T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERDE, PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ VE DOĞUMA KARŞI TUTUMUN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem SÖĞÜT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERDE, PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİ VE DOĞUMA KARŞI TUTUMUN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem SÖĞÜT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Gestasyonel Diyabetli Gebelerde, Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Doğuma Karşı Tutumun İncelenmesi

Özlem SÖĞÜT

Yüksek Lisans Tezi

17.06.2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Vesile ÜNVER

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
17-06-2019

Özlem SÖĞÜT

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı 1

2. GENEL BİLGİLER **6**

2.1. Gestasyonel Diyabetes Mellustus 6

2.1.1. Tanımı 6

2.1.2. Patofizyoloji 7

2.1.3. Prevelans 8

2.2. Gestasyonel Diyabetes Mellutusun Anne ve Bebeğe Etkileri 9

2.2.1. Maternal Etkiler 10

2.2.2. Fetal Etkiler 12

2.3. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Risk Faktörleri ve Tanı Yöntemleri . 13

2.3.1. Risk Faktörleri 13

2.3.2. Tanı 14

2.4. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Tedavi 16

2.4.1. Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları 17

2.4.2. Fiziksel Aktivite 18

2.4.3. İnsülin Tedavisi 18

2.5. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Hemşirelik Yaklaşımı 19

2.5.1. Antepartum İzlem 19
2.5.2. İntrapartum İzlem 21
2.5.3. Postpartum İzlem 21
2.6. Prenatal Bağlanma 22
2.7. Prenatal Bağlanmada Hemşirenin Rolü 24
2.8. Doğuma Yönelik Tutum ve Etkileyen Faktörler 25
2.9. Doğuma Yönelik Tutumun Belirlenmesinde Hemşirenin Rolü 26
3. MATERYAL VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı 27
3.2. Araştırma Soruları 27
3.3. Araştırmanın Tipi 27
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27
3.6. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri 28
3.6.1. Bağımlı Değişkenler 28
3.6.1. Bağımsız Değişkenler 29
3.7. Araştırmada Kullanılan Araçlar 29
3.7.1. Sosyodemoğrafik Veri Toplama Formu 29
3.7.2. Prenatal Bağlanma Envanteri 29
3.7.3. Doğum Tutum Ölçeği 30
3.8. Verilerin Toplanması 30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 30
3.11. Etik Kurul Onayı 31

4. BULGULAR 32

4.1. GDM'li Gebelerin Sosyodemoğrafik ve Gebelik Bilgilerine İlişkin Bulgular 33

4.2. GDM'li Gebelerde PBE ve DTÖ Puanları 35

4.3. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile PBE Puanlarının Karşılaştırılması 36

4.4. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile DTÖ Puanlarının Karşılaştırılması 38

4.5. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Doğum Tutumu ile Bazı Değişkenler (Yaş, Gebelik Sayısı, Gebelik Haftası) Arasındaki İlişki ... 41

4.6. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki 42

5. TARTIŞMA 44

5.1. GDM'li Gebelerin Sosyodemoğrafik ve Gebeliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 44

5.2. GDM'li Gebelerde PBE ve DTÖ Puanlarının Tartışılması 45

5.3. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile PBE Puanı Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması 46

5.4. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile DTÖ Puanı Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması 49

5.5. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması 53

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 54

7. KAYNAKLAR 56

8. EKLER..... 66

EK-1. SOSYODEMOĞRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU..... 66

EK-2. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ 67

EK-3. DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ 69

EK-4. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI 71

EK-5. ETİK KURUL RAPORU 72

ÖZET

Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Doğuma Karşı Tutumun İncelenmesi

Gestasyonel diyabet, anne ve fetüsün sağlığını tehdit eden, gebelik sürecinde kadın ve bebeği için stres ve korku kaynağı oluşturan bir durumdur. Bu çalışma gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal bağlanma ve doğuma karşı tutumu belirlemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın örneklemini Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihlerinde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Gestasyonel Diyabet Polikliniği'ne başvuran 101 gestasyonel diyabetli gebe oluşturmaktadır. Araştırma verileri, sosyodemoğrafik veri formu, prenatal bağlanma envanteri (PBE), doğum tutum ölçeği (DTÖ) ile toplandı. Gestasyonel diyabete dair eğitim alanların oranı düşük çıkmıştır. GDM'li gebelerde, PBE ve DTÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla, DTÖ puanı arttıkça PBE puanı da arttı. Gebelik sayısı ve PBE arasında anlamlı bir ilişkiye rastlandı ($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça, PBE puanı azalmaktadır. Yaş, eğitim, gebeliğin planlı olması ve tedavi şekli vb. gibi değişkenler ile PBE ve doğum tutum ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Sonuç olarak, GDM'li kadınlarda PBE ve DTÖ düzeylerinin belirlenmesi, sağlık profesyonelleri tarafından buna yönelik eğitim ve danışmanlık sağlanarak sonuçların değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum tutumu, gestasyonel diyabet, prenatal bağlanma

ABSTRACT

Analysing the Prenatal Affiiliation Level of Pregnant Women With Gestational Diabetes and Their Attitude Towars Birth

Gestational diabetes is a case threatening mother and fetus, causing fear and stress for women and their babies. This study was carried out as descriptive comparative research to determine the prenatal affilition level of pregnant women with gestational diabetes and their attitude towars birth. Research sample consists of 101 pregnant women with gestational diabetes who applied to Gestational Diabetes Clinic of Etlik Zübeyde Hanım Gynaecological Diseases Training and Research Hospital between July 2018 and September 2018. Research data was gathered by using sociodemographic form, PAI and SBA. According to analysis, the rate of education areas for GDM is low. There is no positive relation between PAI and SBA of pregnant women with gestational diabetes. It is not statistically positive but as PAI increases, SBA increases too. There is a positive relation between the number of pregnancy and PAI ($p<0.05$). The more pragnancy number, the less PAI level. There is no positive relation between the variables like age, education, planned preganancy, treatment way and PAI or SBA. As a result, it is suggested that research findings can be evaluated as healthcare professionals contribute education and consultancy for this issue and the level of PAI&SBA for pregnant women with gestational diabetes can be determined.

Keywords: Attitude towards birth, gestational diabetes, prenatal affiliation

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACOG :The American Collage of Obstetricians and Gynecologists-Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği

ADA : American Diabetes Association-Amerikan diyabet birliği

APG : Açlık plazma glikozu

BAG : Bozulmuş açlık glikozu

BKI : Beden kitle indeksi

CRH : Kortikotropin salgılatıcı hormon

DM : Diabetes Mellutus

DTÖ : Doğum Tutum Ölçeği

GDM : Gestasyonel Diyabetes Mellutus

GSIS : Glikoz uyarımlı insülin sekresyonunu

HAPO : Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları

HbA1C : Hemoglobin A1C

HCS : Human koriyonik somatotropin

HDL : Yüksek yoğunluklu lipoprotein

HPL : Human plasental laktojen

IADPSG : Uluslararası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grupları Birliği

IDF : International Diabetes Federation-Uluslararası Diyabet Federasyonu

IUGR : İntra-Uterin gelişme geriliği

KVH : Kardiyovasküler hastalık

K-W : Kruskall Wallis H Testi

LDL : Düşük yoğunluklu lipoprotein

LGA : Large For Gestational Age-Gestasyonel döneme göre iri bebek

M-U : Mann-Whitney U Testi

NaCl : Sodyum klorür

NDDG : National Diabetes Data Groups-Ulusal Diyabet Veri Grubu

NIH : American National Instutites of Health-Ulusal Sağlık Enstitüleri

NİCE : İngiltere National Institute for Health and Clinical Excellence-Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü

NST : Nonstres test

NVSS : Amerikan Ulusal Hayati İstatistik Sistemi

OGTT : Oral Glikoz Tolerans Testi

PAI : Prenatal Attachment Inventory

PBE : Prenatal Bağlanma Envanteri

PG : Plazma glikozu

PKO : Polikistik over sendromu

RDS : Respiratuar Distres Sendromu

SBA : Scale Birth Attitude

TEMD : Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WDBDÖ-A : Wijma doğum beklentisi deneyimi ölçeği-A

WDBDÖ-B : Wijma doğum beklentisi deneyimi ölçeği-B

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki bağlantı ilişkisi 42

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. IDF (2017) 20-49 Yaş arası kadınlarda gebelikte hiperglisemi oranları.... 9

Tablo 2.2. Carpenter/Cousten ve NDDG'ye göre GDM tanısı için plazma glikoz değerleri..... 15

Tablo 2.3. Gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikteki toplam ağırlık kazanımı..... 17

Tablo 4.1. GDM'li gebelerin sosyodemoğrafik ve gebeliklerine ilişkin özelliklerin dağılımı..... 33

Tablo 4.2. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği puanları..... 35

Tablo 4.3. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile prenatal bağlanma envanteri puanlarının karşılaştırılması 36

Tablo 4.4. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile doğum tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması 38

Tablo 4.5. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğum tutumu ile bazı değişkenler arasındaki ilişki 41

Tablo 4.6. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki ilişki 42

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Gebelik, kadının hayatında yeni rol ve sorumluluklarla karşı karşıya kaldığı ya da bu rol ve sorumlulukların artış gösterdiği bir süreçtir. Yeni bir hayata adapte olabilmenin zorluğunun yanına, sağlık sorunlarının da eklenmesiyle bu durum daha da stresli bir süreç olabilmektedir. Riskli gebelik sürecinde, fetüse ve doğuma karşı düşüncelerin tespiti ve buna bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların belirlenmesi için yapılan uygulamalar önem taşımaktadır (1).

Gestasyonel Diyabetes Mellutus (GDM), gebelikte sık karşılaşılan bir problemdir. İlk olarak gebelik sırasında ortaya çıkan veya gebelikte tanı konulan, farklı derecelerdeki glikoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktaydı. Gebelikten önce var olan ya da gebelikte başlamış olan glikoz intoleransını da kapsayan bir tanımı mevcuttu (1). Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association/ADA) (2019) verilerine göre ise, gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterlarında ilk kez tanı konulan, tip 1 ve tip 2 diyabetin açıkça belirtilmeyen şekli olarak tanımlanmaktadır (2).

Sıklığı, toplumlara ve kullanılan tarama yöntemlerine göre farklılık göstermektedir (3). Uluslararası Diyabet Federasyonu (İnternational Diabetes Federation/IDF) tarafından 2017'de yayınlanmış olan Sekizinci Diyabet Atlasına göre, dünya genelinde gebelikte hiperglisemiye sahip olarak canlı doğum yapan kadın oranı %6.2 olarak tahmin edilmektedir. Bu oran içerisinde yaklaşık %86.4'lük kısım GDM'a bağlı vakalardır (4).

Gestasyonel diyabet fetal ve maternal mortalite ve morbite açısından olumsuz sonuçlar doğurabilecek riskli bir gebelik durumudur. Bebekte makrozomi, neonatal hipoglisemi, respiratuar distress, polistemi, annede ise polihidroamnios, hipertansiyon ve sezeryan endikasyonu gibi durumların görülme ihtimali normal gebeliklere oranla

çok daha yüksektir. Gestasyonel diyabetli gebelerin çoğu bu riskler nedeniyle hem kendi sağlığı hem de bebeğin sağlığı için endişe duymaktadır (5).

Prenatal bağlanma, anne karnındaki bebek ve ebeveynler arasında kurulan bağdır. Gebe ve fetüs arasındaki ilk duygusal, bilişsel ve davranışsal ilişki olması açısından önem arz etmektedir (6). Bağlanma, kadının gebeliğe olumlu tepki vermesiyle başlamaktadır (7). Yılmaz ve Beji'nin (2013) prenatal bağlanma envanterinin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada anne ve bebek bağlanmasının, neonatal dönemde değil de prenatal dönemde başladığının bir kanıtıdır (8). Bağlanma, anne karnında başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Stres durumunda artış gösterebilmekte, süreklilik ve tutarlığa sahip duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır. Yenidoğan veya çocukta ise, anne ya da bakım veren kişiye karşı oluşan yakınlık arayışı ile karakterizedir (9). Risklerin önlenebilmesi ve olumlu sağlık davranışları kazanılması gebe açısından çok önemlidir. 1960 ve 1970'li yıllarda kadınların doğum esnasında ölen bebekleri için yas tuttuğu gözlemlenmiştir. Buradan yola çıkılarak anne ve bebek arasındaki bağ araştırılmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda, anne ve bebek arasındaki bağın güçlendirilmesi, gebelikte olumlu sağlık uygulamalarının kazanımı yönünde gebeyi motive ettiği, annelik rolüne uyumu artırdığı ve perinatal depresyona karşı koruyucu olduğu bildirilmektedir (10).

Gebelik dönemi ve annenin bebeğe karşı tutumu doğumdan sonraki süreci de yakından etkilemektedir (6). Annenin bebeğine bağlığı, ona karşı hissettiği yakınlık ve sevgi, bebeğin büyüme ve gelişmesinin daha sağlıklı devam etmesini sağlar. Prenatal bağlanma, doğumdan sonraki süreci, bireyin çocukluk ve yetişkinlik yıllarındaki kişilik oluşumunu iyi yönde etkilemektedir. Dikmen ve Çankaya'nın bildirdiğine göre, Muller, gebelik döneminde, annenin bebeğine karşı gösterdiği sevgi ve onunla arasında kurmuş olduğu bağı, prenatal bağlanma şeklinde tanımlamıştır. Prenatal bağlanmanın var olduğu bir gebelikte anne, bebeğine karşı kendisini sorumlu hisseder, bebeğinin kendisiyle ilişki içerisinde olduğunun farkındadır, onu ayrı bir birey olarak benimsemektedir. Bebeğine karşı sevgi ve şefkat gösterir, olumsuz bir duruma karşı onu koruma içgüdüsüyle hareket eder, anne karnındaki bebeğiyle konuşur, bebeğin gereksinimlerine karşı duyarlı olur, doğuma yönelik olumlu bir tutum sergilemesine yardımcı olur. Prenatal bağlanma düzeyini gösteren bu gibi durumlar, gebelik ve

doğuma yönelik riskleri en aza indirebilmekte ve GDM'li gebeleri bu süreci daha sağlıklı geçirmeleri için motive etmektedir (11).

Gebelik, hormonal değişimler ve anneliğe uyum açısından stresli bir süreçtir, riskli gebeliklerde ise bu stres daha da artmakta, gebe ve fetüsün bu süreci çok daha zorlu geçirmesine sebep olabilmektedir. Bu risklerden bir tanesi de GDM'dir ve stresi tetikleyecek biyolojik ve psikososyal bir mekanizma oluşturmaktadır. Bu gebelerin maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile karşılaşabilme olasılığı normal gebelere oranla çok daha fazladır, bu durum da normal gebelerdeki stres ve korku düzeyinin çok daha fazlasına maruz kaldığını göstermektedir. Anne ve fetüsün bu stres etkisinde gebelik dönemini geçirebilmesi zorlu bir süreçtir. Anne herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşma ihtimaline karşı korku ve endişe duymaktadır (12, 13).

Gestasyonel diyabetli gebelerde yaşanan bu kaygı engellenemediğinde doğuma yönelik tutumları olumsuz etkilenebilmekte ve yoğun yaşanan stres ve kaygı, korkuya dönüşebilmektedir. Doğuma yönelik tutum olumsuz etkilendiğinde ise gebelik sürecinde anne ve fetüsün sağlığı, doğum süreci, doğumu algılayışı, postpartum süreç ve anneliğe uyumu gibi birçok süreçte bu durumdan etkilenebilmektedir (14).

Doğum fiziksel bir süreç olması yanında biyo-psiko-sosyal durumlardan etkilenmekte ve anne adayının mutluluk, korku, heyecan gibi duyguları da bir arada yaşayabileceği bir olaydır. Bireylerin doğum algısı farklılaşabilmektedir. Farklı algılamanın nedenleri ise her gebenin bu süreci aynı geçirmemesine bağlıdır. Normal bir gebelik sürecinde hormonal değişimler, değişen fiziksel görünüm, anneliğe uyum gibi durumlar, kadında duygu durum değişikliklerine neden olabilmektedir. Gestasyonel diyabetli gebeler de anne ve bebeğin sağlığını tehdit edici ciddi komplikasyon yaşama riskleri ile karşı karşıyadır. Bu risklere bağlı doğum korkusunu çok daha yoğun hissedilebilir ve bu durum doğuma yönelik tutumun belirleyicisi olabilmektedir. Zor doğum eylemi, ağrı duyması, sezeryan olmak zorunda kalması, bebeğinin fiziksel bir zarar görme ihtimali, konjenital bir anomali riski, doğum esnasında panik, kontrolünü kaybetme, çaresiz hissetme gibi durumlarla karşı karşıya kalma düşüncesi, doğumun nasıl olacağını bilememe, sağlık ekibine duyulan güvensizlik, cinsellikle alakalı endişeler, doğum esnasına ve sonrasına ilişkin genel

bilgi eksikliği gibi nedenler gebenin doğum korkusu yaşamasına ve doğuma yönelik tutumunun olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (14).

Riskli bir gebelik süreci olan, gebe ve fetüs sağlığı açısından önemli bir tehdit unsuru oluşturan gestasyonel diyabetin görülme sıklığı, günümüzde önceki yıllara oranla daha da artış göstermektedir. Bu durum gebelik sürecini, doğum sürecini ve doğumdan sonraki süreci yakından etkileyebilmektedir (3).

Annenin bebeğine karşı hissettiği bağ, onu olumlu sağlık davranışları kazanmaya motive edebilmektedir. Gestasyonel diyabetin seyri, gebenin sağlık davranışları, beslenmesi, fiziksel aktivitesi ile yakından ilişkilidir. Prenatal bağlanma düzeyinin artışı, kan glukoz düzeyinin regüle edilmesinde, olumlu sağlık davranışları kazanılması nedeniyle dolaylı rol oynayabilmektedir. Bu durumun varlığını araştırmak ve kanıtlamak, özellikle GDM'li gebelerde prenatal bağlanmayı artırmaya yönelik çalışmaları da destekleyebilmesi açısından önemlidir (6).

Gestasyonel diyabetin etkilediği bir başka durum ise gebenin doğuma karşı tutumudur. Neden olabileceği sonuçlar, özellikle doğum sürecine ilişkin, gebenin doğuma yönelik tutumunu şekillendirmekte ve beklentilerini bu doğrultuda oluşturabilmektedir. Riskli bir durum varlığında, gebe kendisi ve bebeği için endişe duyabilmekte, nasıl bir doğum süreciyle karşı karşıya kalacağı konusunda korku yaşayabilmektedir. Prenatal bağlanma düzeyi, GDM'li gebede, doğuma yönelik tutumu, doğum korkusunu, kaygıyı ve olumsuz sonuçları nasıl etkilemektedir? Olumlu bir etki varlığında GDM'li gebelerde prenatal bağlanma düzeyinin artırılması doğuma yönelik tutumu olumlu etkileyebilir, korku ve kaygının azaltılmasında hemşirelere kaynak ve destek sağlayabilir (7).

Araştırmayı önemli kılan husus, prenatal bağlanmanın ve doğuma yönelik tutumun, riskli bir gebelik olan GDM'lu gebelerde incelenecek olmasıdır. Prenatal bağlanma biçimini GDM'li gebeler açısından açıklayacak olursak; bu tür gebeler fiziksel olarak zor bir süreç geçirirler, iri bebek varlığında (>4000 gr) distozi, brakial pleksus hasarı, kanama, yırtılma bebeğini kaybetme korkusu gibi komplikasyonlar yaşayabilirler (15). Bu riskler annede bebek ve kendi sağlığına yönelik endişe

oluşturabilir. Bu duruma bağlı, bebeği benimseme ve prenatal bağlanma gerçekleşebilir (16), aynı zamanda doğuma yönelik bir korku oluşmasına sebep olabilir (17). Doğum korkusu ve stresi artıracak sebeplere kaynak teşkil eden gestasyonel diyabet anne adayını gebelik süreci ve doğuma yönelik olumsuz yönde etkilemektedir (18).

Rouhe ve arkadaşları (2014) doğum korkusuna yönelik gevşeme ve grup psikoeğitiminin, maternal uyum ve doğum deneyimini nasıl etkilediğini tespit etmek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Doğumdan korkan nullipar kadınlarda psikoeğitim içeren bir gruba katılım, konvensiyonel (anlaşmalı) bakıma kıyasla, daha iyi bir maternal uyum, daha az korkulu doğum deneyimi ve postnatal depresif belirtilerin daha düşük düzeyde görülmesinde etkili olmuştur (19).

Anneyi bebeğini benimseme davranışına yönelten prenatal bağlanma, doğuma yönelik tutumu olumlu ya da olumsuz nasıl etkiler, araştırmayı önemli kılan kısımdır. Aksoy ve arkadaşlarının yapmış olduğu riskli gebelerle yapılan çalışmada (2016), prenatal bağlanmayı başlıca etkileyen durum sosyodemoğrafik etkenler değil, parite sayısı olmuştur. Çalışma sonucunda da sosyal destek düzeyi arttıkça prenatal bağlanma düzeyinde artış görülmüştür (7).

Prenatal bağlanma gebelik ilerledikçe artış gösterebilmektedir. Üçüncü trimesterda gebeler kendisi ve bebeğine karşı daha hassas ve korumacı bir tavır sergiler. Sağlıklı yaşam davranışları kazanmaya özen gösterir (20). Bu süreçte gebe, bebeğinin sağlığı için eğitime oldukça açık bir dönemdedir. Bu durumdan yola çıkılarak, çalışmanın amacı GDM'li gebelerdeki prenatal bağlanma düzeyini belirlemek ve doğum tutumunun nasıl olduğunu ortaya çıkarmaktır. Aynı zamanda prenatal bağlanma düzeyinin, GDM'li gebelerin doğuma yönelik tutumlarını etkileme şekli ve bunların birbiri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca literatürde, GDM'li gebelerde doğuma yönelik tutumu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gestasyonel Diabetes Mellutus

2.1.1. Tanımı

Gestasyonel diabetes mellutus (GDM), ilk kez hamilelik sırasında başlayan veya ortaya çıkan değişken şiddetli hiperglisemiye neden olan karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanmaktadır (21).

Amerikan Diyabet Birliği'ne göre (American Diabetes Assoctation) GDM yalnızca gebelik sırasında ortaya çıkan bir glikoz intoleransı değildir, durumdan bağımsız olarak gebelik öncesinde veya gebelik sırasında oluşmuş olabilir. İlk olarak tanı konulma zamanı, gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterı olabilmektedir, bu durum aslında tip 1 ve tip 2 diyabetin açıkça belirtilmeyen şekilleri olabilmektedir. Obezite ile paralel olarak tüm dünya genelinde artış göstermektedir (2).

Risk faktörleri; ileri anne yaşı, ailede diyabetes mellutus (DM) öyküsü, obezite, prediyabet varlığı, polikistik over sendromu (PKO), preeklemsi, polihidroamnios, makrozomik bebek, hipertansiyon, en az üç abortus öyküsü, gestasyonel haftaya göre iri fetüs varlığı, prematüre, glikozüri, anomalili bebek gibi durumlar risk faktörleridir (20, 22).

Gestasyonel diyabet genellikle gebelik sonrası düzelmektedir. Fakat risk faktörlerine bağlı olarak, annnede ve çocukta, gelecekte Tip2 DM, kardiyovasküler hastalık (KVH), obezite gibi sağlık problemlerinin görülme riskini artırmaktadır. Bu risk nüfusun tamamını tehdit etmektedir. Aynı zamanda diyabet ve obezitenin kısır bir döngü şeklinde devam etmesine neden olmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) (2017) tahminlerine göre, GDM dünya genelindeki doğumların %14'ünü etkilemektedir (23). Ülkemizdeki GDM prevelansının %4-10 olduğu tahmin edilmektedir (24).

2.1.2. Patofizyoloji

Gebelikte, plasentadan salgılanan ve diyabetojenik etkiye sahip olan, büyüme hormonu, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), human plasental laktojen (HPL), östrojen ve progesteron gibi hormonlar insülin rezistansı, hiperinsülinemi ve hafif şiddette postprandiyal hiperglisemiye neden olmaktadırlar (3, 18, 21).

Normal seyreden bir gebelikte vücutta, glikoz kaynaklarında %50 bir azalma görülebilir ve bu azalma fizyolojik bir süreç olan insülin direncine neden olur. Temel glikoz depoları yağ dokuları ve iskelet kaslarıdır. Human plasental laktojen lipolitik bir hormondur, yağların katabolizmasını sağlar, kortizol düzeyinde artışa neden olur (20). Yağ depolarının üretimi ve parçalanması, kan glikoz seviyesi ve serbest yağ asidi konsantrasyonunda artış gözlenir. Bu durum sonucunda gebenin ihtiyaç duyduğu insülin miktarı artar. Değişen bu glikoz homeostazının korumak amacıyla gebelerde pankreatik beta hücrelerinde hipertrofi ve hiperplazi gerçekleşir. Bu durum glikoz uyarımlı insülin sekresyonunu (GSIS) dengelemektedir (23). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde insülin direncine bağlı, artan glikozu dengeleyebilmek amacıyla hiperinsülinemi gelişir. Artmış kan glikozu plasenta boyunca fetüsün büyüme ve gelişmesini desteklemek amacıyla kolayca hem fetüse taşınmaktadır hem de adipoz dokulara alınmaktadır (3, 23).

Maternal insülin direnci üçüncü trimesterda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Bu durumun temel kaynağı plasental hormonlar ve progesterondur. Fakat annenin adipoz depolarının artması, gebenin egzersiz yapmaması, kalori alımında artış olması gibi durumlar, insülin sensitivitesindeki %60'lık düşüş ve gebelikte değişen metabolik duruma adaptasyon sağlanamaması, özetle kan glikoz homeostazını korumak amacıyla, maternal pankreastan salgılanan insülin yetersiz kaldığında gebelikte gestasyonel diyabet meydana gelmektedir (3, 18, 25).

Plasental hormonların önemi, doğum sonrası birkaç gün içerisinde gebelik öncesi seviyelere inmesidir. Gestasyonel diyabet vakalarının büyük çoğunluğunun arka planında, kronik insülin direncine bağlı bir hücre disfonksiyonu varlığı

mevcuttur. Bu gebeler sağlıklı gebelere oranla insülin direncine daha yatkındır ve daha fazla etkilenen bireylerdir (23).

2.1.3. Prevelans

Gestasyonel diyabet prevelansını net bir şekilde belirlemek zordur, kullanılan test ve tarama yöntemlerinin farklı olmasına, ırk ve etnik köken farklılığına, gebenin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi karakteristik özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Tip2 Diyabet ile paralel bir artış sergilemektedir, BKI artışı ve artmış ortalama maternal yaş nedeniyle GDM prevelansı da artmaktadır (3).

Amerika'da 2012-2016 Ulusal Hayati İstatistik Sistemi (NVSS) doğum verileri analizine göre, GDM %5.2'den %5.6 oranına yükselmiştir. 2016 yılı GDM prevelansı %6, önceden var olan diyabete sahip gebelerin prevelansı ise %0.9'dur. Irk ve etnik kökene göre dağılımı ise Hint/Alaska yerli kadınlarda (%2.1), yerli Hawaii/Pasifik adalı kadınlardan daha yüksek tespit edilmiş (%1.8), Hispanik olmayan Asyalı kadınlarda (%11.1) ise en yüksek oran görülmüştür. Obezite ve artan beden kitle indeksi (BKI) ile orantılı olarak GDM prevelansı da artmıştır (26).

Sekizinci Diyabet Atlası'na (2017) göre, dünya genelinde gebelikte hiperglisemiye sahip olarak canlı doğum yapan kadın oranı %6.2 olarak tahmin edilmektedir. Bu oran içerisinde yaklaşık %86.4'ü GDM'a bağlı vakalardır. Gebelikte hiperglisemi prevelansı bölgelere göre farklılık göstermektedir. Güneydoğu Asya Bölgesi %24.2 iken Afrika Bölgesi'nde %10.4'tür. Gebelikte hipergliseminin büyük çoğunluğu (%88) maternal bakımın yetersiz olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Gebelikte hiperglisemi oranları (2017) IDF tarafından 20-49 yaş arası kadınlarda aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (4).

Tablo 2.1. IDF (2017) 20-49 Yaş arası kadınlarda gebelikte hiperglisemi oranları (4).

IDF Bölgesi	Etkilenen Canlı Doğum Sayısı (Milyon)	Yaşa Göre Düzeltilmiş Prevelans (Yüzde %)
Afrika	3.4	9.5
Avrupa	1.7	13.7
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	3.8	17.9
Kuzey Amerika ve Karayipler	1.0	12.0
Güney Amerika ve Orta Amerika	0.9	11.6
Güney Doğu Asya	6.9	26.6
Batı Pasifik	3.6	12.3

Gestasyonel diyabet prevelansı, ADA'nın (2019) güncel verilerine göre, hastalık kontrol ve önleme merkezleri tarafından 2014'te yapılan analizde %9.2 olarak bildirilmektedir (27). Ülkemiz GDM prevelansı açısından orta riskli bir toplumdur, sıklığının %4-10 civarında olduğu tahmin edilmektedir (24). Farklı bölgelerde yapılan çalışma sonuçlarını inceleyecek olursak, Akbay ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları bir çalışmada GDM prevelansı %8.9 (28), Turgut ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada GDM sıklığı sonucu, %4.2 (29), Aydın ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada GDM prevelansını %2.59'dir (30). Özdemir ve arkadaşlarının (2013) GDM sıklığını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise, %8.4 şeklindedir (31). Yavuz ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada GDM prevelansı %8.7 (32), Balık ve arkadaşlarının 2016'da yayınlanan çalışmalarında ise GDM sıklığı %24.5 şeklindedir (33). Başbuğ ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada GDM prevelansı %7.9 olarak tespit edilmiştir (34).

2.2. Gestasyonel Diyabetes Mellutusun Anne ve Bebeğe Etkileri

Gestasyonel diyabet tanısı alan gebelerde maternal ve fetal komplikasyonlara maruz kalma riski artmaktadır (35).

2.2.1. Maternal Etkiler

2.2.1.1. Hipoglisemi

Gebeliğin ilk dönemlerinde hipoglisemi görülme riski artmaktadır. Bunun nedeni bulantı ve kusmaya bağlı yeterli besin alamama, embriyo gelişimi için glikoz kullanımının giderek artması ve fetüsün gelişimini desteklemek için insülin salgısının artış göstermesi hipoglisemi olasılığını artırmaktadır (36).

2.2.1.2. Hiperglisemi

Gebeliğin özellikle ikinci yarısı olan yirmi ve otuzuncu haftaları arasında plasentanın salgılamış olduğu HPL, human koriyonik somatotropin (HCS) ve östrojen seviyesindeki artışla insülin direnci meydana gelir (37). Normal bir gebelikte insülin rezistansına karşı, gebede insülin üremindeki artışla denge sağlanır, fakat yetersiz insülin salgılanan gebede hiperglisemi ve GDM gelişebilmektedir (15).

2.2.1.3. Preeklemsi ve Hipertansiyon

Gebelikte diyabeti olan kadınlarda hipertansiyon ve hipertansiyonun neden olduğu komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Hipertansiyon ve preeklemsi riski sağlıklı gebelere oranla iki veya dört kat daha fazladır. İdrarda protein varlığında bu risk artışından daha fazla bahsedebiliriz. Risk artışındaki neden ise gebedeki diyabetin uzun zamandır var olması, kronik tansiyon yüksekliği ve nefropati gibi vasküler olumsuz göstergelerdir. Preeklemsiye rastlama olasılığının artışı genellikle, gebelerde diyabet tarama dönemi yani 24. gestasyonel hafta öncesinde GDM tanısı konulanlarda artmaktadır (1). Demirpençe ve arkadaşlarının 2014'te yayınlanan bir çalışmasında (2012), gebelikte tanı konulan diyabet yani GDM'li grupta preeklemsi oranı %14'tür. Aynı çalışmada erken doğum yapan gebelerin tümünde diyabet dışında hipertansiyonunda eşlik ettiği gebe oranı %10.6'dır (38).

2.2.1.4. Polihidroamniyoz

Gestayonel diyabetli gebelerde polihidroamniyoz, hidroamniyoz görülebilir, bu oran diyabetik olmayanlara göre 30 kat daha fazladır. Gebedeki kan glikoz miktarının artışı fetüse plasenta aracılığıyla giden glikoz miktarını da artırır. Yani fetal hiperglisemi de gelişmektedir, buna bağlı fetal poliüri ve glikozüri gelişmesi de polihidroamniyoza neden olabilmektedir. Diyabetle karakterize gebelerde amniyotik mayi indeksi, amniyotik mayideki glikoz seviyesi ile eşdeğer bir durum sergilemektedir. Polihidroamniyoz, erken membran rüptürüne ve preterm eyleme, umblikal kord prolapsusu ve ablatio plasenta gibi komplikasyonlara neden olabilir (1).

2.2.1.5. Vajinit ve Üriner Enfeksiyon

Gebelikte vajinal PH değişikliğine bağlı enfeksiyonlara yatkınlık artışı söz konusudur. Özellikle monilial vajinit en sık rastlanan durumdur (36). Aynı zamanda progesteron artışına bağlı düz kaslarda ve üreterlerde gevşeme olur ve buna bağlı idrar retansiyonu görülebilir. İdrar içerisindeki glikoz miktarı fazla olduğundan, bu durum sonucunda üriner enfeksiyon gelişme riski artmıştır. Üriner enfeksiyonlar tedavi edilmediği durumlarda pyelonefrite neden olabilmektedir (1, 20).

2.2.1.6. Tip II DM ve Kardiyovasküler Hastalık Gelişme Riski

Gebelikte diyabet tanısı konulmuş gebelerin ileriki yaşantısında Tip II DM olasılığı artış gösterebilmektedir. Gebelikte tanı konulan veya ortaya çıkan diyabet genellikle doğumdan sonra plasentanın ayrılması ve hormonal seviyelerin normale dönmesiyle ortadan kalkar. Fakat ilerleyen dönemlerde Tip2 DM'ye, GDM'li gebelerde daha sık rastlanmaktadır (36). Bakıner ve arkadaşlarının (2013) GDM tanısı almış gebelerde yaptıkları çalışmada, postpartum altıncı hafta oral glikoz tolerans testi (OGTT) sonrası %13.7'sinde bozulmuş açlık glikozu (BAG) ve %27.5'inde bozulmuş glikoz toleransı (BGT) saptanmıştır (38). Kugishima ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları bir çalışmada, postpartum ortalama 68 hafta süresince takip edilen 354 GDM'li kadından %10.5'inde diyabet geliştiği gözlenmiştir (39).

Kardiyovasküler hastalık riski de diyabetik olmayan gebelere oranla %70 daha sık gözlenmektedir. Obezite ve Tip2 DM'nin bu duruma kaynak oluşturabileceği düşünülmektedir (3, 20). Daly ve arkadaşları İngiltere'de (2018) GDM'nin uzun vadede kardiyovasküler hastalık, tip 2 DM, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık gelişmesine katkı sağlayıp sağlamadığını araştırmak amacıyla nüfus temelli 1 Şubat 1990-15 Mayıs 2016 tarihleri arasını inceleyen retrospektif bir kohort çalışması yayınlamışlardır. Gestasyonel diyabet tanısı konan 9 118 kadından %9.82'sinde (n: 895) tip 2 diyabet, %3.15'inde (n: 280) hipertansiyon, %0.15'inde (n: 14) iskemik kalp hastalığı, %0.15'inde (n: 14) serebrovasküler hastalık geliştiği gözlenmiştir (40).

2.2.2. Fetal Etkiler

2.2.2.1. Makrozomi ve LGA (Gebelik Yaşına Göre İri Bebek)

Gebelikteki insülin direncine bağlı glikoz düzeyinin artması ve buna bağlı glikoz intoleransı gelişen gebelerde, bebekte en sık rastlanan durum makrozomidir. Makrozomi bebeğin 4000 gr üzerinde doğmasıdır. Gebelik yaşına göre iri bebek (LGA) ise doğum kilosunun gebelik haftasına göre 90 persantilin üzerinde olması durumudur. Makrozomi görülme olasılığı GDM'li gebelerde, diğer gebelere oranla daha fazladır. Bebeğe yönelik birden çok olumsuz duruma da kaynak oluşturabilmektedir. Gebedeki hiperglisemi plasenta aracılığıyla fetüse de glikoz geçişini artırmaktadır. Fakat glikoz geçişi olurken insülin geçişi sağlanamamaktadır. Bu nedenle fetüste artan bu glikoz düzeyini normal sınırlarda tutabilmek amacıyla pankreastan insülin salınımı uyarılmaktadır. İnsülin salınımı ile birlikte büyüme faktörleri de salgılanmakta ve fetüste yağ depolanmasında artışa neden olmaktadır. Yağ depolanması artışı sonucunda fetal makrozomi gelişir. Makrozominin neden olabileceği komplikasyonlar ise brakial pleksus, omuz distozisi, omuz distozisine bağlı klavikula kırığı, neonatal asfiksi, neonatal hipoglisemi, sezeryan doğum oranında artış gibi durumlardır (1, 17, 41). Hughes ve arkadaşlarının 2018'de yayınlanan çalışmasında, fetal genetik etkenlerin fetal büyüme ve doğum ağırlığının, maternal glikoz seviyesinden çok daha fazla etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (42). Davis ve arkadaşlarının (2018) ABD'de bir hastanede 2006-2010 yılları arasındaki gebelere ait kayıtları inceleyerek yapmış oldukları retrospektif bir kohort çalışmasında,

Uluslararası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grupları Birliği (IADPSG) kriterlerine göre GDM tanısı alan gebelerin fetüslerindeki makrozomi olgusu (%18.9), Carpenter-Couston kriterlerine göre GDM tanısı alan gebelerin bebeklerindeki makrozomi (%14.8) ve normal sağlıklı grupta yer alan gebelerin bebeklerindeki makrozomi oranından (%12.1) daha fazladır (43).

2.2.2.2. İntra-Uterin Gelişme Geriliği (IUGR)

Diyabetli gebelerde vasküler komplikasyon eşlik ettiğinde, plasenta yetmezliği durumunda fetüste anne karnında gelişim geriliği oluşabilmektedir (44).

2.3. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Risk Faktörleri ve Tanı Yöntemleri

Gebelik döneminde anne ve bebek açısından önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkan GDM, erken teşhis edildiğinde, maternal ve fetal birçok risk faktörü de engellenebilmektedir (45).

2.3.1. Risk Faktörleri

Yüksek risk grubu;

- Ciddi Obezite
- Makrozomi hikayesi (4000 gr‘dan fazla ağırlıkta doğan bebek)
- Ailede GDM veya Tip II DM öyküsü
- Tanı konmamış veya farkedilmeyen DM öyküsü veya glikoz intoleransı

Orta derecede risk grubu;

- GDM sıklığı yüksek etnik gruba dahil olma
- Yüksek ve düşük risk grubunda yer almayanlar
- Tek basamaklı; herkese doğrudan tanı testi 75gr oral glikoz tolerans testi (OGTT)

- İki basamaklı; ilk olarak 50gr OGTT değeri yüksek çıkanlara ikinci basamak olan 100gr OGTT uygulanması

Düşük risk grubu;

- Yaş < 25
- Ailede DM öyküsü olmaması
- Gebelik öncesi kilosunun normal olması
- Anormal glikoz metabolizması öyküsünün bulunmaması
- Daha önceki gebeliklerinde olumsuz obstetrik sonuçlar yaşamamış olması (18).

2.3.2. Tanı

Maternal, fetal, neonatal riskler, 2019 ADA verilerinde, Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları (HAPO) çok uluslu kohort çalışması sonuçlarında, 24-28. haftalarda maternal glisemi nedeniyle, hamilelik için normal aralıklarda kabul edilen düzeylerde bulunsa dahi sürekli artış göstermektedir. Çoğu komplikasyon riski açısından bakıldığında eşik değer görülmemektedir.

Gestasyonel diyabetes mellitus teşhisi için, ADA (2019) iki strateji yöntemini önermektedir.

1. İki basamaklı yaklaşım; 50 gr glikoz yüklenmesinin pozitif olması sonucunda, 100 gr OGTT
2. Tek basamaklı yaklaşım; 75gr Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)

Tanı için ADA iki farklı ölçüt kullanımıyla, uzmanların, annede hiperglisemi ve maternal, fetal risklerin farklı derecelerini tanımlamaya ve en uygun strateji yöntemini belirlemeye yönelik tartışmalara katılımının sağlanacağını öngörmektedir. Gebeliğin 24-28. haftalarında tarama için HbgA1c değerinin, GDM tanısı için yeterli duyarlılığı ve işlevselliği olmadığından kullanımı önerilmemektedir (2).

2.3.2.1. İki Basamaklı Yaklaşım

İki basamaklı yaklaşıma dair ADA'nın (2019) vermiş olduğu bilgilerde, 2013'te Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), GDM teşhisi için tanı kriterlerini dikkate alarak bir fikir birliği geliştirmek amacıyla 15 üyenin katıldığı bir konferans düzenlemiştir. Panelde iki aşamalı bir yaklaşım olan, 50 gr glikoz yükleme uygulaması pozitif çıkanlar için üç saatlik 100 gr OGTT uygulaması önerilmiştir (2).

1.Basamak (50 gr Glikozla Tarama Testi): İlk adım, pregestasyonel diyabeti olmayan gebelere 24-28. gestasyonel haftalarda günün herhangi bir saatinde (açlık gerektirmeden) 50gr glikoz yüklemesi yapılmaktadır. Bir saat sonrası plazma glikoz (PG) seviyesi 130mg/dl, 135mg/dl, 140mg/dl'ye eşit veya yüksek (7,2mmol/L-7,5mmol/L veya 7,8mmol/L) saptandığında 100gr OGTT uygulanarak tanı testi yapılmalıdır (2).

2.Basamak 100 gr OGTT: İkinci adım ise 50 gr glikoz alımı sonrası PG pozitif olan gebelere, açken GDM tanısı koyabilmek adına 100gr üç saatlik OGTT uygulanır. 100 gr OGTT sonrası ölçüm yapılan dört plazma glikoz seviyesinden en az iki tanesinin sınır değerlerde veya bu değerlerin aşılması durumunda GDM tanısı konulmaktadır (2).

Tablo 2.2. Carpenter/Cousten ve NDDG'ye göre GDM tanısı için plazma glikoz değerleri (2).

	Carpenter/Cousten	NDDG
Açlık	95 mg/dL (5,3 mmol/L)	105 mg/dL (5,8 mmol/L)
1.saat	180 mg/dL (10,0 mmol/L)	190 mg/dL (10,6 mmol/L)
2.saat	155 mg/dL (8,6 mmol/L)	165 mg/dL (9,2 mmol/L)
3.saat	140 mg/dL (7,8 mmol/L)	145 mg/dL (8,0 mmol/L)

(NDDG: National Diabetes Data Groups-Ulusal Diyabet Veri Grubu). ACOG (The American Collage of Obstetricians and Gynecologists-Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği): 135 veya 140 mg/dL'yi (7,5 ve 7,8 mmol/L) önermektedir. Sistematik bir derleme 130 mg/dL'lik (7,2 mmol/L) bir kesmenin daha duyarlı olduğunu ancak 140 mg/dL'nin (7,8 mmol/L) daha spesifik olduğunu saptamıştır.

2.3.2.2. Tek Basamaklı Yaklaşım (75 gr OGTT)

Tek basamaklı yaklaşım olan 75 gr OGTT için ADA (2019) verilerinde yer alan bilgilere göre, IADPSG önerileri doğrultusunda, daha önce diyabet tanısı almamış tüm gebelere, en az sekiz saat süren açlık sonrasında, sabah uygulanmaktadır. Gebeliğin 24-28. haftalarında yapılması önerilmektedir. Tek basamaklı 75 gr OGTT'de açlık glikoz değeri, yükleme sonrası, birinci saat ve ikinci saat tokluk glikoz değerlerine bakılmaktadır. IADPSG eşik değerlerine göre;

Açlık PG (plazma glikoz) değeri 92 mg/dL (5.1 mmol/L)

1 saat sonra 180mg/dL (10.0 mmol/L)

2 saat sonrası 153 mg/dL (8.5 mmol/L) değerleri veya bu değerlerden biri aşıldığında GDM tanısı konulmaktadır (2).

2.4. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Tedavi

Gestasyonel diyabetli gebede hipergliseminin neden olabileceği maternal ve fetal komplikasyonları önleyebilmek ve zararları en aza indirebilmek amacıyla kan glikoz seviyesini normal düzeylerde tutmak önemlidir. Normalin üzerinde seyretmesi birçok risk gelişmesi bakımından tehlikeli bir durumdur (46). Gestasyonel Beşinci Uluslararası Çalıştay Konferansı'nda GDM'li gebeler için önerilen glisemik hedeflerin, ACOG ve ADA'ya göre aynı olduğu görülmektedir. Açlık üst sınırı 95 mg/dL (5.3mmol/L), bir saatlik tokluk üst sınırı 140mg/dL ve altında (7.8mmol/L), iki saatlik tokluk üst sınırı 120mg/dL (6.7mmol/L) şeklindedir (47).

Gestasyonel diyabette tedaviye diyet ve egzersizle başlanmaktadır, kan glikoz seviyesi normal değerlere indirgenemezse, insülin gereksinimi ortaya çıkar ve tedaviye insülinle devam edilmektedir (48). Oral antidiyabetiklerin gebelikte kullanımına dair çalışmalar artış göstermektedir (49). Fakat metformin ve gliburitin plasentayı geçip fetüste hipoglisemiye neden olabileceğinden, güvenli değildir (47).

2.4.1. Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi GDM'de başlıca müdahale olarak yer almaktadır. Asıl amaç, kan glikoz düzeyini normal aralıklarda tutmak, açlık durumunda ketozisi önlemek ve bebeğin büyüme gelişmesi ve anne için gerekli enerjiyi sağlamak, kilo artışını kontrol altında tutabilmektir. Diyetisyen danışmanlığı ile birlikte ağırlık kazanımı ve BKI'ne göre kilo alımı kontrol altında tutulmalı, diyeti düzenlenmelidir, böylelikle makrozomi gelişme olasılığı azalmaktadır. Gebelik öncesi beden kitle indeksine göre, gebelikteki toplam ağırlık kazanımının aşağıdaki tabloda belirtilen aralıklarda olması beklenmektedir (49).

Tablo 2.3. Gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikteki toplam ağırlık kazanımı (49).

Gebelik Öncesi BKİ	Ağırlık Kazanımı (kg)
Zayıf (<18.5)	12.5-18
Normal (18.5-24.9)	11.5-16
Hafif Şişman (25-29.9)	7-11.5
Obez (>30)	5-9

Gestasyonel diyabetli gebeye uygulanan diyet içeriğindeki kalori , %40 karbonhidrat, %40 yağ ve %20 protein şeklinde dengelenmelidir. Diyetin amacı, hiperglisemiyi ve ketonüriyi önlemek, BKİ'ne göre gebenin uygun aralıklarda kilo almasını sağlamak, anne ve bebeğin gereksinimlerine yetecek şekilde kalori almasını ve kan glikoz düzeyinin normal aralıklarda olmasını sağlamaktır (48). Ortalama olarak, günlük alması gereken karbonhidrat miktarı, kahvaltıda 15-45 g, öğle ve akşam 45-75 g, ara öğünlerde 15-45 g şeklindedir. Protein miktarı, 1.1 g/kg/gün veya ek 25 g'dır. Gebelikte günlük yağ alımı için belirlenmiş bir değer yoktur, diyetteki yağ oranı, uygun ağırlık kazanımı için gerekli olan enerjiye göre belirlenmelidir. Yalnızca çoklu doymamış yağ asitleri vücutta sentezlenemediğinden dolayı dışardan alınması gereklidir. Bu nedenle gebenin günlük alması gereken miktar, omega-6 yağ asitleri için 13 g/gün, omega-3 yağ asitleri için 1.4 g/gün olmalıdır (49).

2.4.2. Fiziksel Aktivite

Diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğine danışmanlık edilerek, ADA (2019) birçok randomize kontrollü çalışmada GDM'nin azaltılabildiğini belirtmektedir (47). Egzersiz insülin duyarlılığını artırmaktadır. Kilo kontrolü sağlanabilmekte, yağ metabolizması düzenlenmekte, plazma glikoz seviyesi kontrol altında tutulabilmektedir. Düzenli egzersiz yapıldığında, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), trigliserid ve kan basıncı azalırken, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeyi artmaktadır. Ayrıca plazma lipid düzeylerindeki azalmaya bağlı, GDM'nin neden olduğu, koroner arter hastalıklarının görülme riskini de azaltmaktadır (50). Vücut üst kısmındaki kasları aktive eden fiziksel hareketler ya da anne ve fetüse problem oluşturmayacak yürüyüş gibi egzersizler önerilmektedir. Ancak sırt üstü ve supin pozisyonlarda yapılan egzersizler, vena cava inferiora (alt ekstremitelerden gelen venöz kanın kalbe iletilmesini engellediğinden) baskı oluşmasından dolayı kardiyak out-put (kalbin sol kulakçığından, dolaşıma, bir dakikada pompalanan kan) miktarında azalmaya neden olabileceğinden önerilmemektedir (48). Cremona ve arkadaşları (2018), egzersizin GDM'lu gebelerde insülin duyarlılığı ve kan glikoz düzeyi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla sistematik bir inceleme yapmışlardır. Araştırmada GDM riski olan veya olmayan kadınlarda gebelik sırasındaki bakım ve egzersiz müdahaleleri karşılaştırılmıştır. Müdahaleler, egzersiz yapılan gruplarda insülin tedavisinin, dozunun ve uygulama aralıklarının iyileştirildiğini göstermektedir. Egzersizle GDM hastalarında glisemik kontrolün arttığı, obezitesi olan gebelerde de GDM oranını azalttığı tahmin edilmiştir (61). Bu nedenle egzersiz yapması için herhangi bir engel bulunmayan gebelere, günlük 30 dakika tempolu bir yürüyüş veya yemek sonrası sandalyede otururken 10 dakikalık kol egzersizleri yapması önerilmektedir (49).

2.4.3. İnsülin Tedavisi

Plazma glikoz düzeyinin, GDM'li gebelerde diyet ve egzersizle normal değerlere inmesi sağlanamazsa, Beşinci Uluslararası Gestasyonel Çalıştay Konferansı'nda ACOG ve ADA tarafından önerilen glisemik hedefleri elde edebilmek amacıyla insülin kullanımı önerilmektedir. İnsülin plasentadan geçemediği için ilk ve tercih edilen tek medikal tedavi yöntemidir, fetüse olumsuz herhangi bir riski söz

konusu değildir (47). İnsülin dozu gestasyonel hafta ve gebelikte aldığı kilo değerlerine bakılarak hesaplanmaktadır. Gebelikte 18-26. gestasyonel haftalar arasında insülin miktarı 0.6 ünite/kg/gün, 36-40. haftalar arasındaki gerekli insülin miktarı da 1.0 ünite/kg/gün ve BKI 40'ın üzerinde olan gebeler için ise insülin 1.5-2 ünite/kg/gün seviyelerine kadar çıkabilmektedir (48).

2.5. Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelikte diyabetin risklerini en aza indirebilmek için hemşirelerin, gebelerin izlem, bakım, eğitiminde önemli rol ve sorumlulukları vardır. Pregestasyonel diyabeti olan kadınlarda, gebelik için planlı ve kontrollü bir bilgilendirme ve eğitim sürecinin tamamlanmış olması önemlidir. Beden kitle indeksi normalin üzerinde olan gebeler için kilo değerlerinin mümkün olduğunca risk içermeyen, normal aralıklara gelmesi sağlanmalıdır. Bu durum gestasyonel diyabeti olan ve insülin kullanan gebeler için daha az problem oluşmasına ve gereken insülin dozunu azaltıp, uygulama aralığının uzamasına katkı sağlamaktadır. İlk trimesterda bulantı kusmalar nedeniyle hipoglisemi gelişebilir. İnsülin dozunun kan şekeri takibine göre ayarlanması konusunda bilgilendirilmeleri, gebeliklerini daha rahat geçirmeleri ve riskleri en aza indirebilmek açısından önemlidir. Gestasyonel diyabetin kontrolü açısından gebelik, doğum ve postpartum dönemde kan şekeri düzeyinin normal sınırlarda tutulması gerekmektedir. Bu dönemler antepartum, intrapartum ve postpartum olarak üç başlık altında değerlendirilmektedir (18).

2.5.1. Antepartum İzlem

Bilinen diyabet öyküsü bulunmayan tüm gebelerde, ilk izlemden itibaren açlık kan glikoz düzeyi önemlidir. Açlık kan glikozu 126 mg/dl ve üzerinde ise hemoglobin A1c (HgbA1c) kontrol edilmelidir. HgbA1c değeri de normal (%6-%7) değerin üzerinde ise gebe pregestasyonel diyabet olarak kabul edilir ve tedavi edilir (47). Fakat açlık kan glikoz düzeyi 100-125 mg/dl arasında bir değerde ise oral glikoz yükleme testi uygulanmalı gebelik yokmuş gibi yorumlanmalı, sonuç negatif ise gebeliğin ilerleyen dönemlerinde tekrar edilmelidir (24). Antepartum dönemde öncelikli hedef,

gebelik boyunca insülin ve glikozun fizyolojik dengesinin devamını sağlamak, anne ve bebeğin sağlığını en iyi şekilde sürdürmektir (51).

Yüksek riskli gebelik grubunda olan GDM nedeniyle, gebeler tanı konulduğu andan itibaren, fetal ve maternal mortalite ve morbiditeyi engellemek amacıyla yakından takip edilmelidir. Hipoglisemi ve ketoasidoz gelişmesini engellemek amacıyla gebenin aç kalmaması önemlidir. Gebeler kan şekeri takibi ve önemi, hipoglisemi belirtileri, ana ve ara öğünlerin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Aç kalmaması, açlık durumunda ketonüri gelişebileceği ve ketonüri durumunda haftada üç kez takip için hastaneye kontrole gitmesi gerektiği ve idrarda keton takibinin günün ilk idrarıyla yapıldığı gibi konular hakkında eğitim verilmelidir. Gebelikte yorgunluğun artmasına bağlı kısa aralıklarla dinlenmesi önerilmelidir. Yorgunluk artışı da hipogliseminin artmasına neden olabilmektedir. Gestaasyonel diyabette glikozüri nedeniyle üriner enfeksiyon görülme riski de artmaktadır. Bu nedenle, genital hijyen ve kişisel hijyen eğitimi önemlidir, izlem ve danışmanlıkta amaç; enfeksiyon gelişme riskini azaltmaktır (52).

Gestasyonel diyabet tanılı gebelerde morbidite artışının kaynağı kan basıncındaki artışa bağlı gelişen bozukluklar olabilir. Morbidite görülme riskini en aza indirgeyebilmek amacıyla tansiyon, kilo takibi ve idrarda protein varlığı gibi gebelikte risk artışına neden olabilecek durumlar kontrol altında tutulmalıdır. Diyabetli gebelerde fetal morbidite ve konjenital anomali görülme riski de yüksektir. Gebeye fetal hareketleri yakından takip etmesi konusunda bilgi verilir, bebeğin hareketlerinde azalma olursa nonstres test (NST) yapılması gerekmektedir (36).

Gebenin kan şekeri düzeylerini kontrol altına alabilmek için yaşam tarzında değişiklikler uygulanması gerekmektedir. Bu değişiklikler, tıbbi beslenme düzenlemesi, düzenli fiziksel aktivite, egzersiz planlamasıdır. Diyet ve egzersizle regüle sağlanamadığında ise insülin tedavisi gerekmektedir (1).

2.5.2. İntrapartum İzlem

İntrapartum dönemde takibin amacı, gebede doğum sırasında hipoglisemi gelişmesini engellemektir. Glikojenin glikoza dönüşmesiyle hipoglisemi gelişme olasılığı da yükselmektedir. Kan glikoz düzeyini normal seviyelerde tutmak hem anne hem de bebekte hipogliseminin neden olabileceği olumsuz sonuçları önleyebilmek adına önemlidir(1) .

2.5.3. Postpartum İzlem

Doğum sonunda plasentanın ayrılmasıyla birlikte plasental hormonların (HPL, progesteron, östrojen) salınımı durmaktadır, buna bağlı bu hormonların antiinsülin etkisi de ortadan kalkmaktadır. Bu durumun sonucu olarak insülin direnci kaybolur ve plazma glikoz düzeyi de normal değerlere iner. Fakat Türkmen ve arkadaşlarının bildirdiğine göre, erken postpartum dönemde bozulmuş glikoz toleransı sıklığı %46'nın üzerindedir. Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi'nde (2014) doğum vajinal ise 24 saat, sezeryan ise 48 saat açlık ve tokluk plazma glikoz düzeyi takip edilmeli, buna yönelik tedavi planı uygulanması gerektiği bildirilmektedir (52).

Gestasyonel diyabetli kadınlarda doğum sonrasında ve ilerleyen dönemlerde Tip II diyabet görülme olasılığı artmaktadır (53). Gestasyonel diyabeti olan gebelere ADA (2019), postpartum 4-12 hafta sonrası 75 gr OGTT ile tarama yapılmasını önermektedir. Bu test, HgbA1c'ye göre prediyabet ve diyabet varlığını saptamada daha hassastır çünkü doğumda kırmızı kan hücrelerindeki değişime (azalmaya) bağlı HgbA1c değeri düşük sonuç verebilmektedir. Bu durum da tanı da yanıltıcı olabilmektedir. Tip II diyabet riskinin yalnızca doğum sonu 4-12 haftalık süreçte değil, kadının ilerleyen tüm yaşantısı boyunca ortaya çıkma olasılığı vardır (47).

Doğum sonu dönemde anne ve bebek arasındaki etkileşim en kısa sürede sağlanmalı ve ilk emzirme mümkün olduğunca kısa sürede başlamalıdır. Annedeki glikoz, göğüslerde laktoza dönüşür ve süt üretimi için gerekli olan enerjiyi sağlar. Bu nedenle emzirme kan glikoz seviyesinin düzenlenmesinde büyük etkiye sahiptir (15). Gestasyonel diyabetli kadında laktogeneziste süt yapımı gecikebilir ve bebekte buna bağlı hipoglisemiye yatkınlık artmaktadır. Bu nedenle GDM'li annelerin, bebeklerini

erken dönemde emzirmeye başlaması ve devam etmesi, bebekte hipoglisemi gelişmemesi açısından büyük önem taşımaktadır. Emzirme sürecinde, bebeğe süt olsun diye şekerli gıdalar tüketilmesi gibi bilinen yanlışların da kişilere bilgi verilerek düzeltilmesi kan glikoz düzeyinin artışını önlemektedir (36).

2.6. Prenatal Bağlanma

Gebeliğin başlangıcından itibaren doğuma kadar geçen süre prenatal dönem olarak isimlendirilmektedir. Gebelik boyunca kadında, birçok fiziksel ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir. Tüm bu değişimlere ve fetüse uyum sağlama, duygusal bağlanma süreci de bu zaman dilimi içerisinde gerçekleşmektedir (54). Bağlanmanın annenin fetal hareketleri hissetmeye başlaması ile ortaya çıktığı belirtilmektedir (55).

Bağlanma teorisini ilk kez ortaya atan kişi Bowlby'dir. Balaban'ın bildirdiğine göre, Bowlby bağlanmayı iki kişi arasında oluşan güçlü duygusal bir bağ olarak tanımlamaktadır (54). Metin'in bildirdiğine göre ise Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall bağlanmanın tanımını iki kişi arasındaki sevgi ilişkisinden kaynaklanan yakınlık şeklinde yapmışlardır (16). Janbakhıshov'un bildirdiğine göre, Cranley prenatal bağlanmayı gebelerin, anne karnındaki çocuklarıyla olan etkileşimi ve onlara yönelik sevgilerini belirten davranışlar, Muller anne ve fetüs arasında oluşan sevgi dolu ilişki, Condon ise kadın ve anne karnındaki bebeğiyle arasında gelişen duygusal bağ olarak tanımlamıştır (56).

Bağlanma birçok kompleks faktörden etkilenmektedir ve zaman içerisinde süreklilik göstermektedir. Bağlanmanın düzeyi değişen vücut özellikleri, büyüyen uterus, fetüsün hareketleri arttıkça artmaya devam eder. Anne, bebeğin sağlığına ve özelliklerine yoğunlaşmıştır. Gebe kadın için bebeği çok önemli ve değerlidir, gurur kaynağıdır, bu durum onları çok mutlu eder. İlerleyen gebelik dönemlerinde kadın, fetüsü hem kendinden ayrı bir birey hem de kendisinin bir parçası olarak görür ve onunla iletişime geçer. Bu durumun bir kanıtı, annenin doğmayan bebeğiyle konuşmasıdır (12).

Metin'in (2014) bildirdiğine göre, Peppers ve Knapp'a göre anne ve bebek bağlanmasına katkıda bulunan olaylar, gebeliğin planlanması, onaylanması, kabullenilmesi, bebek hareketlerinin hissedilmesi, anne karnındaki bebeğin ayrı bir birey kabul edilmesi, doğum olayının gerçekleşmesi, bebeği görmek, bebekle arasında oluşan ilk temas, bebeğe verilen bakım şeklinde sıralanmaktadır. Kişi gebeliğe olumlu tepki verdiğinde bağlanma süreci başlamaktadır (16). Prenatal dönemde bağlanmayı etkileyen diğer faktörler, hormonal etkenler, kadının eşinden ve çevresinden algıladığı sosyal destek, ruhsal hali, doğum sayısı, doğum korkusu, depresyon ve anksiyete yaşama durumu, annesinden deneyimlemiş olduğu bağlanma stilidir (9). Prenatal bağlanma, gestasyonel yaş (ileri ya da çok erken yaşta anne olma), duygusal olgunluk düzeyi, stresle baş edebilme durumu, çevresiyle olan iletişimi, riskli herhangi bir durumun söz konusu olması gibi durumlardan da etkilenmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde baş etme mekanizması olarak, gebelerin fetüse karşı bağlanmada daha az istekli olduğu belirtilmiştir (55).

Gebelik döneminde fetüs annenin duygu ve davranışlarına karşı tepki gösterebilmektedir. Metin'in (2014) yayınlamış olduğu çalışmada 26. gebelik haftasından itibaren fetüsün algılama, işitme ve tepki verebilme yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bağlanmanın temellerini oluşturan ilk durum, annenin gebelik döneminde vücudunda meydana gelen değişimleri kabullenip, pozitif duygu ve düşüncelerini bebeğine aktarmasıdır. Anne adayının karnını okşaması, sevdiğini dile getirmesi ve konuşmaya çalışması, bebeğini kabullendiği ve onunla tensel temasla veya sözlü olarak iletişime geçmeye çalışması prenatal bağlanma sürecini olumlu etkileyen davranışlardır (16).

Anne bebek arasındaki bağ gebelik süresi içerisinde, doğumda, doğum sonu dönemde gelişir ve aralarındaki etkileşim sürdükçe veya arttıkça doğru orantılı olarak artmaya devam eder. Bu duygusal bağ bebeğin gelişimini sürdürebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Gebenin bebeğini düşünüp olumlu algılaması, yalnızca besleme amacıyla değil duygusal ve düşünsel olarak onunla iletişime geçmeye çalışması anne ve bebek arasındaki postpartum süreçte de devam edecek olan duygusal bağın düzeyini ve güvenli bağlanmayı etkileyen davranışlardır. Prenatal bağlanma, maternal bağlanma düzeyinin temelini oluşturmaktadır, bir bakıma doğumdan sonraki süreçte devamı olarak bakılmaktadır. Maternal bağlanma doğumdan önce gelişmeye

başlamaktadır. Gebeler bebeklerini hayal ettiğinde, onları koruma içgüdüsüyle hareket etmekte, büyüme gelişmeleri için çaba sarfettiklerinde prenatal bağlanma süreci başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir (57).

Anne ve bebek arasında oluşan bağ bebeğin yaşam gereksinimlerini karşılayabilmesi açısından önemlidir. Bebekte oluşan rahatsızlık ve huzursuzlukların nedenini anlayabilmek, ortadan kaldırabilmek, ona karşı hassasiyet göstererek ve rahatlığını sağlayabilmek amacıyla annede bebeğine karşı gelişen bir koruma ve sahiplenme içgüdüsü oluşur. İnsan hayatındaki ilk temel ilişki olan anne bebek arasındaki bağlanmada ortaya çıkan yetersizlikler ya da aksamalar, çocuğun ilerleyen döneminde hayatına olumsuz yön verebilmektedir (16).

2.7. Prenatal Bağlanmada Hemşirenin Rolü

Hemşireler gebelik döneminde anne adayının önemli birer destek kaynağıdır. Gebelik öncesinde, sürecinde ve sonrasında bütüncül bir yaklaşımla bakım ve eğitim sağlanabilmesi amacıyla her noktada gerekli bilgi ve beceriyi başarıyla sunulabilmesi önemlidir. Gebenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak, sorunlarla baş edebilme ve üstesinden gelebilmesine, çevresiyle ve aile içiyle olan iletişiminde gerekli sosyal desteğin sağlanabilmesine yardımcı olmak hemşirenin sorumluluğundadır. Anne ve bebek arasındaki bağ, annenin rol ve sorumluluklarını benimsemesinde de önemli bir etkendir. Bu nedenle izlemlerde; gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ölçülebilmeli ve düşük olan bireylere gerekli olan bakım ve eğitim danışmanlığı sunulmalıdır (17).

Özellikle plansız gebeliklerde anne bebek bağlanma düzeyi düşüktür, bunu güçlendirmek adına, gebeliklerin planlı olması sağlanmalı ve kadına yalnızca gebelik sürecinde değil gebelik öncesi süreçlerde de takip ve danışmanlık hizmeti verilmelidir (17). Prenatal bağlanmanın önemi, bebeğinin ilerleyen dönemlerinde kendisine ve çevresine olan güven duygusunu etkilediği, fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından özen gösterilmesi gereken bir süreç olduğu konusunda gerekli bilgi aktarımı yapılmalıdır. Bağlanma düzeyinin artışını ve sürekliliğini sağlamak adına annenin bebeğiyle

konuşmaya teşvik edilmesi önemlidir. Bunun yanı sıra karnına dokunması, okşaması ve onu bir birey olarak benimsemesinin de bu bağı güçlendirdiği bilinmektedir (16).

2.8. Doğuma Yönelik Tutum ve Etkileyen Faktörler

Gebe; bir yandan vücudundaki değişimlere bir yandan rol ve sorumluluklarındaki değişimlere uyum sağlamaya çalışırken, aynı zamanda doğum eylemine de kendini hazırlamaktadır. Sonucunun ne olacağı bilinmez bir duruma hazırlanmak ise her gebede az ya da çok endişe veren bir durumdur ve gebeliğin son trimesterine doğru, bu durum endişe ve korkuda artışa neden olabilmektedir (58).

Her beş kadından birinin doğum korkusu yaşadığı ve hamileliğin 28. haftasından itibaren bu korkunun, gebedeki kaygı düzeyini artırdığı belirtilmektedir (59). Gebede doğuma yönelik korku oluşmasına neden olan durumlar, kadını etkileyen toplum, çevre, kültür, batıl inançlar, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, gebeliğin planlı olmaması gibi konulardır. Doğum sürecine yönelik korkuya neden olan durumlar ise, bebeğini kaybetme korkusu, bebeğinin zarar görme korkusu, anomalili ya da hastalığa sahip bir bebeğinin olacağından korkma, doğumda gelişebilecek komplikasyonlara yönelik korku, doğum ağrısı, sezeryan gereksinimi, ölüm korkusu, yaşanılan olumsuz doğum deneyimleri, epizyotomi, perinede oluşabilecek yırtıklar, doğum sürecinde kendini yetersiz ve tükenmiş hissetmekten korkma, sosyal destek eksikliği, doğum ağrısının dayanılmaz olmasından korkma, kontrolünü yitirme gibi nedenlerdir. Ayrıca gebenin başkalarından duymuş olduğu zorlu doğum hikayeleri, sağlık personeline olan güvensizlik ve bilgi eksiklikleri de kişilerin korkusunun temelini oluşturabilmektedir (60).

Gebelerin doğuma yönelik tutumu olumlu ya da olumsuz olarak sonuçlanabilmektedir. Hemşirelerden edinilen bilgi, güven, gebelik ve doğum eylemine yönelik alınan eğitimler, gebeliğin planlı olması, düzenli takip ve kontrollerinin yapılması, eş ya da yakın çevresinden sosyal destek alması, gebelik ve doğum sürecinde uygulama ve karar verme aşamalarına kadının bizzat katılımının sağlanması, doğuma yönelik tutumu pozitif olarak etkilemektedir. Gebenin bu davranışları uygulaması, yaşamış olduğu fiziksel değişimlere uyum sağlayıp kendini

doğum ve ebeveynlik sürecine hazırlaması, korku ve endişelerinin azalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca kişisel özellikler de doğuma yönelik algı ve tutumu büyük ölçüde etkilemektedir (58).

2.9. Doğuma Yönelik Tutumun Belirlenmesinde Hemşirenin Rolü

Gebelik döneminde, kadının nelerle karşılaşacağını bilememesine bağlı stres ve korkuları artabilmektedir. Bu durumu ortadan kaldırmada hemşire tarafından verilen profesyonel destek, kadının korku ile baş edebilmesini geliştirir ve stres yaşamasını önleyebilmektedir (60). Kadının yeni rol ve sorumluluklara uyum sağlayabilmesini kolaylaştırmak ve destek olabilmek için hemşireler tarafından verilen eğitimlerin içeriğinde, gebeliğin fizyolojisi, vücutta yaşanabilecek değişiklikler, gebenin korku ve stres düzeyinin belirlenmesi, bu stres ve korkuyu azaltmaya yönelik planlamalar ve uygulamalar yer almalıdır. Sosyal destek varlığı sorgulanıp gözlemlenebilmeli, gerekirse eş ve aile eğitimleri de tutumunun değişiminde bir destek sağlayıcı olarak kullanılabilmelidir. Doğuma hazırlık eğitimleriyle doğumu kolaylaştıran uygulamalar hakkında bilgi verilebilmelidir. Solunum egzersiz teknikleri, uygun fiziksel aktiviteler, doğumda uygulanacak işlemler, girişimler hakkında bilgilendirme, ağrı, eylemin ilerleyişi konularında bilgilendirme, güven ortamının sağlanması, gebenin yanında kendini iyi hissettiği bir kişinin varlığı, masaj uygulamaları, sakral bası, dikkatini başka yöne çekme gibi uygulamalar doğumda oluşabilecek korku ve ağrı ile etkin baş etmesini sağlayabilmektedir (61).

Kadının önceden yaşamış olduğu doğum deneyimi, doğuma yönelik tutumunu ve sonraki doğuma olan bakış açısını da etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin medikal, tıbbi bakım, tedavi, psiko-sosyal destek sağlamanın yanı sıra kişinin bakım ve eğitim gereksinimlerini karşılayarak olumlu doğum deneyimi sağlamada önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (60).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, gestasyonel diyabetli gebelerde, prenatal bağlanma düzeyi ve doğuma yönelik tutumu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1.Gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi nedir?

2.Gestasyonel diyabetli gebelerde doğuma yönelik tutumun düzeyi nedir?

3.GDM'li gebelerde prenatal bağlanma düzeyi ve doğuma yönelik tutum arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gestasyonel diyabetli gebelerde prenatal bağlanma düzeyi ve doğuma yönelik tutumu belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Gestasyonel Diyabet Polikliniği'nde Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gestasyonel Diyabet Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi,

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastane'sinden yıllık GDM sayısı (yaklaşık 900) alınarak %95 güven aralığında, etki gücü d=0.2 (küçük düzeyde), α=0.05 %80 güç için n=87 gestasyonel diyabetli olarak belirlenmiştir. Araştırmamıza ise katılım kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 101 GDM'li gebe dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılım kriterleri:

Gestasyonel diyabet tanısı almış olmak,

Okur-yazar olmak,

18 yaş ve üzerinde olmak,

Tek gebelik,

Araştırmaya katılmayı kabul etmek,

28.Gestasyonel hafta veya üzerinde olmak,

Türkçe biliyor olmak,

Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmaması.

Dışlanma Kriterleri:

Çoğul gebelik,

Gestasyonel hafta<28 olan gebeler.

3.6. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Prenatal Bağlanma Envanteri, Doğum Tutum Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

GDM'lu kadınların sosyodemografik ve gebeliğe ait özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış sosyodemoğrafik ve gebeliklerine ilişkin veri toplama formu, prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Sosyodemoğrafik ve Gebeliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (16, 20, 61). Gestasyonel diyabetli gebelerin tanıtıcı (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir) ve obstetrik özelliklerine (kaçıncı gebelik, gestasyonel hafta, planlı olup olmadığı, GDM dışında bir hastalık var mı, GDM'ye dair eğitim almış mı, tedavi şekli, sağlık kontrollerine düzenli gidip gitmediği) dair özelliklerini değerlendiren toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Prenatal Bağlanma Envanteri

Kadınların gebelik döneminde yaşamış olduğu duygu, düşünce ve durumlara açıklık getirmek ve gebelik döneminde fetüse olan bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla 1990 yılında Muller tarafından geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir (7). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında, Yılmaz ve Beji tarafından yapılmıştır. Maddeler dörtlü likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir ve her madde 1-4 arasında puan almaktadır. Ölçekten en az 21, en çok 84 puan alınabilmektedir. Gebenin bağlanma düzeyi, aldığı puanın artışıyla doğru orantılı olarak artmaktadır. Düşük puan alınması, prenatal bağlanmanın da düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 20. gestasyonel hafta ve üzeri gebeler için uygulanabilirliği güvenilir ve geçerli bulunmuştur. Yılmaz ve Beji ölçeğin iç tutarlılık analizinde, cronbach alfa güvenirlik katsayısını 0.84 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada ise prenatal bağlanma envanterinin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.870 elde edilmiştir (8).

3.7.3. Doğum Tutum Ölçeği

Doğuma yönelik korkuyu ölçmek amacıyla Lowe tarafından geliştirilmiş dörtlü likert tipte bir ölçektir. Ölçekten çıkan sonuç yüksek bir puan ise yüksek kaygı ve korkuyu, düşük ise düşük kaygı ve korkuyu göstermektedir, 16 maddeden oluşmaktadır. Puanlaması on altı maddenin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Lowe tarafından 28. gestasyonel hafta ve üzeri gebeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0.83 olarak hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dönmez ve arkadaşları tarafından 2012'de yapılmış ve ölçeğin cronbach alfa değeri 0.82 bulunmuştur. Ölçeğin birinci uygulamadaki ortalaması 41.60, ikinci uygulamadaki puan ortalaması 41.86'dır. Ölçek, gebelerin doğum tutumlarını ve korkularını doğum öncesinde belirleyebilmesi açısından önemlidir (59).

3.8. Verilerin Toplanması

Çalışmamız Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gestasyonel Diyabet Polikliniği'ne başvuran gebelerle yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerle soru cevap şeklinde yüz yüze görüşme yapılarak veriler toplandı. Verilerin toplanması, her gebe için yaklaşık 10 dakika sürdü.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket proğramı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Kruskall-Wallis H testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye ise korelasyon analizi ile bakılmıştır. Ölçeklerin güvenirlik testleri cronbach alfa aracılığı ile yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi 0.05 kullanılmış olup, $p<0.05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p>0.05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Normallik testinde Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız tek merkezde yapılmış olması nedeni ile tüm GDM'lu kadınlara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.11. Etik Kurul Onayı

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 23.02.2018 tarihinde etik kurul onayı (karar no: 33) alınmıştır 07.06.2018 tarihinde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden uygulama izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya örneklemini oluşturan, GDM tanısı konulmuş (n: 101) gebenin yaş ortalaması 30.8±5.5'dir (min: 21.0 max: 44.0). Kadınların ortalama gebelik sayısı 2.5±1.4 (min: 1.0 max: 8) ve ortalama gebelik haftası 33.2±3.5 (min: 28.0 max:40.0) olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın bulguları aşağıdaki gibi başlıklar ele alınarak sunulmuştur.

1. GDM'li gebelerin sosyodemoğrafik ve gebelik bilgilerine ilişkin bulgular.
2. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği puanları.
3. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile prenatal bağlanma envanteri puanlarının karşılaştırılması.
4. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile doğum tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması.
5. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğum tutumu ile bazı değişkenler (yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası) arasındaki ilişki.
6. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki ilişki.

4.1. GDM'li Gebelerin Sosyodemoğrafik ve Gebelik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. GDM'li gebelerin sosyodemoğrafik ve gebeliklerine ilişkin özelliklerin dağılımı.

Değişkenler	**Gestasyonel Diyabetli Gebeler (n: 101)**	
	n	**%**
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	29	28.7
Ortaokul	21	20.8
Lise	26	25.7
Üniversite/Y.lisans veya üzeri	25	24.8
Çalışıyor musunuz?		
Çalışan	15	14.9
Çalışmayan	86	85.1
Aylık gelir miktarınız?		
Gelir giderden az	25	24.8
Gelir gidere eşit	70	69.3
Gelir giderden fazla	6	5.9
Planlı bir gebelik mi?		
Evet	73	72.3
Hayır	28	27.7
GDM dışında başka bir hastalığınız var mı?		
Evet	24	23.8
Hayır	77	76.2
GDM konusunda eğitim aldınız mı?		
Evet	23	20.8
Hayır	78	79.2

Tablo 4.1. (devam)

Değişkenler	Gestasyonel Diyabetli Gebeler (n: 101)	
	n	%
GDM eğitimine ilişkin kimden eğitim alındığı (n: 21)		
Diyetisyen	7	6.9
Doktor	3	3.0
Gebe okulu	2	2.0
Hastane	1	1.0
Hemşire	7	6.9
Diğer	1	1.0
Tedavi yönteminiz nedir?		
İlaç (insülin)	9	8.9
Diğer (Diyet, egzersiz)	84	83.2
Her ikisi de	8	7.9
Sağlık kontrollerine düzenli gidiyor musunuz?		
Evet	99	98.0
Hayır	2	2.0

Gebelerin (n: 101), %3'ü (n: 3) okur-yazar, %25.7'si (n: 26) ilkokul, %20.8'i (n: 21) ortaokul, %25.7'si (n: 26) lise, %24.8'i (n:25) üniversite, yüksek lisans veya üzeri düzeyde eğitim mezunudur. Kadınların %14.9'u (n:15) çalışmakta, %85.1'i (n:86) çalışmamaktadır. Aylık gelir miktarları, %24.8'inin (n:25) aylık geliri giderinden azdır, %69.3'ünün (n: 70) geliri giderine eşittir, %5.9'unun (n: 6) geliri giderinden fazladır. Gebelerin (n: 101), %72.3'ünün (n: 73) gebeliği planlı, %27.7'sinin (n: 28) gebeliği plansızdır. Gebelerde (n: 101), GDM dışında başka bir hastalığa sahip olanların oranı %23.8 (n:24), GDM'den başka sağlık problemi olmayanların oranı da %76.2'dir (n: 77). GDM konusunda tüm gebeler içinde (n: 101), eğitim alanların oranı %20.8 (n: 23), almayanların oranı ise %79.2'dir (n: 78). GDM konusunda eğitim alanların (n: 21) kimden eğitim aldıkları sorusuna karşılık, % 6.9'u (n: 7) diyetisyen, %3'ü (n: 3) doktor, %2'si (n: 2) gebe okulu, %1'i (n: 1) hastane, %6.9'u (n: 7) hemşire, %1 (n: 1) kısmı da diğer şeklinde cevap verdiler. GDM'li gebelere (n: 101), tedavi şekli sorulduğunda, %8.9'u (n: 9) ilaç (insülin tedavisi uyguladığını, %83.2'si (n: 84) diğer (diyet, egzersiz) tedavileri uyguladığını, % 7.9'u da (n: 8) her iki yöntemi de ilaç ve diğer (diyet, egzersiz) yöntemleri uyguladığını dile

getirmiştir. Gebelerin (n: 101), sağlık kontrollerine düzenli gidip gitmediklerine evet diyenlerin oranı % 98 (n: 99), hayır diyenlerin oranı ise %2'dir (n: 2).

4.2. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Puanları

Tablo 4.2. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği puanları dağılımı.

	n	Ortalama	Ortanca	Min.	Max.	SS.
Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı	101	62.14	61.00	34.00	84.00	10.66
Doğum Tutum Ölçeği Puanı	101	40.81	41.00	16.00	62.00	9.51
Toplam		**101**				

Prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması 62.14±10.66 (min: 34.00 max: 84.00) bulunmuştur. Doğum tutum ölçeği puan ortalaması 40.81±9.51 (min: 16.00 max: 62.00) bulunmuştur. Çalışmada, gebelerin (n: 101) prenatal bağlanma ölçeğine ilişkin, cronbach alfa değeri 0.870 olarak elde edilmiştir. Gebelerin (n: 101) doğum tutum ölçeğine yönelik cronbach alfa değeri 0.859 olarak elde edilmiştir.

4.3. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile Prenatal Bağlanma Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile prenatal bağlanma envanteri puanlarının karşılaştırılması.

Gebelerin bazı özellikleri	Prenatal Bağlanma Envanteri				İstatistiksel Test
	n	ort± ss	ortanca	min-max	sıra ort.
Eğitim Durumu					**KruskallWallis H Testi**
İlkokul ve altı	29	57.93±10.80	57.00	34.00-77.00	39.50
Ortaokul	21	61.57±9.03	61.00	40.00-82.00	50.29
Lise	26	64.65±12.06	65.50	39.00-84.00	57.12
Üniversite/Y.Lisans veya üzeri	25	64.88±9.02	63.00	50.00-82.00	58.58
				K-W	H: 7.2
					p: 0.063
Çalışma Durumu					**Mann-Whitney U Testi**
Çalışan	15	63.73±11.87	61.00	46.00-84.00	53.00
Çalışmayan	86	61.86±10.48	61.00	34.00-82.00	50.65
				M-U	z: -0.287
					p: 0.912
Aylık Gelir Miktarı					
Gelir giderden az	25	60.24±10.28	58.00	38.00-81.00	44.48
Gelir gidere eşit veya fazla	76	62.76±10.77	61.50	34.00-84.00	53.14
				M-U	z: -1.2
					p: 0.199
Planlanan bir gebelik mi?					**Mann-Whitney U Testi**
Evet	73	63.15±10.47	62.00	38.00-84.00	53.90
Hayır	28	59.50±10.89	56.50	34.00-79.00	43.45
				M-U	z: -1.6
					p: 0.108

Tablo 4.3. (devam)

Gebelerin bazı özellikleri	Prenatal Bağlanma Envanteri				İstatistiksel Test
	n	**ort± ss**	**ortanca**	**min-max**	**sıra ort.**
GDM dışında başka bir hastalığınız var mı?					**Mann-Whitney U Testi**
Evet	24	64.83±9.64	62.50	53.00-84.00	57.31
Hayır	77	61.30±10.88	61.00	34.00-82.00	49.03
				M-U	z: -1.2
					p: 0.226
Tedavi şekliniz nedir?					**KruskallWallis H Testi**
İlaç (İnsülin)	9	68.56±10.33	72.00	50.00-84.00	67.67
Diğer yöntemler					
(diyet, egzersiz)	84	61.50±10.76	61.00	34.00-82.00	49.54
Her ikiside	8	61.63±8.37	62.00	53.00-74.00	47.56
				K-W	H: 3.2
					p: 0.198
Sağlık kontrollerine düzenli gidiyor musunuz?					
Evet	99	62.17±10.36	61.00	34.00-84.00	
Hayır	2	60.50± 28.99	60.50	40.00-81.00	
Toplam	**101**	**62.14±10.66**	**61.00**	**34.00-84.00**	

Prenatal bağlanma puanı ve eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0.05). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte prenatal bağlanma puanı ile ilkokul ve altında eğitim seviyesi grubunda daha düşük görülmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça prenatal bağlanma puanı da artmaktadır.

Prenatal bağlanma puanları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlam ifade etmemekle birlikte evet cevabı verenlerde prenatal bağlanma düzeyi daha yüksek gözlenmektedir.

Aylık gelir durumu ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte, gelir miktarı giderinden az olanlarda bağlanma puanı daha düşük görülmektedir.

Gebeliği planlı olanlarla olmayanlar arasında prenatal bağlanma açısından anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gebeliği planlı olanlarda bağlanma puanı daha yüksek görülmektedir.

GDM dışında başka bir hastalığı olanlarla olmayanlar arasında, prenatal bağlanma puanı açısından anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte GDM dışında bir hastalığı olanlarda, prenatal bağlanma puanları daha yüksek görülmektedir.

Tedavi grupları arasında prenatal bağlanma açısından anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05). Hayır diyenlerin sayısı 2 olduğundan, 'sağlık kontrollerine düzenli gidiyor musunuz' değişkeni ile ölçekler arasında analiz yapılamamıştır.

4.4. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile Doğum Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile doğum tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Gebelerin bazı özellikleri	Doğum Tutum Ölçeği				İstatistiksel Test
					KruskallWallis H Testi
	n	ort± ss	ortanca	min-max	sıra ort.
Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı	29	39.00±10.20	40.00	16.00-57.00	46.02
Ortaokul	21	41.10±9.13	43.00	22.00-56.00	52.50
Lise	26	42.65±9.87	44.00	24.00-62.00	55.27
Üniversite/Y.Lisans veya üzeri	25	40.76±8.77	41.00	23.00-54.00	51.08
				K-W	H: 1.4
					p: 0.694

Tablo 4.4. (devam)

Gebelerin bazı özellikleri	Doğum Tutum Ölçeği				İstatistiksel Test
	n	ort± ss	ortanca	min-max	sıra ort.
Çalışma Durumu					**Mann-Whitney U Testi**
Evet	15	40.67±9.26	42.00	26.00-54.00	50.23
Hayır	86	40.84±9.61	41.00	16.00-62.00	51.13
				M-U	z: -0.11
					p: 0.912
Aylık Gelir Miktarı					**Mann-Whitney U Testi**
Gelir giderden az	25	40.64±10.17	43.00	16.00-57.00	50.44
Gelir gidere eşit veya fazla	76	40.87±9.35	41.00	19.00-62.00	51.18
				M-U	z: -0.11
					p: 0.912
Planlanan bir gebelik mi?					
Evet	73	40.22±9.59	41.00	16.00-62.00	48.74
Hayır	28	42.36±9.30	44.50	23.00-55.00	56.89
				M-U	z: -1.2
					p: 0.211
GDM dışında başka bir hastalığınız var mı?					
Evet	24	39.50±8.72	41.00	26.00-54.00	46.52
Hayır	77	41.22±9.76	44.00	16.00-62.00	52.40
				M-U	z: -0.858
					p: 0.391
Tedavi şekliniz nedir?					**KruskallWallis H Testi**
İlaç (İnsülin)	9	39.00±6.84	40.00	28.00-50.00	43.22
Diğer yöntemler (diyet, egzersiz)	84	40.90±9.60	41.00	16.00-62.00	51.33
Her ikisi de	8	41.88±11.84	44.50	19.00-56.00	56.31
				K-W	H: 0.909
					p: 0.635
Sağlık kontrollerine düzenli gidiyor musunuz?					
Evet	99	40.95±9.55	42.00	16.00-62.00	
Hayır	2	34.00±4.24	34.00	31.00-37.00	
Toplam	**101**	**40.81±9.51**	**41.00**	**16.00-62.00**	

Doğum tutum ölçeği puanı ile eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, ilkokul ve altı eğitim seviyesi grubunda doğum tutum ölçeği puanları daha düşük gözlenmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça doğum tutum ölçeği puanları da artmaktadır.

Doğum tutum ölçeği puanı ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle beraber, evet cevabı verenlerde doğum tutum ölçeği puanı daha düşük gözlenmektedir.

Aylık gelir miktarı ve doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Gebeliği planlı olanlar ve olmayanlar arasında doğum tutum ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber gebeliği planlı olanlarda, doğum tutum ölçeği puanı daha düşük görülmektedir.

GDM dışında hastalığı olanlarla olmayanlar arasında, doğum tutum ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte GDM dışında hastalığa sahip olanlarda doğum tutum puanı daha düşük görülmektedir.

Tedavi grupları ile doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte ilaç (insülin) kullanan grupta, doğum tutum ölçeği puanı daha düşük gözlenmektedir. Hayır diyenlerin sayısı 2 olduğundan, ‘sağlık kontrollerine düzenli gidiyor musunuz’ değişkeni ile ölçekler arasında analiz yapılamamıştır.

4.5. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Doğum Tutumu ile Bazı Değişkenler (Yaş, Gebelik Sayısı, Gebelik Haftası) Arasındaki İlişki

Tablo 4.5. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğum tutumu ile bazı değişkenler (yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası) arasındaki ilişki.

Korelasyon (n: 101)				
	Prenatal Bağlanma Puanı		**Doğum Tutum Ölçeği Puanı**	
	R	**P**	**R**	**P**
Değişkenler				
Yaş	-0.166	0.098	-0.183	0.067
Kaçıncı gebeliğiniz?	-0.282	0.004	-0.171	0.87
Gebelik haftası	0.083	0.408	0.013	0.859

Yaş ve gebelik haftası değişkenleri ile prenatal bağlanma düzeyi arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebelik sayısı değişkeni ile prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça, prenatal bağlanma puanı azalmaktadır.

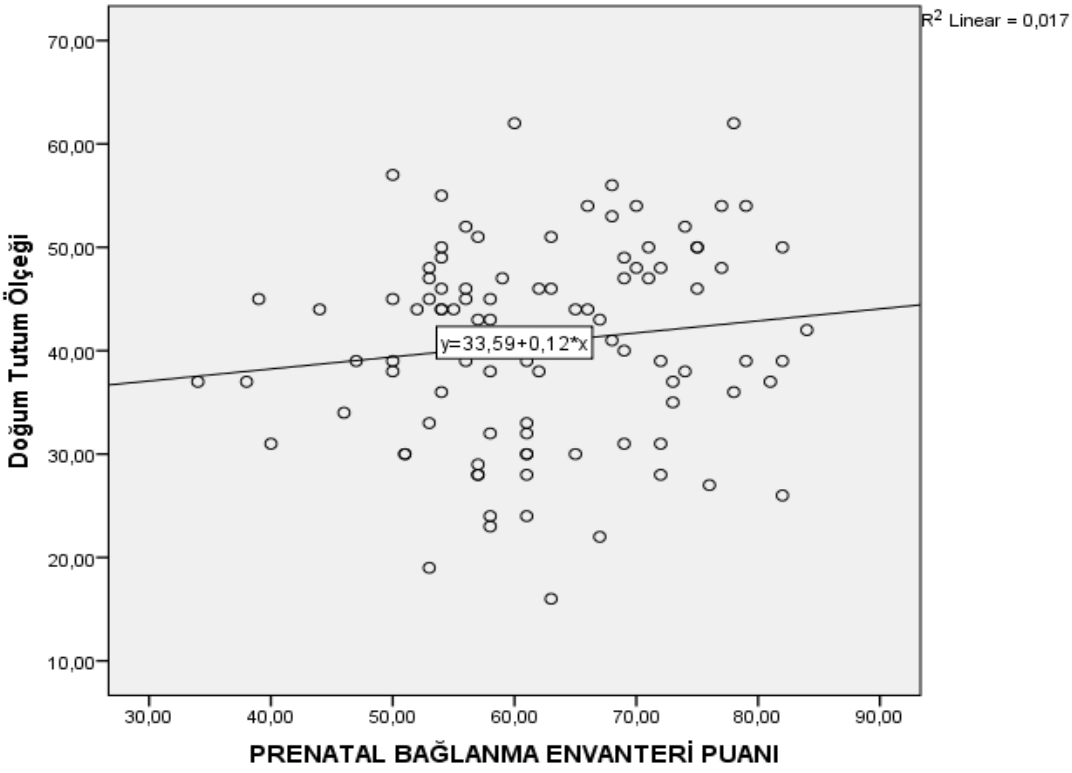
Yaş, gebelik sayısı ve gebelik haftası değişkenleri ile doğum tutum ölçeği arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.6. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 4.6. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulgular.

Korelasyon

		Doğum Tutum Ölçeği
Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı	r	0.130
	p	0.194
	N	101



Şekil 4.1. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki bağlantı ilişkisi.

Şekil 1’de görüldüğü gibi ölçeklerin birbiri ile bağlantısını incelediğimizde, iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte doğum tutum ölçeği puanı arttıkça, prenatal bağlanma envanteri puanı da artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Araştırmadan elde ettiğimiz veriler, aşağıdaki sıraya göre literatür verileri ile karşılaştırılarak tartışıldı.

5.1. GDM'li gebelerin sosyodemoğrafik ve gebeliklerine ilişkin bulguların tartışılması.
5.2. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği puanlarına ait bulguların tartışılması.
5.3. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile prenatal bağlanma envanteri puanı arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması.
5.4. GDM'li gebelerde bazı değişkenler ile doğum tutum ölçeği puanı arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması.
5.5. GDM'li gebelerde prenatal bağlanma envanteri ve doğum tutum ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması.

5.1. GDM'li Gebelerin Sosyodemoğrafik ve Gebeliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de (2017) ortalama ilk anne olma yaşı 28.7'dir (62). Bizim çalışmamızda ise GDM'li gebelerin ortalama yaşı 30.8±5.5'dir. Türkiye'deki ortalama anne yaşına göre çalışmamızdaki GDM'li kadınların ortalama yaşı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda gebelerin yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeni multipar gebelerin de çalışmaya dahil olmasından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2.07'dir (62). Çalışmamızda ise, GDM'li kadınların ortalama gebelik sayısı 2.5±1.4'dir. Ülkemizdeki toplam doğurganlık hızı ile çalışmamızdaki kadınların ortalama gebelik sayısı birbirine yakındır, bu beklenen bir durumdur. Tokat ve arkadaşları tarafından (2017) yayınlanmış bir çalışmada, GDM olan annelerin yaş ortalaması 27.86±6.27'dir (63). Bizim çalışmamızda ise GDM'li gebelerin ortalama yaşı daha yüksek bulunmuştur (30.8±5.5).

Çalışmamızda GDM hakkında eğitim alanların oranı %20.8'dir. GDM konusunda eğitim alanların, belirtmiş oldukları kaynaklar; % 6.9'u diyetisyen, %3'ü doktor, %2'si gebe okulu, %1'i hastane, %6.9'u hemşire, %1 kısmı da diğer kaynaklar şeklinde cevaplamıştır. Genel olarak değerlendirdiğimizde sağlık personelinden eğitim alan GDM'li gebelerin oranı %19.8'dir. Başbuğ ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada OGTT yaptıran gebelerde sağlık personelinden bilgi alanların oranı %41.9'dur (34). Çağlar'ın (2017) GDM'li gebelerle yapmış olduğu çalışmada GDM'ye dair eğitim alanların oranı %75.2'dir (20). Bizim çalışmamızda GDM hakkında eğitim alanların oranı daha düşüktür, literatür ile uyum göstermemektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin GDM eğitimleri açısından tekrar değerlendirilmesi bakımından bu sonuç değerlidir. Çünkü görsel eğitim ve motivasyonla anne- bebek arasında ilişki kuvvetlendirilebilir.

Çalışmamızda, sağlık kontrollerine neredeyse gebelerin tamamı %98'i düzenli gitmektedir. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 raporuna göre doğum öncesi bakım sayısının en az 10 olması gerektiği belirtilmektedir (65). Çalışmaya katılan gebelerin tamamına yakını düzenli olarak sağlık kontrollerine gitmesi nedeniyle, doğum öncesi bakım için gereken izlem sayısı açısından herhangi bir eksiklik veya aksama yaşamamıştır. Ding ve arkadaşları tarafından (2018) yapılan çalışma da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir, araştırmaya katılan GDM'li gebelerin ortalama prenatal vizit sayısı 10.00'dır (66). Şahım'ın (2018) GDM'li gebelerle yaptığı çalışmada düzenli antenatal izlem yaptıran gebe oranı %98.1'dir, bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (66). Bu sonuç anne ve bebek sağlığı açısından olumlu bir durumdur.

5.2. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışma sonuçlarımızda prenatal bağlanma envanteri puanı 62.14'tür. Yılmaz ve Beji'nin (2010) yaptığı çalışmada PBE puanı 60.7'dir (67). Elkin'in (2015) yapmış olduğu çalışmada PBE puanı 57.32 (68), Aksoy ve arkadaşlarının (2016) yaptığı

çalışmada riskli gebelerin PBE puanları 56.76'dır (7). Bizim çalışmamızdaki PBE puanları ile literatür sonuçları benzerdir, çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda doğum tutum ölçeği puanı 40.81'dir. Doğum tutum ölçeğinden alınan puan arttıkça doğum kaygı ve korku durumu artmaktadır. Ancak literatürde doğum tutum ölçeğiyle doğum korkusunu ölçen bir çalışmaya rastlanmadığı için bu kısım tartışılamamıştır.

5.3. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile Prenatal Bağlanma Envanteri Puanı Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaş ve prenatal bağlanma düzeyi arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir ($p>0.05$). Balaban'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada PBE puanlarına bakıldığında, 20-24 yaş grubundaki (PBE: 60.94) gebelerle, 30-34 yaş grubundaki gebelerin (PBE: 54.78) PBE puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.003$) (54). Nishikawa ve Sakakibara'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada incelenen gebe grupları arasında prenatal bağlanma düzeyi ve yaş, parite gibi bazı sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Çalışma sonucu bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir (69). Çalışmaya 18 yaş üzerinde olan tüm yaş grubundaki gebelerin dahil edilmesinden kaynaklı bağlanma anlamlı çıkmamış olabilir.

Çalışmamızda gebelik sayısı ile prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça, prenatal bağlanma puanı azalmaktadır. Dağlı'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada hiç doğum yapmayan gebelerin en az bir doğum yapan gebelere göre prenatal bağlanma puanının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (17). Çalışmamızı destekler niteliktedir. Daha önce en az bir kez anelik deneyimi yaşamak daha sonraki gebeliklerde prenatal bağlanmayı azaltmaktadır bu nedenle primipar gebelerde PBE puanı yüksek olması beklenen bir durumdur. Balaban'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada gebelik sayısı ve PBE puanları arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0.003$). Gebelik sayısı arttıkça PBE puanının azaldığı gözlenmiştir. Literatür sonucu bizim çalışmamızı desteklemektedir

(54). Çalışmamızda primipar ve multipar gebelerin birlikte bulunması durumu ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gestasyonel hafta ve prenatal bağlanma puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Allison ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada gestasyonel hafta ilerledikçe, prenatal bağlanmanın arttığı görülmüştür. Allison ve arkadaşlarının çalışmasında üçüncü trimesterda bulunan gebelerin, prenatal bağlanma düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur ($p=0.002$) (70). Bizim çalışmamıza katılan gebelerin ortalama gestasyonel haftası 33.2±3.5'dir, prenatal bağlanma düzeyleri ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla uyum göstermemektedir (94). Dağlı'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada gebelik haftası ile prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bizim çalışmamızda da gebelik haftası ve prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı bir fark yoktur, sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemektedir (17). Çalışmaya 28. hafta ve üzerinde gebeler dahil edilmesinden dolayı gebelik haftası ve bağlanma anlamlı çıkmamış olabilir.

Çalışma sonuçlarımızda prenatal bağlanma puanı ile eğitim seviyeleri arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip olanlarda prenatal bağlanma puanı daha düşük gözlenmektedir. Dağlar ve Nur'un (2018) yaptıkları çalışmada liseden daha az eğitim seviyesine sahip olanlarla, lise üzeri eğitim seviyesine sahip olanlar arasında prenatal bağlanma puanı açısından anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.0001$). Lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olanlarda prenatal bağlanma puanı daha yüksektir (71). Günay'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada prenatal bağlanma puanı ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Eğitim seviyesi arttıkça prenatal bağlanma puanının da arttığı gözlenmiştir (72). Eğitim seviyesi yüksek olanlarda, prenatal bağlanma ölçeği puanının yüksek olması açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin bilgi arayışı sonucu bebekleri ile iletişime geçmeleri nedeni ile bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışma sonuçlarımızda, prenatal bağlanma puanları ile annelerin çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, çalışanlarda prenatal bağlanma düzeyi daha yüksek gözlenmektedir. Bekmezci'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada çalışan ve çalışmayan gebeler arasında prenatal bağlanma envanteri puanı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=0.147) (55). Janbakhıshov'un (2013) yapmış olduğu çalışmada çalışan annelerle ev hanımı olan anneler arasında prenatal bağlanma puanı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p=0.467) (56). Literatür sonuçları bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışma sonuçlarımızda gebelerin aylık gelir durumu ile prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte, gelir miktarı, giderinden az olanlarda bağlanma puanı daha düşük görülmektedir. Dağlar ve Nur'un yapmış olduğu çalışmada (2018) ekonomik gelir dağılımı ile prenatal bağlanma puanı arasında sınırda bir anlamlılık gözlenmiştir (p=0.05). Gelir miktarı, gider miktarından fazla olanlara göre prenatal bağlanma puanı az miktarda artış göstermektedir (71). Literatür sonucu bizim çalışma sonucumuzla uyum göstermemektedir. Metin'in (2014) yapmış olduğu çalışmada, gebelerin gelir durumları ile prenatal bağlanma puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (16). Literatür sonucu bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Gebeliği planlı olanlarla olmayanlar arasında prenatal bağlanma açısından anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gebeliği planlı olanlarda bağlanma puanı daha yüksek görülmektedir. Gebeliklerin planlı olması için kadınlara yönelik teşvik, prenatal bağlanma düzeyini artırmada fayda sağlayabilir. Samani ve arkadaşlarının (2016) İran'da yapmış oldukları çalışmada gebeliği istemli olanlar ile olmayanlar arasında prenatal bağlanma puanı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışma sonucu bizim çalışmamızı desteklemektedir (73). Dağlar ve Nur'un (2018) yapmış olduğu çalışmada gebeliğin planlı olması ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p=0.547) (71). Çalışma sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermektedir.

Çalışma bulgularımızda GDM dışında başka bir hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında, prenatal bağlanma puanı açısından anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte GDM dışında bir hastalığı olanlarda, prenatal bağlanma puanları daha yüksek görülmektedir. Dağlı'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada sağlık sorunu bulunan gebelerin PBE puanlarının, sağlık sorunu bulunmayan gebelerden daha yüksek olduğu (p=0.037) saptanmıştır (17). Çalışma sonucu bizim çalışmamızı desteklememektedir. Artan sağlık sorunu, gebeye bebeğini kaybetme korkusu yaşattığı için prenatal bağlanma düzeyini artırabilir.

Tedavi grupları ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05). İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte ilaç (insülin) kullanan grupta bağlanma puanı daha yüksek görülmektedir. Literatürde GDM'li gebelerde prenatal bağlanma düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamız GDM'li gebelerde PBE puanı ve tedavi şeklinin prenatal bağlanma puanı ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır.

5.4. GDM'li Gebelerde Bazı Değişkenler ile Doğum Tutum Ölçeği Puanı Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaş ve doğum tutumuna yönelik puan arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). Khwepeya ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada, gebelerde yaş ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05) (74). Mortazavi ve Agah'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada, yaş ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir (p=0.819) (75). Mohamamdirizi ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, maternal yaş ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (p=0.064). Gebelik yaşı ve doğum korkusu arasında da anlamlı bir ilişki söz konusu değildir (p=0.325). Literatür sonuçları, çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir (76). Räisänen ve arkadaşlarının (2014) Finlandiya'da yaptıkları çalışmada, doğum korkusu faktörleri arasında ileri anne yaşı (40 yaş ve üzerinde doğum yapmış olmak) mevcuttur (77). Bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir.

Çalışma sonuçlarımızda gebelik sayısı ve doğum tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Karabulut'un (2014) yaptığı çalışmada gebelik sayısı ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (78). Okumuş ve Şahin'in (2017) yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (79). Literatür sonuçları bizim çalışmamızı desteklemektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada gebelik haftası ve doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Mortazavi ve Agah'ın (2018) İran'da yapmış olduğu çalışmada, gestasyonel hafta ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p=0.102$) (75). Karabulut'un (2014) yapmış olduğu çalışmada, doğum korkusu ve gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Literatür sonuçları bizim çalışmamızla uyum göstermektedir (78). Çalışmaya son trimestır gebeleri dahil ettiğimizden dolayı gebelik haftası ve doğum tutumu arasındaki ilişki anlamlı çıkmamış olabilir.

Çalışmamızda doğum tutum ölçeği puanı ile eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Mortazavi ve Agah'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada, eğitim seviyesi ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.859$). Çalışma sonucu bizim çalışmamızla benzerdir (75). Khwepeya ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, gebelerde doğum korkusu ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Eğitim seviyesi düşük olanlar daha yüksek düzeyde doğum korkusuna sahiptir (74). Çalışma sonuçları bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir. Mohamamdirizi ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, eğitim seviyesi ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p=0.789$) (76). Çalışma sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermektedir. Elvander ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada gebelerin eğitim düzeyinin, üniversite veya yükseköğrenim olması ile negatif doğum tecrübesine sahip olabilme riski artışı, ilişkili bulunmuştur. Negatif doğum tecrübesi yaşama riski, doğum korkusu nedenleri arasında yer alabileceğinden kaynaklı çalışma sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir (80). Storksen ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, eğitim süresi ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p=0.286$) (81). Çalışma sonucu bizim çalışmamızı desteklemektedir. Öztürk'ün (2014) travayda doğum korkusunun giderilmesinde, hemşirelik desteğinin etkisini araştıran çalışmada, deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, eğitim durumu ve wijma doğum beklenti

ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.039). Eğitim seviyesi yükseldikçe travay ve doğum sonrasındaki wijma doğum beklentisi ölçeği puan farkı azalma göstermiştir. Hemşirelik desteği, doğuma yönelik korkunun giderilmesinde olumlu bir etki oluşturabilmektedir (82).

Çalışmamızda doğum tutum ölçeği puanı ve kadınların çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). Mortazavi ve Agah'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada, kadınların çalışma durumu ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir (p=0.103). Çalışma sonucu bizim çalışmamızı desteklemektedir (75). Khwepeya ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, gebelerin çalışma durumları ve yüksek düzeyde doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur (p<0.001). Çalışmayan kadınlarda, doğum korkusu daha yüksek düzeydedir (74). Çalışma sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir. Yılmaz'ın (2017) yaptığı çalışmada gebelerin çalışma durumu ile WDBDÖ-A (wijma doğum beklentisi deneyimi ölçeği-A) puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p<0.05), bizim çalışma sonucumuzla uyumlu değildir. Gebelerin çalışma durumu ile WDBDÖ-B (wijma doğum beklentisi deneyimi ölçeği-B) puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (61). Literatür sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermektedir. Öztürk'ün (2014) yapmış olduğu çalışmada, annenin çalışma durumu ve doğum beklentisi ölçeği puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.04). Çalışan kadınların travay başlangıcı ve doğum sonrası wijma ölçek ortalamaları farkı, çalışmayan kadınlara göre daha azdır (82). Çalışmamızda anlamlı bir fark olmamasının nedeni GDM gibi riskli bir süreç yaşayan gebelerin, sağlıklı gebelere kıyasla, kaygı ve korku oluşturan bir durum içerisinde bulunmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada aylık gelir miktarı ve doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Azimi ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada, aylık gelir miktarı ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Aylık gelir miktarı arttıkça, doğum korkusu azalma göstermektedir, çalışma sonucu bizim çalışmamızla uyum göstermemektedir (83). Yılmaz'ın (2017) yaptığı çalışmada gebelerin, aylık gelir durumu ile WDBDÖ-A ölçeği puanı ve aylık gelir durumu ile WDBDÖ-B puanı arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05). Aylık gelir durumu kötü olanların doğum beklenti ölçeği puanı daha yüksek,

iyi olanların ise daha düşüktür (61). Literatür sonucu bizim çalışmamızı desteklememektedir.

Araştırma sonuçlarımızda gebeliği planlı olanlar ve olmayanlar arasında doğum tutum ölçeği puanı açısından anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Mortazavi ve Agah'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada, gebeliğin planlı (istemli) olması durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p=0.001$) (75). Abdollahpour ve Khosravi'nin (2018) yaptığı çalışmada, gebeliğin planlı olması ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (84). Yılmaz'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada gebeliği isteme durumu ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (61). Literatür sonuçları bizim çalışmamızla uyum göstermektedir. Elvander ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebeliğin planlı olmaması ile negatif doğum deneyimi risk artışı ilişkili bulunmuştur (80). Literatür sonuçları bizim çalışmamızı desteklememektedir.

Çalışmamızda GDM dışında hastalığı olanlarla olmayanlar arasında, doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Körükçü ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada kadınların gebelik öncesi sağlık problemi olması ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (85). Çalışma sonucu bizim çalışmamızı desteklememektedir. Bizim çalışmamızın sonuçları gebelik öncesi sağlık problemleri olmasına rağmen, anne olma isteğinin doğum korkusuna baskın gelmesi ile açıklanabilir.

Çalışma sonuçlarımızda tedavi grupları ile doğum tutum ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde GDM'li gebelerde doğum tutumunu veya doğum korkusunu inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamız GDM'li gebelerde DTÖ (doğum tutum ölçeği) puanı ile tedavi yöntemi arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

5.5. GDM'li Gebelerde Prenatal Bağlanma Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bağlanma Bobwly'e göre, kişinin korktuğunda, yorulduğunda, hasta olduğunda herhangi bir figüre karşı yakınlık, bağlantı kurmak için hissettiği güçlü bir istektir. Gebelik sürecinde anne ve fetüs arasında oluşan bağ, ilk önemli ilişki olması açısından önemlidir. Prenatal bağlanma oluştuğunda, anne bebeğine karşı sevgi, şefkat, koruma içgüdüsü ve bebeği için olumlu sağlık davranışlarına yönelmekte, bebeğine daha duyarlı davranmaktadır. GDM gibi riskleri ve komplikasyonları içerinde bulundurabilen bir süreçte ise bu davranışların önemi büyüktür (16).

Doğum tutumu, yani doğuma yönelik hissedilen korku da gebelik komplikasyonları, olumsuz doğum deneyimi, doğum sonrasında duygusal sorunlarla olan ilişkisi nedeniyle önem arz etmektedir (86).

Çalışmamız gestasyonel diyabetli gebelerde, prenatal bağlanma ve doğuma yönelik tutum arasındaki ölçeklerin birbiri ile ilişkisini incelemiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmaması ile birlikte doğum tutum ölçeği puanı arttıkça, prenatal bağlanma envanteri puanı da artmaktadır. Çalışmamız bu bağlantıyı inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle öncü niteliğindedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gestasyonel diyabet, gebelikte önemli sorunlara yol açabilecek, fetal ve maternal komplikasyonlara neden olan riskli bir durumdur. Bu olumsuz nedenlerin oluşmasına engel olabilecek veya olumsuz sonuçları en aza indirgeyebilmek amacıyla profesyonel tutumla, bütüncül bir sağlık yaklaşımı gerekmektedir.

Çalışmamız, GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğuma yönelik tutumu ve bunların birbiri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış ilk çalışmadır. Bu araştırmanın önemli sonuçları şöyle özetlenebilir.

- GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğuma yönelik tutum arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir. İstatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte doğum tutum ölçeği puanı arttıkça, prenatal bağlanma puanı da artış göstermiştir.
- Gebelik sayısı arttıkça, prenatal bağlanma düzeyi azalmaktadır. Yaş, eğitim, çalışma durumu, gebeliğin planlı olması gibi durumlarla prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir.
- Tedavi yöntemi ve prenatal bağlanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur, istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemekle birlikte ilaç (insülin) kullanan grupta bağlanma düzeyi daha yüksek görülmüştür.
- Eğitim, çalışma durumu, gebeliğin planlı olması, tedavi yöntemi gibi değişkenler ile doğum tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir.
- GDM tanısı alan gebelerde, GDM'ye dair eğitim alanların sayısı oldukça düşüktür.

Araştırmaya yönelik öneriler;

- GDM'li gebelerde prenatal bağlanma düzeyi artırılarak, olumlu sağlık davranışları kazandırılması ve takip ve tedavi sürecini daha bilinçli bir şekilde geçirmesi sağlanabilir.
- GDM'li kadınlara tanı konulmasından itibaren başlayıp hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlığın yapıldığı çalışmalar planlanması önerilebilir.

- Çalışmamızda GDM tanısı alan gebelerde, GDM'ye dair eğitim alanların sayısı oldukça düşüktür. İzlem ve takiplerde, gebelerin eğitim alıp almadığı sorgulanmalı, eğitim eksiklikleri belirlenmelidir.
- Literatüre katkı sağlayabilmesi açısından, örneklem sayısı artırılarak yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Uygulamaya yönelik öneriler;

- Çalışmamız GDM'li gebelerde prenatal bağlanma ve doğum tutumunu inceleyen ilk çalışma olması açısından önemlidir. Gestasyonel diyabet gibi riskli bir gebelik süreci geçiren annenin, bebeğini benimseme ve ona bağlılığı, olumlu sağlık davranışları kazanması açısından fayda sağlayabilir. GDM, doğuma yönelik korku ve endişelerin artış gösterebileceği bir durum olması nedeniyle, GDM'li gebelerin, doğuma yönelik tutumları belirlenip, kadının endişe ve korkularını azaltacak uygulama ve öneriler içeren çalışmalar artırılabilir.
- Prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınlarla görüşmeler yapılarak, bilgi eksiklikleri giderilip, gereksinim duyulan eğitimler belirlenebilir. Gebelik izlem ve takiplerinde hemşireler tarafından, GDM gelişmesini önleyebilmek amacıyla beslenme ve fiziksel aktivite düzeninin sağlanması, yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgi ve eğitim sunulabilir.
- Gebelik, kadının özellikle bebeğinin sağlığına dair gösterdiği özen nedeniyle algılarının açık olduğu bir dönemdir. İzlem ve takiplerde, gebelerin eğitim alıp almadığı sorgulandıktan sonra, belirlenen eğitim eksikliğine bağlı görülen sorunların giderilmesine yönelik hemşireler tarafından, GDM'ye dair eğitim verilmesi, bu süreci daha sağlıklı geçirebilmek adına çok önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Mecdi M. Gebelikte Gestasyonel Diyabetes Mellitus Gelişen Gebelerin Postpartum Süreçte Diyabet Taramasına Gitmelerini Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.

2. Classification and diagnosis of diabetes: Standard of medical care in diabetes-2019, *American Diabetes Association,* 2019, 42(1):S21-S23.

3. Öztürk YF, Altuntaş Y. Gestasyonel diyabetes mellutus, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2015, 49(1):1.

4. İnternational Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017. https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html. 10.11.2018.

5. Bayram M, Soyer C, Özer G, Sevinç FC. Gestasyonel diyabetes mellutus; herkesi tarayalım mı, *Kadın Doğum Dergisi,* 2004, 2(3):184-186.

6. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler, *Uluslarası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi,* 2014, 1(1):16-36.

7. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek, *Turkiye Klinikleri Journal Health Scicens*, 2016, 1(3):163-169.

8. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2013, 16(2):103-109.

9. Koptur A, Emül GT. Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 2017, 33(3):138-152.

10. Duyan V, Kapısız SG, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması, *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 2013, 10(39):1609-1613.

11. Dikmen AH, Çankaya S. Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergi*si, 2018, 9(2):118-123.

12. Akarsu HR, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 2017, 33(2):16-26.

13. Oskay YÜ. Gestasyonel diyabetli kadınlarda prenatal distres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.

14. Kapısız Ö, Karaca A, Özkan SF, Savaş GH. Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017, 7(3):156-160.

15. Atasever AA. Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Öz-Bakım Gücünün ve Sosyal Desteklerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2015.

16. Metin A. Gebelerin Algıladıkları Sosyal destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.

17. Dağlı K. Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma ile İlişkisi, Sağlık Bilimleri Ensititüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2017.

18. Altın T. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2016.

19. Rouhe H, Salmela AK, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, Saisto T. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of chilbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controlled trial, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* 2015, 36(1):1-9.

20. Çağlar M. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Prenatal Distres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.

21. Elvebakk T, Mostad IL, Morkved S, Salvesen KA, Stafne SN. Dietary instakes and dietary quality during pragnancy in women with and without gestational diabetes mellutus-a norwegian longitudinal study, *Nutrients*, 2018, 10(11):1811.

22. Gürkan E, Dirican E, Bülbül N. Bilinen ve olası risk faktörlerinin birlikteliğinin gestasyonel diyabetes mellutus gelişimine etkisi, *Ankara Medical Journal*, 2018, 18(3):382-390.

23. Plows JF, Stanley JL, Baker NP, Reynolds JM, Vickers MH. The pathophysiology of gestational diabetes mellutus, *İnternational Journal Of Molecular Sciences*, 2018, 19(11):3342.

24. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizba Derneği. TEMDS Diabetes Mellutus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2019. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf. 20.06.2019.

25. Oğuz A. Gestasyonel diyabet, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016, 11(1):26.

26. Deputy NP, Kim SY, Conrey EJ, Bullard KM. Prevalence and changes in preexiting diabetes and gestational diabetes among women who had a live birth-united states 2012-2016, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018, 67(43):1201-1203.

27. Amerikan Diabetes Association. Diabetes Basics, What is gestasional diabetes. http://www.diabetes.org/diabetes-basics/gestational/what-is-gestational-diabetes.html. 10.11.2018.

28. Akbay E, Torun Sİ, Yalçınkaya H, Uzunçakmak C, Toklucu G. Dr. Sadi konuk eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı, *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010, 20(3):170-175.

29. Turgut A, Boran SÜ, Dolgun ZN, Acıoğlu HN, Görük NY. Bir doğumevi gebe izlem polikliniğinde diyabetes mellitus sıklığı, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38(3):325-328.

30. Aydın M, Gürel A, Çelik C, Tülübaş F, Abalı R, Yılmaz A. Namık kemal üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde gestasyonel diyabetes mellutus prevelansı, *Yeni Tıp Dergisi*, 2013, 30:252-254.

31. Özdemir Ö, Sarı ME, Ertuğrul FA, Şakar VS, Özcanlı G, Atalay C. Ankara numune eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı, *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2014, 24(1):24-29.

32. Yavuz A, Demirtaş Ö, Terzi H, Işıkkent NT, Kale A. Derince eğitim araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı ve perinatal sonuçları, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2015, 16(4):244-248.

33. Balık G, Şahin SB, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağıtçı M, Şahin FG. Bir üniversite hastanesinin doğum polikliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diabetes mellitus prevelansı, *Ege Tıp Dergisi*, 2016, 55(2):55-58.

34. Başbuğ A, Kaya AE, Sönmez CI, Yıldırım E. Gestasyonel diyabet taramasında karşılaşılan önemli bir problem: gebeler neden oral glukoz tolerans testi yaptırmak istemiyor, *Konuralp Tıp Dergisi,* 2018, 10(2):144-148.

35. Kutay NG, Gönenç G, İşçi H, Yiğiter AB, Dünder İ. Gestasyonel diabetes mellutus riskinin maternal yaş ve gebeliğin başlangıcındaki vücut kitle indeksi ile ilişkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 40(3):406-409.

36. Üstün G. Gestasyonel Diyabeti Olan/Olmayan Kadınların Emzirme Durumlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.

37. Yılmaz T. Gestasyonel diyabette metabolik değişiklikler ve sağlık yönetimi, *Turkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics*, 2010, 3(1):54-58.

38. Bakıner O, Bozkırlı E, Serinsöz H, Sarıtürk Ç, Ertörer E. Gestasyonel diyabeti olan gebelerin prenatal ve perinatal özelliklerinin postpartum erken glukoz metabolizması üzerine etkileri, *Çukurova Medical Journal*, 2013, 38(4):617-626.

39. Kugishima Y, Yasuhi I, Yamashita H, Sugimi S, Umezaki Y, Suga S, Fukuda M, Kusuda N. Risk factors associated with the development of postpartum diabetes in japanese women with gestational diabetes, *BMC Pragnancy and Childbirth*, 2018, 18(1):2-8.

40. Daly B, Toulis KA, Thomas N, Gokhale K, Martin J, Webber J, Keerthy D, Jolly K, Saravanan P, Nirantharakumar K. İncreased Risc of İschemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in woman with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: a population-based cohort study, *Plos Medicine*, 2018, 15(1):e1002488.

41. Topuz N. Riskli Gebelere Verilen Gestasyonel Diyabet Eğitiminin Tanı Alma Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Karabük: Karabük Üniversitesi, 2018.

42. Hughes AE, Nodzenski M, Beaumont RN, Talbot O, Shields BM, Scholtens DM, Knight BA, Jr WLL, Hattersley AT, Freathy RM. Fetal genotype and maternal glucose have independent and additive effects on birth weight, *Diabetes*, 2018. 67(5):1024-1029.

43. Davis EM, Scifres CM, Abebe K, Costacou T, Comer D, Catalano P, Simhan H, Freiberg M, Day N. Comparison of birth outcomes by gestational diabetes screening criteria, *American Journal of Perinatology Reports*, 2018. 8(4):e280-e288.

44. Arvas A. Diyabetik anne bebeği, *Perinataloji Dergisi*, 1993. 1(1):122-127.

45. Ural A. Gestasyonel diyabetes mellutus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 2016. 6(2):120-127.

46. Taşpınar B. Pregestasyonel ve Gestasyonel Diyabetes Mellutusta Takip-Tedavi Protokollerimiz ve Maternal-Perinatal Sonuçları, Uzmanlık tezi, İstanbul: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.

47. American Diabetes Association. Management of diabetes in pregnancy, standard of medical care in diabetes, 2019, 42(1):S165-S170.

48. Aydın R. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

49. Cengiz E. Gestasyonel Diyabetli Bireylerin Diyete Uyumu ve Bazı Biyokimyasal Parametrelerin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.

50. Öztürk B. Farklı Egzersiz Proğramlarının Tip 2 Diyabetik Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.

51. 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.

52. Türkmen H, Yalnız H, Saydam BK. Gebelikte diyabetes mellutus ve ebelik bakımı, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi,* 2015, 2:11-25.

53. Müngen E. Diyabetik gebe takibi, *Perinataloji Dergisi*, 2011, 19(1):S18-S21.

54. Balaban S. Gebelikteki Sağlık Uygulamalarının Prenatal Bağlanmayla İlişkisi ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

55. Bekmezci H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.

56. Janbakhıshov CE. Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi: Prospektif Bir Çalışma, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.

57. Buko G. Gebelerin Duygusal Zekaları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

58. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(2):54-58.

59. Dönmez S, Dağ H, Çelik N, Yeniel ÖA, Kavlak O. Doğum tutum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2014, 24(4):212-218.

60. Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.

61. Yılmaz S. Doğum Beklentisi ile Yaşanılan Doğum Deneyimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2017.

62. Türkiye İstatistik Kurumu. Temel Doğurganlık ve Ölümlülük Göstergeleri. http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist. 25 Nisan 2019.

63. Tokat MA, Elmas S, Yeyğel Ç. Gestasyonel Diyabetin emzirme sonuçlarına ve emzirme öz-yeterlilik algısına etkisinin incelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2017, 10(4):193-198.

64. Ergöçmen BA, Çavlin A, Özgören AA. Doğum öncesi bakımların zamanlama ve sayısı, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 06.05.2019.

65. Ding TT, Xiang J, Luo BR, Hu J. Relationship between the IADPSG –criteria-defined abnormal glucose values and adverse pregnancy outcomes among women having gestational diabetes mellitus: a retrospective cohort study, *Medicine*, 2018, 97(43).

66. Şahım TS. Gestasyonel Diyabetli Gebelerin Tıbbi Beslenme Tedavisini Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplu Beslenme Sistemleri Proğramı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.

67. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Genel Tıp Derg*isi, 2010, 20(3):99-108.

68. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, *Sted,* 2015, 24(6):230-236.

69. Nishikawa M, Sakakibara H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment, *Reproductive Health,* 2013, 10(1):12.

70. Allison SJ, Stafford J, Anumba DOC. The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment, *BMC Women's Health,* 2011, 11(1):33.

71. Dağlar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and ınfluencing factors during pregnancy and postpartum period, *Psychiatria Danubina*, 2018, 30(4):433-440.

72. Günay P. Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.

73. Samani RO, Maroufizadeh S, Ezabadi Z, Alizadeh L, Vesali S. Psychometric properties of the persian version of the prenatal attachment ınventory in pregnant ıranian women, *International Journal of Fertility & Sterility*, 2016, 10(2):184-188.

74. Khwepeya M, Lee GT, Chen SR, Kuo SY. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi, *BMC Pregnancy Childbirt*, 2018, 18(1):391.

75. Mortozavi F, Agah J. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant ıranian women, *Oman Medical Journal*, 2018, 33(6):497-505.

76. Mohamamdirizi S, Mohamamdirizi M, Mohamamdirizi S. The of comparison fear of childbirth and sense of coherence among low-risk and high-risk pregnancy women, *Journal of Education and Health Promation,* 2018, 7:143.

77. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analiysis of all singleton births in finland in 1997-2010, *BJOG: An İnternational Journal of Obstetrics & Gynaecology,* 2014, 121(8):965-970.

78. Karabulut G. Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

79. Okumuş F, Şahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: comparison of two resident populations, *Northern Clinics of Istanbul,* 2017, 4(3):247-256.

80. Elvander C, Cnattingius S, Kjrulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study, *Birth,* 2013, 40(4):289-296.

81. Storksen HG, Niegel SG, Adams SS, Vangen S, Gran ME. Fear of childbirth and elective caeserean section: a population-based study, *BMC Pregnancy and Childbirth,* 2015, 15(1):221.

82. Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.

83. Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi M. The relationship between perceived social support in first pregnancy and fear of childbirth, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,* 2018, 23(3):235-239.

84. Abdollahpour S, Khosravi A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,* 2018, 23(1):45-50.

85. Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Clinical and Experimental Health Sciences,* 2017, 7(4):159-165.

86. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki, *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics,* 2014, 24(1):36-41.

8. EKLER

Ek-1. Sosyodemoğrafik Veri Toplama Formu

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Bölüm

1. Yaşınız.….

2. Eğitim Durumunuz

1. Okur-Yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul

4. Lise 5. Üniversite/Y.Lisans veya Üzeri

3. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

4. Aylık gelir miktarınız?

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

2. Bölüm

5. Kaçıncı gebeliğiniz? …..

6. Gebelik haftanız? ….

7. Planlı bir gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

8. Gestasyonel diyabetten (gebelik şekerinden) başka bir hastalığınız/sağlık sorununuz var mı?

1. Var (Varsa nedir? .....) 2. Hayır

9. Gestasyonel diyabet konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

1.Evet (Kimden ? ……) 2. Hayır

10. Tedavi şekliniz nedir?

1. İlaç (İnsülin) 2. Diğer (diyet, egzersiz vb.) 3. Her ikisi de

11. Sağlık kontrollerinize düzenli gidiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Ek-2. Prenatal Bağlanma Envanteri

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	**Sık sık**	**Bazen**	**Hiçbir zaman**
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4.Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5.Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6.Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7.Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8.Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşırım.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	a	b	c	d

14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21.Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

Puanlama:

a=4, b=3, c=2, d=1

Ek 3. Doğum Tutum Ölçeği

Aşağıdaki maddeler, gebe kadınların geçmişte yaşadıkları bazı yaygın korkuları ifade etmektedir. Bunların tümünün bir bireyde olması beklenmez. Bazı kadınlarda bunların hiçbiri olmayabilir. Lütfen, başka birine danışmadan, dürüstçe yanıt verin.

Eğer korkunun yoğunluğunu nasıl dereceleyeceğinizden emin değilseniz, dert etmeyin, sadece hızlı bir şekilde karar verin ve hangisi size doğru gibi görünüyorsa onu işaretleyin.

Her bir maddeyi aşağıdaki ölçeğe göre dereceleyin:

1= Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması

2= Düşük kaygı; korku denecek kadar yeterli değil

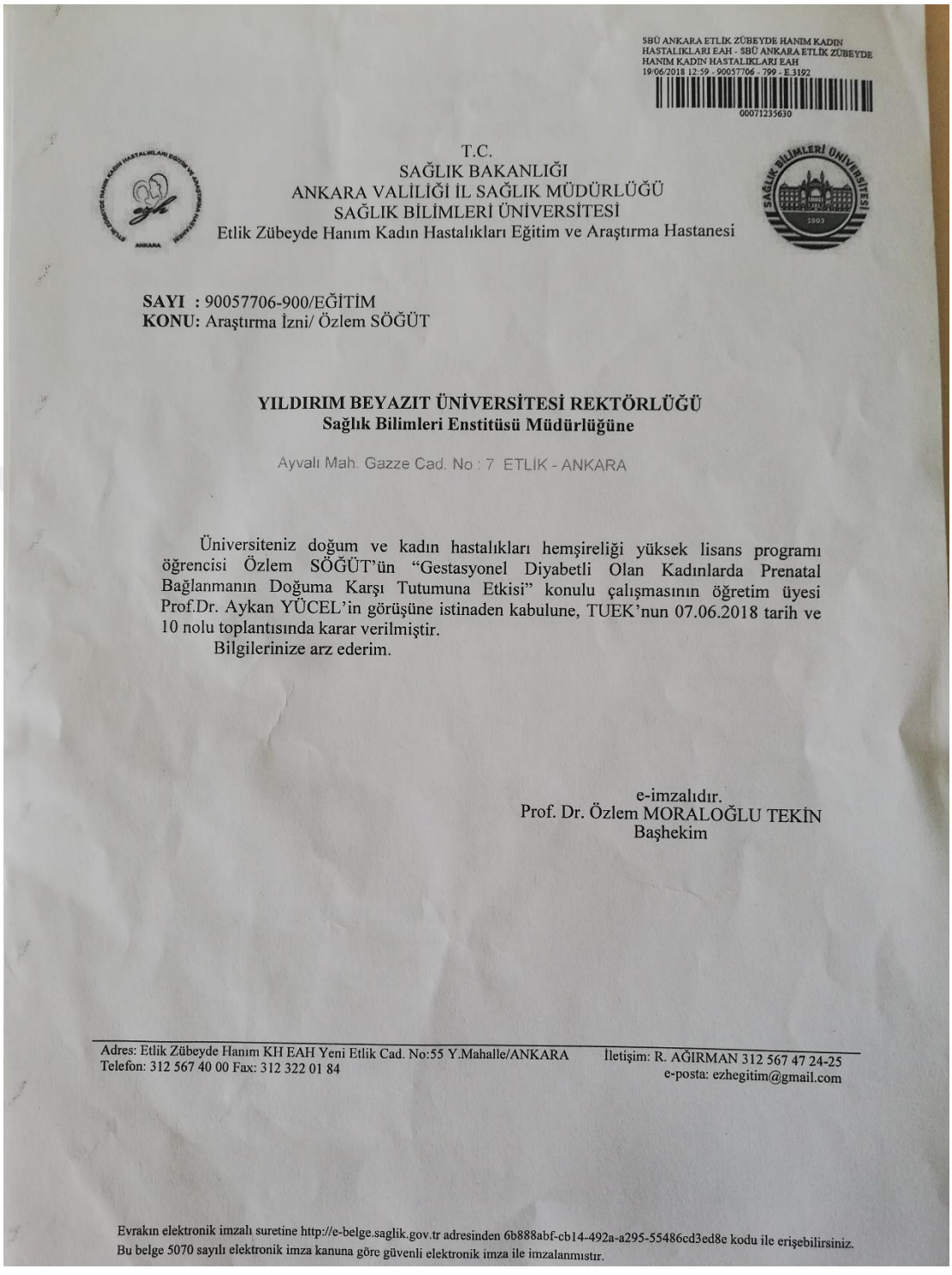
3= Orta kaygı; size sıkıntı veren, ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan

4= Yüksek kaygı; size çok endişe veren ve iyi olma hissinizi etkileyen

	Hiç kaygı yok	**Düşük kaygı**	**Orta kaygı**	**Yüksek kaygı**
1.Doğumda kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum	1	2	3	4
2. Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum	1	2	3	4
3. Doğum ile ilgili kâbuslar görüyorum.	1	2	3	4
4. Doğumda çok fazla kanamam olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
5.Doğum yaparken yeterli çabayı gösteremeyeceğimden korkuyorum.	1	2	3	4
6. Bebekle ilgili bir şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.	1	2	3	4
7.Doğumda yapılacak iğnelerin ağrılı olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
8. Doğum sancılarım olduğunda yalnız kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
9. Sezaryen olmak zorunda kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
10. Bebeğin doğumu sırasında yırtığım olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
11. Doğum sırasında bebeğin yaralanmasından korkuyorum.	1	2	3	4

12. Doğum sancılarının dayanılmaz olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
13. Yaklaşan doğumu düşündüğüm zaman kendimi rahatlatmakta zorlanıyorum.	1	2	3	4
14. Hastane ortamından korkuyorum.	1	2	3	4
15. Doğum sırasında istediğim bakımı alamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4
16. Genel olarak, doğumla ilgili kaygımı 1(Kaygı yok), 2 (Düşük kaygı), 3 (Orta derecede kaygı), 4(yüksek kaygı) olarak değerlendirmek isterim.	1	2	3	4

Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Gerekli İzin Yazısı



SBÜ ANKARA ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH - SBÜ ANKARA ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH
19/06/2018 12:59 - 90057706 - 799 - E.3192
00071235630

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 90057706-900/EĞİTİM
KONU: Araştırma İzni/ Özlem SÖĞÜT

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Ayvalı Mah. Gazze Cad. No : 7 ETLİK - ANKARA

Üniversiteniz doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Özlem SÖĞÜT'ün "Gestasyonel Diyabetli Olan Kadınlarda Prenatal Bağlanmanın Doğuma Karşı Tutumuna Etkisi" konulu çalışmasının öğretim üyesi Prof.Dr. Aykan YÜCEL'in görüşüne istinaden kabulune, TUEK'nun 07.06.2018 tarih ve 10 nolu toplantısında karar verilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Başhekim

Adres: Etlik Zübeyde Hanım KH EAH Yeni Etlik Cad. No:55 Y.Mahalle/ANKARA
Telefon: 312 567 40 00 Fax: 312 322 01 84
İletişim: R. AĞIRMAN 312 567 47 24-25
e-posta: ezhegitim@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6b888abf-cb14-492a-a295-55486cd3ed8e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5. Etik Kurul Raporu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans bölümü öğrencilerinden Özlem Söğüt'ün, Gestasyonel Diyabetli Olan Kadınlarda Prenatal Bağlanmanın Doğuma Karşı Tutumuna Etkisi adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. [X]
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. [ ]
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. [ ]

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018-33
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	13.02.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	23.02.2018-33
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Özlem Söğüt
Doğum tarihi	: 28.04.1989
Doğum yeri	: İskilip
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05452329829
Faks	:
E-mail	: ozlemguler2014@yandex.com
EĞİTİM	
Lise	: Tosya Lisesi
Lisans	: Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yüksek lisans	:
Doktora	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	:
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	