

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GESTASYONEL DİYABETES MELLİTUS'LU KADINLARDA ANKSİYETE
VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

FERİDE AZAK

DANIŞMAN
Yrd. Doc. Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA 2014

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10021119
Yazar Adı / Soyadı	FERİDE AZAK
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 30007311274
Telefon	5357904778
E-Posta	feride.arabaci@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Investigation of Quality of Life and Anxiety in Women Gestational Diabetes Mellitus
Konu	Kadın Hastalıkları ve Doğum = Obstetrics and Gynecology ; Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları = Endocrinology and Metabolic Diseases
Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	
Anabilim Dalı	Ebelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2013
Sayfa	0
Tez Danışmanları	YRD. DOÇ. DR. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI 19205315826
Dizin Terimleri	Ebelik=Midwifery
Önerilen Dizin Terimleri	
Kısıtlama	6 ay süre ile kısıtlı

Tezimin, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine izin veriyorum. Ancak internet üzerinden tam metin açık erişime sunulmasının 10.10.2014 tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra tezimin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.
NOT: Erteleme süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.

10.04.2014

İmza:.....

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GESTASYONEL DİYABETES MELLİTUS'LU KADINLARDA ANKSİYETE
VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

FERİDE AZAK

DANIŞMAN
Yrd. Doc. Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA 2014

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Feride AZAK** Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı “**Gestasyonel Diyabetes Mellitus’lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek “**KABUL**” kararı verilmiştir. **28/03/2014**

Jüri Üyesi:

Yrd. Doç.Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI (Tez Danışmanı)

İmza

.....

Doç.Dr. Funda KOSOVA

(Celal Bayar Üniversitesi SYO Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi)

.....

Doç.Dr. Ayden ÇOBAN

(Adnan Menderes Üniversitesi SYO Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi)

.....

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. İbrahim TUĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın gerçekleőmesinde yardımlarını esirgemeyen, engin bilimsel deneyimleriyle örnek olan, anlayıő ve sabır gösteren Sayın tez danıőmanım **Yrd. Doc. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI**'ya,

Öğrenim hayatım boyunca beni maddi, manevi hertürlü destekleyen sevgili **AİLEM**'e,

Tez sürecimde desteğini eksik etmeyen eőim **Serdar AZAK**'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

FERİDE AZAK

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	V
GRAFİKLER LİSTESİ.....	XI
KISALTMALAR.....	XII
ÖZET.....	XIII
ABSTRACT.....	XV
1. BÖLÜM	
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
TANIMLAR.....	2
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Gestasyonel Diyabet.....	3
2.1.1 Gestasyonel Diyabetin Tanımı.....	3
2.1.2 Gestasyonel Diyabetin Tarihçesi.....	3
2.1.3 Gestasyonel Diyabetin Fizyopatolojisi.....	4
2.1.4 Gestasyonel Diyabetin Epidemiyoloji.....	5
2.2.Gestasyonel Diyabet İçin Risk Faktörleri.....	5
2.3. Tarama İçin Uygun Adaylar.....	6
2.4. GD'in Yönetimi.....	7
2.4.1.Kan Şekerinin Kendi Kendine İzlenmesi.....	7
2.4.2.Beslenme.....	8
2.4.3.Fiziksel Aktivite (egzersiz).....	10
2.4.4.BKİ (Kilo yönetimi).....	10
2.4.5.Yaşam Tarzı Değişikliği.....	11
2.4.6.Eğitim.....	11
2.4.7.Tedavi.....	11
2.5. GDM'li Kadınlarda Yaşam Kalitesi.....	13

2.6. Yaşam Kalitesi ve Tedavi Ölçüm Araçları.....	14
2.6.1. Genel Amaçlı Ölçütler.....	14
2.6.1.1. Tercihe dayalı olmayan (profiller).....	14
2.6.1.2. Tercihe Dayalı (İndeks Ölçütler Sınıflamasına Girerler).....	14
2.6.2. Özel Ölçütler.....	15
2.7. GD' li Kadınlarda Anksiyete.....	15
2.8. GDM de Ebenin Rolü.....	16
3. BÖLÜM	
GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1.Araştırmanın Tipi.....	18
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	18
3.4.Hipotezler.....	19
3.5.Varsayımlar.....	19
3.6.Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	19
3.7.Araştırma Uygulama Şeması.....	20
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.9.Verilerin Toplanması.....	21
3.10.Veri Toplama Araçları.....	21
3.10.1.Sosyo-demografik Form.....	21
3.10.2. Kısa form 36(short form 36- SF 36).....	21
3.10.3. Beck Anksiyete Envanteri(BAE).....	22
3.11.Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	22
3.12.Araştırmanın Etik Yönü (Kurumların ve Kişilerin Onayı).....	23
3.13.Süre ve Olanaklar.....	23
4. BÖLÜM	
BULGULAR.....	25
4.1.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
4.2. Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet Gebelik Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27

4.3.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	33
4.4.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Anksiyete Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	61
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA.....	82
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
6.1.Sonuç.....	90
6.2.Öneriler.....	91
KAYNAKLAR.....	92
EKLER.....	102
Ek-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	102
Ek-2:Gestasyonel Diyabetli Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (Sosyo-demografik Form)	105
Ek-3: Kısa form 36(short form 36- SF 36).....	108
Ek-4: Beck Anksiyete Envanteri(BAE).....	111
Ek-5: Etik Kurul Onay Belgesi.....	112
Ek-6: Tez Uygulama İzin Yazısı.....	113
ÖZGEÇMİŞ.....	115

TABLÖLAR DİZİNİ

	SAYFA
	NO
1. TBT için değerlendirme kriterleri ve değerlendirmenin yapılacağı zaman.....	9
2. Diyabetik gebeler için önerilen günlük kilo alımı.....	10
3. Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım.....	26
4. Araştırmaya Katılan GDM Li Kadınların Diyabet İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
5. Araştırmaya Katılan GDM li Kadınların Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı....	30
6. Araştırmaya Katılan GDM li Kadınların Kronik Hatalık Öykülerine Göre Dağılımı.....	32
7. SF-36 (Yaşam Klitesi) Ölçeğinin Alt Alan Puan Hesaplamaları.....	33
8. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
9. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
10. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların İş Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
11. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gelir Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
12. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	38
13. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabet Olması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39

14. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabeti Olanların Yakın Derecesine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	40
15. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlar Tanı Konulma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
16. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
17. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
18. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Günlük Kan Şekeri Ölçümü Yapmasına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
19. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Tedaviye Uyuma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
20. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Diyete Uyuma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
21. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
22. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Doktora gitme durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
23. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49

24. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Alkol Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
25. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
26. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde 4 kg Üzerinde Bebek Doğurma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
27. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Haftasına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
28. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54
29. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Düşük Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
30. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kürtaj Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
31. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Hipertansiyon Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
32. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Proteinüri Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	58
33. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Tiroid Hatalığı Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	59

34. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kist Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	60
35. Beck Anksiyete Ölçeğinin Alt Alan Ve Toplam Puan Ortalamaları.....	61
36. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Yaş Gruplarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
37. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Eğitim Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
38. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların İş Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
39. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gelir Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
40. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	64
41. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabet Olması Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	65
42. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabeti Olanların Yakın Derecesine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	65
43. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlar Tanı Konulma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
44. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçme Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67

45. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yere Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
46. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Günlük Kan Şekeri Ölçümü Yapmasına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
47. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Hipoglisemik İse Aldığı Önleme Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
48. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Hiperglisemik İse Aldığı Önleme Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	69
49. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	70
50. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Doktora Gitme Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
51. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72
52. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Alkol Kullanma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72
53. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73
54. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde 4 KG Üzerinde Bebek Doğurma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	74

55. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Haftasına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	74
56. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Sayısına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	75
57. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Düşük Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	76
58. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kürtaj Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	76
59. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Hipertansiyon Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	77
60. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Proteinüri Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	78
61. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Tiroid Hatalığı Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	78
62. Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kist Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	79
63. Yaşam Kalitesi Ve Beck Anksiyete Arasındaki İlişki.....	80

GRAFİKLER LİSTESİ

SAYFA

NO

1. Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....25



KISALTMALAR

- GDM:** Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GD: Gestasyonel diyabet
OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi
DCCT: Diyabet Kontrol Ve Komplikasyonları Çalışması
UKPDS: Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması
ADA: Amerikan Diyabet Birliği
IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu
TBT: Temel Beslenme Tedavisi
AKŞ: Açlık Kan Şekeri
TKŞ: Tokluk Kan Şekeri
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
SF-36: Yaşam kalitesi ölçeği
BAE: Beck Anksiyete Envanteri

ÖZET

Gestasyonel diyabet (GD) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur. GD nin zamanında tanınması gebe ve fetus sağlığının korunması açısından önem taşır. GD'lu kadınların gebelikleri süresince yaşadıkları anksiyetelerinin saptanarak, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ile kadınların diyabet yönetimlerine ve sürece uyumlarının sağlanması yoluyla sağlıklı gebelik ve bebek dünyaya getirmelerine katkı sağlanabilmektedir. Bu çalışmada, GD'lu kadınların anksiyete ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma; Haziran – Kasım 2013 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı yatan hasta katları ve polikliniklerinde ve Şifa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırma tarihinde, araştırmanın yürütüldüğü hastanelere başvuran gestasyonel diyabetli hastaların tamamı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini gerekli yasal izinler alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan araştırmaya katılmaya gönüllü basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş gestasyonel diyabetli bireyler (n= 107) oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak sosyodemografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan 39 soruluk bir form ve yaşam kalitesini değerlendirmek için likert tipi 36 maddeden oluşan Kısa Form 36 (SF -36) yaşam kalitesi ölçeği, anksiyeteyi değerlendirmek için 21 maddeden oluşan 0-3 arası likert tipi puanlanan Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde student t testi, korelasyon, ANOVA, Mann Whitney U , Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan GDM li kadınların yaş ortalaması $31,73 \pm 5,93$ (min:19 , max:43) olarak belirlenmiştir. Kadınların %3,7'si sadece okur-yazar, %70,1'i ilköğretim mezunu ve %26,2'si lise ve üzeri eğitim almıştır. Kadınların %43,0'ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu, ailesinde diyabet olanların %73,9'unu 1.derece

akrabaları olduğu saptanmıştır. GDM li kadınların %90'ının GD şeker ölçümüyle belirlenmiştir. Araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi (SF-36) ölçęđi alt alan puan ortalamaları orta düzey ve altında saptanmıştır (4,25 - 20,38) ve Beck Anksiyete ölçęđi alt alan puan ortalamaları yine orta düzey ve altında saptanmıştır (10,14 – 24,00).

Sonuç olarak Gestasyonel diyabetes mellitusun kadınlarda yaşam kalitesine ve anksiyete düzeyine etkisi bulunmaktadır. GDM li kadınlarda yaşam kalitesi azalmakta anksiyete düzeyi artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel Diyabet, Yaşam Kalitesi, Anksiyete

ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is defined as the glucose intolerance diagnosed in pregnancy. Diagnosing GDM in time is important for both the mother and the fetus. During the pregnancy of women who have GD, it is contributory to determine the anxiety that they feel with the help of examining their quality of life and women's diabetes management, to submit their healthy pregnancy and giving birth. With this work, it is aimed to examine women's anxiety and quality of life who have GD.

The research was run between June- November 2013 at Turkish Republic Ministry of Health, Turkey Public Hospitals Foundation, Manisa City Public Hospitals Association related to Office of Secretary General, Manisa State Hospital Endocrine Polyclinics and Celal Bayar University Hafta Sultan Hospital Gynecology Department, staying patient floors and polyclinics and Şifa University Hospitals Group Basmane section Endocrinology Polyclinics. Gestational Diabetes patients, who appeal to the hospital where the research is running constitutes the population of the research. Patients who have GD (n=107) and, who were chosen from volunteers according to the acceptance of random simple exemplification method constitutes the exemplification of research. As data collecting tools, with the aim of having sociodemographic information, a form with 39 questions that is prepared according to literature and in order to examine quality of life, a Likert type of short form that consists of 36 items (pg-36), life quality examination, Beck anxiety inventory (BAE) which consists of 21 items and pointed with the Likert type 0-3 to evaluate anxiety are used. To analyze data, SPSS 15.00 for Windows program is used. To evaluate data, student t test, correlation, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests are used.

Women's ages who have GDM and participated in research are specified approximately as 31.73±5.93. (min: 19, max:43). %3.7 of the women are just literate, %70.1 is primary school graduated, and %26.2 of the more educated in high school or more. It is determined that %43.0 of the women's family has a diabetes story, and %73.9 of who have diabetes are their first degree relatives. %90 of the women has GDM

are specified with GD diabetes measurement. Women's, with GDM, participated in research, life quality (pg-36) measurement's average points are seen as medium level and below (4.25-20,38) and Beck Anxiety Measurement's points are determined as medium level and below as well (10.14-24.00).

In conclusion, Gestational diabetes mellitus has an effect on the women's quality of life and their anxiety rate. On women who has GDM, life quality is increasing, and on the contrary anxiety rate is decreasing.

Key Words: Gestational Diabetes, Life Quality, Anxiety.

1. BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

Gestasyonel diyabet (GD) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur. GD nin zamanında tanınması gebe ve fetüs sağlığının korunması açısından önem taşır. Diyabetik anne bebeklerinde erken dönemde; solunum sıkıntısı, makrozomi, hipoglisemi, polisitemi, konjenital anomoli, hipokalsemi ve hipomagnezemi sıklıkla artar. Uzun dönemde ise kan şekeri insülin dengesindeki kalıcı değişikliklerin etkisiyle kan şekeri intoleransı riski artar. GD'li anne adayları geleceğe yönelik kendisinde ve çocuğunda diyabet gelişme kaygısı yaşamaktadır. Ayrıca, GD'li anne adayı çocuğu için anomali gelişme kaygısı, kendisi için diyabetli olma ve insülin enjeksiyonu başlama korkusu, anne adayının psikolojisini olumsuz olarak etkiler bu da birçok gebede yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Gebelikteki fizyolojik ve psikolojik sorunlar anne ve bebek sağlığı açısından kısır döngü oluşturmaktadır (5,8,15,76,81).

GD'lu kadınlar tanı aldıkları andan itibaren hem kendileri hem de bebekleri açısından duygusal, psikolojik ve en önemlisi fizyolojik sıkıntılar yaşamaktadır. GD'lu kadınlar tüm bunlarla baş ederken yaşadıkları anksiyete kan şekeri düzeylerini etkileyerek yaşam kalitelerinde değişikliklere neden olmaktadır. GD'lu kadınların diyabet yönetimi ve sağlık profesyonelleri tarafından verilecek, etkin bir sağlık bakım danışmanlığı gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi, sonlandırılması açısından önem taşımaktadır. GD'lu kadınların, ebeler ve sağlık profesyonelleri açısından diyabet yönetimlerinin sağlanmasında, yaşadıkları anksiyetenin saptanması ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (12.14,17).

GD'in sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olmaması ve hastalık izleminin karmaşık olması hem kadınların hem de sağlık profesyonellerinin tedavi planlarını sürdürmede aksaklık yaşamlarına neden olmaktadır. Bu nedenle GD'lu kadınların gebelikleri süresince yaşadıkları anksiyetelerinin saptanarak, yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ile kadınların diyabet yönetimlerine ve sürece uyumlarının sağlanması yoluyla sağlıklı

gebelik ve bebek dünyaya getirmelerine katkı sağlamak bu çalışmanın ilmi ve pratik hayata getirileri olarak düşünölmektedir (6).

Bu çalışmada, GD'lu kadınların anksiyete ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sayede GD' li anne adayları ebeler tarafından iyi takip edildiklerinde, sezaryen ihtiyacı olmadan normal doğum gerçekleştirebilecek, sağlıklı bir gebelik geçirebilecek ve sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecektir (6,7,23).

TANIMLAR

Gestasyonel diyabetes mellitus: Gestasyonel diyabetes Mellitus (GDM) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur (6,24,42,81).

Yaşam kalitesi: Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda “iyi olma durumu” olarak kullanılan terimdir. Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (14,69).

Anksiyete: Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı hali olup, fizyolojik, bilişsel ve davranımsal bileşkeleri vardır. Benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim halidir (68,86).

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1.GESTASYONEL DİYABET

Gebelikte fetusa yeterli besin ve enerji desteğini sağlamak için fizyolojik olarak insülin direnci gelişir. Eğer annenin pankreası bu fizyolojik insülin direncini yenecek ölçüde insülin salgılayamazsa gestasyonel diyabet (GD) ortaya çıkar(6,78,81,84).

2.1.1. Gestasyonel Diyabetin Tanımı

Gestasyonel diyabetes Mellitus (GDM) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur. Gebelikte fetusa yeterli besin ve enerji desteğini sağlamak için fizyolojik olarak insülin direnci gelişir. Eğer annenin pankreası bu fizyolojik insülin direncini yenecek ölçüde insülin salgılayamazsa gestasyonel diyabet (GD) ortaya çıkar (6,78,81,84).

2.1.2. Gestasyonel Diyabetin Tarihçesi

Milattan önce ikibin yıldan beri bazı yazıtlarda diyabetten bahsedilmektedir. Mısır'da Ebers papirüslerinde çok idrara çıkma (poliüri) olarak bahsedilmektedir. Milattan sonra 2. yüzyılda Kapadokyalı Arateus bu hastalığın etin, kolların ve bacakların eriyerek kana geçmesine yol açtığını belirterek akıp boşalma anlamına gelen "diabetes" kelimesini kullanmıştır (84).

İbni Sina (980-1037) ilk kez ayaklarda görülen "diyabetik gangreni" tanımlayarak şeker hastalığının sınırları bozabileceğini açıklamıştır. Paracellus (1493-1541) diyabetli hastalara açlık kürleri uygulamış, daha sonraki yıllarda da diyabet hastalığı ve tedavisi üzerinde çeşitli araştırmalar yapmıştır (84).

Claude Bernard 1813-1878 yılları arasında hastalarda şeker yapımının arttığını ve merkezi sinir sisteminin bozulduğunu göstermiştir. 1921 yılından itibaren diyabet tedavisinde Frederick Banting ve Charles Best'in bulduğu insülin kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra ağızdan şeker ayarını düzenleyen ilaçlar keşfedilmiş ve ilerleyen yıllarda da çok daha yeni ve yararlı katkılar sağlanmıştır.

Diabetes Mellitusun oluşumunu ve hastalık ilerlerken yarattığı yan etkileri aydınlatmaya yönelik araştırmalar ve tedavisi ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu aşamada en önemli keşif insülinin insanlık yararına sunulması olmuştur. İnsülin kullanıma girinceye kadar tip 1 diyabetlilerin tamamı ketoasidoz komasından kaybedilirken, bu gün bu oran %1'ler civarına inmiştir (84).

2.1.3. Gestasyonel Diyabetin Fizyopatolojisi

Gebelik diyabeti; daha önce hastalığın varlığının tanımlanmaması, kompanse edilmiş metabolik anormalliğin gebeliğin ek yüküyle maskelenememesi ya da gebelikteki hormonal değişimlerden dolayı ortaya çıkmaktadır.

Östrojen ve progesteron,, insülin salınımı ve periferal glukoz kullanımı artırır, I. trimesterde açlık kan glukoz düzeyinin azalmasına neden olur. İkinci ve üçüncü trimesterde plasenta hormonlarının yükselmesi insülin rezistansını artırır, hepatik glukojen depolarında azalma, glukoz yapımında artış, gastrik motilitenin azalması ve postprandial kan şekeri düzeyinin yükselmesine, pankreas adacık hücrelerinin hipertrofisi ve insülin düzeyinin artışına neden olur.

Fetal hiperglisemi sonucu; fetal makrozomi, distosi, fetal ürinyasyon artışıyla amniyotik mayide artan glukoz osmotik aktiviteyle aşırı su çeker ve hidroamniyoza, erken membran rüptürü ve erken doğum eylemine neden olabilir. Ayrıca, gebelikte glukoz için renal eşğin düşmesi de diyabetin kontrolünü güçleştirir (83).

2.1.4. Gestasyonel Diyabetin Epidemiyolojisi

Gestasyonel diyabet (Gebeliğe bağılı diyabet) az insülin sekresyonu ve insülin yanıt verirliliğinin azalması durumu söz konusudur. Tüm hamilelikler içinde %2-5 oranında görülür ve doğumdan sonra ortadan kaybolabilir. Gestasyonel diyabet tedavi edilebilir bir durumdur ancak tüm hamilelik süresi boyunca dikkatlice izlenmelidir. Hamilelikleri sırasında gestasyonel diyabet gelişen kadınların yaklaşık %20-50 kadarı hayatlarının ileri dönemlerinde tip 2 diyabet hastası olurlar (6,38,81,87,95).

2.2.GESTASYONEL DİYABET İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

GD gelişme riskini arttırdığı belirlenen pek çok faktör vardır. Bunlar;

- Ailede diyabet öyküsü
- Gebelik öncesi ağırlığının ideal vücut ağırlığından %10 daha fazla olması veya beden kitle indeksinin 30 kg/m^2 den fazla olması veya erken erişkin dönemde yada gebelikler arasında belirgin kilo alımı.
- Yaşın 25 ten fazla olması
- Daha önce 4.0 kg dan daha ağır bebek doğurmuş olmak
- Anormal kan şekeri toleransı öyküsünün varlığı
- Tip 2 diyabet gelişmesi açısından riskli bir etnik gruptan olmak
- Daha önce nedeni açıklanmamış perinatal kayıp veya malforme çocuk doğurma hikayesi
- Annenin doğum ağırlığının 4.0 kg den fazla 2.7 kg dan az olması
- İlk prenatal (doğum öncesi) muayenede kan şekeriüri saptanması
- Polikistik over sendromu
- Glukokortikoid kullanıyor olmak
- Esansiyel (nedeni bilinmeyen) hipertansiyon veya gebelik hipertansiyonunun mevcut olması (6,81,83).

2.3.TARAMA İÇİN UYGUN ADAYLAR

GD açısından kimlerin taranması gerektiği ile ilgili farklı görüşler vardır. Bu görüşlerden birisi de gebeleri düşük, orta ve yüksek risk kategorilerine sokmak ve sadece orta ve yüksek risk kategorilerini taramaktır (6,70,81).

Düşük risk: Aşağıdaki özelliklerin hepsi varsa kan glikozunun bakılmasına gerek yoktur (6).

- 1.derecede akrabalarda diyabetin olmaması
- 25 yaşın altı
- Gebelik öncesi normal kiloda olma
- Doğumda normal ağırlık
- Anormal kan şekeri metabolizmasının olmaması
- Kötü obstetrik öykü olmaması

Orta risk: 24.-28. hafta arası tüm gebelere aşağıdakilerden birisi kullanılarak kan şekeri testi yapılmalıdır (6).

- İki adımlı test: 50 g kan şekeri yükleme testinde eşik değerin üstünde (130 mg/dl veya 140 mg/dl) kalırsa tanısal oral kan şekeri testi yapılır
- Tek adımlı test: Bütün bireylerde yapılan oral kan şekeri tolerans testi

Yüksek risk: Aşağıdakilerden bir veya daha fazlası varsa en kısa zamanda yukarıdaki testlerden herhangi birini kullanarak kan kan şekeri testi yapılır (5).

- Ciddi obezite
- Ailede yoğun tip 2 diyabet öyküsü
- Geçmişte gestasyonel diyabet öyküsü, bozulmuş kan şekeri toleransı yada kan şekeriüri (6).

2.4. GD'İN YÖNETİMİ

2.4.1.Kan Şekerinin Kendi Kendine İzlenmesi

Diyabetli gebeler için kan şekeri kontrolünün önemi büyüktür. DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial) ve UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) çalışmaları komplikasyonların önlenmesi, geciktirilmesi ve hafif seyretmesinde sıkı kan şekeri kontrolünün yararlı olduğunu gösteren kesin kanıtlar sağlamıştır. ADA'nın 1986 yılında kan şekeri kontrolünün sağlanmasının önemini vurgulamasından sonraki yıllarda, kolay kullanılabilir cihazların gelişmesi ile evde kan şekeri takibi daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak diyabetlinin bunu yapabilmesi için, kan şekeri izleminin önemini, yararlarını, ölçümün nasıl yapılacağını, sonuçların nasıl kaydedileceğini, elde edilen ölçüm sonuçlarının nasıl yorumlanacağını bilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde kan şekeri izlemi, diyabetliler için endişeye sebep olan bir uygulama olabilir (6,15,24).

Evde glisemi izleminin yararları:

Kolay, ucuz glisemik kontrolün sağlanması ve sürdürülmesini sağlar. Hipoglisemik atakların erken tanınmasını ve önlenmesini sağlar, insülin ya da oral antidiyabetik ilaçların doz ayarının yapılmasını kolaylaştırır. Daha güvenli yaşam, beslenme programı sağlar, ketoasidoz gelişme riski azalır, hipoglisemi ve ketoasidoz erken fark edildiğinden hastanede yatış süresi ve sıklığı azalır. Uzun dönemde kronik komplikasyonların gelişme oranı azalır, yaşam kalitesi artar. Diyabetlinin eğitimine ve sorumluluk almasına yardımcı olur (6,15).

Bireysel kan şekeri izleminin sıklığı ve zamanı:

Kan şekeri kontrolünün hangi sıklıkla yapılması gerektiği konusunda ADA ve IDF'in farklı önerileri vardır. Bu önerilerdeki ortak noktalar; Pregestasyonel diyabetlilerde günde 3-4 kez, öğünlerden önce ve yatma zamanı, ayrıca tedavi protokolü gerektiğinde,

gestasyonel diyabette açlık ve öğünlerden 1 saat sonra, fiziksel aktivite programı düzenlerken, hipoglisemide tanıyı doğrulamak ve tedavi yanıtını görmek için, akut hastalık durumlarında 4-6 saatte bir kan şekeri ölçümleri yapılmalıdır (6,15).

Türkiye Endokrin Derneği Kılavuzunda Ölçüm Önerileri ise gestasyonel ve pregestasyonel diyabetlilerde günde 3-4 kez öğünlerden önce, haftada bir gün ise gece yatarken ve ayda bir gün sabaha karşı saat 02:00-04:00 arası yapılması önerilmektedir (87,88).

2.4.2.Beslenme

Amerikan Diyetisyenler Birliği ve ADA, GDM olgularının tanıyı izleyen ilk bir hafta içinde diyetisyene sevk edilmesini ve temel beslenme tedavisi (TBT) için 2. ve 3. muayenelerde toplam 2.5-3 saat ayrılması gerektiğini bildirmektedir (6,24,29).

TBT 4 temel uygulama basamağından oluşmaktadır:

1.Genel değerlendirme: Diyabetli bireye verilecek öneriler içinde; ölçümler, sosyal yaşam ve besin tüketim öyküsünü alma, tıbbi tedavi ve parametrelerin bilimsel değerlendirmesi yer almaktadır. Besin tüketim analizi ile bireyin beslenme durumunun değerlendirilmesi sonucunda bireye uygun enerji tüketim düzeyinin saptanması genel değerlendirme ile belirlenmektedir (6,24,29).

2.Eğitim: Eğitim verilmesi için diyabetli birey ile görüşme yapılmalıdır.

3.Hedef saptama: Diyabetli birey ve diyetisyenin, ulaşılabilir hedefleri ve davranışları birlikte belirlemeleri gerekmektedir.

4.Tedavinin değerlendirilmesi: Uygulamaların, uyumun ve klinik sonuçların değerlendirilmesi, mevcut sorunların saptanması ve çözümüne odaklanması gerekir (6,24,29).

Tablo 1: TBT İçin Değerlendirme Kriterleri Ve Değerlendirmenin Yapılacağı Zaman

KRİTERLER	ZAMANLAMA
Öğün zamanlamasına uyumun kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Evde kan şekeri izlemi ve besin tüketimi kayıtlarının birlikte	Her kontrol muayenesinde
Davranış değişikliğinin kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Egzersiz durumunun kontrolü	Her kontrol muayenesinde
Ağırlık ve boy ölçümü	3 ayda bir
Açlık plazma kan şekeri ve postprandiyal plazma kan şekeri; 3 günlük besin tüketimi ile birlikte	Her kontrol muayenesinde
A1C değeri	3 ayda bir
Açlık lipid profili (LDL kolesterol,HDL kolesterol, Trigiserid düzeyleri)	1.haftada,eğer yüksek ise 6ay sonra, daha sonra yılda bir

Kaynak: Candeğer Y., Fadıloğlu ., etinkalp ř., Değirmenci C. “Diyabet Hemşiresinin El Kitabı” 2.Baskı, Kasım 2003, İzmir, s: 230-249.

2.4.3.Fiziksel Aktivite (egzersiz)

Egzersiz : Glisemik kontrolün sağlanmasında egzersizin önemli bir yeri vardır. Özellikle üst vücut kaslarını çalıştıran egzersizler tüm gebelere önerilir. Egzersizle beraber diyet tedavisi alanlarda, yalnız diyet yapanlara göre daha düşük glikoz seviyeleri gözlenmektedir. Egzersizin kan şekeri seviyelerine etkisi yaklaşık 4 hafta sonra ortaya çıkar (6,24,29).

2.4.4.BKİ (Kilo yönetimi)

GDM de hipergliseminin nedeni insülin direnci ve azalmış insülin salınımıdır. Hastaların diyetleri 3 ana 3 ara öğün şeklinde ayarlanır. Diyet; %50-55 kompleks karbonhidrat, % 20-30 yağ ve %20-30 protein içermelidir. Basit şekerler, kolesterol ve doymuş yağlardan kaçınılmalıdır. Gebelere verilecek günlük kalori ideal kilo ile ilişkili olarak mevcut vücut ağırlığına göre hesaplanmaktadır (6,52).

Tablo 2: Diyabetik Gebeler İçin Önerilen Kilo Alımı

BKİ (kg/m²)	Kg
BKİ <19.8	12.4-18 Kg
BKİ 19.8-24	11.5-16 Kg
BKİ >26	7-11.5 Kg

Kaynak : Çetinkalp Ş., “Diyabet ve Gebelik” [İntenet] Erişim Tarihi: 28.12.2012.

2.4.5.Yaşam Tarzı Değişikliği

Diabetes Mellitus bireylerin günlük yaşamını etkilemektedir. Hastalarda görülen görme kaybı, böbrek hasarı, kalp hastalığı, kronik ağrı gibi problemler yaşam kalitesinde büyük ölçüde düşüğe neden olmaktadır. Bağımsız olarak işlev görme giderek azalmaktadır (6).

Kronik olarak yükselmiş kan şekeri düzeyi; aşırı yorgunluğa ve uyku problemlerine, sık görülen enfeksiyonlara yol açabilir. Yetersiz kan şekeri kontrolü kilo alımına sık hipoglisemi ve hiperglisemiye neden olabilir. Hastalar diyabetlerini kontrol altına almak için bazı aktivitelerini kısıtlamaya ve azaltmaya mecbur olurlar ve bu nedenler de yaşam kalitelerinde azalmaya neden olur (6,52).

2.4.6.Eğitim

Hasta eğitim çalışmalarına; hiperglisemi yada glikozüri ilk saptandığında başlanmalıdır. Diyabette en pahalı tedavi komplikasyonların tedavisidir. Eğitim verilecek en önemli konulardan biri, evde kendi kendine şeker takibini ve insülin kalemlerinin kullanımını öğretmektir. Çünkü ev şartlarında glisemi takibi; diyabetli ve ailesinin tedaviye aktif katılımını sağlar, tedavi hedeflerine ne düzeyde ulaşıldığını saptamaya yardımcı olur. Eğitim diyabet tedavisinin önemli bir parçasıdır; diyabetlinin hastalığı ile yaşamaktan kaynaklanan problemlerini ebe ve hemşiresi ile paylaşmasına imkân sağlar (6,24,29,52).

2.4.7.Tedavi

Gestasyonel diyabeti olanlar açlık kan şekeri (AKŞ) ve 2. saat tokluk kan şekeri (TKŞ) düzeylerine göre iki sınıfa ayrılırlar. Dördüncü Uluslararası Gestasyonel Diyabet Atölye Çalışması Konferansı ve Amerikan Diyabet Birliği (ADA), açlık kan şekeri 95 mg/dl, 1.saat TKŞ 140 mg/dl veya 2. saat TKŞ 120 mg/dl altında tutulamıyorsa insülin tedavisi önermektedir (6,15,42).

İnsülin tedavisinin amacı fetal makrozominin ve neonatal komplikasyonların engellenmesidir. Hekimlerin yaklaşık %93'u diyet tedavisine rağmen açlık hiperglisemisi 105 mg/dl nin üzerinde seyreden GDM'li kadınlara insülin tedavisi başlamaktadır. GDM'li hastaların yaklaşık %15' i diyet tedavisine uyulmasına rağmen, kan şekeri kontrolü için insüline ihtiyaç duyarlar. İnsülin başlama dozu gebenin o andaki kilosu ve gebelik haftasına göre ayarlanır. Genellikle 18. haftaya kadar 0.7 U/kg, 18-26 haftalar arası 0.8 U/kg, 26-36. haftalarda 0.9 U/kg ve 36-40. haftalar arasında 1 U/kg ile çarpılarak hesaplanır (6,24,64,73).

Hesaplanan doz genellikle şu protokollerle uygulanır (6):

2'li protokol : Total insülin dozunun 2/3'u sabah, 1/3'u akşam verilir. Sabah dozunun 2/3'u NPH, 1/3'u kristalize insülinidir. Akşamki insülinin yarısı NPH, yarısı da kristalizedir.

3'lü protokol : Total doz ve uygulaması 2'li protokolde olduğu gibidir.Sadece akşamki NPH dozu, gece yatarken verilir.

4'lü protokol : Bu rejimde hesaplanan günlük total kristalize insülin dozu 3 eşit parçaya bölünerek sabah, öğle, akşam öğünlerinden önce yapılmak üzere ayarlanır.

İnsülin tedavisi başlananlar genellikle her yemekten önce ve sonra olacak şekilde kan şekeri takibine alınırlar. Amaçlanan kan şekeri düzeyleri açlıkta 60-90 mg/dl, ikinci saat tokluk 120 mg/dl altıdır. Eğer bu değerler sağlanamazsa insulin dozu %10-15 arttırılır (6,15).

Oral Antidiyabetikler:

Oral antidiyabetiklerin, pek çoğu plasentadan geçtiği için, gebelikte kullanımı önerilmemektedir. Ancak gliburidin plasentadan geçmediği gösterilmiştir. Gestasyonel diyabetin tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, gebenin kan şekeri kontrolü, bebek

doğum ağırlığı ve sezaryen oranları açısından insülin ve gliburid tedavileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Oral antidiyabetiklerle (gliburid ve metformin) ve insülinle tedavi edilen gruplar arasında da konjenital malformasyon açısından fark saptanmamıştır. Benzer şekilde akarbozun da GDM tedavisinde kullanılabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (6,15,24).

2.5.GDM'Lİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda “iyi olma durumu” olarak kullanılan terimdir. Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (14,35,69).

Kişinin yaşadığı yerdeki amaçlarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini kapsar. Bu kavramda bireyin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevre etkenleri ve kişisel inançları yer almaktadır. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenen yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanmak, tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmetler arasında var olan yapay engelleri ortadan kaldırarak sektörler arası işbirliğinin sağlanmasında önemli bir işlev görür.

GD'lu kadının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının bilinmesi ebeveyn ve hekimin, hastalarının hastalıkları ile ilgili en çok hangi yönden etkilendiklerini kavrayıp, tedavilerini yönlendirmelerine, tedavi protokollerinde değişiklikler yapmalarına, hasta- sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin güçlenmesine ve ebeveyn tarafından uygulanan girişimlerin hastanın yaşam kalitesini ne yönde etkilediğinin görülmesine olanak sağlamaktadır (14,35,69).

2.6.YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİ ÖLÇÜM ARAÇLARI

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından ikiye ayrılır:

2.6.1. Genel amaçlı ölçütler:

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; eşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar (14,35).

Genel amaçlı ölçeklerde kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

2.6.1.1.Tercihe dayalı olmayan (profiller):

Sağlık profilleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bu ölçeklerden içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluştururlar (14,35,69).

2.6.1.2.Tercihe Dayalı (İndeks Ölçütler Sınıflamasına Girerler):

Sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım Analizlerinde (cost utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nı (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdir. Sağlıkta yaşam Kalitesi 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. En sık kullanılanları Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) dir (14,35,69).

2.6.2. Özel Ölçütler:

Belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara, yaşlılara, ergenler özel ölçekler örnek verilebilir. Bunu yanında hemen her hastalığa (ör: epilepsi, diabet vb.), duruma (ağrı) ve işleve (emosyonel durum, uyku vb.) özel ölçekler de bulunmaktadır. Yaşam kalitesini etkilediği varsayılan klinik durum ve girişimlerin sonuçlarının ölçümünde genellikle bir genel amaçlı ve en az bir hastalığa (duruma) özel ölçek kullanılması önerilmektedir (14,35,69).

Diabetin psikososyal yönüne artan ilgi yaklaşık 30 yıl önce başlamıştır. Diabette yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler; Tip 2 Diyabetliler için geliştirilmiş Diabetes Quality of Life-DQOL , WHO-22 soruluk Well-being Questionnaire ölçekleri ve Medical Outcome Study Health Survey 36-Item Short Form - SF-36, Audit of Diabetes Quality of Life, Quality of Life Status and Change v.b klinik uygulamalarda sıklıkla tercih edilen ölçeklerdir (14,35,69).

2.7.GD' Lİ KADINLARDA ANKSİYETE

Fiziksel hastalık kişinin hemeostatik dengesini sarsar, emosyonel tepkiye sebep olur. Basit sıkıntıdan, kayıp-yas tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygulanmaya kadar tepkiler uyandırır. Ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği ve kaybı kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel duygusal otonomisini, vücut imajını, sosyal hayatını ve yaşam kalitesini etkiler. DM un tüm davranış ve duygularımızın şekillendiği ortam olan beyni ve diğer organları etkilediği göz önüne alındığında, diabetli bireylerde yeterli psikolojik organizasyon sağlanmadığında ruhsal tepki ve bozuklukların oluşabileceği bilinmektedir (86,87).

Endokrin bozukluklar ruhsal durumu etkilediği gibi, ruhsal durum da hormon salgısını etkiler. Diyabetli bireylerde emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve ruhsal bozukluklar (depresyon, anksiyete) hastalığa ve tedaviye uyumu, dolayısıyla hastalığın seyrini ve komplikasyonların ortaya çıkışını etkileyen önemli faktörlerdendir (86,87).

Kan şekeri düzenlenmesinde ki dalgalanmalar beyin işlevlerini bozulmasına yol açabilir, aynı zamanda psikososyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar da kan şekeri düzenlenmesindeki bozukluklara sebep olabilir. Anksiyete durumlarında adrenal salgısının uyarıldığı ve bunun da insülin etkisini azalttığı bilinmektedir. Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı hali olup, fizyolojik, bilişsel ve davranımsal bileşkeleri vardır. Benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim halidir (86,87).

GD'li anne adayları geleceğe yönelik kendisinde ve çocuğunda diyabet gelişme kaygısı yaşamaktadır. Ayrıca, GD'li anne adayları çocuğu için anomali gelişme kaygısı, kendisi için diyabetli olma ve insülin enjeksiyonu başlama korkusu, anne adayının psikolojisini olumsuz olarak etkiler bu da birçok gebede yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (19, 86,87).

2.8. GDM DE EBENİN ROLÜ

GDM li bireyin kendi bakımını yapabilmesi için eğitici ve destekleyici ebelik uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu uygulamalar; sosyal destek olma, rehberlik etme, çevresel düzenleme yapma ve hastalık tedavisini öğretimi gibi başlıkları içermektedir. Ebe, gebeye diyabet koçluğu yapabilmelidir. Ebeler gestasyonel diyabetlilere ve doğum sonrası tip 2 diyabet riski olan kadınlara hizmet verdikleri için, düzenli olarak yenilikler hakkında ve diyabet eğitimlerindeki değişimler konusunda eğitilmelidir (6,15).

Ebenin Roller:

- Normal kan şekeri sınırları, açlık ve tokluk kan şekeri düzeyleri gebeye anlatılmalıdır.
- Tıbbi beslenme eğitimi verilmeli ve kilo takibi yapılmalıdır. Alınması gereken kalori hesaplanmalıdır.
- Alınması gereken besinlerin doğru seçilmesi, hastalık toplantı gibi durumlardaki beslenme gebeye öğretilmelidir.
- Diyabet belirti ve bulguları gebeye anlatılmalı ve bilgilendirilmelidir.
- Diyabet tedavisi anlatılmalı ve her diyabet tedavisinin kişiye özel olduğu vurgulanmalıdır.
- Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları gebeye anlatılmalıdır.
- Diyabetin akut komplikasyonlarının gebe ve fetüse zarar vermemesini sağlamak için eğitim verilmelidir.
- Glukometrenin kullanımı, ölçüm sonrası çıkan değerın yorumlanması öğretilmelidir.
- Kan şekeri takibinde ölçüm yapma zamanları anlatılmalıdır.
- Sonuçların kaydedilmesi gerektiği söylenmelidir.
- Egzersizin yararları, süresi, tipi ve zamanı anlatılmalıdır.
- Egzersiz sırasında alınması gereken önlemler ve sakıncalı olduğu durumlar (düşük riski vb.) anlatılmalıdır.
- İnsülin tedavisi alınmasının nedeni, insülin çeşitleri etki, zamanı ve saklanma koşulları öğretilmelidir.
- İnsülin uygulama zamanı uygulama yeri ve yöntemi anlatılmalı ve öğretilmelidir (6,15,29).

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma; TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı yatan hasta katları ve polikliniklerine ve Şifa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniklerine başvuran gestasyonel diyabeti olan kadınların yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma; Haziran 2013 – Kasım 2013 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı yatan hasta katları ve polikliniklerinde ve Şifa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırma tarihinde TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı, Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı yatan hasta katları ve polikliniklerine ve Şifa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran gestasyonel diyabeti olan kadınların tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya oral glukoz tolerans testi ile gestasyonel diyabet tanısı alan hastaların tamamı alınmıştır. Araştırmanın örneklemini gerekli yasal izinler (Etik Kurul onayı, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği izni, bilgilendirilmiş onamları) alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ltterine uyan araştırmaya katılmaya gönüllü basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş GD’li kadınlar oluşturmaktadır.

3.4.HİPOTEZLER

H0= Gestasyonel diyabetes mellitusun kadınlarda yaşam kalitesine ve anksiyete düzeyine etkisi yoktur.

H1= Gestasyonel diyabetes mellitusun kadınlarda yaşam kalitesine ve anksiyete düzeyine etkisi vardır.

3.5.VARSAYIMLAR

Bu araştırmada Gestasyonel Diyabetes Mellitus’ un, gebe kadınların yaşam kalitesini ve anksiyete düzeylerini etkilediği varsayılmıştır. Kullanılan veri toplama araçlarının yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerini doğru olarak ölçtüğü varsayılmaktadır. Araştırmada ele alınan değişkenlerin araştırmayı yansıttığı dşnlmektedir. Örneklemin evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli kadınların veri toplama araçlarına doğru ve objektif yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

3.6.BAğIMLI VE BAğIMSIZ DEğİŞKENLER

Bu araştırmanın;

Bağımlı Değişkenleri: Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınlarda yaşam kalitesi ve bekk anksiyete leklerinin toplam ve alt puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenleri: Yaş, beden kitle indeksi, eğitim düzeyi, medeni durum, düşük-kürtaj sayısı, düzenli doktora gitme durumu, kan şekeri lme durumu, kronik hastalıkları, ailede DM olma durumu vb değişkenlerdir.

3.7.ARAŞTIRMA UYGULAMA ŞEMASI



3.8.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

AraŐtırmada rnekleme seçimine gidilmeyip TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı yatan hasta katları ve polikliniklerine ve Őıfa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran gestasyonel diyabeti olan kadınların tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama

tarihlerinin yaz aylarına denk gelmesi ve hasta sayısının tez verisi için yeterli olmaması nedeniyle tez çalışmasını yürüttüğümüz kliniklere İzmir Şifa Üniversitesi Hastanesi Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniğinde eklenmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde belirtilen merkezlere başvurmayan, ayrıca çalışmaya katılmak istemediğini belirten gestasyonel diyabetli kadınlar nedeniyle 107 gestasyonel diyabetes mellituslu kadına ulaşılmıştır.

3.9.VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, araştırmanın yapıldığı TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Manisa Devlet Hastanesi Endokrin Polikliniği ve Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Kadın Doğum Anabilimdalı ve yatan hasta katları ve polikliniklerinde ve Şifa Üniversitesi Hastaneler Grubu Basmane Şubesi Endokrinoloji polikliniğinde, yasal izinler ilgili kurumlardan alındıktan sonra Haziran 2013 – Kasım 2013 tarihleri arasında araştırma hakkında bilgi verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamları alınan gestasyonel diyabetli kadınlardan toplanmıştır.

3.10. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında, gestasyonel diyabetli kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bilgileri kapsayan sosyo-demografik form, Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuş olan Kısa form 36(short form 36- SF 36), Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988’de geliştirilmiş olan Beck Anksiyete Envanteri(BAE) kullanılmıştır.

3.10.1. Sosyo-demografik form

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak sosyodemografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (EK I).

3.10.2. Kısa form 36(short form 36- SF 36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (14) (EK II).

3.10.3. Beck Anksiyete Envanteri(BAE)

Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer.

Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0-63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilikgüvenirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır (86) (EK III).

3.11. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, SPSS 15.00 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik

yöntemlerden, normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde ise nonparametrik yöntemlerden yararlandı.

Yapılan analizlerde iki grubun karşılaştırılması amacıyla verilerin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak Student t testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grup olduğunda ise yine verilerin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak Tek yönlü varyans analizi ANOVA yada Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklerde ortalama (minimum-maksimum) ve standart sapma, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistiklerde ise sayı ve yüzde kullanıldı. Sonuçlar %95 lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.











3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ (KURUMLARIN VE KİŞİLERİN ONAYI)

Araştırma için, Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındıktan sonra TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliğinden, Celal Bayar Üniversite Hastanesi ve Şifa Üniversite Hastanesi Bşhekimliği'nden izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen tüm GDM li kadınlara araştırmanın amacı ve önemi anlatıldı, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra araştırma kapsamına alındı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen GDM li kadınlar araştırma kapsamına alınmadı.

3.13. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma süresi içinde ;literatür incelemesi, tez konusu bildirim, izinlerin alınması, veri toplama aşaması, verilerin kodlanması ve analizi, rapor yazımı yer almaktadır.

ARAŞTIRMA TAKVİMİ

Tarihler					
Yapılan Çalışmalar	Ocak 2013	Şubat-Mayıs 2013	Haziran-Kasım 2013	Aralık 2013	Ocak-Şubat 2014
Literatür İnceleme					
Tez Konusu Bildirimi					
İzinlerin Alınması					
Veri Toplama Aşaması					
Verilerin Kodlanması ve analizi					
Rapor yazımı					

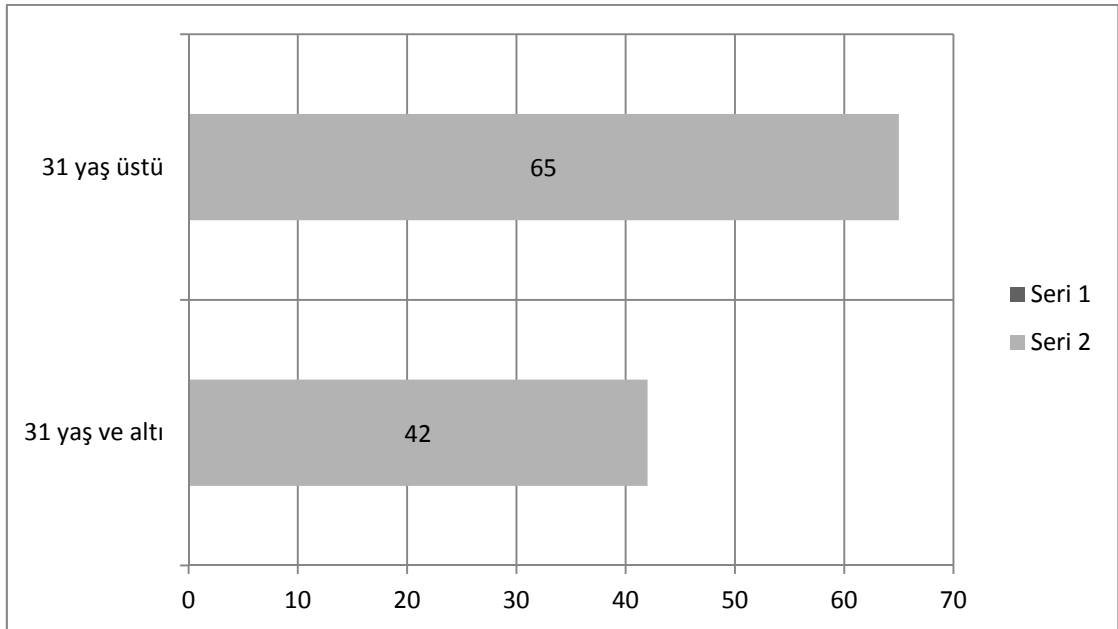
4. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen dört bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınlara ilişkin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ikinci bölümde Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların diyabet ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular, üçüncü ve dördüncü bölümde Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular ve beşinci ve altıncı bölümde gestasyonel diyabetes mellituslu kadınların anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Grafik:1 Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Grafik 1 de görüldüğü gibi araştırmaya katılan gestasyonel diyabetes mellituslu kadınların 65 i 31 yaş üstünde, 42 si 31 yaş ve altındadır.

Tablo:3 Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
30 yaş ve altı	42	39,3
31 yaş ve üstü	65	60,7
Yaş ortalaması	31,73±5,93	Min:19 Max:43
Medeni durumu		
Evli	107	100,0
Evli olmayan	0	0,0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	4	3,7
İlköğretim	75	70,1
Lise ve üstü	28	26,2
İş Durumu		
Çalışıyor	30	28,0
Çalışmıyor	77	72,0
Gelir Durumu		
Gelir-giderden az	22	20,6
Gelir-gidere denk	80	74,7
Gelir-giderden fazla	5	4,7
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı	6	5,6
SSK	90	84,1
Bağkur	5	4,7
Özek sigorta	3	2,8
Yeşil Kart	3	2,8
Toplam	107	100,0

Tablo 3'te GDM li kadınların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırma grubunun yaş ortalaması 31,73±5,93 (min:19, max:43) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetes mellituslu kadınların %60,7'si 31 yaş ve üstüdür, tamamı (%100) evlidir. Araştırmaya katılan gestasyonel diyabetes mellituslu kadınların %3,7'si sadece okur-yazar, %70,1'i ilköğretim mezunu ve %26,2'si lise ve üzeri eğitim almıştır. %28,8'i çalışıyor, %72,0'si ise ev hanımı ya da işsiz olduğu, %20,6'sının aylık gelirin giderden az, %74,7'sinin gelirin giderine eşit ve %4,7'sinin gelirin giderinden fazla olduğu. %5,6 sının emekli sandığı güvencesinde, %84,1 inin SSK lı, %4,7 sinin bağkurlu, %2,8 inin özel sigortalı ve yine %2,8 inin yeşil kartlı olduğu saptanmıştır.

4.2.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet Gebelik Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo:4 Araştırmaya Katılan GDM Li Kadınların Diyabet İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Diyabet İle İlgili Özellik	n	%
Ailede Diyabet		
Var	46	43,0
Yok	61	57,0
Ailede Diyabet Olanların yakınlık derecesi		
1.derece yakınlar	34	73,9
2.derece yakınlar	12	26,1
GDM nin tanı konulma durumu		
Şeker ölçümüyle	86	90,4
Başka bir hastalık için dr.a gittiğinde	10	9,3
Şüphelenip dr.a gittiğinde	11	10,3
Kan şekeri ölçümü		
Evet	100	93,5
Hayır	7	6,5

Kan şekeri ölçümü yaptırılan yer		
Sağlık kuruluşunda	67	62,6
Evde	33	30,8
Günlük Kan şekeri ölçümü yapma durumu		
Her gün ölçüm yapan		
Her gün ölçüm yapmayan	50	50,0
	50	50,0
Hipoglisemik ise aldığı önlem		
Tatlı yiyecekler yiyen	23	21,5
Hiçbir şey yapmayan	84	78,5
Hiperglisemik ise aldığı önlem		
İlaç kullanan	10	9,3
Su içerek ve dinlenerek düşmesini bekleyen	58	54,2
Hiçbir şey yapmayan	39	36,5
Tedaviye uyum algısı		
İyi	48	44,9
Orta	55	51,4
Kötü	4	3,7
Diyete uyum algısı		
İyi	46	43,0
Orta	59	55,1
Kötü	2	1,9
Egzersiz		
Evet	74	69,2
Hayır	33	30,8

Doktora gitme durumu		
Dr. Kontrolüne gitmeyen	9	8,4
Ayda 1 kez giden	86	80,4
2 ayda 1 kez giden	3	2,8
Diğer (2haftada 1, ayda 2, hastalandığında, her hafta, kendini kötü hissedince)	9	8,4
Kullanılan diğer ilaçlar		
Sadece demir preparatları	45	70,4
Sadece vitamin	3	4,8
Demir preparatı + vitamin	10	15,8
Demir preperatı + aspirin	1	1,5
Euthrox	1	1,5
Euthrox + alfamed	1	1,5
Alfamed	1	1,5
Alfamed + adalat crono	1	1,5
Beloc + coraspirin	1	1,5
Gebelikte sigara kullanma durumu		
Evet	20	18,2
Hayır	74	69,7
Bırakmış	13	12,1
Gebelikte alkol kullanma durumu		
(en az 1 kez)	4	3,7
Evet	101	94,4
Hayır	2	1,9
Bırakmış		
Toplam	107	100,0

Tablo 4'te kadınların GDM ile ilgili özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki GDM li kadınların %43,0'ünde ailesinde diyabet öyküsü olduğu %57,0'sinde ise ailesinde diyabet öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Ailesinde diyabet olanların %73,9'unu 1.derece akrabaları, %26,1'ini ise 2. Derece akrabaları oluşturmaktadır. GDM li kadınların %90'ının şeker ölçümüyle, %9,3'ü başka bir hastalık için dr.a gittiğinde ve %10,3'ü şüphelenip dr.a gittiğinde diyabet tanısı koyulmuştur. Kan şekeri ölçümünü GDM li kadınların %93,5'i evde kendisi yapmakta yada bir sağlık kuruluşunda yaptırmaktadır. Kan şekeri ölçümü yapanların %62,6'sı sağlık kuruluşunda, %30,8'i evdedir. Kadınlar; tedaviye uyumlarını %51,4 diyete uyumlarını ise %55,1 oranında orta olarak değerlendirmişlerdir. GDM li kadınların %69,2 si gebelik sürecinde egzersiz yaptığını, doktora gitme durumlarına bakıldığında %8,4 dr.kontrolüne gitmediğini %80,4 ayda 1 kez gittiğini %2,8 2 ayda 1 kez gittiğini ve %8,4 2 haftada 1, ayda 2, hastalandığında, her hafta ve kendini kötü hissedince dr kontrolüne gittiğini bildirmiştir. Gebelik süresince %70,4 kadının sadece demir preparatlarını kullandığını %4,8 kadının sadece vitamin kullandığını ve her ikisini birlikte kullananların %15,8 olduğunu,%18,2 si sigara kullandığını, %3,7'si alkol kullandığını bildirmiştir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan GDM li Kadınların Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı

Gebelik Öyküsü	n	%
Önceki gebeliklerinde		
GDM var olma durumu		
Var	17	15,9
Yok	90	84,1
4 kg üstü bebek doğurma durumu		
Var	5	4,7
Yok	102	95,3

Gebelik haftası		
Birinci Trimester	0	0,0
İkinci Trimester	9	6,5
Üçüncü Trimester	98	93,5
Gebelik sayısı		
İlk Gebelik	29	27,1
2 -3 gebelik	49	45,8
4 ve üstü gebelik	29	27,1
Düşük var olma durumu		
Evet	31	29,0
Hayır	76	71,0
Kürtaj olma durumu		
Evet	21	19,6
Hayır	86	80,4
BKİ	30,4±4,9	Min: 24,39 Max: 42,91
Gebelik öncesi BKİ	27,8±5,3	Min: 21,08 Max: 42,10
Toplam	107	100,0

Tablo 5’te GDM li kadınların gebelik ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar %15,9’ unun önceki gebeliklerinde de GDM öyküsü olduğunu ve %4,7’si daha önce 4 kg mın üstünde bebeği olduğunu bildirmiştir. Görüşme yapılan GDM li kadınların %6,5’i 2. Trimesterde, %93,5’i de 3. Trimesterde çalışmaya dahil edilmiştir. GDM bulgusu en çok 2. ve 3. Gebeliklerde görülmüştür. Kadınlarda %29 oranında düşük %19,6 oranında kürtaj varlığı saptanmıştır.

BKİ ortalamaları $30,4 \pm 4,9$ (Min: 24,39 Max: 42,91) ve BKİ gebelik öncesi ortalamaları $27,8 \pm 5,3$ (Min: 21,08 Max: 42,10) olarak bulunmuştur. Gebelik öncesi BKİ ortalamalarının daha düşük düzeyde olması beklenen sonuçtur.

Tablo 6: Araştırmaya Katılan GDM li Kadınların Kronik Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	n	%
Hipertansiyon var olma durumu		
Evet	39	36,4
Hayır	68	63,6
Proteinüri var olma durumu		
Evet	26	24,3
Hayır	81	75,7
Tiroid hastalığı var olma durumu		
Evet	19	17,8
Hayır	88	82,2
Kist var olma durumu		
Evet	28	26,2
Hayır	79	73,8
Toplam	107	100,0

Tablo 6’da GDM li kadınların kronik hastalık durumlarına göre dağılımları bulunmaktadır. Kadınların %36,4 ü hipertansiyonunun, %24,3 ü proteinürisinin, %17,8 i tiroidinin ve %26,2si over kistinin olduğunu belirtmiştir.

4.3.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Tablo:7 SF-36 (Yaşam Klitesi) Ölçeğinin Alt Alan Puan Hesaplamaları

Ölçek Alt Alan Puanları	n	Ort±ss	Min-Max
Fiziksel Fonksiyon	107	18,00±3,85	Min:10 Max:30
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	107	5,65±1,69	Min:4 Max:8
Ağrı	107	7,52±1,53	Min:4,20 Max:11
Genel Sağlık	107	18,04±2,52	Min:7 Max:27,40
Vitalite (Enerji)	107	15,99±2,59	Min:6 Max:21
Sosyal Fonksiyon	107	6,14±1,37	Min:3 Max:10
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	107	4,25±1,30	Min:3 Max:6
Mental Sağlık	107	20,38±2,72	Min:12 Max:29

Tablo 7’da araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi (SF-36) ölçeği alt alan puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre araştırma kapsamına alınan kadınların alt alan puanları sırası ile; Fiziksel Fonksiyon 18,00±3,85 (Min:10 Max:30), Rol Güçlülüğü (Fiziksel) 5,65±1,69 (Min:4 Max:8), Ağrı 7,52±1,53 (Min:4,20 Max:11), Genel Sağlık 18,04±2,52 (Min:7 Max:27,40), Vitalite (Enerji) 15,99±2,59 (Min:6 Max:21), Sosyal Fonksiyon 6,14±1,37 (Min:3 Max:10), Rol Güçlülüğü (Emosyonel) 4,25±1,30 (Min:3 Max:6), Mental Sağlık 20,38±2,72 (Min:12 Max:29) dir.

Tablo:8 Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Yaş Grubu		Test İstatistiği	P
	30 yaş ve altı (n=42) ort±ss	31 yaş ve üstü (n=65) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,09±3,38	17,93±4,15	0,205	0,838
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,83±1,77	5,53±1,64	0,875	0,383
Ağrı	7,75±1,74	7,37±1,38	1,266	0,208
Genel Sağlık	18,58±2,49	17,76±2,51	1,665	0,099
Vitalite (Enerji)	16,40±2,19	15,72±2,80	1,332	0,186
Sosyal Fonksiyon	6,35±1,32	6,01±1,40	1,225	0,212
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,28±1,36	4,23±1,27	0,212	0,833
Mental Sağlık	21,04±2,85	19,95±2,57	2,058	0,042*

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 8’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grupları ile SF-36 ölçeği alt alanlarından fiziksel fonksiyon, rol güçlülüğü fiziksel, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü emosyonel ve mental sağlık arasında mental sağlık hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). 30 yaş ve altı GDM li kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından mental sağlık puanları 31 yaş ve üstü GDM li kadınların mental sağlık puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,042$ $t=2,058$). 31 yaş üzerindeki GDM li kadınların SF-36 ölçeği alt alan puanlarının daha düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo :9 Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Eğitim Durumu			Test İstatistiği	P
	Okur-yazar (n=4) ort±ss	İlköğretim (n=75) ort±ss	Lise ve üstü (n=28) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	13,75± 2,21	17,91±3,08	19,00±5,36	12,843	0,012*
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	4,25± 0,50	5,82±1,65	5,62±1,73	7,542	0,110
Ağrı	6,42± ,096	7,49±1,51	8,10±1,38	8,474	0,076
Genel Sağlık	19,050±1,98	18,05±2,26	18,36±3,23	4,555	0,336
Vitalite (Enerji)	16,50±1,73	16,27±1,95	15,11±4,07	3,010	0,556
Sosyal Fonksiyon	5,50± 0,57	6,14±1,20	6,43±2,01	3,218	0,522
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	3,25± 0,50	4,46±1,36	4,31±1,29	4,790	0,310
Mental Sağlık	20,00±1,63	20,52±2,54	20,16±3,34	0,842	0,933

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 9’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumu ile SF-36 ölçeği alt alanlarından fiziksel fonksiyon, rol güçlülüğü fiziksel, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü emosyonel ve mental sağlık arasında Fiziksel Fonksiyon hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). GDM li kadınların ilköğretim mezunu olanların okur yazar olanlara göre, lise ve üstü mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre fiziksel fonksiyon alt alan puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,01 t=12,843). Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir.

Tablo 10: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Çalışma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Çalışma Durumu		Test İstatistiği	P
	Çalışıyor (n= 30) ort±ss	Çalışmıyor (n=77) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,93±4,41	17,63±3,57	1,575	0,118
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,90±1,72	5,55±1,68	0,933	0,353
Ağrı	7,65±1,66	7,46,1,49	0,576	0,573
Genel Sağlık	17,78±2,61	18,20±2,49	-0,759	0,450
Vitalite (Enerji)	15,80±2,80	16,06±2,52	-0,473	0,637
Sosyal Fonksiyon	6,43±1,56	6,03±1,29	1,334	0,185
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	1,66±1,26	4,09±1,28	2,084	0,040*
Mental Sağlık	20,20±2,31	20,45±2,88	-0,432	0,666

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanlarından fiziksel fonksiyon, rol güçlülüğü fiziksel, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü emosyonel ve mental sağlık arasında Rol Güçlülüğü (Emosyonel) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). GDM li çalışmayan kadınların Rol Güçlülüğü (Emosyonel) alt alan puanlarının çalışan kadınların Rol Güçlülüğü (Emosyonel) alt alan puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,04$ $t=2,084$). Çalışan GDM li kadınların rollerini yerine getirirken duygusal açıdan çalışmayan kadınlara göre zorlandıkları ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir.

Tablo 11: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gelir Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Gelir Durumu			Test İstatistiği	P
	Gelir-giderden az (n=22) ort±ss	Gelir-gidere denk (n=80) ort±ss	Gelir-giderden fazla (n=5) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,72±2,79	17,62±3,70	20,80±8,07	1,857	0,395
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,81±1,53	5,62±1,74	5,40±1,94	1,058	0,589
Ağrı	7,67±1,67	7,44±1,50	8,14±1,55	1,268	0,530
Genel Sağlık	17,6±1,47	18,18±2,81	18,5±0,26	2,181	0,336
Vitalite (Enerji)	16,40±1,91	15,78±2,75	17,40±2,07	2,307	0,316
Sosyal Fonksiyon	6,31±1,17	6,02±1,42	7,40±0,89	6,947	0,031*
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,40±1,29	4,18±1,30	4,60±1,51	0,998	0,607
Mental Sağlık	20,68±2,37	20,20±2,83	22,00±1,87	2,932	0,231

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 11’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile gelir durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir durumu ile SF-36 ölçeği alt alanlarından fiziksel fonksiyon, rol güçlülüğü fiziksel, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü emosyonel ve mental sağlık arasında sosyal fonksiyon hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Gelir giderden fazla olanların yaşam kalitesi puanları gelir gidere denk ve az olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,031 t=6,947).

Tablo 12: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Sosyal Güvence					Test İstatistiği	P
	Emekli sandığı (n=6) ort±ss	SSK (n=90) ort±ss	Bağkur (n=5) ort±ss	Özel sigorta (n=3) ort±ss	Yeşil Kart (n=3) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	19,66±7,91	17,66±3,56	21,20±2,58	19,66±1,52	17,66±2,08	6,963	0,138
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,833±2,04	5,611±1,68	5,60±2,19	6,66±1,57	5,66±2,08	0,992	0,911
Ağrı	8,150±2,49	7,49±1,49	7,60±1,45	7,200±1,7	7,166±1,05	0,816	0,936
Genel Sağlık	19,26±5,16	18,05±2,30	16,56±1,04	16,93±0,80	20,40±3,60	7,082	0,132
Vitalite (Enerji)	16,16±3,25	16,14±2,22	11,60±4,72	18,00±1,00	16,33±3,05	9,482	0,050*
Sosyal Fonksiyon	7,83±2,04	6,02±1,19	5,80±2,58	7,33±0,57	6,00±1,00	10,136	0,038*
Rol Güçlülüğü Emosyonel	4,33±1,50	4,23±1,28	4,20±1,64	4,66±1,52	4,33±1,52	0,342	0,987
Mental Sağlık	21,33±2,06	20,38±2,51	17,80±5,67	21,00±1,00	22,00±3,46	4,270	0,371

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 12’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile sosyal güvence arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal güvence ile SF-36 ölçeği alt alanlarından fiziksel fonksiyon, rol güçlülüğü fiziksel, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü emosyonel ve mental sağlık arasında sosyal fonksiyon ve vitalite (enerji) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). GDM li kadınların özel sigortaya sahip olanların diğer sosyal güvenceye sahip olanlardan vitalite puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. (t=9,482

p=0,050). Kadınların emekli sandığına sahip olanların diğer sosyal güvenceye sahip olan kadınların sosyal fonksiyon puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (t=10,136 p=0,038).

Tablo 13: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabet Olması Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Ailede Diyabet		Test İstatistiği	P
	Var (n= 46) ort±ss	Yok (n=61) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,02±3,43	16,04±4,13	-0,035	0,972
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,52±1,67	5,75±1,72	-0,685	0,495
Ağrı	7,56±1,73	7,48±1,39	0,277	0,782
Genel Sağlık	18,62±2,73	17,70±2,35	1,848	0,068
Vitalite (Enerji)	16,43±2,12	15,70±2,87	1,420	0,158
Sosyal Fonksiyon	6,38±1,40	5,95±1,34	1,607	0,111
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,09±1,30	4,36±1,29	-1,050	0,296
Mental Sağlık	20,97±2,56	19,96±2,76	1,901	0,060

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 13’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile ailede diyabet var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede diyabet var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 14: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabeti Olanların Yakınlık Derecesine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Ailede Diyabeti Olanların Yakınlık Derecesi		Test İstatistiği	P
	1.derece yakınlar (n= 34) ort±ss	2.derece yakınlar (n=12) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,35±3,46	19,25±3,49	-1,637	0,109
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,23±1,59	6,16±1,69	-1,710	0,094
Ağrı	7,35±1,57	8,08±1,93	-1,295	0,202
Genel Sağlık	18,81±2,76	17,68±2,57	1,236	0,223
Vitalite (Enerji)	15,94±1,99	17,41±2,15	-2,156	0,037*
Sosyal Fonksiyon	6,17±1,14	6,75±1,86	-1,257	0,215
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	3,94±1,25	4,50±1,38	-1,293	0,203
Mental Sağlık	20,64±2,38	21,41±3,11	-0,886	0,381

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 14' te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile ailede diyabeti olanların yakınlık derecesi arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede diyabeti olanların yakınlık derecesi ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Vitalite (Enerji) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). GDM li kadınların 2.derece yakınlarında diyabeti olanların 1. derece yakınlarında diyabeti olan kadınlardan vitalite (enerji) alt alan puan ortalamalarının yüksek olduğu ($t=-2,156$ $p=0,037$) saptanmıştır.

Tablo 15: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlar Tanı Konulma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	GDM nin Tanı Konulma Durumu			Test İstatistiği	P
	Şeker ölçümüyle (n=86) ort±ss	Başka bir hastalık için dr.a gittiğinde (n=10) ort±ss	Şüphelenip dr.a gittiğinde (n=11) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,98±4,87	17,10±3,90	19,09± 2,07	1,883	0,597
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,41±1,98	6,40± 1,71	6,11±1,77	2,446	0,485
Ağrı	7,91±1,98	7,93 ±1,54	7,75±1,39	2,451	0,484
Genel Sağlık	18,55±3,28	16,98± 4,62	17,32±1,68	2,574	0,462
Vitalite (Enerji)	15,38±1,54	15,40 ±4,00	16,09±2,02	2,735	0,434
Sosyal Fonksiyon	6,53±1,98	6,30 ±1,88	6,45±5, 68	1,757	0,624
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,12±1,50	4,80±1,31	4,66±1,36	2,920	0,404
Mental Sağlık	20,18±2,37	21,20± 3,52	19,81±2,08	3,175	0,365

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test,

Tablo 15'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile GDM nin tanı konulma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM nin tanı konulma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 16: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Kan Şekeri Ölçme Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 100) ort±ss	Hayır (n=7) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,00±3,93	18,00±2,70	0,000	1,000
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,65±1,71	5,71±1,60	-0,096	0,923
Ağrı	7,47±1,51	8,24±1,72	-1,289	0,200
Genel Sağlık	18,02±2,54	18,91±2,26	-0,898	0,371
Vitalite (Enerji)	15,92±2,63	17,00±1,63	-1,066	0,289
Sosyal Fonksiyon	6,14±1,41	6,28±0,75	-0,269	0,788
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,25±1,30	4,28±1,38	-0,070	0,945
Mental Sağlık	20,23±2,72	22,57±1,71	-2,239	0,027 *

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 16’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile kan şekeri ölçme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; kan şekeri ölçme durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Mental Sağlık hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kan şekerini ölçemeyen kadınların mental sağlık alt alanı puan ortalaması kan şekeri ölçümü yapan kadınların puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-2,239$ $p=0,027$).

Tablo 17: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yer		Test İstatistiği	P
	Sağlık kuruluşunda (n= 67) ort±ss	Evde (n=33) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,70±3,70	18,60±4,34	-1,083	0,282
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,70±1,69	5,54±1,76	0,426	0,671
Ağrı	7,37±1,44	7,67±1,66	-0,931	0,354
Genel Sağlık	17,67±2,06	18,74±3,23	-2,015	0,047*
Vitalite (Enerji)	16,20±2,13	15,33±3,40	1,572	0,119
Sosyal Fonksiyon	5,91±1,02	6,60±1,91	-2,366	0,020*
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,28±1,30	4,18±1,33	0,365	0,716
Mental Sağlık	20,00±1,89	20,69±3,90	-1,207	0,230

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi, Z:MannWhitney U testi

Tablo 17’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile kan şekeri ölçümü yapıldığı yer arasındaki ilişki incelendiğinde; kan şekeri ölçümü yapıldığı yer ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Genel Sağlık ve Sosyal Fonksiyon alt alanları hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kan şekerini evde ölçen GDM li kadınların genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt alanları ortalama puanları anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-2,015$ $p=0,047$, $t=-2,366$ $p=0,020$).

Tablo :18 Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Günlük Kan Şekeri Ölçümü Yapmasına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Günlük Kan Şekeri Ölçümü		Test İstatistik değeri	P
	Her gün ölçüm yapan (n= 50) ort±ss	Her gün ölçüm yapmayan (n=50) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,00± 3,93	17,84± 3,26	1,198	0,753
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,65±1,71	5,78±1,72	9,816	0,020*
Ağrı	7,471±1,51	7,54±1,42	1,775	0,620
Genel Sağlık	18,02±2,54	17,88±2,01	0,212	0,976
Vitalite (Enerji)	15,92± 2,63	15,76± 2,54	3,451	0,327
Sosyal Fonksiyon	6,14± 1,41	6,100± 1,16	1,037	0,792
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,25± 1,30	4,39± 1,26	9,697	0,021*
Mental Sağlık	20,23±2,72	20,42±2,12	4,180	0,243

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 18’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile günlük kan şekeri ölçümü arasındaki ilişki incelendiğinde; günlük kan şekeri ölçümü ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Rol Güçlülüğü (Fiziksel) ve Rol Güçlülüğü (Emosyonel) alt alanları hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kan şekerini her gün ölçmeyen kadınların rol güçlülüğü fiziksel ve rol güçlülüğü emosyonel alt alan puan ortalamalarının her gün düzenli ölçüm yapan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=9,816$ $p=0,020$, $t=9,697$ $p=0,021$).

Tablo 19: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Tedaviye Uyum Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Tedaviye Uyum Algısı			Test İstatistiği	P
	İyi (n=48) ort±ss	Orta (n=55) ort±ss	Kötü (n=4) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,50±4,03	17,87±3,61	13,75±2,62	5,785	0,05*
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,97±1,74	5,49±1,64	4,00±0,00	7,098	0,02*
Ağrı	8,00±1,57	7,20±1,41	6,12±0,77	9,770	0,00
Genel Sağlık	18,66±2,24	17,77±2,30	15,35±5,80	6,747	0,03
Vitalite (Enerji)	16,20±2,98	15,76±2,19	16,50±3,10	2,095	0,351
Sosyal Fonksiyon	6,33±1,49	6,07±1,24	5,00±1,41	3,373	0,185
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,56±1,36	4,07±1,21	3,00±0,00	7,164	0,02
Mental Sağlık	20,68±3,03	20,10±2,51	20,50±1,29	1,276	0,528

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo19’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile tedaviye uyum algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; tedaviye uyum algısı ile SF-36 ölçeği alt alanlarından vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, mental sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). GDM li kadınlardan tedaviye uyumunun iyi olduğunu ifade edenlerin fiziksel fonksiyon alt alan puan ortalamaları (t=5,785 p=0,05), rol güçlülüğü fiziksel alt alan puan ortalamaları (t=7,098 p=0,02), ağrı alt alanı puan ortalamaları (t=9,770 p=0,00), genel sağlık alt alan puan ortalamaları (t=6,747 p=0,03) ve rol güçlülüğü emosyonel alt alanı puan ortalamaları (t=7,164 p=0,02) tedaviye uyumun orta ve kötü olduğunu ifade edenlerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 20: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Diyete Uyum Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Diyete Uyum Algısı			Test İstatistiği	P
	İyi (n=46) ort±ss	Orta (n=59) ort±ss	Kötü (n=2) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	19,10±3,84	17,30±3,60	13,00±4,24	8,428	0,015*
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	6,13±1,73	5,33±1,60	4,00±0,00	8,109	0,017*
Ağrı	8,08±1,65	7,13±1,30	6,15±1,34	9,243	0,010*
Genel Sağlık	19,10±2,55	17,51±1,80	11,50±6,36	17,004	0,000*
Vitalite (Enerji)	16,89±2,08	15,23±2,68	17,50±4,94	10,340	0,006*
Sosyal Fonksiyon	6,63±1,48	5,84±1,14	4,00±1,41	12,969	0,002*
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,58±1,35	4,03±1,21	3,00±0,00	6,638	0,036*
Mental Sağlık	21,26±2,69	19,71±2,61	20,00±1,41	8,058	0,018*

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 20’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile diyete uyum algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; diyete uyum algısı ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Fiziksel Fonksiyon, Rol Güçlülüğü (Fiziksel), ağrı, Genel Sağlık, Vitalite (Enerji), Sosyal Fonksiyon, Rol Güçlülüğü (Emosyonel), Mental Sağlık alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p>0,05). GDM li kadınlardan diyete uyumlarının iyi olduğunu ifade edenlerin yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları, diyete uyumlarının orta ve kötü olduğunu ifade edenlerin yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 21: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Egzersiz Yapma Durumu		Test İstatistik değeri	P
	Evet (n= 74) ort±ss	Hayır (n=33) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,43±3,84	17,03±3,74	1,755	0,082
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,85±1,74	5,21±1,51	1,816	0,072
Ağrı	7,57±1,59	7,40±1,41	0,517	0,606
Genel Sağlık	18,30±2,33	17,58±2,88	1,362	0,176
Vitalite (Enerji)	16,55±1,88	14,72±3,43	3,544	0,001
Sosyal Fonksiyon	6,29±1,32	5,81±1,46	1,674	0,097
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,43±1,33	3,84±1,14	2,177	0,032
Mental Sağlık	20,63±2,40	19,81±3,31	1,439	0,153

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo21' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile egzersiz yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; egzersiz yapma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Vitalite (Enerji) ve Rol Güçlülüğü (Emosyonel) alt alanları hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). GDM li kadınlardan egzersiz yapanların vitalite (enerji) ve rol güçlülüğü emosyonel alt alan puan ortalamalarının egzersiz yapmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($t=3,544$ $p=0,001$, $t=2,177$ $p=0,032$).

Tablo 22: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Doktora gitme durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Doktora Gitme Durumu				Test İstatistiği	P
	Dr. Kontrolüne gitmeyen (n=9) ortss	Ayda 1 kez giden (n=86) ort±ss	2 ayda 1 kez giden (n=3) ort±ss	Diğer (2haftada 1, ayda 2, hastalandığında, her hafta, kendini kötü hissedince) (n=9) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,00± 5,56	18,01±3,82	15,33± 0,5	18,77± 2,68	3,778	0,286
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,22± 1,64	5,75± 1,70	4,00±0,00	5,66±1,80	3,745	0,290
Ağrı	7,11±1,45	7,56±1,58	7,16±1,05	7,65±1,44	0,370	0,946
Genel Sağlık	17,91±,97	18,04±2,64	21,26±1,2	17,60±2,23	6,125	0,106
Vitalite (Enerji)	15,88±2,14	16,00±2,75	16,00±1,0	16,00±1,87	0,255	0,968
Sosyal Fonksiyon	6,00±1,11	6,15±1,49	6,33±,57	6,22±0,44	0,468	0,926
Rol Güçlülüğü Emosyonel	4,00±1,32	4,31±1,30	3,00±0,00	4,33±1,41	3,454	0,327
Mental Sağlık	19,33±2,23	20,45±2,85	22,00±2,0	20,22±1,85	2,668	0,446

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo22’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile doktora gitme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; doktora gitme durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 23: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Sigara Kullanma			Test İstatistiği	P
	Evet (n=20) ort±ss	Hayır (n=74) ort±ss	Bırakmış (n=13) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	15,70±3,68	18,47±3,66	18,84±4,12	8,143	0,017*
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,50±1,57	5,62±1,74	6,07±1,65	0,716	0,699
Ağrı	7,32±1,77	7,57±1,47	7,53±1,60	0,826	0,662
Genel Sağlık	17,75±1,70	18,34±2,77	17,13±1,84	3,017	0,221
Vitalite (Enerji)	16,00±1,94	15,74±2,77	17,38±1,98	7,485	0,024*
Sosyal Fonksiyon	5,85±1,22	6,16±1,46	6,53±1,05	2,334	0,311
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,40±1,31	4,14±1,31	4,61±1,26	1,656	0,437
Mental Sağlık	19,95±1,60	20,24±3,04	21,84±1,51	7,872	0,020*

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 23'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Fiziksel Fonksiyon, Vitalite (Enerji), Mental Sağlık alt alanları hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). GDM li kadınlardan sigara kullanmayanların ve bırakmış olanların fiziksel fonksiyon vitalite (enerji) ve mental sağlık alt alan puan ortalamaları sigara kullanan kadınların alt alan puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (t=8,143 p=0,017, t=7,485 p=0,02, t=7,872 p=0,020).

Tablo 24: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Alkol Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Alkol Kullanma			Test İstatistiği	P
	Evet (n=4) ort±ss	Hayır (n=101) ort±ss	Bırakmış (n=2) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	14,75±3,77	18,18±3,76	15,00±7,07	3,666	0,160
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	6,00±0,81	5,67±1,72	4,00±0,00	2,537	0,281
Ağrı	6,65±1,75	7,57±1,53	6,65±0,77	2,343	0,310
Genel Sağlık	17,65±0,50	18,11±2,58	17,20±1,69	0,537	0,765
Vitalite (Enerji)	16,50±1,00	15,97±2,66	16,00±0,00	0,296	0,862
Sosyal Fonksiyon	6,25±2,06	6,14±1,36	6,00±1,41	0,032	0,984
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	5,00±1,41	4,24±1,29	3,00±0,00	3,138	0,208
Mental Sağlık	20,25±2,06	20,39±2,78	20,00±0,00	0,206	0,902

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 24'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullanma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 25: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Var (n= 17) ort±ss	Yok (n=90) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,35±3,33	18,12±3,94	-0,753	0,453
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,05±1,24	5,76±1,75	-1,586	0,116
Ağrı	6,98±1,50	7,62±1,53	-1,571	0,119
Genel Sağlık	17,75±1,67	18,14±2,65	-0,587	0,558
Vitalite (Enerji)	15,94±1,85	16,00±2,71	-0,085	0,932
Sosyal Fonksiyon	5,88±1,05	6,20±1,43	-0,870	0,386
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	3,88±1,11	4,32±1,33	-1,280	0,204
Mental Sağlık	19,35±1,86	20,57±2,82	-1,715	0,089

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 25’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile Önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; Önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde 4 KG Üzerinde Bebek Doğurma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	4 KG Üzerinde Bebek Doğurma		Test İstatistiği	P
	Var (n= 5) ort±ss	Yok (n=102) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,60±3,20	17,97±3,89	0,355	0,723
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,40±1,51	5,66±1,71	-0,341	0,734
Ağrı	7,58±1,63	7,51±1,54	0,087	0,931
Genel Sağlık	18,12±0,83	18,08±2,58	0,032	0,974
Vitalite (Enerji)	15,80±2,68	16,00±2,60	-0,168	0,867
Sosyal Fonksiyon	6,00±1,00	6,15±1,39	-0,247	0,805
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,40±1,14	4,24±1,31	0,258	0,797
Mental Sağlık	18,80±2,38	20,46±2,72	-1,335	0,185

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 26’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile 4 kg üzeri bebek doğurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 kg üzeri bebek doğurma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Haftasına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Gebelik Haftası		Test İstatistiği	P
	İkinci Trimester (n=9) ort±ss	Üçüncü Trimester (n=98) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	22,50±3,87	17,60±2,79	1,277	0,229
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	7,25±1,50	5,00±1,73	0,773	0,712
Ağrı	9,62±1,84	7,38±1,42	1,640	0,074
Genel Sağlık	17,80±3,05	19,80±1,81	0,896	0,575
Vitalite (Enerji)	17,75±3,30	16,20±1,30	2,090	0,015*
Sosyal Fonksiyon	8,50±1,91	6,00±0,70	1,640	0,074
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	5,25±1,50	3,60±1,34	0,798	0,684
Mental Sağlık	22,50±4,35	20,60±1,67	1,464	0,131

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 27’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile gebelik haftası arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik haftası ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Vitalite (Enerji) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İkinci trimesterdeki GDM li kadınların vitalite (enerji) alt alan puan ortalamaları üçüncü trimesterdeki kadınların alt alan puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,090$ $p=0,015$).

Tablo 28: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Gebelik Sayısı			Test İstatistiği	P
	İlk Gebelik (n=29) ort±ss	2 -3 gebelik (n=49) ort±ss	4 ve üstü gebelik (n=29) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,27±3,77	18,02±4,50	15,52±3,15	8,044	0,329
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,41±1,74	6,15±1,68	4,86±1,89	11,673	0,112
Ağrı	7,73±1,60	7,70±1,43	7,35±1,64	11,607	0,114
Genel Sağlık	19,28±2,86	16,40±2,50	17,13±1,67	15,369	0,032
Vitalite (Enerji)	16,24±2,38	15,98±2,56	15,66±3,24	9,932	0,192
Sosyal Fonksiyon	6,44±1,40	6,10±1,48	6,00±1,36	11,822	0,107
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,00±1,33	4,63±1,25	4,00±1,25	12,141	0,096
Mental Sağlık	20,82±2,34	20,45±2,69	20,13±3,44	3,124	0,873

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 28’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile gebelik haftası arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik haftası ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında Genel Sağlık hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). İlk gebeliği olan GDM li kadınların genel sağlık alt alan puan ortalamalarının diğer sayılardaki gebelikleri olan kadınların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (t=15,369 p=0,032).

Tablo 29: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Düşük Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Düşük Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 31) ort±ss	Hayır (n=76) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,16±3,79	18,34±3,84	-1,445	0,151
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,54±1,78	5,69±1,67	-0,410	0,683
Ağrı	6,89±1,39	7,77±1,52	-2,799	0,006
Genel Sağlık	17,72±2,88	18,23±2,36	-0,945	0,347
Vitalite (Enerji)	15,64±1,68	16,13±2,88	-0,879	0,381
Sosyal Fonksiyon	5,61±9,95	6,36±1,46	-2,642	0,009
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,25±1,31	4,25±1,30	0,029	0,977
Mental Sağlık	20,03±2,42	20,52±2,84	-0,850	0,398

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 29’ da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile düşük var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; düşük var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında ağrı ve sosyal fonksiyon hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce düşüğü olmayan GDM li kadınların ağrı ve sosyal fonksiyon alt alan puan ortalamaları daha önceden düşüğü olmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ($t=-2,799$ $p=0,006$, $t=-2,642$ $p=0,009$).

Tablo 30: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kürtaj Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Kürtaj Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 21) ort±ss	Hayır (n=86) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,14±4,57	18,20±3,65	-1,139	0,257
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,38±1,62	5,72±1,71	-0,821	0,414
Ağrı	7,21±1,47	7,59±1,54	-1,006	0,317
Genel Sağlık	17,87±3,40	18,13±2,28	-0,419	0,676
Vitalite (Enerji)	15,66±3,05	16,06±2,48	-0,637	0,526
Sosyal Fonksiyon	5,80±1,12	6,23±1,42	-1,264	0,209
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,14±1,27	4,27±1,31	-0,428	0,670
Mental Sağlık	19,90±2,68	20,50±2,73	-0,896	0,372

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 30’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile kürtaj var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; kürtaj var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Hipertansiyon Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Hipertansiyon Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 39) ort±ss	Hayır (n=68) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,05±3,96	18,54±3,70	-1,954	0,053
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,82±1,58	5,55±1,76	0,765	0,446
Ağrı	7,28±1,62	7,65±1,48	-1,210	0,229
Genel Sağlık	17,28±2,36	18,54±2,51	-2,533	0,013*
Vitalite (Enerji)	15,71±2,47	16,14±2,66	-0,822	0,413
Sosyal Fonksiyon	5,89±1,42	6,29±1,33	-1,439	0,153
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,41±1,27	4,16±1,32	0,948	0,345
Mental Sağlık	19,84±2,08	20,69±3,00	-1,554	0,123

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo31’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile hipertansiyon var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; hipertansiyon var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında genel sağlık hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hipertansiyon öyküsü olmayan GDM li kadınların fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt alan puan ortalamaları hipertansiyon öyküsü olan kadınların alt alan puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ($t=-1,954$ $p=0,53$, $t=-2,533$ $p=0,013$).

Tablo 32: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Proteinüri Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Proteinüri Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 26) ort±ss	Hayır (n=81) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	16,61±3,88	18,44±3,75	-2,141	0,035
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,61±1,65	5,66±1,72	-0,133	0,894
Ağrı	6,83±1,28	7,74±1,55	-2,696	0,008
Genel Sağlık	17,16±3,00	18,38±2,29	-2,177	0,032
Vitalite (Enerji)	15,96±2,18	16,00±2,72	-0,065	0,948
Sosyal Fonksiyon	5,76±1,14	6,27±1,43	-1,629	0,106
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,19±1,20	4,27±1,34	-0,269	0,789
Mental Sağlık	20,23±2,33	20,43±2,85	-0,326	0,745

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 32’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile proteinüri var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; proteinüri var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Proteinüri öyküsü olmayan GDM li kadınların fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt alan puan ortalamaları proteinüri öyküsü olan kadınların alt alan puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır ($t=-2,141$ $p=0,035$, $t=-2,696$ $p=0,008$, $t=-2,177$ $p=0,032$).

Tablo 33: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Tiroid Hatalığı Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Tiroid Hatalığı Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 19) ort±ss	Hayır (n=88) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	17,21±3,45	18,17±3,93	-0,985	0,327
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,26±1,66	5,73±1,70	-1,107	0,271
Ağrı	7,44±1,17	7,53±1,60	-0,231	0,818
Genel Sağlık	19,00±3,24	17,88±2,31	1,760	0,081
Vitalite (Enerji)	16,15±2,43	15,95±2,63	0,309	0,758
Sosyal Fonksiyon	6,00±1,33	6,18±1,39	-0,519	0,605
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	3,84±1,16	4,34±1,32	-1,522	0,131
Mental Sağlık	20,84±2,40	20,28±2,79	0,808	0,421

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 33'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile tiroid hastalığı var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; tiroid hastalığı var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Over Kisti Var Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SF-36 Alt Alanlar	Over Kisti Var Olma Durumu		Test İstatist iği	P
	Evet (n= 28) ort±ss	Hayır (n=79) ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	18,53±3,66	17,81±3,92	0,855	0,394
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	5,78±1,66	5,60±1,72	0,475	0,636
Ağrı	7,80±1,63	7,42±1,49	1,132	0,260
Genel Sağlık	18,57±2,61	17,90±2,48	1,208	0,230
Vitalite (Enerji)	16,17±2,05	15,92±2,76	0,445	0,658
Sosyal Fonksiyon	6,46±1,37	6,03±1,37	1,412	0,161
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	4,46±1,29	4,17±1,30	1,001	0,319
Mental Sağlık	20,57±2,09	20,31±2,92	0,424	0,673

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 34'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi ile over kisti var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; over kisti var olma durumu ile SF-36 ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.4.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Anksiyete Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

Tablo: 35: Beck Anksiyete Ölçeğinin Alt Alan Ve Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Alan Puanları	n	Ort±ss	Min-Max
Subjektif Anksiyete	107	13,85±5,98	Min:0 Max:29
Somatik Belirtiler	107	10,14±3,50	Min:0 Max:23
Toplam Puan	107	24,00±8,88	Min:0 Max:49

Tablo 35'te araştırmaya katılan GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre araştırma kapsamına alınan kadınların alt alan puanları sırası ile; Subjektif Anksiyete 13,85±5,98 (Min:0 Max:29), Somatik Belirtiler 10,14±3,50 (Min:0 Max:23) dir.

Tablo 36: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Yaş Gruplarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Yaş Grubu		Test İstatistiği	P
	30 yaş ve altı (n=42) ort±ss	31 yaş ve üstü (n=65) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	12,61±5,96	14,66±5,89	-1,742	0,085
Somatik Belirtiler	9,69±3,31	10,44±3,61	-1,091	0,278
Toplam Puan	22,30±8,60	25,10±8,95	-1,602	0,112

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 36’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grupları ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). 31 yaş ve üzerindeki GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 37: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Eğitim Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Eğitim Durumu			Test İstatistiği	P
	Okur-yazar (n=4) ort±ss	İlköğretim (n=75) ort±ss	Lise ve üstü (n=28) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	15,750±10,14	14,00±5,70	12,26±6,26	6,074	0,194
Somatik Belirtiler	12,25±5,43	9,88±3,11	10,37±4,75	3,499	0,478
Toplam Puan	28,00±15,51	23,88±8,22	22,63±10,5	5,428	0,246

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

χ^2 :Kruskal Wallis Test

Tablo 37’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların İş Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	İş Durumu		Test İstatistiği	P
	Çalışıyor (n= 30) ort±ss	Çalışmıyor (n=77) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,53±6,26	13,98±5,90	-0,351	0,726
Somatik Belirtiler	9,83±3,96	10,27±3,32	-0,581	0,562
Toplam Puan	23,36±9,54	24,25±8,66	-0,465	0,643

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 38’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile iş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; iş durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmayan GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 39: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gelir Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Gelir Durumu			Test İstatistiği	P
	Gelir-giderden az (n=22) ort±ss	Gelir-gidere denk (n=80) ort±ss	Gelir-giderden fazla (n=5) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	16,00±5,94	13,50±5,82	10,20±6,87	3,226	0,199
Somatik Belirtiler	10,72±3,39	10,08±3,49	8,60±4,33	0,432	0,806
Toplam Puan	26,72±8,74	23,58± 8,73	18,80±10,23	2,464	0,292

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

χ^2 :Kruskal Wallis Test

Tablo 39’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile gelir durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gelir durumu azdan coğa doğru gittikçe anksiyete düzeyi azalmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 40: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Sosyal Güvence					Test İstatistiği	P
	Emekli sandığı (n=6) ort±ss	SSK (n=90) ort±ss	Bağkur (n=5) ort±ss	Özel sigorta (n=3) ort±ss	Yeşil Kart (n=3) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	10,50± 9,64	13,96± 5,74	16,60± 5,98	15,00± 3,60	11,66± 7,02	4,676	0,322
Somatik Belirtiler	8,50± 6,28	10,28± 3,37	10,60± 3,43	8,00± 1,73	10,66± 0,57	4,729	0,316
Toplam Puan	19,00± 15,00	24,25± 8,56	27,20± 9,25	23,00± 5,29	22,33± 7,09	5,707	0,222

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

χ^2 :Kruskal Wallis Test

Tablo 40’ta görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile sosyal güvencesi arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal güvence ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabet Olması Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Ailede Diyabet		Test İstatistiği	P
	Var (n= 46) ort±ss	Yok (n=61) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,25±6,10	14,29±5,99	-0,875	0,384
Somatik Belirtiler	9,88±3,62	10,32±3,47	-0,631	0,530
Toplam Puan	23,13±9,04	24,62±8,93	-0,837	0,405

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 41’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile ailede diyabet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede diyabet durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ailede diyabet olmayan GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 42: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Ailede Diyabeti Olanların Yakın Derecesine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Ailede Diyabeti Olanların Yakın Derecesi		Test İstatistiği	P
	1.derece yakınlar (n= 34) ort±ss	2.derece yakınlar (n=12) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,17±6,15	10,80±5,97	1,535	0,132
Somatik Belirtiler	10,44±3,46	8,10±3,66	1,854	0,071
Toplam Puan	24,61±8,69	18,90±9,44	1,794	0,080

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 42’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile ailede diyabeti olanların yakınlık derecesi arasındaki ilişki incelendiğinde; ailede diyabeti olanların yakınlık derecesi ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). 1. derece yakınları diyabet hastası olan GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 43: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlar Tanı Konulma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	GDM nin Tanı Konulma Durumu			Test İstatistiği	P
	Şeker ölçümüyle (n=86) ort±ss	Başka bir hastalık için dr.a gittiğinde (n=10) ort±ss	Şüphelenip dr.a gittiğinde (n=11) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	11,92±5,36	13,80±4,61	15,09±3,85	3,518	0,318
Somatik Belirtiler	9,12±3,68	11,00±2,78	9,00±1,09	3,915	0,271
Toplam Puan	21,04±9,04	24,80±5,97	24,09±4,10	2,238	0,524

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

χ^2 :Kruskal Wallis Test

Tablo 43’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile GDM nin Tanı Konulma Durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM nin Tanı Konulma Durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 44: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçme Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Kan Şekeri Ölçme Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 100)ort±ss	Hayır (n=7)ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,05±5,99	11,14±5,39	1,247	0,215
Somatik Belirtiler	10,17±3,57	9,85±2,41	0,228	0,820
Toplam Puan	24,22±9,00	21,00±6,75	0,926	0,356

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 44'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile kan şeker ölçme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; kan şeker ölçme durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kan şekeri ölçümü yapan GDM li kadınların Beck Anksiyete ölçeği alt alan puanlarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 45: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yere Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Kan Şekeri Ölçümü Yapıldığı Yer		Test İstatistiği	P
	Sağlık kuruluşunda (n= 67) ort±ss	Evde (n=33) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	15,52±5,72	11,06±5,46	3,718	0,000
Somatik Belirtiler	11,02±3,30	8,42±3,50	3,634	0,000
Toplam Puan	26,55±8,46	19,48±8,28	3,954	0,000

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 45'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile kan şeker ölçümü yapıldığı yer arasındaki ilişki incelendiğinde; kan şeker ölçümünü sağlık kuruluşunda yaptıran kadınların subjektif anksiyete ($t=3,718$ $p=0,00$), somatik belirtiler ($t=3,634$ $p=0,00$) ve toplam puanlarının ($t=3,954$ $p=0,00$) evde ölçüm yapan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 46: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Günlük Kan Şekeri Ölçümü Yapmasına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Günlük Kan Şekeri Ölçümü		Test İstatistiği	P
	Her gün ölçüm yapan (n=50) ort±ss	Her gün ölçüm yapmayan (n=50) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	12,94±6,61	13,09±5,16	2,454	0,068
Somatik Belirtiler	9,74±3,97	10,36±3,72	0,687	0,562
Toplam Puan	22,68±9,99	23,45±8,88	1,851	0,143

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 46'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile günlük kan şekeri ölçümü arasındaki ilişki incelendiğinde; günlük kan şekeri ölçümü ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 47: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Tedaviye Uyum Algısına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Tedaviye Uyum Algısı			Test İstatistiği	P
	İyi (n=48) ort±ss	Orta (n=55) ort±ss	Kötü (n=4) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,39±7,47	13,58±4,44	11,25±4,27	0,947	0,623
Somatik Belirtiler	10,72±4,31	9,61±2,66	10,50±1,91	2,774	0,250
Toplam Puan	25,125±1,29	23,20±6,33	21,75±5,43	0,495	0,781

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 47’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile tedaviye uyum algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; tedaviye uyum ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 48: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Diyete Uyum Algısına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Diyete Uyum Algısı			Test İstatistiği	P
	İyi (n=46) ort±ss	Orta (n=59) ort±ss	Kötü (n=2) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,17±6,64	14,47±5,48	11,50±2,12	1,798	0,407
Somatik Belirtiler	9,91±3,63	10,27±3,45	12,0±0,00	1,409	0,494
Toplam Puan	23,08±9,71	24,74±8,35	23,50±2,12	0,846	0,655

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 48’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile diyete uyum algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; diyete uyum ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 49: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Egzersiz Yapma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 74) ort±ss	Hayır (n=33) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,10±6,03	13,30±5,91	0,641	0,523
Somatik Belirtiler	10,24±3,39	9,93±3,76	0,413	0,680
Toplam Puan	24,35±8,86	23,24±9,01	0,594	0,554

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 49’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile egzersiz yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; egzersiz yapma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 50: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Doktora gitme durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Doktora Gitme Durumu				Test İstatistiği	P
	Dr. Kontrolüne gitmeyen (n=9) ort±ss	Ayda 1 kez giden (n=86) ort±ss	2 ayda 1 kez giden (n=3) ort±ss	Diğer (2haftada 1, ayda 2, hastalandığında, her hafta, kendini kötü hissedince) (n=9) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	15,88±7,52	14,02±5,84	6,33±3,51	12,77±4,89	5,700	0,127
Somatik Belirtiler	11,44±4,15	9,97±3,53	8,00±1,00	11,22±2,68	4,648	0,199
Toplam Puan	27,3± 11,05	24,00±8,80	14,33±4,5	24,00±6,85	5,581	0,134

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 50’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile doktora gitme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; doktora gitme durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 51: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Sigara Kullanma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Sigara Kullanma			Test İstatistiği	P
	Evet (n=20) ort±ss	Hayır (n=74) ort±ss	Bırakmış (n=13) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	15,65±6,72	13,58±6,02	12,69±4,02	1,094	0,296
Somatik Belirtiler	11,10±3,47	10,14±3,43	8,69±3,66	0,725	0,394
Toplam Puan	26,75±9,65	23,72±8,91	21,38±6,80	0,881	0,348

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 51’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 52: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınlarda Alkol Kullanma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Alkol Kullanma			Test İstatistiği	P
	Evet (n=4) ort±ss	Hayır (n=101) ort±ss	Bırakmış (n=2) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	15,50±3,41	13,80±6,09	13,50±4,94	0,540	0,763
Somatik Belirtiler	11,00±2,70	10,13±3,563	9,00±1,41	0,841	0,657
Toplam Puan	26,50±4,93	23,94±9,06	22,50±6,36	0,740	0,691

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

x²:Kruskal Wallis Test

Tablo 52’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; alkol kullanma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 53: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumuna		Test İstatistiği	P
	Var (n= 17) ort±ss	Yok (n=90) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,70±5,89	13,70±6,01	0,634	0,527
Somatik Belirtiler	10,35±3,60	10,11±3,50	0,260	0,795
Toplam Puan	25,05±8,82	23,81±8,93	0,529	0,598

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 53’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 54: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Önceki Gebeliklerinde 4 KG Üzerinde Bebek Doğurma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	4 KG Üzerinde Bebek Doğurma		Test İstatistiği	P
	Var (n= 5) ort±ss	Yok (n=102) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,60±3,20	13,87±6,09	-,0099	0,921
Somatik Belirtiler	9,20±2,16	10,19±3,55	-,0619	0,537
Toplam Puan	22,80±5,21	24,06±9,03	-0,310	0,757

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 54’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile 4 kg nin üzerinde bebek doğurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 kg nin üzerinde bebek doğurma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 55: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Haftasına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Gebelik Haftası		Test İstatistiği	P
	İkinci Trimester (n=9) ort±ss	Üçüncü Trimester (n=98) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	9,75±1,61	14,60±4,56	2,573	0,003
Somatik Belirtiler	7,00±6,83	11,60±3,28	1,538	0,104
Toplam Puan	16,75±8,39	26,20±7,59	2,407	0,005

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 55’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile gebelik haftası arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik haftası ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında Somatik Belirtiler hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p>0,05$). Üçüncü trimesterde olan GDM li kadınların subjektif anksiyete puanlarının ($t=2,573$ $p=0,003$) ve toplam puanlarının ($t=2,407$ $p=0,005$) ikinci trimesterdeki GDM li kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 56: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Gebelik Sayısına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Gebelik Sayısı			Test İstatistiği	P
	İlk Gebelik (n=29) ort±ss	2 -3 gebelik (n=49) ort±ss	4 ve üstü gebelik (n=29) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	12,0±5,72	15,15±5,57	13,48±4,17	11,907	0,104
Somatik Belirtiler	9,55±2,78	10,56±3,51	12,39±2,18	9,912	0,194
Toplam Puan	21,58±7,91	25,71±8,61	23,89±5,75	11,709	0,111

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

χ^2 :Kruskal Wallis Test

Tablo 56’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile gebelik sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik sayısı ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 57: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Düşük Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Düşük Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 31) ort±ss	Hayır (n=76) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,16±6,11	13,73±5,96	0,332	0,741
Somatik Belirtiler	10,29±2,96	10,09±3,71	0,264	0,792
Toplam Puan	24,45±8,50	23,82±9,08	0,327	0,744

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 57’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile düşük var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; düşük var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 58: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Kürtaj Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Kürtaj Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 21) ort±ss	Hayır (n=86) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,71±6,38	13,89±5,91	-0,124	0,902
Somatik Belirtiler	10,71±2,81	10,01±3,65	0,823	0,412
Toplam Puan	24,42±8,35	23,90±9,05	0,240	0,811

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 58’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile kürtaj var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; kürtaj var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 59: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Hipertansiyon Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Hipertansiyon Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 39) ort±ss	Hayır (n=68) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,74±5,68	13,35±6,12	1,160	0,249
Somatik Belirtiler	11,28±3,85	9,50±3,13	2,602	0,011*
Toplam Puan	26,02±8,93	22,85±8,70	1,796	0,075

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

t:Student t testi

Tablo 59’ da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile hipertansiyon var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; hipertansiyon var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında somatik belirtiler hariç istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hipertansiyon öyküsü olan GDM li kadınların somatik belirtiler puanlarının hipertansiyonu olmayan GDM li kadınların somatik belirtiler puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,602$ $p=0,011$).

Tablo 60: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Proteinüri Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Proteinüri Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 26) ort±ss	Hayır (n=81) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	13,57±4,37	13,95±6,43	-0,276	0,783
Somatik Belirtiler	10,11±2,56	10,16±3,76	-0,057	0,955
Toplam Puan	23,69±5,78	24,11±9,70	-0,208	0,836

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 60'ta görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile proteinüri var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; proteinüri var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 61: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Tiroid HatalığıVar Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Tiroid HatalığıVar Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 19) ort±ss	Hayır (n=88) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	12,42±5,17	14,17±6,12	-1,158	0,249
Somatik Belirtiler	9,42±2,69	10,3±3,64	-1,000	0,320
Toplam Puan	21,84±7,00	24,47±9,20	-1,174	0,243

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 61’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile tiroid hastalığı var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; tiroid hastalığı var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 62: Araştırma Grubunu Oluşturan GDM li kadınların Over Kisti Var Olma Durumuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beck Anksiyete Ölçeği Alt Alanlar	Over Kisti Var Olma Durumu		Test İstatistiği	P
	Evet (n= 28) ort±ss	Hayır (n=79) ort±ss		
Subjektif Anksiyete	14,17±5,58	13,74±6,14	0,327	0,744
Somatik Belirtiler	9,71±3,23	10,30±3,59	-0,764	0,447
Toplam Puan	23,89±8,13	24,05±9,18	-0,080	0,936

*Her biri ölçeği yanıtlayan kişiler üzerinden analiz edilmiştir.

Z:MannWhitney U testi

Tablo 62’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların anksiyete ile over kisti var olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; over kisti var olma durumu ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo :63 Yaşam Kalitesi Ve Beck Anksiyete Arasındaki İlişki Durumu

Yaşam Kalitesi Ve Beck Anksiyete Arasındaki İlişki		Subjectif Anksiyet	Somatikbelirtiler	BeckAnksiyeteToplamPuan
Fiziksel Fonksiyon	Pearson Correlation	-,099	-,227(*)	-,156
	Sig. (2-tailed)	,308	,019	,108
	N	107	107	107
Rol Güçlülüğü Fiziksel	Pearson Correlation	,120	,090	,116
	Sig. (2-tailed)	,216	,359	,232
	N	107	107	107
Agri	Pearson Correlation	-,172	-,143	-,172
	Sig. (2-tailed)	,076	,142	,076
	N	107	107	107
Genel Sağlık	Pearson Correlation	-,253(**)	-,216(*)	-,255(**)
	Sig. (2-tailed)	,009	,025	,008
	N	107	107	107
Vitalite (enerji)	Pearson Correlation	-,241(*)	-,252(**)	-,262(**)
	Sig. (2-tailed)	,012	,009	,006
	N	107	107	107
Sosyal Fonsiyon	Pearson Correlation	-,314(**)	-,503(**)	-,410(**)
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000
	N	107	107	107
RolGüclEmsiyon	Pearson Correlation	,100	,043	,084
	Sig. (2-tailed)	,305	,658	,387
	N	107	107	107
MentalSağlık	Pearson Correlation	-,459(**)	-,410(**)	-,471(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	107	107	107

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 63'te yaşam kalitesi ve anksiyete arasındaki ilişki yer almaktadır. GDM li kadınların yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt alan puanları ile beck anksiyete ölçeği somatik belirtiler alt alan puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (pearson correlation=-0,227 p=0,019).

Kadınların yaşam kalitesi genel sağlık alt alanları ile beck anksiyete subjektif anksiyete, somatik belirtiler ve toplam puan arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (pearson correlation=-0,253/-0,216/-0,255 p=0,019/0,025/0,008).

Kadınların yaşam kalitesi vitalite (enerji) alt alan puanları ile beck anksiyete ölçeği subjektif anksiyete (pearson correlation=-0,241 p=0,012), somatik belirtiler (pearson correlation=-0,252 p=0,009) ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Kadınların yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt alan puanları ile beck anksiyete ölçeği subjektif anksiyete (pearson correlation=-0,314 p=0,001), somatik belirtiler (pearson correlation=-0,503 p=0,000) ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Kadınların yaşam kalitesi mental sağlık alt alan puanları ile beck anksiyete ölçeği subjektif sağlık (pearson correlation=-0,459 p=0,000), somatik belirtiler (pearson correlation=-0,410 p=0,000) ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

GDM fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra psikososyal boyutları olan; bireyi ruhsal, duygusal, sosyal sorunlarla karşı karşıya bırakan endokrin bir bozukluktur (84). Bu bölümde GDM li kadınlar üzerinde yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerini incelemek amacıyla yapılmış olan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

GDM’li kadınlar üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında Kaya’nın (2007) yaptığı ‘Gebelerde Gestasyonel Diabetes Mellitus Taramasında Bozulmuş Açlık Glukozunun Değerlendirilmesi’ çalışmasında açlık kan şekeri normal GDM li kadınların yaş ortalamasını $27,10 \pm 4,74$ bozulmuş kan şekeri olan GDM li kadınların yaş ortalamasını $31,13 \pm 3,80$ olarak bulunmuştur (54). Sönmez ve Kutlu (2010), Karakurt ve arkadaşları (2009) da GDM li bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarda ileri yaş gebeliklerde diyabet riskinin arttığını bulmuşlardır (52,81). Çalışma bulgularımız diğer yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bulgular GDM’un yaş ilerledikçe görülme oranının arttığını kanıtlamaktadır.

Ener’in (2009) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki kadınların %9,85 inin okur yazar, %8,25 inin ilkokul mezunu, %6,90 inin ortaokul mezunu, %7,61 inin lise mezunu, %5,68 sının üniversite mezunu olduğunu belirtmektedir (35). Bahar’ın (2006) yaptığı çalışmasında çalışma grubundaki kadınların %42,1 inin okur yazar, %36,8 inin ilkokul mezunu, %16,5 inin ortaokul-lise mezunu, %4,5 inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (18). GDM’li kadınlar üzerinde yapılan çalışmamız yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Güven’in (2007) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki hastaların %32,1 inin çalışıyor, %67,9 unun çalışmıyor olduğunu belirlemiştir (46). GDM, kadınlarda çalışma performansını negatif yönde etkileyecek bir durumdur. Gebelik sırasında görülen GDM’nin gebelik sonrasında Tip-2 diyabet olarak devam ettiği durumlar literatürde yer almaktadır. Bu da kadınlarda çalışma oranının daha düşük olmasını desteklemektedir.

Bahar'ın (2006) diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada %54,1 oranında gelir durumu giderden daha az, %42,9 oranında gelir durumu giderine eşit, %3,0 oranında gelir durumu giderinden daha fazla olduğu sonucuna varmıştır (18). GDM li kadınlar üzerinde yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar yapılan diğer çalışmalardan çıkan sonuçlarla benzerlik göstermektedir .

Acemoğlu ve ark.larının (2006) çalışmasında katılımcıların %18,4 ünün sosyal güvencesi olmayan %47,6 sının emekli sandığı güvencesi bulunan %26,0 sının SSK güvencesi bulunan %6,4 ünün bağkur güvencesi bulunanlardan oluştuğunu saptamıştır. Hadımlı ve ark.larının ebelik öğrencileriyle birlikte (2012) yaptığı bir çalışmada gebelerin %81,6 sının sosyal güvenceye sahip oldukları ve %16,4 ünün ise sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır (46). Genel olarak çalışma kapsamındaki katılımcıların SSK güvencesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Diyabetin kalıtsal geçişli bir hastalık olduğu bilinmektedir. Ailede diyabet öyküsünün bulunmasının gestasyonel diyabet için hazırlayıcı bir faktör olduğu bilinmektedir. Salman ve Satman ın (2003) diyabetli gebeler üzerinde taptığı bir çalışmasında 'genetik olarak yatkın kadınlarda diyabet gelişme olasılığı artar' sonucuna ulaşmışlardır (76). Ulaşılan sonuç çalışmamızdan çıkan sonucu desteklemektedir.

Gebelik sürecinde yapılan testler dorultusunda GDM nin şeker ölçümü ile en fazla anlaşılması beklenen bir sonuçtur (6). Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği (2009) yayınladığı Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları Tanı ve İzlem kılavuzunda tarama testi olarak 50 gr OGTT, tanı testi olarak ise 3 saatlik 100 gr OGTT yi önermektedir (84,87,88).

Çıtıl ve ark.larının (2007) yaptığı çalışmada evde kan şekeri ölçümü yapanlarını %33,3 yapmayanların ise %66,7 olduğunu bulmuşlardır (25). Araştırma bulgularımız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Balsak ve ark. (2007) Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İzmir de yaptıkları bir çalışmada %40,01inin egzersiz yaptıklarını %59,9 unun egzersiz yapmadıklarını saptamışlardır (19). Araştırma bulgularımız Baslak ve ark.larının yaptığı çalışma ile yakın değerler olmasına karşılık

çalışmamızda egzersiz yapan katılımcı oranı daha yüksek iken Baslak ve ark.larının çalışmasında bu oran egzersiz yapmayan çalışma grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır.

Çıtıl ve ark.larının (2007) yaptığı çalışmada araştırma grubunun % 53,1 i düzenli olarak dr kontrolüne gitmekte, %46,9 u düzenli dr kontrolüne gitmemektedir (25). Elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Çulha ve ark.larının (2007) yapmış olduğu çalışmada sigara kullanan gebelerin %12,0 olduğunu kullanmayanların ise %88,0 olduğunu belirlemiştir (30). Güven in (2007) yaptığı çalışmada araştırma grubunun %28,2 sinin sigara kullandığı %2,3 ünün alkol kullandığı saptanmıştır (46). Çalışmamız yapılan çalışmalarla benzerlik sonuçları ortaya koymaktadır.

Çulha ve ark.larının (2007) yaptığı çalışmada %19,5inde düşük varlığı ve %80,5inde ise düşük olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (30). Araştırma bulgularımız yapılan çalışmalarla benzer değerler içermektedir.

Alanbay ve ark.larının (2011) GDM li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada gebelik öncesi BKİ ortalaması 24.8 ± 2.9 ve gebelikte BKİ ortalaması 27.2 ± 2.5 olarak bulunmuştur (4). Gebelik öncesi BKİ ortalamalarının daha düşük gebelikte ise daha yüksek değerde olduğu hem yaptığımız çalışma tarafından hemde yapılan diğer çalışmalar tarafından kanıtlanmıştır (6,44).

Proteinürinin preeklamsi belirtisi olduğu bilinmektedir. Hipertansiyon ile doğru orantılı olarak bulunmuştur. Çulha ve ark.larının (2007) gebelikte hipertansiyon araştırmasında, gebelikte Hipertansiyon oranı %7.6 bulunmuştur (30). Bunların kendi içindeki dağılımında %31.0'ini kronik hipertansiyon oluştururken, %48.3'ünü gestasyonel hipertansiyon, %20.7'sini preeklamsi olmak üzere %69'unu gebeliğe bağlı hipertansiyon oluşturmaktadır. Çalışmamız, yapılmış diğer çalışmalarla benzer niteliktedir.

Güven'in (2007) çalışmasında tip 1 ve tip 2 diyabetli SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları fiziksel fonksiyon tip 1 diyabetlilerde 84,06 tip 2 oral antidiyabetik

kullananlarda 81,13 tip 2 insülin kullananlarda 70,4 , fiziksel rol güçlülüğü tip 1 diyabetli bireylerde 57,81 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 71,63 tip 2 insülin kullananlarda 51,5 , ağrı tip 1 diyabetli bireylerde 70,47 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 69,8 tip 2 insülin kullananlarda 63,46 , genel sağlık tip 1 diyabetli bireylerde 47,72 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 58,85 tip 2 insülin kullananlarda 53,3 , vitalite (enerji) tip 1 diyabetli bireylerde 51,72 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 61,98 tip 2 insülin kullananlarda 53,3 , sosyal fonksiyon tip 1 diyabetli bireylerde 68,05 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 74,27 tip 2 insülin kullananlarda 73,51 , emosyone rol güçlülüğü tip 1 diyabetli bireylerde 58,31 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 73,06 tip 2 insülin kullananlarda 61,31 , mental sağlık tip 1 diyabetli bireylerde 51,75 tip 2 oral antidiyabetik kullananlarda 67,21 tip 2 insülin kullananlarda 60,27 olarak saptanmıştır (46). Çalışmaya katılan GDM li kadınların yaşam kalitesi puanları Güven'in (2007) çalışmasına katılan diyabetli bireylerden daha düşük olduğu görülmektedir.

Güven'in (2007) çalışmasına Tip I hastaların yaşları ortalaması: 29, Tip II oral antidiyabetik tedavi alan hastaların Yaşları ortalaması: 51,7 Tip II insülin kullanan hastaların yaşları ortalaması 52,4 olarak tespit edilmiştir (46). Sönmez ve Kutlu (2010), Karakurt ve arkadaşları (2009) da GDM li bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarda ileri yaş gebeliklerde diyabet riskinin arttığını bulmuşlardır (45,81). Yaşam kalitesinin 30 yaş ve üzerindeki GDM li kadınlarda daha kötü olması; gestasyonel Diyabetin 30 yaş ve üzerindeki kadınlarda daha çok görüldüğünü ve aynı zamanda yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. İleri yaşlarda diyabet görülme oranının arttığı hem yaptığımız çalışmada hem de Güven'in (2007), Sönmez ve Kutlu (2010), Karakurt ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ortaya konulmuştur. Çalışmamız yapılan diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Yaşam kalitesi alt alanlarından olan fiziksel fonksiyon eğitim durumu ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Ener'in (2009) yaptığı çalışmada diyabet ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (35). Ulaştığımız sonuç eğitim durumunun artması ile yaşam kalitesinin de artmasını sağladığı yönündedir. Eğitim düzeyi arttıkça

bilgi düzeyide artmakta ve yaşam kalitesi yükselmektedir. Çalışmamız yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan GDM li kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesi SF-36 ölçeği alt alanları arasında Rol Güçlülüğü (Emosyonel) nü etkilemektedir. Yaştığımız çalışmada ve Güven'in (2007) yaptığı çalışmada çalışan GDM li kadınların puan ortalamaları çalışmayan GDM li kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (46). Çalışan kadınların ruhsal yönden yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan GDM li kadınların sosyal güvenceleri ile yaşam kalitesi SF-36 ölçeği alt alanları arasından sosyal fonksiyon ve vitalite (enerji) anlamlı olarak saptanmıştır. Özel sigortası olan GDM li kadınların yaşam kaliteleri diğer sağlık güvencelerine göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Acemoğlu ve ark.larının (2006) çalışmasında sosyal güvencesi olan katılımcı oranı anlamlı derecede fazla olarak saptanmıştır (14,35). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar içermektedir.

Yaptığımız çalışmada ailesinde diyabet öyküsü olan çalışma grubunun yakınlık derecesinin büyük bir kısmını 1. derece akrabaları oluşturmaktadır. Ailede diyabetin olması yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğu Salman ve Satman ın (2003) diyabetli gebeler üzerinde taptığı bir çalışmasından çıkan sonuç ile desteklenmektedir (76).

Araştırmaya katılan GDM li kadınların tedaviye ve diyetle uyum algısı ile yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Tedaviye ve diyetle uyum konusunda iyi hisseden katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Literatürde tedaviye ve diyetle uyum da sorun yaşadıklarını belirten GDM li kadınların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (6,24,62,84).

Araştırmaya katılan GDM li kadınların egzersiz yapma durumları ile yaşam kalitesini fiziksel ve ruhsal yönden anlamlı düzeyde etkilemektedir. Balsak ve ark. (2007) Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Kadın Doğum

Kliniği, İzmir de yaptıkları bir çalışmada, çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır (6,19).

Araştırmaya grubu oluşturan GDM li kadınların sigara ve alkol kullanma durumu yaşam kalitesini fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz etkilemektedir. Güven in (2007) , Çulha ve ark.larının (2007) yapmış olduğu çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir (30,46).

Araştırmaya katılan katılımcıların düşük ve kürtaj geçmişinin bulunması yaşam kalitesini ağrı ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Çulha ve ark.larının (2007) yapmış olduğu bir çalışmadan elde edilen sonuçlar da kürtj ve düşük varlığının olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği yönündedir ve çalışmamızdan elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir (30).

Araştırma kapsamına alınan GDM li kadınların Beck Anksiyete Ölçeği alt alan puanları sırası ile; Subjektif Anksiyete $13,85\pm 5,98$ (Min:0 Max:29), Somatik Belirtiler $10,14\pm 3,50$ (Min:0 Max:23) Toplam puan $24,00\pm 8,88$ (Min:0 Max:49) olarak saptanmıştır (tablo:35). Araştırma grubunun gestasyonel diyabet varlığındaki anksiyete düzeyleri orta seviyede saptanmıştır. Gebelikte ortaya çıkan diyabet gebeleri ruhsal yönden olumsuz etkilemekte ve anksiyete düzeylerini arttırmaktadır (43,68,69,86, 90,96).

Araştırmaya katılan GDM li kadınların yaş grupları ile Beck Anksiyete ölçeği alt alanları arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen 30 yaş üzerindeki kadınları gebeliklerinde ortaya çıkan diyabet kadınlar üzerinde ruhsal yönden olumsuz etkiler oluşturmaktadır (6,14,43).

Araştırmaya katılan GDM li kadınların kan şeker ölçümü yapıldığı yer anksiyete düzeylerini etkilemektedir. Kan şekeri ölçümünü evde yapan araştırma grubundaki kadınlar kan şekeri ölçümü için bir sağlık kuruluşuna başvuranlara göre ruhsal yönden daha rahat ve kaygısız olarak saptanmıştır. Gebeler kan şekeri ölçümü için sağlık kuruluna gitmeyi stres, gerginlik sebebi olarak bilinçlerine yerleştirmekte ve bu durum onlar için anksiyete kaynağı olmaktadır (6,43).

Araştırmaya grubundaki GDM li kadınların gebelik haftası ilerledikçe gebeliklerinde ortaya çıkmış olan diyabetin kendi sağlıkları açısından akıbeti ve bebek için oluşturabileceği riskler önemini arttırmaktadır. Üçüncü trimesterde olan GDM li kadınların ikinci trimesterde olanlara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasının sebeplerinde biri de doğuma daha çok yaklaşmış olmalarıdır (6,29,32).

Hipertansiyon, tiroit, over kisti ve proteinürü gibi durumlarının varlığı gebe kadınlarda anksiyete sebebi olduğu bilinmektedir. Yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz veriler doğrultusunda hipertansiyonun gebeler üzerinde kaygı, stres gibi durumlar oluşturduğunu söylemek mümkündür. Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir (28,30,68,86,90,96).

Yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel fonksiyon ile anksiyete alt alanlarından somatik belirtiler arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Yaşam kalitesi alt alanlarından genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, mental sağlık ile anksiyete alt alanlarından subjektif anksiyete, somatik belirtiler ve toplam puanları arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Yaşam kalitesi düzeylerinin artması ile anksiyete düzeylerinin azaldığı, anksiyete düzeylerinin artması ile yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile anksiyetenin ters orantılı bir ilişki içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır. Akkoyunlu (2012) çalışmasında , Tip II diyabetes mellituslu ve romatoid artrit hastalarında hastalık algısının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi'ni incelemiştir. Diyabetli hastalarda yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki olduğunu saptamıştır (1). Güven'nin (2007) çalışmasında Hastalarda, diabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğu, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, diabetik komplikasyon varlığı, insülin kullanımı gibi sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği, psikiyatrik semptomları arttırdığı saptanmıştır. Benzer şekilde psikiyatrik semptomların varlığının da diyabetin regülasyonunu, tedaviye uyumu ve hastalığın getireceği sonuçlarla başedebilme kapasitesini olumsuz olarak etkilediğini saptamıştır (46). Gülseren ve rak.larının (2001) çalışmasında diyabetli bireylerin anksiyete ve depresyona sahip olmalarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde

etkilediğini saptamışlardır (44). Atasoy ve ark.larının çalışmasında (2013) tip I diyabetli hastaların ankiyete ve depresyon punaları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü saptamışlardır (9). Gestasyonel diyabetlilerle ilgili çalışmaların olmaması nedeniyle diyabetliler ile yapılan çalışmalar ile çalışma sonucumuz karşılaştırılmıştır. Gestasyonel diyabetli kadınlardan elde ettiğimiz sonuç diyabetli bireylerin sonuçları ile benzerlik göstermektedir.



6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'un kadınların yaşam kalitesini ve anksiyete düzeylerini nasıl etkilediğini incelemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada; Çalışma durumu yaşam kalitesini rol güçlülüğü (emosyonel) yönden olumsuz etkilemektedir. Gelir durumunun yüksek, sosyal güvencenin var olması yaşam kalitesini sosyal yönden iyi yönde etkilemektedir. Kan şekeri ölçümü yaşam kalitesini mental yönden, günlük kan şekeri ölçümü rol güçlülüğü fiziksel ve emosyonel yönden düşürmekte ve kan şeker ölçümünün sağlık kuruluşunda yapılması anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Tedavi ve diyet uyumunun iyi olması yaşam kalitesini arttırmakta, egzersiz yapmak vitalite(enerji) ve rol güçlülüğü (emosyonel) yönünden iyi yönde etkilemektedir. Sigara kullanmak yaşam kalitesini fiziksel, vitalite (enerji) ve mental yönden olumsuz etkilemektedir. İleri gebelik haftası yaşam kalitesi vitalite (enerji) yi ve anksiyeteyi olumsuz etkilemektedir. Gebelik sayısının artması yaşam kalitesini genel sağlık yönünden, düşük varlığı ise ağrı ve sosyal yönden düşürmektedir. Hipertansiyon ve proteinüri varlığı yaşam kalitesini fiziksel ve genel sağlık yönünden, anksiyete düzeyini somatik belirtiler yönünden olumsuz etkilemektedir.

Gestasyonel diyabetes mellitusun kadınlarda yaşam kalitesine ve anksiyete düzeyine etkisi bulunmaktadır. GDM li kadınlarda yaşam kalitesi azaldığında anksiyete düzeyi artmaktadır. Yaşam kalitesi ile anksiyetenin ters orantılı bir ilişki içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır.

6.2.ÖNERİLER

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'un kadınların yaşam kalitesini ve anksiyete düzeylerini nasıl etkilediğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda GDM li kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek ve anksiyete düzeylerini düşürmek için;

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonu süreç hakkında bilgilendirilmediler. Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu kadınlara yaşam kalitesini düşürecek bulgular konusunda ve anksiyete düzeyini arttıracak durumlardan kaçınması ve bu durumlarla başedebilmesi için eğitim verilmelidir. Doktor kontrolüne düzenli gitmenin önemi anlatılmalı ve doktor istemlerini yerine getirmeleri GDM li kadınlara anlatılmalıdır. Sigara ve alkol kullanmanın bebeğe ve anneye olan zararları anlatılmalı kullanmaması için desteklenmelidir. Sonraki gebeliklerinde GDM olasılığı nedeniyle erken tetkik yaptırması anlatılmalıdır. Kronik hastalığı olan GDM li kadınların ilaç kullanımı doktor tarafından düzenlenmelidir. Normal kan şekeri sınırları, açlık ve tokluk kan şekeri düzeyleri anlatılmalıdır. Tıbbi beslenme eğitimi verilmeli ve kilo takibi yapılmalıdır, alınması gereken kalori hesaplanmalıdır. Alınması gereken besinlerin doğru seçilmesi, hastalık toplantı gibi durumlardaki beslenme gebeye öğretilmelidir. Glukometrenin kullanımı, ölçüm sonrası çıkan değer yorumlanması öğretilmelidir. Kan şekeri takibinde ölçüm yapma zamanları anlatılmalıdır ve sonuçların kaydedilmesi gerektiği söylenmelidir. Egzersizin yararları, süresi, tipi ve zamanı anlatılmalıdır ve egzersiz sırasında alınması gereken önlemler, sakıncalı olduğu durumlar (düşük riski vb.) anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akkoyunlu C., Tip II Diyabetes Mellituslu Ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012).
2. Akış N., Pala K., Seçkin R.Ç., Gestasyonel Diyabetes Mellitus Prevalansı ve İlişkili Risk Etmenleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 34(3), (2008)-93-96
3. Aksu H., Yurtsev E., Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2009), 50–58
4. Alanbay A., Çoksüer H., Ercan C.M., Keskin U., Öztürk M., Karaşahin K.E., Tapan S., Başer İ., Gestasyonel Diyabetes Mellitus Olgularında Maternal Vücut Kitle İndeksi Ve Kilo Alımı İle Maternal Biyokimyasal Değerler Ve Fetal Doğum Ağırlığının Karşılaştırılması. Gülhane Tıp derg.(2011)237-242
5. American Diabetes Association (2010). Standars of Medical Care in Diabetes 2010. Diabetes Care; 33:11-61.
6. Arabacı F. Tavşanlı N. (2013). Gestayonel Diyabetes Mellitus ve Ebenin Rolü cilt 5, sayı 1, sayfa19-27.
7. Arvas A., Diyabetik Anne Bebeği. Perinatoloji Dergisi 1:1993, 122-127
8. Atasoy V., Anaforoğlu I., Algün E., KutanisR., Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus , Turk Jem 2013; 17: 28-32)
9. Australia Diabet Topluluğu. Gebelik Diabeti (Gebeliğe Bağlı Şeker Hastalığı). National Diabetes Services Scheme, 1-25
10. Avdal E.Ü., Kızılcı S., Demirel N. Web Tabanlı Verilen Diyabet Eğitiminin Bakım Sonuçlarına Etkisi Randomize Kontrollü Çalışma. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, Ocak – Haziran, Cilt 3, Sayı 1, (2011). 39-48.
11. Avdal E.Ü., Kızılcı S., Diyabet Ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. Deuhyo Ed 2010, 3(3).164-168

12. Avdal E.Ü., Kızılcı S. (2009). Diyabetli Bireylerin Bilgi Düzeyi Özbakım Gücü ve A1c Düzeyi Arasındaki İlişki. *Deuhyo Ed*, 2(2), 16-26.
13. Avery M.D., *Diabetes In Pregnancy: The Midwifery Role In Management. Journal of Midwifery & Women's Health* Vol.45, No. 6, November/December 2000. 472-480
14. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: KısaForm-36 (SF-36). *3 P Dergisi* 7 (Ek. 2), 1999, 14- 22
15. Aydın K., Çınar N., Gürlek A. (2010). Gestasyonel Diabetes Mellitus Tedavisi ve İzlemi” *Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics*, 3(1):14-25
16. Azal Ö. (2010). Gestasyonel Diabetes Mellitusun Etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics*, 3(1):6-13.
17. Bağrıaçık N., *Diabetes Mellitus ve Gebelik Perinatoloji Dergisi* 1: ,1993. 63-69
18. Bahar A., *Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1 (2006). 4-16
19. Balsak D., *Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizleri Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* . 2007, Vol. 24 Issue 3, p200-204. 5p. 3 Charts.
20. Bergeon J.K.S., Hartsfield C., Bischoff K.J., Hamman R.F., McDuffie R. S., Dabelea D., *Increasing Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Over Time and by Birth Cohort. Diabetes Care*, Volume 28, Number 3, March 2005.579-584
21. Boney C.M., Verma A., Tucker R., and Vohr B.R., *Metabolic Syndrome in Childhood: Association With Birth Weight, Maternal Obesity, and Gestational Diabetes Mellitus. Metabolic Syndrome In Childhood*. 290-296
22. Buchanan T.A., and Xiang T.A., *Gestational Diabetes Mellitus. The Journal of Clinical Investigation* Volume 115 Number 3 March 2005.485-491
23. Canbaz B., Dinçdağ N. (2010). Diyabetli Gebede Perinatal Sonlanımlar, Fetal ve Maternal Komplikasyonlar, Doğumun Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics*, 3(1):31-40

24. Candeğer Y., Fadiloğlu Ç., Çetinkalp Ş., Değirmenci C. (2003). Diyabet Hemşiresinin El Kitabı. 2.Baskı, Kasım, İzmir, s: 230-249
25. Cıtıl R., öztürk Y.,Günay O., Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler [2010, Cilt 32, Sayı 2](#), Sayfa(lar) 111-122
26. Clausen T.D., Mathiesen E.R., Hansen T., Pedersen O., Jensen D.M., Lauenborg J., Damm P., High Prevalence Of Type Diabetes And Pre-Diabetes İn AdultOffspring Of Women With Gestational Diabetes Mellitus Or Type 1 Diabetes. Diabetes Care, Volume 31, Number 2, February 2008. 340-346
27. Crowther C.A., Hiller J.E., Moss P.D.J.R., Mc Phee A.J, Jeffries W.S., and Robinson J.S., Effect Of Treatment Of Gestational Diabetes Mellitus On Pregnancy Outcomes. The New England Journal Of Medicine. 2477-2486
28. Çakır Ö. (2011). Diyabet ve Egzersiz: Yeni Bir Yaklaşım mı? Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, Temmuz - Aralık, Cilt 3, Sayı 2, 63-67.
29. Çetinkalp Ş., (2012). Diyabet ve Gebelik. <http://www.tjodizmir.org.tr/Admin/photos/kutuphane/634877304513900000.pdf>ErişimTarihi:28.12.2012
30. Çulha G., Ocaktan M.E., Çöl M., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Araştırması.Diabetes Care, Vol 31 , Number 2 , February 2008.639-649.
31. Dempsey J.C., Sorensen T.K., Williams M.A., Lee I.M., Miller R.S., Dashow E.E., And Luthy D.A., Prospective Study of Gestational Diabetes Mellitus Risk in Relationto Maternal Recreational Physical Activity Before And During Pregnancy. Am J Epidemiol 2004;159. 663–670
32. Derya Y.A., Karadağ E., Oltuluoğlu H., Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık DurumuYönetiminin DeğerlendirilmesiSürekli Tıp Eğitimi Dergisi. STED, cilt 21 , sayı 4. 230-235
33. Dilbaz S., Gelişen O., Dilbaz B., Dölen İ., Gültekin B., Özdeğirmenci Ö., Haberal A., Diabetik Gebeliklerde Diyet Tipinin Doğum Şekline , Doğum

- Ağırlığına Ve Apgar Skoruna Etkisi. Kadın Doğumu Dergisi 2004; 2(4). 275-277
34. Dooley S.L., Boyd E., B E., Cho A.N.H. , Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes, Vol. 40, Suppl. 2, December 1991. 25-29
35. Ener E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergis, (2006):1(2):1-5
36. Feig D.S. ,Zinman B., Wang X., Hux J.E., Risk Of Development Of Diabetes Mellitus After Diagnosis Of Gestational Diabetes, Cmaj-July 29, 2008-179(3). 229-234
37. Ferrara A., Hedderson M., Quesenberry C.P., Selby J.V., Prevalence Of Gestational Diabetes Mellitus Detected By The National Diabetes Data Group Or The Carpenter And Coustan Plasma Glucose Thresholds. Diabetes Care, Volume 25, Number 9, September 2002. 1625-1630
38. Ferrara A., Increasing Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus Diabetes Care, Volume 30, Supplement 2, July 2007. 141-146
39. Forsbach-Sa´nchez G., Tamez-Pere´z H. E., Vazquez-Lara J. (2005). Diabetes and Pregnancy” Archives of Medical Research 36: 291–299
40. Freinkel N., Metzger B.E., Phelps R.L., Dooley S.L., Ogata E.S., Radvany R.M., and Belton A. Gestational Diabetes Mellitus Heterogeneity Of Maternalage, Weight, Insulin Secretion, Hla Antigens, And Isletcell Anti Bodies And The Impact Of Maternal Metabolism On Pancreatic B-Cell And Somatic Development İn The Off Spring. Vol. 34, Suppl. 2, June 1985. 1-7
41. Gedik V., Ağbaht K. (2010). Gestasyonel Diabetes Mellitusta İnsülin Tedavisi” Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics, 3(1):41-53
42. Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 21, Supplement 1, January 1998. S60-S61
43. Gülseren L., Hekimsoy Z., Gülseren ş., Bodur Z., Kültür S., diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete Yaşam Kalitesi Ve Yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(2):89-98

44. Gümüş İ.İ., Karakurt F., Kargılı A., Turhan N.Ö., Uyar M.E., Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi Ve Gebelikte Kilo Alımı İle Perinatal Sonuçlar Arasındaki İlişki. Turk J MedSci 2010; 40 (3): 365-370
45. Gürel C., Özgün M.T., Batukan C., Başbuğ M., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi 2009;31(4). 323-330
46. Güven T., Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, T.C Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,Uzmanlık Tezi, İstanbul 2009
47. Hadden D.R., Geographic, Ethnic, And Racial Variations In The Incidence Of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes, vol. 34, suppl. 2, june 1985.8-12.
48. Hadımlı A., Can H.Ö., Bozkurt Ö.D., Saydam B.K., Sogukpınar N., Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarda Karşılaştıkları Riskli Gebelikler Ve Bunun Teorik Çerçeveye Uyumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:21 (2012). 1-17
49. Hod M., Merlob P., Friedman S., Schoenfeld A., And Ovadia J., A Survey of Perinatal Complication in The 1980s. Diabetes, Vol. 40, Suppl. 2, December 1991. 74-78
50. İnal B.B., Diyabet , Peridiyabet Ve Gebelik Diyabeti Tanı Ve İzleminde Yeni Yaklaşımlar. Diabetes Care 2011;(suppl1).13-34
51. Kafkaslı A., Tanrıverdi A., Baytur Y., Pata Ö., Adal E., Camuzcuoğlu H., Güngören A., Arıkan İ. (2011). 13. Ulusal Perinatoloji Kongresi Sonuç Raporu. Perinatoloji Dergisi, 19(1):35 – 50
52. Karakurt F., Çakıroğlu A., Kasapoğlu B., Gümüş İ.İ. (2009). Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi; 26: 134-138
53. Karnik S., Controls Growth of Pancreatic β -Cells in Pregnant Miceand Promotes Gestational Diabetes Mellitus. Science vol 318 2 november 2007. 806-809
54. Kaya H., Gebelerde Gestasyonel Diabetes Mellitus Taramasında Bozulmuş Açlık Glukozunun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2007. 1-55

55. Kım C., Newton K.M., Knopp R.H., Gestational Diabetes and The Incidence of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, Volume 25, Number 10, October 2002. 1862-1868
56. Kırwan J.P., Presley L.H., Kalhan S.C., Catalano P.M., Clinically Useful Estimates of Insulin Sensitivity During Pregnancy. *Diabetes Care*, Volume 24, Number 9, September 2001.1602-1607
57. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Ölmez N., ve ark., SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999.
58. Kristian L.K., Knopff A., Baumgarten A., Mollenhauer U., Marienfeld S., Franco M.G., Bonifacio E. And Ziegler A.G., Predictors of Postpartum Diabetes in Women With Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes*, Vol. 55, March 2006. 792-797
59. Krzyzanowska K., Krugluger W., Mittermayer F., Rahman R., Haider D., Shnawa N., Scherthaner G., Increase Dvisfatin Concen Trations İn Women With Gestational Diabetes Mellitus. *Clinical Science* (2006) 110, 605–609
60. Langer O., Conway D.L., Berkus M.D., Xenakis E.M.J., Gonzales O., Comparison Of Glyburide And Insulin In Women With Gestational Diabetes Mellitus. *The New England Journal of Medicine*.1134-1138
61. Lapolla A., Cianni G.D., Benedetto A.D., Franzetti I., Napoli A., SciaccaL., Torlone E., Tonutti L., Vitacolonna E., and Mannino D., Quality of Life, Wishes, and Needs in Women With Gestational Diabetes: Italian Dawn Pregnancy Study. *International Journal of Endocrinology*.1-6
62. Metzger B.E. and The Organizing Committee. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Volume 30, Supplement 2, July 2007. 251-260
63. Metzger B.E., Summary and recommendations of the Third international workshop-Conference on gestational Diabetes mellitus diabetes, vol. 40, suppl. 2, december 1991. 197-201
64. Metzger B.H., Cho A.N.H., Roston S.M., Radvany R., Prepregnancy Weight and Antepartum Insulin Secretion Predict Glucose Tolerance FiveYears

- After Gestational Diabetes Mellitus Diabetes Case, Volume 16, Number 12, December 1993. 1598-1605
65. Nancy F Butte N.F., Carbohydrate And Lipid Metabolism İn Pregnancy: Normal Compared With Gestational Diabetes Mellitus1–5, Am J Clin Nutr 2000;71 (suppl): Printed in USA. 2000 American Society for Clinical Nutrition.1257-1261
66. Naylor C.D., Phil D., Sermer M., Chen E. And Farine D., Selective Screening For Gestational Diabetes Mellitus. The New England Journal of MedicineVolume 337 Number 22. 1591-1596
67. O'sullivan J.B., Diabetes Mellitus After GDM. Diabetes, vol. 29, suppl. 2, december 1991. 131-135
68. Önde M.E., Diabet ve Depresyon, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1998;8(2):69-73
69. Özer E., Klinik Uygulamada Diabette Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, 5-7 Nisan 2006, EÜ AKM, İzmir,s: 24-25
70. Öztürk Ö., Serdar M. A.,Öztürk M., Kurt İ. (2012). Gestasyonel diyabet tanısında glukoz ölçüm belirsizliğinin etkisi var mı? Türk Biyokimya Dergisi [Turkish Journal of Biochemistry–Turk J Biochem], 37 (1) ; 68–72
71. Persson B., Stangenberg M., Hansson U., and Nordlander E, Gestational diabetes mellitus. Comparative evaluation of two treatment Regimens, dietversus insulin and diet. Diabetes, vol. 34, suppl. 2, june 1985. 101-105
72. Pettitt D.J., Bennett P.H., Knowler W.C., Baird H.B., and Aleck K.A., Gestational Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance During Pregnancy. Diabetes, Vol. 34, Suppl 2, June1985.s 119-122
73. Pettitt D.J., Ospina P., Kolaczynski J.W., Jovanovic L. J., Comparison of an Insulin Analog, Insulin Aspart and Regular Human Insulin With No Insulin in Gestational Diabetes Mellitus. , Diabetes Care, Volume 26, Number 1, January 2003. 183-186
74. RayJ.G., Vermeulen M.J., ShapiroJ.L., KensholeA.B. ,Maternal And Neonatal Outcomes İn Pregestational And Gestational Diabetes Mellitus,

- And The Influence Of Maternal Obesity And Weight Gain. QJ Med 2001. 347-356
75. Sanchez G.F., Hector E., Perez H.E.T, and Lara J.V., Diabetesand Pregnancy. Archives of Medical Research 36 (2005). 291–299
76. Satman İ. (2013). Diabetes Mellitus'a Giriş: Tanım, Tanı Kriterleri ve Sınıflama. Ders Notları,[http://www.istanbul.edu.tr/itf/itfogrenci/ attachments /079diabetes.mellitusa.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/itf/itfogrenci/attachments/079diabetes.mellitusa.pdf) , Erişim Tarihi: 03.01.2013
77. Schmidt M.I., Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed With A 2-H 75-G Oral Glucose Tolerance Test And Adverse Pregnancy Outcomes. Diabetes Care, Volume 24, Number 7, July 2001. 1151-1155
78. Sertkaya A.Ç., Gestasyonel Diyabette Tedavi. Perinatoloji Dergisi 2011;19 (Suppl 1). 14-15
79. Setji T.L., Brown A.J., and Feinglos M.N., Gestational Diabetes Mellitus, Clinical Diabetes, Volume 23, Number 1, 2005. 17-24
80. Sevindik A., Nazik A., Narin R., Aytan H. , ApiM., Gestasyonel Diabetli Hastalarda insülin Tedavisi Gereksinimi İle İlişkili Faktörler. Yeni Tıp Dergisi 2013;30. 233-237
81. Sönmez A., Kutlu M (2010). Gestasyonel Diyabet Güncel Tarama ve tanı Yöntemleri Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics, 3(1):1-5
82. Spaan J., PeetersL., Spaanderman M., and Brown M., Cardiovascular Risk Management After a Hypertensive Disorder of Pregnancy. Journal Of The American Heart Association. 1369-1373
83. Şen E., Yağcan H., Dönmez S., Sevil Ü., Şirin A., Gestasyonel Diyabet ve Hemşirelik Bakım Yönetimi. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2008 22(2). 140-146
84. TC sağlık bakanlığı obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar daire başkanlığı internet sayfası; internet erişim tarihi: 26/12/2013
85. Turgut A., Boran S.Ü., Dolgun Z.N., Acioğlu H., Görük N.Y., Bir Doğumevi Gebe İzlem Polikliniğinde Gestasyonel Diyabetes Mellitus Sıklığı. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J Cilt / Vol 38, No 3. 325-328

86. Turhan H., Tip 2 Diabetes Mellitus lu Hastalarda Tedavi Şekline Ve Hastalık Süresine Göre Depresyon Ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi (2007) İstanbul
87. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu (2011). DM ve Komplikasyonlarının Tanı ve Tedavi İzlem Kılavuzu. 5. Baskı, Ekim, Ankara, s: 24-31, 152-158
88. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu. Diyabet, Cinsel Yaşam Ve Gebelik.Temd DiabetesMellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu 2007. 1-11
89. Ulusoy M., Şahin N., Erkmén H., Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. Journal of CognitivePsychotherapy: An international Cjuaterly 1998. Volume 12 No 2: 163–172
90. Ünal O., Ener E., Diyabetik Hastalarda Depresyon, Anksiyete Düzeylerinin Saptanması, Yaşam Kalitesinin ÖlçülmesiUzmanlık Tezi İstanbul 2009. 1-79
91. Veciana M.D., Major C.A., Toohey J.S., Lien J.M., Morgan M.A., Asrat T., Evans A.T., Postprandial Versus Preprandial Blood Glucose Monitoring In Women With Gestational Diabetes Mellitus Requiring Insulin Therapy. Vol. 333 no. 19,1238-1241
92. Ward W.K., Colín L.W., Johnston C.L.W., Beard J.C., Benedetti T.J., Halter J.B., Porte A.D., Insulin Resistance and Impaired Insulin Secretion in Subjects With Histories of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes, Vol. 34, September 1985. 861-869
93. Ware J.E., Sherbourne CD The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Med Care,1992, 30:473-83.
94. Winzer C., Wagner O., Festa A., Schneider B., Roden M., Todesca D.B., Pacini G., Funahashi T., Willer A.K., Plasma Adiponectin, Insulin Sensitivity, and Subclinical Inflammation in Women With Prior Gestational Diabetes Mellitus. DiabetesCare, Volume 27, Number7, July2004.1721-1727
95. Yılmaz T. (2010). Gestasyonel Diyabette Metabolik Değişiklikler ve Sağlık Yönetimi” Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics, 3(1):54-58

96. Yorulmaz H., Tatar A., SaltukoğluG., Soylu G., Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 2 (2013) Güz. 368-387
97. Zhang C., Lü S., Solomon C.G., Hu F.B., A Prospective Study of Pregravid Physical Activity and Sedentary Behaviors in Relationto The Risk for Gestational DiabetesMellitus.(reprinted) arch intern med/vol 166, MAR 13, 2006. AmericanMedicalAssociation. All RightsReserved.543-548



EK-1

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI: Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

ÇALIŞMANIN AÇIK ADI: Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Gestasyonel diyabet (GD) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur. GD nin zamanında tanınması gebe ve fetüs sağlığının korunması açısından önem taşır. Diyabetik anne bebeklerinde erken dönemde; solunum sıkıntısı, makrozomi, hipoglisemi, polisitemi, konjenital anomoli, hipokalsemi ve hipomagnezemi sıklıkla artar. Uzun dönemde ise kan şekeri insülin dengesindeki kalıcı değişikliklerin etkisiyle kan şekeri intoleransı riski artar.

GD'li anne adayları geleceğe yönelik kendisinde ve çocuğunda diyabet gelişme kaygısı yaşamaktadır. Ayrıca, GD'li anne adayları çocuğu için anomali gelişme kaygısı, kendisi için diyabetli olma ve insülin enjeksiyonu başlama korkusu, anne adayının psikolojisini olumsuz olarak etkiler bu da birçok gebede yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Gebelikteki fizyolojik ve psikolojik sorunlar anne ve bebek sağlığı açısından kısır döngü oluşturmaktadır.

GD' li anne adayları ebeler tarafından iyi takip edildiklerinde, sezaryen ihtiyacı olmadan normal doğum gerçekleştirebilecek, sağlıklı bir gebelik geçirebilecek ve sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Gestasyonel Diyabetli Kadınların Tanıtıcı Özellikleri Formu, SF 36 Formu, Beck Aksiyete Envanteri Formu araştırmacılar tarafından doldurulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Bu çalışmanın sizin için hiçbir yan etkisi, riski ve rahatsızlığı olmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

GD'li anne adayları geleceğe yönelik kendisinde ve çocuğunda diyabet gelişme kaygısı yaşamaktadır. Ayrıca, GD'li anne adayları çocuğu için anomali gelişme kaygısı, kendisi için diyabetli olma ve insülin enjeksiyonu başlama korkusu, anne adayının psikolojisini olumsuz olarak etkiler bu da birçok gebede yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Gebelikteki fizyolojik ve psikolojik sorunlar anne ve bebek sağlığı açısından kısır döngü oluşturmaktadır.

GD' li anne adayları ebeler tarafından iyi takip edildiklerinde, sezaryen ihtiyacı olmadan normal doğum gerçekleştirebilecek, sağlıklı bir gebelik geçirebilecek ve sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Bu çalışmaya katılmanızın her hangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz bu çalışma için kullanılacak ve çalışmada adı geçen çalışmacılar tarafından hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Yük. Lis. Öğrencisi Feride AZAK

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı Yük. Lis. Öğrencisi Feride AZAK ve Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI ayrıntılı olarak tartışıp ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Yük. Lis. Öğrencisi Feride AZAK ve Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü / Hastanın adresi:

Gönüllü / Hastanın telefonu:

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı:

İmzası

Tarih

Veli / Vasinin Adı Soyadı:

İmzası

Tarih

Veli / Vasinin adresi ve telefonu:

Rıza alım işlemine başından Sonuna kadar tanıklık eden

Adı Soyadı Görevi

İmzası

Tarih

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı Soyadı

İmzası

Tarih

EK-2

**GESTASYONEL DİYABETLİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ
(SOSYO-DEMOGRAFİK FORM)**

1. Yaşınız:

2. Medeni Durumunuz

1. Evli 2. Bekar 3. Dul- boşanmış

3. Eğitim Durumunuz

1. Okur yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu 5. Yüksek öğretim mezunu

4. Mesleğiniz

1. İşçi 2. Memur 3. Serbest çalışıyor
4. Emekli 5. Ev hanımı 6. İşsiz- çalışmıyor

5. Gelir Durumunuz

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

6. Sosyal Güvenceniz

- 1.Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ-kur
4. Özel Sigorta 5. Yeşil kart 6. Diğer

7. Ailenizde diyabet öyküsü var mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Ailenizde diyabeti olan kimlerdir

yazınız:.....

9. Gebelik diyabetiniz (Şeker hastalığınız) nasıl anlaşıldı?

1. Şeker ölçümüyle 2. Başka bir hastalık için muayene gittiğimde
3.Şüphelendim ve doktora gittim 4. Diğer (açıklayınız).....

10. Daha önceki gebeliğiniz/gebeliklerinizde GDM öyküsü var mıydı?

1. Evet 2. Hayır

11. Daha önce 4 kg nin üzerinde bebek dünyaya getirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

12.Gebelik Haftanız nedir?.....

13. Kaçınıcı gebeliğiniz?.....

14. Canlı doğum sayınız?.....

15. Hiç düşük yaptınız mı?

1. Evet (ise kaç defa?.....) 2. Hayır

16. Hiç kürtaj oldunuz mu?

1. Evet (ise kaç defa?.....) 2. Hayır

17. Gebelik öncesi diyabetiniz (şeker hastalığınız) var mıydı?

1. Evet 2. Hayır

18. Hipertansiyon öykünüz var mı?

1. Evet 2. Hayır

19. Tetkiklerinizde proteinüri tespit edildi mi?

1. Evet 2. Hayır

20. Tiroid hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 22. Soruya geçiniz)

21. Evet ise; T3, T4, TSH değerleriniz nedir?.....

22. Yumurtalıklarınızda kist var mı?

1. Evet 2. Hayır

23. Kan şekeri ölçümü yapıyor / yaptırıyor musunuz?

1. Evet yapıyorum/yaptırıyorum 2. Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum

24. Eğer kan şekeri ölçümü yapıyor /yaptırıyorsanız nerede yaptırıyorsunuz?

1. Sağlık kuruluşunda 2. Evde kan şekeri ölçüm cihazı ile kendim yapıyorum
3. Diğer.....

25. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyorsunuz?

1. Her gün 2. Haftada bir 3. Ayda bir 4. Diğer.....

26. Kan şekeri sonucunuz düşük ise ne yapıyor sunuz?.....

27. Kan şekeri sonucunuz yüksek ise ne yapıyor sunuz?.....

28. Tedaviniz:

1. Kullandığınız insülin(ler)iniz adı, tipi ve dozları :

.....

2. Kullandığınız şeker ilaç (lar) ınızın adı ve dozları :

3. Kullandığınız diğer ilaç(lar)ınız ve dozları:

29. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

30. Şu anki mevcut boy ve kilonuz?

Boy: Kilo:

31. Gebelik öncesi boy ve kilonuz?

Boy: Kilo:

32. Kilonuzda son 3 ay içinde değişiklik oldu mu?

1. Hayır 2. Evet ise; kilo aldım / kilo verdim

33. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

34. Alkol kullanıyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

35. Şu anki diyeteye uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

36. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

37. Eğer egzersiz yapıyorsanız ne tür egzersizler yapıyor sunuz? (açıkça yazınız)

1. Yürüyüş 2. Aerobik hareketler 3. Diğer.....

38. Ne sıklıkta egzersiz yapıyor sunuz?

1. Her gün düzenli olarak 2. Haftada 1-2 kez 3. Düzensiz

39. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyor sunuz?

1. Doktor kontrolüne gitmiyorum 2. Ayda bir kez 3. 2 ayda bir kez

4. 3 ayda bir kez 5. 6 ayda bir kez 6. yılda bir kez

7. Diğer.....

EK-3**KISA FORM 36(SHORT FORM 36- SF 36)****Hasta adı soyadı:****Tarih:****SF 36**

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

Kesinlikle Çoğunlukla Bilmiyorum Çoğunlukla Kesinlikle

Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

Sağlığım mükemmel.

EK-4

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)


Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

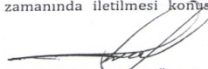
No		Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.	Sıcak/ateş basmaları				
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.	Gevşeyememe				
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.	Baş dönmesi veya sersemlik				
7.	Kalp çarpıntısı				
8.	Dengeyi kaybetme duygusu				
9.	Dehşete kapılma				
10.	Sinirlilik				
11.	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.	Ellerde titreme				
13.	Titreklik				
14.	Kontrollü kaybetme korkusu				
15.	Nefes almada güçlük				
16.	Ölüm korkusu				
17.	Korkuya kapılma				
18.	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.	Baygınlık				
20.	Yüzün kızarması				
21.	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK-5

ETİK KURUL ONAY BELGESİ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Karar Formu



KARAR TARİH / NO	29.3/ 20.13/ 20478486 - 73				
ARAŞTIRMANNIN ADI	Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nurgül Güngör TAŞANLI				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Feride Arabacı,				
ARAŞTIRMANNIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Tuncay VAROL Anatomi AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Dinç HORASAN Halk Sağlığı AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Artuner DEVEÇİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R. Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çiğdem HÜNER Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mahmut AŞIRDİZER Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
 Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan					

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Uncubozköy Mah. Manisa / Merkez Tel: 0236 233 1920 – 304 Faks: 0236 233 14 66 E-Posta: tipbaek@gmail.com

EK-6

TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı :66459836-050.04/215
Konu :

01.03/2013

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Anabilim dalmız Yüksek Lisans öğrencisi Feride Arabacı'nın "Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı tez konusunun etik Kurul onayı alması kaydı ile kabulüne karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. M. İbrahim TUĞLU
Enstitü Müdürü

EK - 6

TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
EĞİTİM ŞUBESİ Eki :
Tarih :03.05.2013 09:43 No :5039

Sayı : 725 821 65/
Konu : Tez Çalışması hk.

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi : Celal Bayar Üniversitesi'nin 25.04.2013 tarih ve 302.14/431 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Feride ARABACI'nın "Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Manisa Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Doğum Biriminde yürütebilmesi uygun görülmüş olup, araştırma sonucunun sunulmadan önce Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi hususunu,

Gereğini rica ederim.

Dr. Murat TÜRKİYILMAZ
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreteri

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GELEN EVRAK'IN
Kayıt Tarihi: 13.05.2013
Kayıt No: 623
Üsya No:

Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sakarya Mahallesi Atatürk Bulvarı No:58 MANİSA

İletişim : T.BOZYIYIT
Tel : 0 236 2351540/3006

ÖZGEÇMİŞ

- 1988 yılında Bulgaristan’da doğdum.
- İlk, orta ve lise öğrenimimi Bursa’da tamamladım.
- 2006-2010 yılları arasında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda Ebelik Bölümü lisans öğrenimimi tamamladım.
- 2010-2012 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu / Bursa’ da onkoloji, çocuk, organ nakli ve karma servislerinde çalıştım.
- 2012-2014 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsün Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrenimi tamamladım.