0.0		
	26-33 İleri Ve Çok İleri		1	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	Test Değeri		$\chi^2: 9,856$ $df=9$ $p=0,362$																	

Tablo 6-14’de gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin gebelik sayıları ile DAS alt ölçek boyut puan dağılımlarının karşılaştırılması görülmektedir. Gestasyonel diyabetli gebeler ile depresyon, anksiyete ve stres puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi.

Sağlıklı gebelerde ise gebelik sayıları ile depresyon puanı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlendi ($p=0,047$). 4 ve üzeri gebelik sayısına sahip sağlıklı gebelerin depresyon puanlarının beklenen değerden daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Araştırmaya katılan sağlıklı gebelerin gebelik sayıları ile anksiyete ve stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 6-15: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Düşük Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Düşük Sayısı						Sağlıklı Gebe Düşük Sayısı					
		1		2		3 Ve Üzeri		1		2		3 Ve Üzeri	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	23	62.2	4	33.3	5	71.4	26	72.2	3	30.0	5	83.3
	10-13 Hafif	2	5.4	1	8.3	0	0.0	1	2.8	2	20.0	0	0.0
	14-20 Orta	8	21.6	4	33.3	1	14.3	7	19.4	3	30.0	0	0.0
	21-27 İleri Ve Çok İleri	4	10.8	3	25.0	1	14.3	2	5.6	2	20.0	1	16.7
	Test Değeri	$\chi^2=4,264$ df=6 p=0,641						$\chi^2=10,689$ df=6 p=0,098					
Anksiyete	0-7 Normal	15	40.5	2	16.7	4	57.1	15	41.7	1	10.0	4	66.7
	8-9 Hafif	6	16.2	1	8.3	1	14.3	5	13.9	1	10.0	1	16.7
	10-14 Orta	6	16.2	1	8.3	0	0.0	9	25.0	2	20.0	0	0.0
	15-19 İleri	5	13.5	5	41.7	1	14.3	4	11.1	4	40.0	0	0.0
	20+ Çok İleri	5	13.5	3	25.0	1	14.3	3	8.3	2	20.0	1	16.7
	Test Değeri	$\chi^2=8,578$ df=8 p=0,379						$\chi^2=11,477$ df=8 p=0,176					
Stres	0-14 Normal	22	59.5	4	33.3	4	57.1	23	63.9	3	30.0	4	66.7
	15-18 Hafif	8	21.6	2	16.7	2	28.6	9	25.0	2	20.0	1	16.7
	19-25 Orta	6	16.2	6	50.0	1	14.3	3	8.3	5	50.0	1	16.7
	26-33 İleri Ve Çok İleri	1	2.7	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	0	0.0
	Test Değeri	$\chi^2=6,711$ df=6 p=0,348						$\chi^2=10,154$ df=6 p=0,118					

Gebelerin düşük sayısına göre DAS ölçeği puan dağılımı tablo 6-15’de görülmektedir. Gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon (p=0,860), anksiyete (p=0,198) ve stres (p=0,327) puanları ile düşük sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Sağlıklı gebelerde de depresyon (p=0,270), anksiyete (p=0,81) ve stres (p=0,94) puanları ile düşük sayıları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı.

Tablo 6-16: GDM'live Sağlıklı Gebelerin Canlı Doğum Sayısına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM'li Gebe Canlı Doğum Sayısı						Sağlıklı Gebe Canlı Doğum Sayısı					
		1		2		3 Ve Üzeri		1		2		3 Ve Üzeri	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Depresyon	0-9 Normal	28	65.1	14	36.8	4	36.4	28	71.8	18	54.5	3	33.3
	10-13 Hafif	1	2.3	6	15.8	2	18.2	1	2.6	4	12.1	2	22.2
	14-20 Orta	6	14.0	11	28.9	4	36.4	5	12.8	7	22.2	3	33.3
	21-27 İleri Ve Çok İleri	8	18.6	7	18.4	1	9.1	5	12.8	4	12.1	1	11.1
	Test Değeri	x ² =11,814 df=6 p=0,234						x ² =8,063 df=6 p=0,066					
Anksiyete	0-7 Normal	13	30.2	12	31.6	2	18.2	15	38.5	13	39.4	1	11.1
	8-9 Hafif	8	18.6	2	5.3	1	9.1	6	15.4	2	6.1	1	11.1
	10-14 Orta	10	23.3	8	21.1	2	18.2	8	20.5	9	27.3	2	22.2
	15-19 İleri	4	9.3	6	15.8	5	45.5	4	10.3	3	9.1	4	44.4
	20+ Çok İleri	8	18.6	10	26.3	1	9.1	6	15.4	6	18.2	1	11.1
	Test Değeri	x ² =12,171 df=8 p=0,144						x ² =10,843 df=8 p=0,211					
Stres	0-14 Normal	22	51.2	19	50.0	4	36.4	20	51.3	21	63.6	3	33.3
	15-18 Hafif	8	18.6	5	13.2	5	45.5	7	17.9	3	9.1	4	44.4
	19-25 Orta	11	25.6	10	26.3	1	9.1	11	28.2	6	18.2	2	22.2
	26-33 İleri Ve Çok İleri	2	4.7	4	10.5	1	9.1	1	2.6	3	9.1	0	0.0
	Test Değeri	x ² =9,270 df=6 p=0,312						x ² =7,097 df=6 p=0,159					

Tüm gebelerin canlı doğum sayıları ile DAS skalası alt boyut puan dağılımı tablo 6-16'da görülmektedir.

Gestasyonel diyabetli gebelerin, depresyon (p=0,234), anksiyete (p=0,144) ve stres (p=0,312) puanları ile canlı doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sağlıklı gebelerde de depresyon (p=0,066), anksiyete (p=0,211) ve stres (p=0,159) puanları ile canlı doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmedi.

Tablo 6-17: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebeliğın Planlı Olup Olmamasına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Gebelik Planlı Mı?				Sağlıklı Gebe Gebelik Planlı Mı?			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	93	63.7	22	40.7	114	77.0	25	48.1
	10-13 Hafif	12	8.2	10	18.5	10	6.8	10	19.2
	14-20 Orta	27	18.5	10	18.5	18	12.2	8	15.4
	21-27 İleri Ve Çok İleri	14	9.6	12	22.2	6	4.1	9	17.3
	Test Değeri	x ² =12,254 df=3 p=0,007				x ² =19,948 df=3 p=0,000			
Anksiyete	0-7 Normal	62	42.5	11	20.4	70	47.3	15	28.8
	8-9 Hafif	16	11.0	10	18.5	18	12.2	8	15.4
	10-14 Orta	29	19.9	12	22.2	33	22.3	12	23.1
	15-19 İleri	20	13.7	8	14.8	15	10.1	7	13.5
	20+ Çok İleri	19	13.0	13	24.1	12	8.1	10	19.2
	Test Değeri	x ² =10,162 df=4 p=0,038				x ² =8,115 df=4 p=0,087			
Stres	0-14 Normal	91	62.3	26	48.1	103	69.6	28	53.8
	15-18 Hafif	27	18.5	10	18.5	25	16.9	7	13.5
	19-25 Orta	23	15.8	10	18.5	17	11.5	11	21.2
	26-33 İleri Ve Çok İleri	5	3.4	8	14.8	3	2.0	6	11.5
	Test Değeri	x ² =9,406 df=3 p=0,024				x ² =12,045 df=3 p=0,07			

Tablo 6-17’de gebeliği planlama durumu ile DAS ölçeğine göre puanların dağılımları yer almaktadır.

Gestasyonel diyabetli gebelerde gebeliği planlı olan ve olmayan gebeler arasında depresyon (p=0,007), anksiyete (p=0,038) ve stres (p=0,024) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gestasyonel diyabeti olan gebelerde gebeliği planlı olmayanların gebeliği planlı olanlara göre beklenen depresyon puanlarının daha fazla olduğu gözlemlendi. Gebeliği planlı olan gebelerin planlı olmayan gebelere göre daha az stres ve anksiyete puanına sahip olduğu gözlemlendi.

Sağlıklı gebelerde de gebeliği planlı olan ve olmayan gebeler arasında depresyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,000). Gebeliği planlı olmayanların gebeliği planlı olanlara göre depresyon puanlarının daha fazla olduğu gözlemlendi.

Araştırmaya katılan sağlıklı gebelerde gebeliklerinin planlı olup olmaması anksiyete (p=0,087) ve stres (p=0,07) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi.

Tablo 6-18: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebeliğin Son Doğum Şekline Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Son Doğum Şekli						Sağlıklı Gebe Son Doğum Şekli					
		NSD		CS		NSD-CS		NSD		CS		NSD-CS	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Depresyon	0-9 Normal	30	55,6	27	51,9	1	33,3	37	67,3	29	61,7	1	50,0
	10-13 Hafif	4	7,4	6	11,5	0	0,0	4	7,3	5	10,6	0	0,0
	14-20 Orta	13	24,1	11	21,2	0	0,0	10	18,2	8	17,0	0	0,0
	21-27 İleri Ve Çok İleri	7	13,0	8	15,4	2	66,7	4	7,3	5	10,6	1	50,0
	Test Değeri	x ² =7,111 df=6 p=0,311						x ² =4,826 df=6 p=0,566					
Anksiyete	0-7 Normal	18	33,3	18	34,6	0	0,0	22	40,4	19	40,4	0	0,0
	8-9 Hafif	6	11,1	6	11,5	0	0,0	4	7,3	6	12,8	0	0,0
	10-14 Orta	11	20,4	11	21,2	0	0,0	15	29,1	9	19,1	0	0,0
	15-19 İleri	9	16,7	9	17,3	1	33,3	6	12,7	7	14,9	1	50,0
	20+ Çok İleri	10	18,5	8	15,4	2	66,7	7	10,9	6	12,8	1	50,0
	Test Değeri	x ² =6,527 df=8 p=0,588						x ² =7,565 df=8 p=0,477					
Stres	0-14 Normal	30	55,6	28	53,8	0	0,0	35	63,6	27	57,4	0	0,0
	15-18 Hafif	8	14,8	11	21,2	1	33,3	8	14,5	9	19,1	1	50,0
	19-25 Orta	12	22,2	10	19,2	2	66,7	18	18,2	9	19,1	1	50,0
	26-33 İleri Ve Çok İleri	4	7,4	3	5,8	0	0,0	2	3,6	2	4,3	0	0,0
	Test Değeri	x ² =5,823 df=6 p=0,667						x ² =4,068 df=6 p=0,443					

Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin son doğum şekli ile DAS alt boyut puanları karşılaştırıldı (Tablo 6-18).

Gestasyonel diyabetli gebelerin son doğum şekli ile depresyon (p=0,311), anksiyete (p=0,588) ve stres (0,667) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Benzer şekilde sağlıklı gebelerinde son doğum şekli ile depresyon (p=0,566), anksiyete (p=0,477) ve stres (p=0,443) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 6-19: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Gebelikte Uyku Sorunu Varlığına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Gebelikte Uyku Sorunu				Sağlıklı Gebe Gebelikte Uyku Sorunu			
		Var		Yok		Var		Yok	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	56	48.3	59	70.2	67	63.2	72	76.6
	10-13 Hafif	18	15.5	4	4.8	15	14.2	5	5.3
	14-20 Orta	26	22.4	11	13.1	16	15.1	10	10.6
	21-27 İleri Ve Çok İleri	16	13.8	10	11.9	8	7.5	7	7.4
	Test Değeri	x ² =11,631 df=3 p=0,009				x ² =5,932 df=3 p=0,115			
Anksiyete	0-7 Normal	34	29,3	39	46,4	38	35,8	47	50,0
	8-9 Hafif	14	12,1	12	14,3	13	12,3	13	13,8
	10-14 Orta	29	25,0	12	14,3	30	28,3	15	16,0
	15-19 İleri	19	16,4	9	10,7	13	12,3	9	9,6
	20+ Çok İleri	20	17,2	12	14,3	12	11,3	10	10,6
Test Değeri	x ² =8,207 df=4 p=0,084				x ² =6,164 df=4 p=0,187				
Stres	0-14 Normal	61	52,6	56	66,7	64	60,4	67	71,3
	15-18 Hafif	23	19,8	14	16,7	17	16,0	15	16,0
	19-25 Orta	24	20,7	9	10,7	20	18,9	8	8,5
	26-33 İleri Ve Çok İleri	8	6,9	5	6,0	5	4,7	4	4,3
	Test Değeri	x ² =4,919 df=3 p=0,178				x ² =4,745 df=3 p=0,191			

Araştırmaya katılan gebelerin gebeliklerinde uyku sorunu olup olmadığı araştırıldı. Tablo 6-19’da uyku sorunu olan ve olmayan gebelerin DAS puan dağılımı görülmektedir.

Gebelikte uyku sorunu olan ve olmayan gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon puanlarında (p=0,009) anlamlı fark saptanırken, anksiyete (p=0,084) ve stres (p=0,178) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi. Gebelikte uyku sorunu olan gestasyonel diyabetli gebelerin uyku sorunu olmayan gebelere göre daha fazla depresyon puanına sahip olduğu gözlemlendi.

Uyku sorunu olan ve olmayan sağlıklı gebeler arasında depresyon (p=0,115), anksiyete (p=0,187) ve stres (p=0,191) puanları açısından bir farklılık görülmedi.

Tablo 6-20: GDM’li ve Sağlıklı Gebelerin Eğitim Sınıfına Katılımına Göre DAS Puan Dağılımı

		GDM’li Gebe Eğitim Sınıfına Katılım				Sağlıklı Gebe Eğitim Sınıfına Katılım			
		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	23	57,5	92	57,5	36	70,6	103	69,1
	10-13 Hafif	3	7,5	19	11,9	3	5,9	17	11,4
	14-20 Orta	6	15,0	31	19,4	6	11,8	20	13,4
	21-27 İleri Ve Çok İleri	8	20,0	18	11,3	6	11,8	9	6,0
	Test Değeri	x ² =2,913 df=3 p=0,428				x ² =2,773 df=3 p=0,405			
Anksiyete	0-7 Normal	14	35,0	59	36,9	22	43,1	63	42,3
	8-9 Hafif	5	12,5	21	13,1	7	13,7	19	12,8
	10-14 Orta	3	7,5	38	23,8	5	9,8	40	26,8
	15-19 İleri	8	20,0	20	12,5	8	15,7	14	9,4
	20+ Çok İleri	10	25,0	22	13,8	9	17,6	13	8,7
	Test Değeri	x ² =7,979 df=4 p=0,092				x ² =9,055 df=4 p=0,060			
Stres	0-14 Normal	19	47,5	98	61,3	32	62,7	99	66,4
	15-18 Hafif	11	27,5	26	16,3	8	15,7	24	16,1
	19-25 Orta	8	20,0	25	15,6	8	15,7	20	13,4
	26-33 İleri Ve Çok İleri	2	5,0	11	6,9	3	5,9	6	4,0
	Test Değeri	x ² =3,768 df=3 p=0,916				x ² =0,513 df=3 p=0,288			

Tablo 6-20’ de gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin gebelik öncesi gebe eğitim sınıfına katılıp katılmadıklarına göre DAS alt boyutlarına göre puan dağılımı görülmektedir.

Gebelik öncesi gebe eğitim sınıfına katılan ve katılmayan gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon (p=0,428), anksiyete (p=0,092) ve stres (p=0,916) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülmedi.

Eğitim sınıfına katılan ve katılmayan sağlıklı gebeler arasında da depresyon (p=0,405), anksiyete (p=0,060) ve stres (p=0,288) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı.

Tablo 6-21: GDM’li Ve Sağlıklı Gebelerin Yaşları İle DAS Puan Aralıklarının Karşılaştırılması

		GDM’li Gebe Yaş						Sağlıklı Gebe Yaş					
		18-27		28-37		38 Ve Üzeri		18-27		28-37		38 Ve Üzeri	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresyon	0-9 Normal	54	65.1	57	57.0	4	23.5	66	75.0	66	69.5	7	41.2
	10-13 Hafif	10	12.0	9	9.0	3	17.6	9	10.2	8	8.4	3	17.6
	14-20 Orta	8	9.6	22	22.0	7	41.2	8	9.1	14	14.7	4	23.5
	21-27 İleri Ve Çok İleri	11	13.3	12	12.0	3	17.6	5	5.7	7	7.4	3	17.6
		x ² =14,644 df=6 p=0,023						x ² =9,009 df=6 p=0,173					
Anksiyete	0-7 Normal	34	41.0	35	35.0	4	23.5	40	45.5	40	42.1	5	29.4
	8-9 Hafif	13	15.7	12	12.0	1	5.9	8	13.6	13	13.7	1	5.9
	10-14 Orta	15	18.1	24	24.0	2	11.8	20	22.7	21	22.1	4	23.5
	15-19 İleri	6	7.2	17	17.0	5	29.4	6	6.8	13	13.7	3	17.6
	20+ Çok İleri	15	18.1	12	12.0	5	29.4	10	11.4	8	8.4	4	23.5
		x ² =13,338 df=8 p=0,101						x ² =7,325 df=8 p=0,502					
Stres	0-14 Normal	54	65.1	57	57.0	6	35.3	63	71.6	61	64.2	7	41.2
	15-18 Hafif	12	14.5	22	22.0	3	17.6	11	12.5	19	20.0	2	11.8
	19-25 Orta	11	13.3	16	16.0	6	35.3	8	9.1	13	13.7	7	41.2
	26-33 İleri Ve Çok İleri	6	7.2	5	5.0	2	11.8	6	6.8	2	2.1	1	5.9
		x ² =8,940 df=6 p=0,177						x ² =16,696 df=6 p=0,010					

Tablo 6-21’de araştırmaya katılan tüm gebelerin yaş aralıkları ile DAS alt boyut puanları karşılaştırılması yer almaktadır. Gestasyonel diyabetli gebelerin yaş aralıkları ile depresyon puan (p=0,023) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi. Anksiyete (p=0,101) ve stres (p=0,177) puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Gestasyonel diyabetli gebelerde gebelik yaşı arttıkça depresyon puanının beklenenden daha yüksek olduğu gözlemlendi. Sağlıklı gebelerde ise; yaş grupları ile depresyon (p=0,173) ve anksiyete (p=0,502) puanları arasında farklılık belirlenmedi. Stres puanı açısından ise yaş değişkenine göre (p=0,010) istatistiksel olarak farklılık saptandı. Sağlıklı gebelerde stres puanı 38 ve üzeri yaş aralığındaki gebelerde 18-27 yaş aralığındaki gebelerin daha az stres puanına sahip olduğu saptandı.

7. TARTIŞMA

Bu araştırma gestasyonel diyabetli kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu değerlendirmek amacıyla Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'nde 200 gestasyonel diyabet tanısı olan gebe ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 200 sağlıklı gebe olmak üzere toplam 400 gebe ile yürütülmüştür. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

7.1. Gebelerin Tanımlayıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması gestasyonel diyabetli gebelerin yaş ortalaması $29,24 \pm 5,56$, sağlıklı gebelerin yaş ortalaması ise $29,13 \pm 5,63$ 'dir. Vırit ve ark. (2008)'nin gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirtileri düzeylerinin ilişkisini incelemek amacıyla Malatya Devlet Hastanesi'nde 104 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin yaş ortalaması $27,02 \pm 5,61$ 'dir (116). Sönmezer ve ark. (2015)'nin gebelerin anneliğe psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri 131 gebe ile inceledikleri çalışmada gebelerin yaş ortalaması 29 ± 4 'dür (83). Yaşa özel doğurganlık hızı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2013 yılı rapor sonuçlarına göre en yüksek 25-29 yaş grubu olarak tespit edilmiş (117) ve çalışmamızın örnekleminin yaş değişkeni açısından toplumla benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun eğitimi ilköğretim düzeyindeydi. Gestasyonel diyabetli gebelerin %39,5'i ve sağlıklı gebelerin %38,5'i ilköğretim mezunuydu. Vırit ve ark. (2008)'nin çalışmasında gebelerin %51'i ilkokul mezunudur (116). Ural (2016)'ın 88 GDM'li kadınlara uygulanan sağlıklı yaşam biçimi eğitimi programının anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada girişim grubundaki kadınların %43,5'i, kontrol grubundaki kadınların %66,7'si ilköğretim mezunudur (35).

Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin eşlerinin eğitim durumu sırasıyla %36,5 ve %39,0 üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu görüldü ve bizim çalışmamızda eşlerin meslek durumuna bakıldığında her iki grupta da eşler %55,5 ile serbest meslek sahibiydi. Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014)'nın gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 241 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin eşlerinin %36,5'i üniversite mezunu ve gebelerin eşleri %36,5 ile en çok serbest meslek sahibiydi (10).

Bizim çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı/ev hanımı olduğu saptandı. Gestasyonel diyabetli gebelerin %62,5'i, sağlıklı gebelerin %58,5'i ev hanımıydı. Koyun ve Demir (2013)'in fetüs cinsiyetinin annelik rolüne ve gebeliğe ilişkin düşüncelere etkisini belirlemek amacıyla 120 gebenin katılımıyla yaptıkları çalışmada gebelerin %91,7'si ev hanımıydı (2). Çakır ve Can (2011)'in gebelikte sosyo demografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi yaptığı çalışmada 173 gebenin %76,3'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür (108). Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli gebelerin %24,5'i gebelikte çalışırken %75,5'i gebelikte çalışmamaktaydı. Sağlıklı gebelerde ise %29,0'ı çalışırken %71,0'ı gebelikte çalışmamaktaydı. Tekgöz ve ark. (2009)'nın gebeliğin son 3 ayındaki gebelerin anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla 107 kadını inceledikleri çalışmada gebelerin %74,8'i çalışmıyordu (106). Gebelerin çalışmama oranı diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Sırasıyla gestasyonel diyabetli gebelerin %7,5'inin, sağlıklı gebelerin %6,0'ının sağlık güvencesinin olmadığı her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğunun sağlık güvencesinin olduğu (gestasyonel diyabetli gebelerin %89,5'inin, sağlıklı gebelerin %92,5'inin) görüldü. Pirdal ve ark. (2016)'nın anne adaylarının gebelik izlem özellikleri ve gebelik dönemleriyle ilgili bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 315 gebe ile yaptığı çalışmada %3,2'sinin sağlık güvencesi olmadığı (103), Gümüş ve ark. (2011)'nin gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkisini inceledikleri 150 gebe ile yaptıkları çalışmada %92'sinin sağlık güvencesi olduğu görüldü (5). Gebelerin sağlık güvencesi olma durumu; diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Kadınların gelir durumlarına bakıldığında, gestasyonel diyabetli gebelerin %59,0'ının gelirinin giderine eşit olduğu, sağlıklı gebelerinde %59,0'ının gelirinin giderine eşit olduğu saptandı. Ayan (2013)'ın gebelerin olağan şikâyetleriyle başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla İstanbul'da 300 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %61'inin gelirinin giderine denk olduğu sonucuna ulaşmıştır (118). Çakır ve Can (2011) yaptıkları çalışmada 173 gebenin %69,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğunu saptamışlardır (108). Gebelerin gelir durumu diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Gestasyonel diyabetli gebelerin ve sağlıklı gebelerin aile tiplerine bakıldığında sırasıyla %77,5 ve %79,0'ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu görüldü. Mutlugüneş ve Mete (2013)'nin gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişkiyi inceledikleri 300 gebenin katıldığı çalışmasında gebelerin %77,7'si çekirdek aileye sahipti (11). Araştırma sonuçları toplumumuzda çekirdek aile yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Son 20 yılda Türkiye'deki ortalama hane halkı büyüklüğü 4,5 kişiden 3,6 kişiye düşmüş ve TNSA 2013 verilerinde hane halkı büyüklüğünün azalmaya devam ettiği elde edilmiştir (117). Araştırma sonucu, ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzerdir.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler, gestasyonel diyabetli gebelerde; gebelik sayısı $2,11 \pm 1,16$, doğum sayısı $1,70 \pm 0,79$, düşük sayısı $1,48 \pm 0,76$ olarak bulundu. Sağlıklı gebelerde ise obstetrik veriler gebelik sayısı $2,00 \pm 1,36$, doğum sayısı $1,65 \pm 0,74$, düşük sayısı $1,44 \pm 0,75$ olarak bulundu (Tablo 6-2). Pirdal ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışma bulguları gebelik sayısı $2,52 \pm 1,6$, doğum sayısı $0,99 \pm 1,10$, düşük sayısı $0,31 \pm 0,67$ olarak bulundu (103).

Aydın (2013)'nın 200 gebe (100 gestasyonel diyabetli, 100 sağlıklı gebe) ile gestasyonel diyabetli kadınların gebelik ve post-partum dönemlerinde yaşam kalitesi ve depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısını GDM'li gebelerde $2,67 \pm 1,4$ sağlıklı gebelerde $2,65 \pm 1,15$ bulmuştur. Aynı çalışmada ortalama doğum sayısı GDM'li gebelerde $1,66 \pm 0,62$ sağlıklı

gebelerde $1,41 \pm 0,75$, düşük sayısını GDM'li gebelerde $1,70 \pm 0,99$ sağlıklı gebelerde $1,55 \pm 0,69$ olduğunu bildirdi (80). Araştırmamıza katılan gebelerin düşük sayısı oranları ülke ortalamasından yüksek olduğu, Aydın (2013)'nin çalışma bulguları ile paralel olduğu görülmektedir. Bu durum araştırmamızın örnekleminde GDM'li gebelerin olması ile açıklanabilir.

Gebelerin çoğunluğu (GDM %73,0, sağlıklı gebeler %74,0) gebeliğini planlamışlardır. Yaptıkları çalışmada Mutlugüneş ve Mete (2013) gebelerin %73,7'sinin planlı gebelik olduğunu (11), Koyun ve Demir (2013) %76,2'sinin planlı olduğunu bildirmişlerdir (2). Aydın (2013)'in çalışmasında GDM'li gebelerin %36,5'i sağlıklı gebelerin %46'sı gebeliklerini planlamışlardır (80). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğunun bir önceki doğum şekli normal spontan doğum (GDM'li gebe %49,5, sağlıklı gebe %52,9) ve kadınların çoğunluğu normal spontan doğum yapmayı planladıklarını bildirdi. Tekgöz ve ark. (2009)'nin yaptığı çalışmada kadınların %41,1'i normal spontan doğum yaptığını bildirdi (106). Gümüüş ve ark.(2011)'nin çalışmasındaki kadınların %74,7'si normal spontan doğum yapmak istediklerini bildirdi (5). Çağlar (2017)'in gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal distres ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla 153 GDM'li 155 sağlıklı gebe ile yaptığı çalışmada GDM'li gebelerin %24,2'si sağlıklı gebelerin %30,3'ü normal spontan doğum yaptıklarını bildirdi (119). Gebelerin obstetrik özellikleri, diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranı %97'ye ulaşmıştır (117). Bizim çalışmamızda da veriler TNSA bulguları ile uyumluydu. Çalışmamızda sağlıklı gebelerde daha fazla kişi 9 ve üzeri kez kontrole gitmiş olup kontrole gitme sayısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,000$).

Gestasyonel diyabetli gebelerin %58'i sağlıklı gebelerin %53'ü gebelikte uyku sorunu olduğunu ifade etti. Gebelikte yaşanan sorunlara ilişkin elde edilen

verilerin dağılımına bakıldığında gestasyonel diyabeti olan gebelerle, sağlıklı gebeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlemlenmedi. Çoban ve Yanikkerem (2010)'in gebe kadınların uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerini belirlemek amacıyla 198 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %54'ünde (120), Taşkiran (2011)'in 100 sağlıklı gebe ile yaptığı çalışmada ise gebelerin %86'sında (121), Pınar ve ark. (2014)'nın gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin % 39,6'sının uyku kalitesinin kötü olduğunu bildirmişlerdir (122). Kamalak (2015)'in yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini incelemek amacıyla 64 yüksek riskli gebe, 128 yüksek riskli olmayan gebe ile yaptığı çalışmada gebelikte yaşanan antepartum semptomlara ilişkin verilerden uyku değişiklikleri oranı yüksek riskli gebelerde %75, kontrol grubunda %60,9 olarak bulundu (23). Çalışma bulgularımız literatür bulguları ile paraleldir.

Gebe kadının uyku kalitesi bulantı, sırt ağrısı, sık idrara çıkma, hormonal değişimler, fetüsün büyümesi, sık nefes alma, bacak krampları, huzursuz bacak sendromu, horlama gibi değişimlerden dolayı etkilenmektedir (122). ADA'nın (2015), diyabette tıbbi bakım standartlarında, uyku bozukluklarının diyabetle ilişkili olabileceği belirtilmişti (31).

Pirdal ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada anne adaylarından %25'i sigara içmeye devam ederken bizim çalışmamızda bu oran gestasyonel gebelerin %10,0'ı sağlıklı gebelerin %6,5'i sigara kullanmaya devam ediyordu (103). Çağlar (2017)'in çalışmasında gestasyonel diyabetli gebelerin %7,2'sinin sağlıklı gebelerin %5,2'sinin sigara kullandığı belirlendi (19). Az miktarda da olsa sigara içen gebe bulunması sigaranın fetüs üzerindeki zararlarının yeterince anlaşılmadığının göstergesidir. Mutlu ve Saraçoğlu'nun (2014) Tekirdağ İli'nde yaptığı çalışmada ise gebelerde sigara içme oranı %8 civarında bulunmuştur (123). Literatür sonuçları araştırmamızın sonuçlarıyla benzerdir.

7.2. PKDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımının Tartışılması

Gebeliğe ve annelik rolüne uyum konusunda yapılan çalışmalar, sınırlı sayıda olmasına rağmen prenatal dönemin önemine dikkat çekilmekte ve değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 316 puan üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $247,58 \pm 29,15$ sağlıklı gebelerin $253,22 \pm 27,60$ 'dır. Gebelerin bu ölçekten en düşük 79,00 en yüksek 316,00 puan alabildikleri, puan düşükçe gebeliğe uyumlarının arttığı ele alındığında; alınan toplam puanın ortalamasının üzerinde bulunduğu ve gebelerin gebeliğe uyumda sorun yaşadıkları görülmektedir. Gestasyonel diyabetli gebelerin "Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" puanı 40 üzerinden $25,82 \pm 6,15$ ve sağlıklı gebelerin $27,62 \pm 5,99$ olarak saptandı ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının gestasyonel diyabetli gebelerden istatistiksel olarak fark saptandı ($p=0,003$). Bunun sebebi sağlık problemi olan gestasyonel diyabetli gebelerin bebeği ve kendisinin sağlığı hakkında daha bilinçli olabilmesi ile açıklanabilir.

Gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması 56 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $46,01 \pm 7,20$ sağlıklı gebelerin $47,29 \pm 6,52$; annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması 60 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $49,00 \pm 6,99$, sağlıklı gebelerin $49,98 \pm 6,61$; doğuma hazır oluş alt ölçek puan ortalaması 40 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $31,27 \pm 4,19$ sağlıklı gebelerin $31,52 \pm 4,21$; doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması 40 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $28,67 \pm 4,42$ sağlıklı gebelerin $29,33 \pm 4,59$; kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması 40 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $33,34 \pm 5,38$ sağlıklı gebelerin $33,59 \pm 5,02$ ve eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması ise 40 üzerinden gestasyonel diyabetli gebelerin $33,46 \pm 4,96$ sağlıklı gebelerin $33,87 \pm 4,67$ olarak bulundu.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014)'nin İstanbul Üsküdar'da prenatal dönemde bulunan 390 kadın dahil olduğu Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyum ve İlişkili Faktörler adlı çalışmada gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $147,87 \pm 27,43$ olarak bulunmuştur. PKDÖ'nin, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt ölçek puan ortalaması $23,33 \pm 5,87$, gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması $23,12 \pm 7,40$, annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması $25,95 \pm 5,91$, doğuma hazır oluş alt ölçek puan ortalaması $19,14 \pm 4,59$, doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması $20,58 \pm 4,38$, kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması $17,35 \pm 5,71$ ve eği ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması ise 40 üzerinden $18,35 \pm 5,60$ olarak bulunmuştur (12).

Evrenol (2012)'un adölesan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğe uyumları ve etki eden faktörleri belirlemek amacıyla 92 gebe ile yaptığı çalışmada ise gebelerin PKDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları; kendi ve bebeği ile ilgili düşünceler puan ortalaması $25,55 \pm 5,886$, gebeliğin kabulü puan ortalaması $25,50 \pm 7,867$, annelik rolünün kabulü $26,50 \pm 6,857$, doğuma hazır oluş puan ortalaması $19,88 \pm 4,400$, doğum korkusu puan ortalaması $23,17 \pm 4,826$, eğiyle ilişki durumu puan ortalaması $17,18 \pm 4,822$, kendi annesiyle ilişki durumu puan ortalaması $15,14 \pm 4,244$ ve toplam ölçek puan ortalaması $152,93 \pm 28,784$ bulmuştur (124).

Özçalkap (2018)'in Adıyaman il merkezindeki gebelerin gebelik ve anneliğe uyumlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla 300 gebe ile yaptığı gebelerin PKDÖ alt grup puan ortalamalarının dağılımları sırasıyla; kendi ve bebeği ile ilgili düşünceler puan ortalaması $26,12 \pm 5,83$, gebeliğin kabulü $45,46 \pm 6,81$, annelik rolünün kabulü $48,87 \pm 5,94$, doğuma hazır oluş $29,34 \pm 3,88$, doğum korkusu $27,29 \pm 4,56$, eğiyle ilişki durumu $32,70 \pm 4,78$, kendi annesiyle ilişki durumu $33,41 \pm 4,82$ ve ölçek puan ortalaması ise $243,23 \pm 24,69$ olduğu belirlenmiştir (125).

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ile Evrenol (2011)'un araştırmalarında PKDÖ puan toplamları ve alt boyut puanları, sunulan araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu, Özçalkap (2018)'in çalışma bulguları ise paralel olduğu görölmektedir. Adölesan gebelerde PKDÖ puanlarının düşük olması

doğaldır. Demirbaş ve Kadioğlu (2014) alışmalarında prenatal dönemdeki kadınların eğitim seviyeleri arttıka gebeliğe uyumun daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (12). Araştırmalarına katılan gebelerin eğitim düzeyi çoğunluğunun (%57,9) lise veya niversite düzeyinde iken bizim çalışmamızda gebelerin eğitim düzeyi çoğunluğunun (GDM’li gebe %39,5, sağlıklı gebe %38,5) ilköğretim düzeyindeydi. Bu sonuçlar alışmamızdaki PKDÖ puanlarının Demirbaş ve Kadioğlu (2014)’nun PKDÖ puanlarından düşük olmasını açıklamaktadır.

Paşalak (2016)’ın yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla 51 yüksek riskli gebe ile yaptığı çalışmasında gebelerin PKDÖ leği toplam puan ortalamasının 166.50 ± 25.11 olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt ölçek puanları; kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri puan ortalaması 29.39 ± 7.56 , doğum korkusu 25.66 ± 6.19 , doğuma hazır oluş 24.50 ± 5.71 olarak bulunmuştur. Gebeliğin kabulü puan ortalaması 22.41 ± 6.40 , annelik rolünün kabulü puan ortalaması 50.24 ± 7.78 , kendi annesi ile ilişkisinin durumu puan ortalaması 16.19 ± 4.78 ve eşi ile ilişkisinin durumu puan ortalaması 21.08 ± 6.4 olarak belirlenmiştir (126).

Kamalak (2015)’ın araştırmasına katılan gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme leği’nin kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için 25.64 ± 6.99 , kontrol grubu için 24.33 ± 6.54 olarak bulunmuştur. Gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için 23.18 ± 5.23 iken, kontrol grubundaki gebeler için 24.56 ± 6.55 olarak saptanmıştır. Annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için 21.59 ± 4.41 iken, kontrol grubundaki gebeler için 22.85 ± 4.81 olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin doğuma hazır oluş alt ölçek puan ortalaması 17.39 ± 3.92 , kontrol grubundaki gebelerin ise 17.58 ± 4.94 olarak bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerin doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması 22.35 ± 3.92 , kontrol grubundaki gebelerin ise 22.22 ± 4.34 olarak saptanmıştır. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması yüksek riskli gebeler için 22.22 ± 4.34 iken, kontrol grubundaki gebeler için 14.57 ± 5.88 olarak bulunmuştur. Yüksek riskli

gebelerin eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması $15,31\pm5,23$, kontrol grubundaki gebelerin ise $15,57\pm5,22$ olarak bulunmuştur. Gebelerin PKDÖ toplam puan ortalaması yüksek riskli gebeler için $139,95\pm20,30$ iken, kontrol grubu için $141,71\pm24,06$ olarak saptanmıştır (23).

Bulut (2016)'un hiperemesis gravidarum tanısı alan 160 gebe ile gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının; gebeliğin kabulü $30,1\pm8,8$, annelik rolünün kabulü $27,4\pm8,9$, kendi annesi ile ilişkisinin durumu $17,9\pm7,8$, eşi ile ilişkisinin durumu $18,8\pm7,2$, doğuma hazır oluş $25,5\pm5,6$, doğum korkusu $27,5\pm5,4$, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri için $26,1\pm6,0$ ve toplam PKDÖ puan ortalamasının $173,3\pm35,8$ olduğu belirlenmiştir (115).

Paşalak (2016) ile Kamalak (2015)'in yüksek riskli gebeler ile yaptığı çalışmasında PKDÖ alt boyut puanları çalışmamızla karşılaştırıldığında PKDÖ alt boyut puanları daha düşük olduğu görüldü. Yüksek riskli gebeliğin koruyucu annelik davranışlarının gelişmesinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bulut (2016)'un araştırması, sunulan araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında, PKDÖ puan alt boyut puanları paralel olduğu görülmektedir (126).

Bu çalışmada elde edilen bulgular ile diğer çalışma sonuçları karşılaştırıldığında; gestasyonel diyabeti olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerinin daha düşük olması beklenen bir sonuç olarak kabul edilmiştir. Bu durum, gestasyonel diyabetli gebelerin gebeliğe uyumunu artıracak hemşirelik girişimlerine gereksinim olduğunu göstermektedir.

7.3.DASÖ ve Alt Boyut Puanlarının Çeşitli Değişkenlere Göre Tartışılması

Depresyon anksiyete ve stres ölçeği ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM'li gebelerde Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, anksiyete ve stres ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu.

Sağlıklı gebelerde ise Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, stres ile ise negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulundu.

Gebelik etkenli bir hastalığın varlığı psikososyal sorunların gelişimine etkisi olduğu düşünülmektedir. Gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunların olumsuz gebelik sonuçlarına neden olduğu bilinmektedir. Depresyon, anksiyete ve stres puanları arttıkça gebeliğe uyum azalmaktadır. Gebelik kadının yaşamındaki en önemli olaylardan biri, biyolojik, psikolojik, fizyolojik değişimleri yaşadığı evredir. Gebeler gebelikleri boyunca duygu durum değişikliği sebebiyle anksiyete ve stres yaşamış, depresyona eğilimleri artmıştır.

Gestasyonel diyabetli gebelerin DAS toplam puan ortalaması $34,52 \pm 21,93$ ve sağlıklı gebelerin $30,81 \pm 19,57$ 'dir. Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ) ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında gestasyonel diyabetli gebelerde; depresyon $9,79 \pm 7,93$, anksiyete $11,29 \pm 7,48$, stres $13,43 \pm 7,85$ 'dir. Sağlık gebelerde ise; depresyon $8,21 \pm 7,24$, anksiyete $10,06 \pm 6,67$, stres $12,53 \pm 7,21$ 'dir (Tablo 6-6). Yapılan literatür taraması doğrultusunda, DAS ölçeği kullanılan çalışmalar oldukça azdır. Araştırmacılar çalışmalarında depresyon, kaygı, strese yönelik farklı ölçekler kullanmayı tercih etmişlerdir.

Gestasyonel diyabetli gebelerle sağlıklı gebeler arasında depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında fark saptanmadı. GDM'li gebelerin %57,5'i 0-9 normal, %11,0'ı 10-13 hafif, %18,5'i 14-20 orta, %11,0'ı 21-27 ileri, %2,0'ı 28+ çok ileri depresyon puanına sahipti. Sağlıklı gebelerde ise %69,5'i 0-9 normal, %10,0'ı 10-13 hafif, %13,0'ı 14-20 orta, %6,0'ı 21-27 ileri, %21,5'i 28+ çok ileri depresyon puanına sahipti. Anksiyete puanına göre GDM'li gebelerin %36,5'i 0-7 normal, %13,0'ı 8-9 hafif, %20,5'i 10-14 orta, %14,0'ı 15-19 ileri, %16,0'ı 20+ çok ileri puanlarına sahipti. Sağlıklı gebelerin; %42,5'i 0-7 normal, %13,0'ı 8-9 hafif, %22,5'i 10-14 orta, %11,0'ı 15-19 ileri, %11,0'ı 20+ çok ileri puanlarına sahipti. GDM'li gebelerin stres puanına göre dağılımları; %58,5'i 0-14 normal, %18,5'i 15-18 hafif, %16,5'i 19-25 orta, %6,5'i 26-33 ileri ve çok ileri aralığındadır. Sağlıklı gebelerin

stres puanına göre dağılımları ise; %65,5'i 0-14 normal, %16,0'ı 15-18 hafif, %14,0'ı 19-25 orta, %4,5'i 26-33 ileri ve çok ileri aralığındadır (Tablo 6-8). Gestasyonel diyabetli gebelerle sağlıklı gebeler arasında depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında fark saptanmadı.

Vırit ve ark. (2008)'nin gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi amacıyla 104 gebe ile yaptığı çalışmada Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalaması $20,91 \pm 8,52$ bulunmuştur (116). Bu puan ortalaması orta düzeyde depresif belirti ile uyumludur. Daştan ve ark. (2015)'nin kadınlarda gebelik döneminde görülen ruhsal sorunları ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 188 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puan ortalamaları $42,81 \pm 14,47$ olup %73,4'ü sürekli kaygı ve Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalamaları $38,98 \pm 14,02$ olup %63,8'i durumluluk kaygı açısından riskli bulunmuştur (127). Şen ve Şirin'in çalışmalarında (2013), DKÖ puan ortalaması $45,81 \pm 8,75$, SKÖ puan ortalaması $49,68 \pm 7,41$ 'di (128).

Vırit ve ark. (2008)'nin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ine göre gebelerin %42,3'ü hafif düzeyde, %39,4'ü orta düzeyde ve %18,3'ü şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahipti. Aynı çalışmada gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalaması $40,10 \pm 4,24$ idi ve bu ölçeğe göre kaygısı olmayan %17,3, hafif kaygı taşıyan %47,1 ve yüksek kaygı taşıyan %35,6 gebe vardı (116). Daştan ve ark. (2015)'nin yaptıkları çalışmada gebelerin BDÖ puan ortalamaları $11,91 \pm 8,64$ olup; % 16,0'sı depresyon açısından riskli bulmuştur (127).

Bu belirtilerin yaygınlığındaki bu değişim kullanılan çalışma zamanlarının, ölçme ve değerlendirmedeki yöntem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik haftasına göre depresyon, anksiyete, stres puanları karşılaştırıldığında, gebelik haftasıyla DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete, stres puanları arasında sağlıklı gebelerde anlamlı farklılık saptanmazken 14-27

gebelik haftasında olan gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$, Tablo 6-9). Bu durum gestasyonel diyabet tanısının 24. gebelik haftasında konulması nedeniyle olabilir.

Ortaarık ve ark (2012)'nin 126 gebe ile PRİME-MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği kullanarak gebeliğin ikinci trimesterinde olan hamile kadınlarda anksiyete ve depresif bozukluk düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında gebeliğin ikinci trimesterinde olan kadınların %40,5'inde anksiyete bozukluğu görüldüğü sonucuna varmışlardır (129). Bennet ve ark (2004) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullandığı çalışmasında gebelikte depresyon oranlarının ilk trimesterde %7,4, ikinci trimesterde %12,8, üçüncüde %12 olarak bulmuşlardır (130).

Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 204 gebeye Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanarak yapılan çalışmada birinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin depresyon semptomlarını yaşama oranları yüksek bulunmuştur (131).

Öztürk (2017) (BDÖ), Özer (2015) Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EADMS), Arslan (2010) Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği (HAD), Yılmaz ve Beji (2010) (EADMS) ölçeklerini kullandıkları çalışmalarında gebelik haftasıyla depresyon puanları arasında anlamlılık saptamamıştır (112,132,133,134).

Gebelerin eğitim durumları ile DAS ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık saptandı. Çalışmamıza katılan sağlıklı gebelerin eğitim düzeyleri ile stres puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü. Oyd/ilköğretim eğitim düzeyinde olan sağlıklı gebelerin üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan sağlıklı gebelerden daha fazla stres puanına sahip olduğu belirlendi($p<0,05$, Tablo 6-10). Gestasyonel diyabetli gebelerde ise eğitim durumu ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında farklılık saptanmadı.

Sertbaş (2010) gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk- sürekli kaygı düzeyini saptamak, kaygı durumuna etki eden sosyo-demografik ve doğurganlıkla ilgili özelliklerinin, doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk-sürekli kaygı düzeyi üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla 200 gebe ile yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olanlarda kaygı seviyesinin daha düşük olduğunu ve stresle daha etkin baş ettiklerini bildirmiştir (135). Yücel ve ark (2013)'nın gebelerde PRIME-MD ölçeği kullanarak gebelikteki depresyon ve anksiyete varlığını ortaya çıkarmayı ve bu duruma etki eden sosyokültürel faktörleri belirlemeyi amaçladıkları 111 gebe ile yaptıkları çalışmada eğitim durumu ve anksiyete, depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (136). Öztürk (2017)'ün BDÖ kullanarak 215 gebede yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile depresyon görülme olasılığı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (137).

Gebelerin gelir düzeyleri ile DAS ölçeği alt boyutları olan depresyon, anksiyete, stres ve toplam boyut puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6-11).

Kardaş (2016)'ın kadınlarda depresyon ile jinekolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 301 kadınla (BDÖ), Yılmaz ve Beji (2010)'nin 342 gebeyle (EAMDS) yaptığı çalışmalarda gelir durumu düştükçe depresyon görülme oranının arttığı sonucuna ulaşmışlardır (134,138). Arslan ve ark (2011)'nin (HAD) 452 gebe ile yaptığı çalışmada gelir durumu arttıkça depresyon puanının düştüğü, anksiyete puanı ile anlamlılık içinde olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (139). Dağlar Naim (2014)'in (BEA) 277gebeyle olan çalışmasında ise gelir durumu düştükçe anksiyete puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (140).

Gelir durumu ile depresyon, anksiyete puanlarının karşılaştırmalarında farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Yücel ve ark (2013) (PRIME-MD), Ortaarık ve ark (2012) (PRIME-MD), Akın (2017) (DASÖ) ise aylık gelir düzeyi ve depresyon, anksiyete alt boyutlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (129,136,141). Bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzerdir.

Çalışmamızda gelir durumu ile depresyon, anksiyete, stres ile anlamlılık saptayamasak da yetersiz ekonomik durumun yapılan çalışmalar sonuçlarına göre depresyon, anksiyete ve stresi artırabileceği unutulmamalıdır.

Sosyal faktörler gebeliğe uyumu etkileyen önemli bir etkidir. Kadınların çalışma hayatında olması, gelir getiren bir işte çalışması, eğitimi kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörlerdir. Bazı kadınlar gebe kalmaları halinde işten ayrılmakta, bazıları ise çalışma hayatına devam etmektedir. Gebelik nedeniyle sosyal ve iş yaşamında kısıtlılık oluşan anne stres yaşayabilmektedir. Gebelik öncesi ve gebelikte çalışma durumlarına bakıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6-12/6-13).

Kardaş (2016) çalışmasında, BDÖ kullanmış ve doğurgan yaştaki kadınların çalışma durumları ile depresyon arasında anlamlılık saptamamıştır (138). Özer (2015)'in son trimesterindeki 100 gebeyle (EAMDS) yaptığı çalışmasında çalışma durumu ile depresif duygular arasında anlamlılık saptamamıştır (132).

Sansar (2017) çalışan ve çalışmayan gebelerin depresyon durumlarını karşılaştırmak üzere BDÖ uygulamış, çalışan gebeler çalışmayan gebelere göre daha çok depresyondadır sonucuna ulaşmıştır (142). Leigh ve Milgrom (2008) da (BDÖ) çalışan gebelerde depresyon puanının yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (143).

Şahin (2015) çalışmayan gebenin çalışan gebelere oranla depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu (144), Dağlar ve Naim (2014) çalışmayan gebelerin anksiyete düzeylerinin çalışan gebelere oranla yüksek olduğu (140), Yılmaz ve Beji (2010) çalışmayan gebelerin depresyon puanları, çalışan gebelere oranla yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (134).

Yılmaz (2013) çalışan gebelerde depresyon görülme olasılığının düştüğü (145), Arslan ve ark (2011) gebelikte çalışma durumu ile anksiyete arasında anlamlılık olmadığı, çalışan gebelerin depresyon puanının düştüğü sonucuna

ulaşmışlardır (139). Akın (2017) da depresyon, anksiyete, stres ve toplam puan ortalamalarının gebelik doneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha duşuk olduğunu belirtmiştir (141).

Gestasyonel diyabetli gebelerin gebelik sayıları ile depresyon, anksiyete, stres alt boyut puanlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Sağlıklı gebelerde ise anksiyete ve stres alt boyut puanlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı, depresyon puanları arasında fark saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-14). Sağlıklı gebelerde gebelik sayısı arttıkça depresyon puanında artış olduğu saptandı.

Özer (2015) Edinburg Doğum Skalası Depresyon leği (EADMS) kullandığı çalışmasında, gebelik sayısı ile depresyon arasında anlamlı farklılık saptamamıştır (132). Yılmaz ve Beji (2010) da gebelik sayısı ve depresyon arasında EADMS leğine göre anlamlılık görememiştir (134). Dağlar ve Naim (2014) de gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 277 gebeye uyguladığı BAE (Beck Anksiyete Envanteri) leği ile primigravidalar ile multigravidalar arasında anksiyete puanlarının anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır (140).

Yılmaz (2013) EDSDÖ göre gebelik sayısı arttıkça depresyon puanının arttığı (145), Arslan ve ark (2011) HAD leğine göre gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının arttığı sonucuna ulaşırken (139), Kaplan ve ark (2007) Durumluluk Kaygı Envanterine göre primigravidaların multigravidalara göre DKE puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (146). Bu sonuçlar sağlıklı gebeler değerlendirildiğinde çalışmamıza benzerdir.

Gebelerin duşuk sayısına göre DAS leği alt puan dağılımı gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon ($p=0,860$), anksiyete ($p=0,198$) ve stres ($p=0,327$) puanları ile duşuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Sağlıklı gebelerde de depresyon ($p=0,270$), anksiyete ($p=0,81$) ve stres ($p=0,94$) puanları ile duşuk sayıları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir

fark saptanmadı (Tablo 6-15). Akbaş ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada düşük ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki tespit edememişlerdir (147). Çakır ve Can(2011)'nin çalışmasında da düşük sayısı ile anksiyete ve depresyon ilişkisine bakıldığında anlamlı bir farklılık olmadığını gözlemlemişlerdir (108).

Gebeliği planlama durumu ile depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, gestasyonel diyabetli gebelerde gebeliği planlı olmayanlarda depresyon, anksiyete, stres puanları yüksek bulundu. Sağlıklı gebelerde ise anksiyete ve stres puanları arasında bir fark saptanmazken depresyon puanları arasında gebeliği planlı olmayan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-16).

Kaplan ve ark (2007) gebeliği planlamayan gebelerde planlayanlara göre Durumluluk, Kaygı Envanteri puanlarının yüksek olduğunu (146), Şen ve Şirin (2013) de preterm eylem tanısı alan gebelerde kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 113 gebede yaptığı çalışmada BDÖ puanlarının gebeliği planlamayanlarda arttığını bulmuşlardır (128).

Yücel ve ark (2013) PRİME-MD ölçeğine göre gebeliği planlı olanların %20,7'sinde depresyon, %28,8'inde anksiyete görülmüş, gebeliği plansız olanlarda bu oran sırasıyla %21,6, %43'e yükselmiştir (136). Pişirgen (2011)'in riskli ve risksiz gebelerde BDÖ ile anksiyete ve depresyon düzeyine baktığı çalışmasında istenmeyen riskli ve risksiz gebeliklerde depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (148).

Arslan (2010) HAD ölçeği ile gebeliğini istemeyen grubun depresyon puanlarının yüksek olduğunu görürken anksiyete arasında anlamlılık saptamamıştır (133). Ortaarık ve ark (2012) gebeliğin planlanması ile depresyon, anksiyete arasında (129), Dağlar (2014) da anksiyete puanlarıyla (140), Akın (2017) da depresyon, anksiyete, stres puanları arasında (141) anlamlılık saptamamıştır.

Literatürde istenmeyen gebelik ile depresif bulgular arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Gebeliğin istenmeyen, planlanmayan gebelik olması, gebelik ve sonrası depresyon için risk faktörüdür (149).

Uyku bozuklukları, günlük yaşamda ve genel sağlık alanında fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açarak yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Uyku bozukluklarının depresyon oluşumu için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda gestasyonel diyabetli gebelerde uyku sorunu varlığının depresyon puanını arttırdığı saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-18).

Nacar (2016)'ın gebelerin uyku özellikleri ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 436 gebeyle yaptığı çalışmada uykusuzluk problemi olan gebelerde olmayanlara göre 2 kat daha fazla depresif semptom bulunduğu saptamıştır (101).

Prenatal dönemde gebe eğitimi annenin gebelik ve sorunlarıyla baş etme gücünü arttırdığı belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebelerin eğitim sınıflarına katılma ile DAS ölçeği alt boyut puanları arasında bir fark saptanmadı (Tablo 6-19).

Gebelerin canlı doğum sayısına göre DAS ölçeği alt puan dağılımı tablo 6-21'de görülmektedir. Gestasyonel diyabetli ve sağlıklı gebeler arasında depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında bir fark saptanmadı. Literatürde özellikle primipar annelerin bilgi eksikliği annede kriz nedeni olup süreci olumsuz etkileyebildiği bildirilmiştir.

Daştan ve ark. (2015)'nın kadınlarda gebelik döneminde görülen ruhsal sorunları ve bunlarla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 188 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin doğum sayısı arttıkça depresyon düzeylerinde artış görülürken ve anksiyete düzeylerinde herhangi bir farklılık görülmemiştir (127).

Arslan ve ark. (2011)'nin gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmak amacıyla 452 gebe ile yaptıkları çalışmaya katılan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları ile canlı doğum sayıları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamız bu çalışma ile uyumludur (139).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşlarına göre depresyon, anksiyete, stres puanları incelendiğinde gestasyonel diyabetli gebelerin anksiyete ve stres puanlarında fark saptanmazken, depresyon puanları arasında fark saptandı. Sağlıklı gebelerde ise depresyon ve anksiyete puanları arasında fark saptanmazken stres puanları arasında fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 6-21).

Anksiyete, depresyon, stres ile ilgili farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yücel ve ark (2013) PRIME-MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği kullanarak gebelikteki depresyon ve anksiyete varlığını ortaya çıkarmak ve bu duruma etki eden sosyo-kültürel faktörleri belirlemek amacıyla 1. trimesterde 30 yaş ve üzeri 111 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerde anksiyete görülme oranının yüksek olduğunu bulmuştur (136). Şahin (2015)'in gebelerin depresyon, anksiyete belirti düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde 96 gebe ile BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) kullanarak yaptığı çalışmada 30 yaş üzerindeki gebelerin 30 yaş altındakilere göre depresyon puanının yüksek, 30 yaş altındakilerin ise 30 yaş üstündekilere göre anksiyete puanının yüksek olduğunu görmüştür (144).

Yılmaz (2013)'in gebelik depresyonunun, sıklığı, gebelikteki komplikasyonları ve diğer ilişkili etmenler ve depresyonun gebelik, doğum ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek amacıyla Ankara'da 600 gebe ile EDSDÖ (Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği) kullanarak yaptığı çalışmada 19 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelerde depresyon puanını daha yüksek düzeyde bulmuştur (145). Özer (2015)'in son trimesterinde bulunan gebelerin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla İstanbul'da 100 gebeye EADMS

(Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası) uyguladığı çalışmasında depresif duygulanım alt boyut puanının yaşı küçük olan gebe grubunda anlamlı olduğunu görmüştür (132). İkinci trimesterde 126 gebe ile PRIME-MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği kullanan Ortaarık ve ark (2012) (129) ve gebelere HAD (Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği) ölçeği uygulayan Arslan (2010) yaş ile depresyon, anksiyete puanı arasında (133), Öztürk (2017) BDÖ uyguladığı gebelerde (137) ve Yılmaz ve Beji (2010) EDSDÖ (Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği) uyguladığı gebelerde (134) yaş ile depresyon arasında anlamlılık saptamamıştır.

Araştırma sonuçları anksiyete ve depresyon yönünden bulgularımızla benzer özelliktedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuçlar

Bu çalışma gestasyonel diyabetli kadınların gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu değerlendirmek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapıldı. Sonuçlar şu şekildedir;

PKDÖ ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan ortalaması 316 en az puan ortalaması 79 iken gestasyonel diyabetli gebelerin ölçek toplam puan ortalaması $247,58 \pm 21,15$, sağlıklı gebelerin ölçek toplam puan ortalaması $253,22 \pm 22,60$ olarak bulundu (Tablo 6-5). Gebelerin puan ortalaması yüksek düzeydedir.

Depresyon, anksiyete, stres skalasından alınabilecek en yüksek puan ortalaması 105 iken gestasyonel diyabetli gebelerin ölçek puan ortalaması $34,52 \pm 21,93$, sağlıklı gebelerin ölçek puan ortalaması $30,81 \pm 19,57$ olarak bulundu (Tablo 6-6). Gestasyonel diyabetli gebelerin DAS ölçek alt boyut puanları depresyon $9,79 \pm 7,93$, anksiyete $11,28 \pm 7,48$, stres $13,43 \pm 7,85$ olarak bulundu. Sağlıklı gebelerin DAS ölçek alt boyut puanları depresyon $8,21 \pm 7,24$, anksiyete $10,06 \pm 6,67$, stres $12,53 \pm 7,21$ olarak bulundu (Tablo 6-8).

Gebelik haftasına göre depresyon, anksiyete, stres puanları karşılaştırıldığında, gebelik haftasıyla DASÖ alt boyutları olan depresyon, anksiyete, stres puanları arasında sağlıklı gebelerde anlamlı farklılık saptanmazken 14-27 gebelik haftasında olan gestasyonel diyabetli gebelerin depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$, Tablo 6-9).

Gebelerin eğitim durumları ile DAS ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, oyd/ilköğretim eğitim düzeyinde olan sağlıklı gebelerin üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan sağlıklı gebelerden daha fazla stres puanına sahip olduğu belirlendi ($p < 0,05$, Tablo 6-10). Gestasyonel diyabetli gebelerde ise

eğitim durumu ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında farklılık saptanmadı.

Gestasyonel diyabetli gebelerin gebelik sayıları ile depresyon, anksiyete, stres alt boyut puanlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Sağlıklı gebelerde ise anksiyete ve stres alt boyut puanlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı, depresyon puanları arasında fark saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-14). Sağlıklı gebelerde gebelik sayısı arttıkça depresyon puanında artış olduğu saptandı.

Gebeliği planlama durumu ile depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, gestasyonel diyabetli gebelerde gebeliği planlı olmayanlarda depresyon, anksiyete, stres puanları yüksek bulundu. Sağlıklı gebelerde ise anksiyete ve stres puanları arasında bir fark saptanmazken depresyon puanları arasında gebeliği planlı olmayan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-16).

Uyku bozuklukları, g¼nl¼k yaşamda ve genel sağlık alanında fiziksel ve psikolojik sorunlara yol aarak yaşam kalitesini önemli ölç¼de d¼ř¼rmektedir. Uyku bozukluklarının depresyon oluşumu için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda gestasyonel diyabetli gebelerde uyku sorunu varlığının depresyon puanını arttırdığı saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-18).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşlarına göre depresyon, anksiyete, stres puanları incelendiğinde gestasyonel diyabetli gebelerin anksiyete ve stres puanlarında fark saptanmazken, depresyon puanları arasında fark saptandı. Sağlıklı gebelerde ise depresyon ve anksiyete puanları arasında fark saptanmazken stres puanları arasında fark saptandı ($p<0,05$, Tablo 6-21).

Araştırmaya katılan tüm gebelerde gebelik haftası, yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması ve gebelikte uyku sorunun varlığı depresyon, anksiyete ve stres puanlarını etkileyen faktör olarak değerlendirildi.

Gebelere hizmet veren tüm sağlık personelinin gebelik psikolojisi ve gebelik esnasında görülebilen psikiyatrik bozukluklar hakkında bilgi sahibi olması, gebelikteki psikososyal reaksiyonların tanınması, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönlerinden önem taşımaktadır.

Gebelik döneminde ve sonrasında kadınların normal yaşantılarını dengeli ve uyumlu bir şekilde sürdürebilmeleri ve annelik rolünün gereklerini yerine getirebilmeleri için kişisel, sosyal ve psikolojik uyumlarının yeterli düzeyde olması gerekmektedir.

Gebelik döneminde meydana gelen değişikliklere psikososyal uyumun sağlanması, gebe kadın ve ailesine sağlık ekibi üyeleri tarafından verilen bütüncül yaklaşımlı bakım hizmetleri ile mümkün olmaktadır.

8.2. Öneriler

- Tüm sağlık profesyonellerinin bu konularda hizmet içi eğitim programlarıyla eğitilmeleri,
- Gestasyonel diyabetli gebelerin gebeliğe uyum ve depresyon, anksiyete ve stres yönünden değerlendirilmesi,
- Antenatal bakım hizmetlerinin kapsamına gestasyonel diyabetli gebelerin gebeliğe uyum ve depresyon, anksiyete ve stres durumlarının da değerlendirilmesinin alınması, gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Bu konuda ulusal geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

9. KAYNAKÇA

1. Tortumluoğlu G. Okanlı A. Erci B. (2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1): 24-36.
2. Koyun A. Demir Ş. (2013). Fetüsün Cinsiyetinin Annelik Rolüne ve Gebeliğe İlişkin Düşüncelere Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3): 460-469.
3. Aydemir H. Hazar H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2): 815-833.
4. Esmeray N. (2016). Gebelik Deneyimleri Ölçeği'nin Geçerlik ne Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
5. Gümüş AB. Çevik N. Hyusni SH. Biçen Ş. Keskin G. Malak AT. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı Ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. Anatol J Clin İntestig, 5(1): 7-14.
6. Beydağ KD.(2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 479-484.
7. Beydağ K. Mete S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1): 16-24.
8. Gümüşdaş M. (2014). Gebelerde Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
9. Uçar H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

10. Yılmaz F. Pasinlioğlu T. (2014). Gebelerde Algılan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 1(1): 14-24.
11. Mutlugüneş E. Mete S. (2013). Gebelikte Bulantı Kusma İle Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1): 8-14.
12. Demirbaş H. Kadioğlu H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu Ve İlişkili Faktörler. MÜSBED, 4(4): 200-206.
13. Elkin N. (2015). Gebelerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 8(1): 22-31.
14. Bağcı S. (2014). Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Konya.
15. Türkyılmaz S. (2014). Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi Görüş ve Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
16. Sezer Ö. (2004). Kadınların Uyum Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 1-15.
17. Taşcı K. (2005). Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
18. Mermer G. Bilge A. Yücel U. Çeber E. (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2): 71-76.
19. Metin A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

20. Akkaş S. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
21. Yıldız D. (2008). Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri ve Yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 294-298.
22. Yıldız D. Akbayrak N. (2014). Gebelik Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri ve Annelik Rolüne Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56: 36-41.
23. Kamalak H. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
24. Mutlugüneş E. (2012). Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
25. Çakaloz KD. (2016). Hiperemezis Gravidarumun Gebelik Uyumuna Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
26. Atan ŞÜ. Dönmez S. (2009). Gestasyonel Diyabetin Postpartum Yönetimi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 17(3): 311-217.
27. Yavuz A. Demirtaş Ö. Terzi H. Işıkkent NT. Kale A. (2015). Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı Ve Perinatal Sonuçları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16: 244-248.
28. Öztürk, FY. Altuntaş Y. (2015). Gestasyonel Diabetes Mellitus. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49(1), 1-10.

- 29.** Balık G. Şahin SB. Takin YB. Şentürk Ş. Kağıtçı M. Şahin FK. (2016). Bir Üniversite Hastanesinin Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diabetes Mellitus Prevalansı. Ege Tıp Dergisi, 55(2): 55-58.
- 30.** T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
- 31.** American Diabetes Association – ADA (2015). Standarts of Medical Care in Diabetes – 2015. Diabetes Care, 38 S1, 1-94.
- 32.** Mihmanlı V. Mihmanlı M. (2015). Diabetes Mellitus Ve Gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31(Ek Sayı): 17-22.
- 33.** Alanbay İ. Çoksüer H. Ercan MC. Keskin U. Öztürk M. Kardeş KE. Toptan S. Başer İ. (2011). Gestasyonel Diyabetes Mellitus Olgularında Maternal Vücut Kitle İndeksi ve Kilo Alımı İle Maternal Biyokimyasal Değerler ve Fetal Doğum Ağırlığının Karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 53: 237-242.
- 34.** Gül K. (2015). Diyabetes Mellitus Sınıflama, Tanı Ve Tarama Testlerine Genel Bakış. KSU Tıp Dergisi, 10(2): 12-16.
- 35.** Ural A. (2016). Gestasyonel Diabetes Mellitus Gelişen Kadınlara Uygulanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Eğitim Programı"nın Anne Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 36.** Derya YA. Karadağ E. Oltuluoğlu H. (2012). Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi. STED, 21(4): 230-235.
- 37.** Hod M. Kapur A. Sacks DA. Hadar E. Agarwal M. Di Renzo GC. ve ark. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 131 S3, 173-211.

- 38.** Beken S. İyidir ÖT. Önal E. Altınova AE. Törüner FB. Atalay Y. (2013). GMJ, 24: 50-52.
- 39.** Kurdoğlu M. Kurdoğlu Z. Biri A. (2008). Karbonhidrat Metabolizma Bozukluğu Olan Gebeliklerin Maternal Ve Perinatal Sonuçları. Van Tıp Dergisi, 15(2): 44-50.
- 40.** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği – TEMD (2018). TEMD Diabetes mellitus komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu – 2018. Ankara, Miki Matbaacılık Ltd. Őti.
- 41.** Şen E. Yağcan H. Dönmez S. Sevil Ü. Şirin A. (2008). Gestasyonel Diyabet Ve Hemşirelik Bakım Yönetimi. Jinekoloji Ve Obstetrik Dergisi, 22(2): 140-146.
- 42.** Colberg SR. Castorino K. ve Jovanovic L. (2013). Prescribing physical activity to prevent and manage gestational diabetes. World Journal of Diabetes, 4, 256-262.
- 43.** Ođuz A. (2016). Gestasyonel Diyabet. KSU Tıp Fakóltesi Dergisi, 11(1): 26-29.
- 44.** Turgut A. Boran SÜ. Dolgun ZN. Acioğlu H. ve Görük NY. (2011). Bir doğumevi gebe izlem polikliniğinde gestasyonel diabetes mellitus sıklığı. Dicle Tıp Dergisi, 38, 325-328.
- 45.** Aydın M. Gürel A. Çelik C. TülübaŐ F. Abalı R. ve Yılmaz A. (2013). Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde gestasyonel diabetes mellitus prevalansı. Yeni Tıp Dergisi, 30, 252-254
- 46.** Özyurt R. AŐçıođlu O. Gültekin T. Güngördük K. Boran B. (2013). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi, 5, 7-12.

47. Erem C. Kuzu UB. Deger O. ve Can G. (2015). Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated risk factors in Turkish women: the Trabzon GDM study. Archives of Medical Science, 11, 724-735.
48. Kutay NG. Gönenç G. İşçi H. Yiğiter AB. Dünder İ. (2013). Gestasyonel Diabetes Mellitus Riskinin Maternal Yaş ve Gebeliğin Başlangıcındaki Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 40(3): 406-409.
49. Topçuoğlu S. Erçin S. Arman D. Gürsoy T. Karatekin G. Ovalı F. (2014). Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yeni doğan İçin Risk Midir?. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45: 131-135.
50. Çetin BA. Köroğlu N. Bahat PY. Akça A. Barut S. (2017). Paritenin İleri Anne Yaşı Gebeliklerin Obstetrik Sonuçlara Etkisi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 33(3): 130-133.
51. Şilfeler DB. Karateke A. Kuyucu E. Artunç B. Taşpınar B. (2010). 24 Yaş ve Altındaki Gebelere Glikoz Tarama Testi Yapılmalı Mıdır?. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 21(3): 117-121.
52. Metin S. (2017). Gestasyonel Diyabette Güncel Tedavi Yaklaşımları. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1): 1-14.
53. Şahin E. Öncel M. (2014). Diyabet Tanı ve Takibinde Geleneksel ve Yeni Biyokimyasal Belirteçler. Eur J Basic Med Sci, 4(3): 66-73.
54. Özüğuz U. Aydın Y. Berker D. (2010). Gestasyonel Diyabet: Risk Faktörleri, Tanı Ve Tedavi. İç Hastalıkları Dergisi, 17: 71-79.
55. Çetin C. Demir C. (2015). Gebelikte Gestasyonel Diyabet Taraması. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24(3): 348-354.

- 56.** Koncagül S. Erkayran U. Küçük Z. (2017). Gebelerde 50 Gr Oral Glikoz Tolerans Test Sonuçları İle Vücut Kitle İndeksinin Karşılaştırılması. KSU Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1): 45-49.
- 57.** Akış N. Pala K. ve Seçkin RÇ. (2008). Gestasyonel diyabetes mellitus prevalansı ve ilişkili risk etmenleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 34, 93-96.
- 58.** World Health Organization – WHO (2013). Diagnostic criteria and classification of Hyperglycaemia first detected in pregnancy. Erişim 11.04.2014.
- 59.** National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2015). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE guideline. Erişim 15.12.2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>
- 60.** American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG (2013). Practice Bulletin Number 137: Gestational Diabetes Mellitus. Obstetrics & Gynecology, 122, 406-416.
- 61.** Şahin SB. Ayaz T. İlkılıç K. Sezgin H. Ural ÜM. (2014). Gestasyonel Diyabette İnsülin Tedavi Gereksinimini Artıran Risk Faktörleri. Fırat Tıp Dergisi, 19(4): 193-196.
- 62.** Akalın S. Günay T. (2002). Gebelikte Diyabet ve Balçova Deneyimi. STED, 11(10): 366-368.
- 63.** Lawrence JM. (2011). Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 25, 15-24.
- 64.** Buchanan T.A. ve Xiang A.H. (2005). Gestational diabetes mellitus. The Journal of Clinical Investigation, 115, 485-491.

- 65.** Canbaz B. Dinççağ N. Diyabetli Gebelerde Perinatal Sonlanımlar, Fetal ve Maternal Komplikasyonlar, Doğumun Yönetimi. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics, 3(1): 31-40.
- 66.** Usta A. Usta CS. Yıldız A. Özçağlayan R. Dalkıran SE. (2017). Frequency of fetal macrosomia and the associated risk factors in pregnancies without gestational diabetes mellitus. Pan Afr Med J; 26-62.
- 67.** Demirören K. Koç H. Yüksekaya HA. (2003). Diabetik Anne Bebeğinde Komplikasyonlar. Genel Tıp Dergisi, 13(3): 113-118.
- 68.** Akarsu S. Kurt ANÇ. Kurt A. Yılmaz E. Aygün AD. (2008). Diyabetik Anne Bebeğinde Klinik Ve Laboratuvar Bulguları. Fırat Tıp Dergisi, 13(3): 199-204.
- 69.** Rönö K. Stach-Lempinen B. Klemetti M. Kaaja RJ ve Pöyhönen-Alho M. Eriksson JG. ve ark. (2014). Prevention of gestational diabetes through lifestyle intervention: study design and methods of a Finnish randomized controlled multicenter trial (RADIEL). BioMed Central Pregnancy & Childbirth, 14, 1-11.
- 70.** Nielsen KK. Anıl K. Damm P. Courten M. Bygbjer, C. (2014). From screening to postpartum follow-up-the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. BioMed Central Pregnancy & Childbirth, 14, 1-18.
- 71.** Karcaaltıncaba D. Kandemir Ö. (2010). Gebelik ve diyabette insulin tedavisi. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology,7, 29-36.
- 72.** Shih S. Davis-Lameloise N. Janus E.D. Wildey C. Versace VL. Hagger V. ve ark. (2014). Mothers after gestational diabetes in Australia Diabetes Prevention Program (MAGDA-DPP) post-natal intervention: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 14: 1-10.

- 73.** Dinççağ N. (2011). Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. İç Hastalıkları Dergisi, 18, 181-123.
- 74.** İnce DA. Takçı Ş. Gümüşer R. (2014). Diyabetik Anne Bebeklerinin Yenidoğan Sorunları. Çağdaş Tıp Dergisi, 4(3): 115-120.
- 75.** Tonguç M. (2015). Yeni Ve Eski Kriterlere Göre Gestasyonel Diyabetes Mellitus Prevalans Çalışması Ve İki Saatlik Glikoz Tarama Testinin Tekrarlanabilirliğinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- 76.** Günay EY. (2013). Gebelerde Kaygı Düzeyi: “Canbridge Kaygı Ölçeği”nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 77.** Okanlı A. Tortumluoğlu G. Kırpınar İ. (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4:98-105.
- 78.** Erdem Ö. Bucaktepe GE. Özen Ş. Kara İH. (2010). Prepartum Ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Düzce Tıp Dergisi, (3): 24-31.
- 79.** Karataş T. (2010). Gebelikte Bulantı Kusma İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 80.** Aydın R. (2013). Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- 81.** Dağlar G. Nur N. Bilgiç D. Kadioğlu M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. KASHED, 2(1): 27-40.

- 82.** Erken AA. (2016). Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- 83.** Sönmezer E. Yosmaoğlu HB. Daşkapan A. Anaforoğlu B. (2015). Gebelerin Anneliğe Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Sağlık Ve Toplum, 25(2): 46-53.
- 84.** Yıldırım H. (2015). Gebe Kadınların Öz-Yeterliliklerinin Prenatal Uyumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 85.** Weis KL. (2006). Maternal Identity Formation in a Military Sample: A Longitudinal Perspective. Degree of Doctor of Philosophy in the School of Nursing. University of North Carolina at Chapel Hill.
- 86.** Demirbaş H. (2013). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 87.** Altınçelep F. (2011). Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- 88.** Çalık KY. Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1): 142-162.
- 89.** Kumcağız H. Ersanlı E. Murat N. (2017). Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8(1): 23-31.
- 90.** Üst ZD. Pasinlioğlu T. Özkan H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2): 110-115.

91. Bülbül T. zen B. apur A. Kayacık F. (2013). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 25: 126-130.

92. alışır H. (2003). İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.

93. zkan H. (2010). Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

94. Taşkın L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara.

95. Birol L. (2005). Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

96. Mercer R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. JOGNN, 35(5): 649–651.

97. zkan H. Polat S. (2011). Annelik Davranışlarını ğrenme Süreci Ve Hemşirelik Desteği. Bozok Tıp Dergisi, 1: 35-39.

98. Karataş T, Mete S. (2012). Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. DEUHYO ED, 5(2): 47- 52.

99. Deliktaş A. Körükçü . Kukulu K. (2015). Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi. MÜSBED, 5(4): 274-283.

100. Buko G. zkan H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekaları İle Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(4): 217-224.

- 101.** Nacar G. (2016). Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 102.** Beji NK. (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı, Nobel kitap evleri, İstanbul.
- 103.** Pirdal H. Yalçın MB. Ünal M. (2016). Gebelerin Gebelik İzlemleri, Gebelikleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Türkaile Hek Derg, 20(1): 7-15.
- 104.** Demiryay A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon
- 105.** Özcan Ş. Aslan E. (2015). Normal Doğumda Ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg, 23(1): 41-48.
- 106.** Tekgöz İ. Sunay D. Çaylan A. Kısa C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile HekDerg 2009; 13(3):132-136.
- 107.** Ünver H. (2014). Gebelerde Egzersizin Yaşan Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 108.** Çakır L. Can H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. The Journal of Turkish Family Physician, 3(2): 35-42.
- 109.** Dağlı K. (2017). Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- 110.** Koyuncu SB. (2013). Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Konya.

- 111.** Özorhan EY. Ender SA. Şahin ÖA. (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(3): 33-42.
- 112.** Öztürk N. Aydın N. (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. Kadın Ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi, 2: 29-36.
- 113.** Gümüüşdaş M. Ejder SA. Özorhan EY. (2014). Riskli Olan Ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. HSP, 1(2): 32-42.
- 114.** Sadi ZB. (2014). Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- 115.** Bulut A. (2016). Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- 116.** Vırrıt O. Akbaş E. Savaş HA. Sertbaş G. Kandemir H. (2008). Gebelikte Depresyon Ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45: 9-13.
- 117.** TNSA (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 20.04.2017, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/>
- 118.** Ayan R. (2013). Gebelerin Olağan Şikâyetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- 119.** Çağlar M. (2017). Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Prenatal Distres Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, 2017.

120. Çoban A. Yanikkerem E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi Ve Yorgunluk Düzeyi. Ege Journal of Medicine, 49(2): 87–94.

121. Taşkıran N. (2011). Gebelik ve Uyku Kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 8(3): 181-187.

122. Pınar ŞE. Arslan Ş. Polat K. Çiftçi D. Cesur B. Dağlar G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. DEUHYO ED, 7(3): 171-177.

123. Mutlu LC. ve Saraçoğlu G V. (2013). Gebelikte Sigara İçme Prevalansı ve Sigara İçme Davranışını Etkileyen Etmenler: Tekirdağ Örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 12(1): 1-12.

124. Evrenol S. (2012). Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum Ve Anneliğe Uyumları Ve Etki Eden Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.

125. Özçalkap N. (2018). Adıyaman İl Merkezindeki Gebelerin Gebelik Ve Anneliğe Uyumlarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İstanbul.

126. Paşalak Şİ. (2016). Yüksek Riskli Gebelik Nedeniyle Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeyleri Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Koç Üniversitesi, İstanbul.

127. Daştan N. Deniz N. Şahin B. (2015). Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal Of Psychiatric Nursing, 6(2):71-78.

128. Şen E. Şirin A. (2013). Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Gaziantep Tıp Derg, 19(3):159-163.

129. Ortaarık E. İmran T. Muharrem A. Kaya E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1:16-20.

130. Bennett H. Einarson A. Taddio A. Koren G. & Einarson T. (2004). Prevalence Of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetric&Gynecology*(103), 698-709.

131. Erbil N. Oruç H. Karabulut A. (2009). Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J GynecolObst*, 19(2):67-74.

132. Özer K. (2015). Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.

133. Arslan B. (2010). Gebelerde Anksiyete Ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

134. Yılmaz SD. Beji NK. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon Ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Derg*, 20(3):99-108.

135. Sertbaş G. (2010). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Doktora tezi 1997. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26(ek):66.

136. Yücel P. Çayır Y. Yücel M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri*, 16: 83-87.

137. Öztürk EAG. (2017). Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin Ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- 138.** Kardaş F. (2016). Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- 139.** Arslan B. Arslan A. Kara S. Öngel K. Mungan MT. (2011). Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. Tepecik Eğit Hast Derg, 21(2):79-84.
- 140.** Dağlar G. Naim N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Derg, 36:429-441.
- 141.** Akın S. (2017). Gebelerin Öz Yeterlilik Algıları Ve Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- 142.** Sansar N. (2017). Çalışan Ve Çalışmayan Gebe Kadınların Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- 143.** Leigh B. Milgrom J. (2008). Risk Factors For Antenatal Depression, Postnatal Depression And Parenting Stress. BMC Psychiatry, 8(1), 24.
- 144.** Şahin P. (2015). Gebelikte Depresyon Ve Anksiyete Belirti Düzeyi Ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.
- 145.** Yılmaz EA. (2013). Ankara’da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” İle Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara
- 146.** Kaplan S, Bahar A. Sertbaş G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:1.

147. Akbař E, Vırıt O, Kalenderođlu A, Savař HA, Sertbař G. (2008). Gebelikte sosyodemografik deđiřkenlerin kaygı ve depresyon dűzeyleriyle iliřkisi. Nűropsikiyatri Arřivi, 45(3):85-91.

148. Piřirgen TN. (2011). Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Dűzeylerinin Deđerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi. Eskiřehir Osmangazi ńniversitesi, Eskiřehir.

149. řahin EM. Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı dűzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya ńniversitesi Tıp Fakűltesi Dergisi, 27 (1): 51-58.



10.EKLER

EK-1: SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD SOYAD:	YAŞ:
KİLO:	GEBELİK ÖNCESİ KİLO:
BOY:	BKİ:
EĞİTİM DÜZEYİ: a) okuryazar değil b) ilköğretim c) lise d) lisans e) yüksek lisans	MESLEK:
EŞİN EĞİTİM DÜZEYİ: a) okuryazar değil b) ilköğretim c) lise d) lisans e) yüksek lisans	EŞİN MESLEĞİ:
SAĞLIK GÜVENCESİ: a) sosyal güvencesi yok b) yeşil kart c) sgk	MEDENİ DURUM: a) evli b) bekar
AYLIK GELİR DÜZEYİNİZ NEDİR? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla	NASIL BİR AİLE TİPİNE SAHİPSİNİZ? a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile
ÇALIŞIYOR MUSUNUZ? a) Evet b) Hayır	GEBELİKTE ÇALIŞTINIZ MI? a) Evet b) Hayır
BU GEBELİK KAÇINCI GEBELİĞİNİZ? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri	KAÇ DÜŞÜK YAPTINIZ? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
KAÇ KEZ KÜRETAJ OLDUNUZ? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri	KAÇ CANLI DOĞUM YAPTINIZ? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
KAÇ ÖLÜ DOĞUM YAPTINIZ? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri	KAÇ TANE YAŞAYAN ÇOCUĞUNUZ VAR? a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri

<p>BU GEBELİĞİNİZ PLANLI MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>ŞU ANDA KAÇ HAFTALIK GEBESİNİZ?.....</p> <p>a)1-13. hafta b)14-27. hafta c)28-40.hafta</p>
<p>EN SON DOĞUMUNUZU NASIL YAPTINIZ?</p> <p>a) normal (vajinal) doğum b) sezaryen ile doğum c) normal ve sezaryen ile doğum</p>	<p>BİR ÖNCEKİ GEBELİK İLE BU GEBELİK ARASINDAKİ SÜRE NE KADAR?</p> <p>a) ilk gebelik b)24 ay ve daha az c) 25 ay ve üzeri</p>
<p>GEBELİK SÜRECİNİZDE ORTALAMA UYKU SÜRESİ...../SAAT</p> <p>DÜZENLİ Mİ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>GEBELİKTEN DOLAYI UYKU DÜZENİNDE SORUN OLUŞTUMU?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>SAĞLIĞINIZI NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?</p> <p>a)çok iyi b)iyi c)kötü d)çok kötü</p>	<p>GEBELİK BOYUNCA KULLANDIĞINIZ İLAÇ VAR MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>GEBELİK ÖNCESİ EGZERSİZ YAPIYOR MUYDUNUZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>ŞU ANDA EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır cevabınız evet ise nedir?.....</p>
<p>SİĞARA KULLANIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a) gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum b) gebelikte arttırdım c) gebelikte azalttım d) gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım e)kullanmıyorum</p>	<p>ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a)gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum b)gebelikte arttırdım c)gebelikte azalttım d)gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım e)kullanmıyorum</p>

EK-2:PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PKDÖ)

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak **hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin**. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne- babaları, çocuklarıyla birlikleyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim.				
9. Gebeliğim nedeni ile meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacakların konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				

27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerin hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim ihtiyaç duyduğumda ev işlerine yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıkıttığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati/ özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin bana yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde ağırlı olsa bile tüm gücümle ıkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla				

olabileceğini düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeni ile kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğunu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olaylar aklımdan geçiyor.				
69. Bu hamilelik benim için hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğunu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olamayan birçok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK-3: DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES SKALASI

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇİR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1 S	OLDUKÇA ÖNEMSİZ ŞEYLER İÇİN ÜZÜLDÜĞÜMÜ FARKETTİM	0	1	2	3
2 A	AĞZIMDA KURULUK OLDUĞUNU FARKETTİM	0	1	2	3
3 D	HİÇ OLUMLU DUYGU YAŞAYAMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
4 A	SOLUK ALMADA ZORLUK ÇEKTİM (ÖRNEĞİN FİZİK EGZERSİZ YAPMADIĞIM HALDE AŞIRI HIZLI NEFES ALMA, NEFESSİZ KALMA GİBİ)	0	1	2	3
5 D	HİÇBİR ŞEY YAPAMAZ OLDUM	0	1	2	3
6 S	OLAYLARA AŞIRI TEPKİ VERMEYE MEYİLLİYİM	0	1	2	3
7 A	BİR SARSAKLIK DUYGUSU VARDI (SANKİ BACAKLARIM BENİ TAŞIYAMAYACAKMIŞ GİBİ)	0	1	2	3
8 S	KENDİMİ GEVŞETİP SALIVERMEK ZOR GELDİ	0	1	2	3
9 A	KENDİMİ, BENİ ÇOK TEDİRGİN ETTİĞİ İÇİN SONA ERDİĞİNDE ÇOK RAHATLADIĞIM DURUMLARIN İÇİNDE BULDUM	0	1	2	3
10D	HİÇBİR BEKLENTİMİN OLMADIĞI HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
11S	KEYFİMİN PEK KOLAY KAÇIRILABİLDİĞİ HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
12S	SİNİRSEL ENERJİMİ ÇOK FAZLA KULLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
13D	KENDİMİ ÜZGÜN VE DEPRESSİF HİSSETTİM	0	1	2	3
14S	HERHANGİ BİR ŞEKİLDE GECİKTİRİLDİĞİMDE (ASANSÖRDE, TRAFİK IŞIKLARINDA, BEKLETİLDİĞİMDE) SABIRSIZLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
15A	BAYGINLIK HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
16D	NEREDEYSE HERŞEYE KARŞI OLAN İLGİMİ KAYBETTİĞİMİ HİSSETTİM	0	1	2	3
17D	BİREY OLARAK DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
18S	ALINGAN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
19A	FİZİK EGZERSİZ VEYA AŞIRI SICAK HAVA OLMASA BİLE BELİRGİN BİÇİMDE TERLEDİĞİMİ GÖZLEDİM (ÖRNEĞİN ELLERİM TERLİYORDU)	0	1	2	3
20A	GEÇERLİ BİR NEDEN OLMADIĞI HALDE	0	1	2	3

	KORKTUĞUMU HİSSETTİM				
21D	HAYATIN DEĞERSİZ OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
22S	GEVŞEYİP RAHATLAMAKTA ZORLUK ÇEKTİM	0	1	2	3
23A	YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKTİM	0	1	2	3
24D	YAPTIĞIM İŞLERDEN ZEVK ALMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
25A	FİZİK EGZERSİZ SÖZ KONUSU OLMADIĞI HALDE KALBİMİN HAREKETLERİNİ HİSSETTİM (<i>KALP ATIŞLARIMIN HIZLANDIĞINI VEYA DÜZENSİZLEŞTİĞİNİ HİSSETTİM</i>)	0	1	2	3
26D	KENDİMİ PERİŞAN VE HÜZÜNLÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
27S	KOLAY SİNİRLENDİRİLEBİLDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
28A	PANİK HALİNE YAKIN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
29S	BİR ŞEY CANIMI SIKTIĞINDA KOLAY SAKİNLEŞEMEDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
30A	ÖNEMSİZ FAKAT ALIŞKIN OLMADIĞIM BİR İŞİN ALTINDAN KALKAMAYACAĞIM KORKUSUNA KAPILDIM	0	1	2	3
31D	HİÇBİR ŞEY BENDE HEYECAN UYANDIRMIYORDU	0	1	2	3
32S	BİRŞEY YAPARKEN İKİDE BİR RAHATSIZ EDİLMİYİ HOŞ GÖREMEDİĞİMİ FARKETTİM.	0	1	2	3
33S	SİNİRLERİMİN GERGİN OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
34D	OLDUKÇA DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
35S	BENİ YAPTIĞIM İŞTEN ALIKOYAN ŞEYLERE DAYANAMIYORDUM	0	1	2	3
36A	DEHŞETE DÜŞTÜĞÜMÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
37D	GELECEKTE ÜMİT VEREN BİRŞEY GÖREMEDİM	0	1	2	3
38D	HAYATIN ANLAMSIZ OLDUĞU HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
39S	KIŞKIRTILMAKTA OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
40A	PANİKLEYİP KENDİMİ APTAL DURUMUNA DÜŞÜRECEĞİM DURUMLAR NEDENİYLE ENDİŞELENDİM.	0	1	2	3
41A	VÜCUDUMDA (<i>ÖRNEĞİN ELLERİMDE</i>) TİTREMELER OLDU.	0	1	2	3
42D	BİR İŞ YAPMAK İÇİN GEREKLİ OLAN İLK ADIMI ATMADA ZORLANDIM	0	1	2	3

A= ANKSİYETE D= DEPRESYON S= STRES

11. ETİK KURUL ONAYI



ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)'lu kadınların gebeliğe uyumlarının Belirlenmesi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:			
	Karar No: 199	Tarih: 25.12.2015		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Ayşenur ÇELAYİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Başkan Prof. Dr. Ayşenur ÇELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cetin ÇAM	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Mehmet KÜÇÜKBAŞ	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fulya İçin GÖNENÇ	Hukuk	Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ahmet Özer SEHIRLI	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ayten ARIKAN	Tıp Tarihi ve Tıp Etiği	Yeni Yüzyıl Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ahmet ÇETİNALP	Memur	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur ÇELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLŞAH	Soyadı	(TOSUN) KAVRAZ
Doğum Yeri	İSTANBUL	Doğum Tarihi	05.04.1988
Uyruğu	T.C.	T.C. Kim. No	17077871570
Email	glsh_tsn_77@hotmail.com	Tel	5418969912

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans		
Lisans	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ	2012
Lise	DENİZLİ LİSESİ	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre Yıl-Yıl
Hemşire	ŞİLE DEVLET HASTANESİ	2017-Halen
Hemşire	Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları EAH	2012-2017
Hemşire	Medical Park Göztepe Hastanesi	

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi