

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

**GESTASYONEL DİYABETİ OLAN GEBELERDE  
PSİKOSOSYAL UYUMUN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**Makbule NAR**

**Doğum - Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA  
2017**

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

**GESTASYONEL DİYABETİ OLAN GEBELERDE  
PSİKOSOSYAL UYUMUN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**Makbule NAR**

**Doğum- Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜCEL**

**ANKARA**


**2017**


## ONAY SAYFASI


### “Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Psikososol Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”


Makbule NAR


Bu çalışma 21.07.2017 tarihinde jürimiz tarafından “Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** Prof. Dr. Lale TAŞKIN   
Başkent Üniversitesi

**Tez Danışmanı:** Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜCEL   
Hacettepe Üniversitesi

**Üye:** Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ   
Hacettepe Üniversitesi

**Üye:** Yrd. Doç. Dr. Şule ERGÖL   
Kırıkkale Üniversitesi

**Üye:** Yrd. Doç. Dr. Sena Kaplan   
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

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

Tarih

17 Ağustos 2017

(imza) 

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

**o Tezimin/Raporumun 21 Temmuz 2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

**o Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

17.08.2017



## ETİK BEYAN

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

Makbule NAR



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışması süresince heyecanıma ortak olan, değerli bilgileriyle bana yol gösteren, fikirlerimi destekleyerek çalışmalarımda beni cesaretlendiren sevgili danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜCEL'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Lale TAŞKIN'a, Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Gülten KOÇ'a,

Yüksek lisans tez istatistiğimin hazırlanmasında danışmanlık aldığım değerli hocam Doç. Dr. Erdem KARABULUT'a

Tez çalışmasının uygulama aşamasında destek olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Perinatoloji Bilim Dalında çalışan tüm sağlık personeline,

Araştırmamın tüm aşamalarında benden manevi desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bana olan sonsuz güveni ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Varlıklarıyla bana güç veren kızlarım Damla Deniz ve Nehir'e,

Çok teşekkür ederim.

Makbule Nar

## ÖZET

**Nar M., Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Psikososyal Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.** Bu araştırma, gestasyonel diyabeti (GDM) olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, 15 Ekim 2015 - 7 Mart 2016 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniği ve Perinatoloji Bilim Dalına başvuran 64 GDM’li ve 64 sağlıklı gebe ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, Sağlıklı Gebe Tanılama Formu, Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Tanılama formları, araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek; ölçekler ise gebeler tarafından doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, One Way Anova testi, Pearson Momentler Korelasyon Analizi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. PKDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre; GDM’si olan gebelerin psikososyal uyumlarının sağlıklı gebelere göre düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, gebelik öncesi beden kitle indeksi, gebeliğin planlanma durumu, gravida, gebelik haftası ve gebelikteki kontrol sayısının GDM’si olan gebelerin psikososyal uyumunu etkilemediği belirlenmiştir. Lojistik regresyon analizine göre; sağlıklı gebelerin psikososyal uyumlarının GDM’si olan gebelere göre daha yüksek; sigara içen gebelerin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). GDM’si olan gebelerde SBTÖ alt boyutlarından “çaresiz yaklaşım” ile PKDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin orta düzeyde negatif yönlü olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Araştırma sonuçları doğrultusunda; hemşirelerin, GDM’si olan gebelerin psikososyal uyumlarını arttırmada, fiziksel ve psikososyal sorunları içine alan çok yönlü bir hemşirelik bakım modeli geliştirmeleri ve bu model doğrultusunda bakım vermeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Gestasyonel Diyabet, Psikososyal uyum, Hemşirelik

## ABSTRACT

**Nar M., Determination of Psychosocial Adaptation to Pregnancy and Affecting Factors in Pregnant Women with Gestational Diabetes, Hacettepe University Institute of Health Sciences. Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master of Sciences, Ankara, 2017.** This descriptive study was aimed to determine psychosocial adaptation to pregnancy and affecting factors in pregnant women with gestational diabetes (GDM). The study was conducted with 64 pregnant women with GDM and 64 healthy pregnant women who applied to Hacettepe University Department of Obstetrics and Gynecology Pregnancy Outpatient Clinic and Department of Perinatology between October 15, 2015 and March 7, 2016. Healthy Pregnancy Diagnosis Form, Pregnant Women with Gestational Diabetes Diagnosis Form, Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ) and Stress Coping Style Questionnaire (SCSQ) were used to collect the data. Diagnosis forms were filled out face-to-face by the researcher. Pregnant women filled out the questionnaires. Numbers, percentage, mean, independent samples t-test, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, One Way Anova test, Pearson's Moment Correlation Analysis and Logistic Regression Analyses were used to analyze the data. It was found that the level of psychosocial adaptation to pregnancy in pregnant women with GDM were found lower than that of healthy pregnant women in accordance with total PSEQ score and its sub dimensions score ( $p<0.05$ ). It was determined that age, educational level, working status, duration of marriage, pre-pregnancy body mass index, pregnancy planning status, gravida, gestational week and the number of health control in pregnancy did not affect the psychosocial adaptation to pregnancy in pregnant women with GDM. According to logistic regression analyses it was found that psychosocial adaptation to pregnancy of healthy pregnant women were higher than that of pregnant women with GDM; the psychosocial adaptation of smokers were found to be lower ( $p<0,05$ ). It was determined that there was a moderate negative relationship between “desperate approach” the sub dimension of SCSQ and the average of total PSEQ score in pregnant women with GDM ( $p<0,05$ ). According to the study results, nurses are recommended to develop multifaceted nursing care model involving physical and psychosocial problems and provide care in the direction of this model in order to increase the psychosocial adaptation to pregnancy of pregnant women with GDM .

**Key Words:** Pregnancy, Gestational Diabetes, Psychosocial Adaptation, Nursing



**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>6</b>
2.1. Gebeliğe Psikososyal Uyum	6
2.1.1. Gebeliğin Kabulü	7
2.1.2. Annelik Rolünün Kabulü	8
2.1.3. Kendi ve Bebeğinin Sağlığına İlişkin Düşünceleri	9
2.1.4. Kendi Annesi ile İlişkisi	10
2.1.5. Eşi ile ilişkisi	10
2.1.6. Doğuma Hazır Oluş	12
2.1.7. Doğum Korkusu	13
2.2. Gebeliğe Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler	13
2.2.1. Gebenin Yaşı	14
2.2.2. Gebeliğin İstenme Durumu	14
2.2.3. Gebelik Sayısı	15
2.2.4. Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	15
2.2.5. Sosyal Destek	16
2.2.6. Stres ve Stresle Başa Çıkma	17

2.2.7. Gebelik Komplikasyonları	18
2.3. Gestasyonel Diyabet	19
2.3.1. Gestasyonel Diyabet Prevalansı	20
2.3.2. Gestasyonel Diyabetin Fetal ve Maternal Etkileri	20
2.3.3. Gestasyonel Diyabet ile İlişkili Risk Faktörleri	21
2.3.4. Gestasyonel Diyabet Taraması ve Tanı	22
2.3.5. Gestasyonel Diyabet Tedavisi	24
2.3.6. Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Gebeliğe Psikososyal Uyum	26
2.3.7. Gestasyonel Diyabet Yönetimi ve Gebeliğe Psikososyal Uyumda Hemşirenin Rolü	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	33
3.1. Araştırmanın Şekli	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	34
3.3.1. Araştırmanın Evreni	34
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	34
3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri	35
3.4. Verilerin Toplanması	36
3.4.1. Veri Toplama Araçları	36
3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	40
3.4.3. Araştırmanın Uygulanması	40
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	40
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	41
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
<b>4. BULGULAR</b>	44
4.1. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
4.2. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gebeliğe Psikososyal Uyum ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	51
<b>5. TARTIŞMA</b>	59
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	73

6.1. Sonuçlar	73
6.2. Öneriler	74
<b>7. KAYNAKLAR</b>	76
<b>8. EKLER</b>	
EK 1. Etik Kurul İzni	
EK 2. Sağlıklı Gebe Tanılama Formu	
EK 3. Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu	
EK 4. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	
EK 5. Stresle Başa ıkma Tarzları Ölçeği	
EK 6. Tez alıŐması ile İlgili Kurum İzin Yazısı	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>ACOG</b>	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists)
<b>ADA</b>	: Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GDM</b>	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
<b>HAPO</b>	: Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları (Hyperglisemia and Adverse Pregnancy Outcome)
<b>HbA1c</b>	: Hemoglobin A1c
<b>IADPSG</b>	: Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups)
<b>OGTT</b>	: Oral Glikoz Tolerans Testi
<b>PKDÖ</b>	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
<b>SBTÖ</b>	: Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Science

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b> Gestasyonel Diyabetin Fetal, Maternal ve Neonatal Etkileri	21
<b>2.2.</b> Gestasyonel Diyabet İçin Risk Değerlendirme Kriterleri ve Tarama Önerileri	22
<b>3.1.</b> Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Soru Numaraları ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	38
<b>3.2.</b> Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği Faktörlerine Ait Soru Numaraları	39
<b>3.3.</b> Pearson Korelasyon Katsayısı (r) için Nitelendirme	43
<b>4.1.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	45
<b>4.2.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	47
<b>4.3.</b> Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gestasyonel Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	49
<b>4.4.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
<b>4.5.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
<b>4.6.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
<b>4.7.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti olan Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi Olan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	56
<b>4.8.</b> Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	57

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik; fiziksel ve psikososyal değişimlerin meydana geldiği ve bu değişimlere uyumun gerektiği önemli bir yaşam dönemidir (1). Gebelikte her kadında farklı derecelerde değişimler oluşabilmekte ve bu nedenle gebelik kadın için farklı bir deneyim haline gelmektedir (2,3). Bu dönemde kadının, hem kendi hem de fetüsün/yenidoğanın sağlığını korumak ve geliştirmek için bu değişimlere uyum sağlaması oldukça önemlidir (3,4).

Lederman ve Weis (3), gebelikte yaşanan psikososyal değişimin yedi boyutu olduğunu belirlemiş ve bu değişimlerin önemli yönlerini tanımlamıştır. Bu boyutlar, gebeliğin kabulü ve gebeliğe psikososyal uyum; gelecek çocukla ilişkinin ve ebeveyn rolünün oluşturulması; geçmişte ve şu anda anne ile olan ilişki; eş ile olan ilişkinin kadının gebeliğe uyumuna etkisi; prenatal dönemde doğum hakkında bilgi edinme ve doğuma uygun bir şekilde hazırlanma; doğum eyleminde ağrı, çaresizlik ve kontrol kaybını içeren korkularla baş etme mekanizmaları ve doğumda benlik saygısını yitirme ile ilgili korku ile baş etme yollarıdır. Lederman (4)'a göre; annelik rolünün tanımlanması ve anne-kız çocuğu ilişkisinin yenilenmesi ve derinleştirilmesi, gebelikte birbirini tamamlayan iki önemli gelişimsel görevdir. Annelik rolünün tanımlanması ve annenin sahip olduğu düzene annelik davranışlarını ekleyebilmesi, rol başarımları süreci olarak tanımlanmaktadır (5,6). Hart ve McMahan (7) ise, gebeliğin gelişimsel görevlerini, annelik rolünün kazanılması ve bebeğe bağlanma olarak tanımlamaktadır. Annenin bebeğe bağlanma süreci, anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturan anne karnındaki bebek hareketlerinin hissedilmesi ile başlamaktadır.

Gebeliğe psikososyal uyum; gebenin yaşı, sosyoekonomik durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, benlik kavramı, yaşam deneyimleri, geçmişte anneliğe hazırlayıcı olarak üstlendiği roller, rol modelleri, sosyal destek sistemleri, doğum öncesi dönemde bakım alma durumu, gebelik ve doğum konusunda sahip olduğu bilgiler, stres ve stresle baş etme durumu ve gebelik komplikasyonları gibi faktörlerden etkilenmektedir (8-13). Gebeliğe psikososyal uyum yapamayan kadınlar; gebeliği kabullenmeme, gebelikte ortaya çıkan rahatsızlıklarla baş edememe, doğum öncesi bakım almama, doğuma ilişkin daha fazla korku yaşama ve öz bakımını yapamama

gibi sorunlar yaşayabilmektedir (3,11). Gebeliğe psikososyal uyum yapamayan kadınlarda görülebilecek bu sorunlar, özellikle anne ve fetüsün sağlığını tehdit eden yüksek riskli gebelik durumunda daha da önemlidir. Çünkü yüksek riskli gebeler, gebelikte ortaya çıkan değişimlerin yanı sıra sağlıklı anne-bebek birlikteliğiyle sonuçlanmama riski olan bir gebeliğe ve gebelik süresince devam edecek tedavi, diyet, egzersiz ya da hastanede yatma gibi durumlara uyum sağlamak ve çıkan sorunlarla baş etmek zorundadır (14-17).

Gebelik sırasında ortaya çıkan riskli durumlardan biri olan gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), ilk kez gebelikte tanısı konan ve farklı derecelerde hiperglisemiyle sonuçlanan karbonhidrat intoleransıdır (18-20). GDM, tüm gebeliklerin %2-7,5'inde görülmektedir. Ancak son 20 yılda prevalansının birçok etnik grupta %10-100 oranında arttığı belirtilmektedir (21). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) (American Diabetes Association); 2013 yılında, dünya genelinde 21,4 milyon gebenin hiperglisemi durumu ile karşı karşıya kaldığını belirtmektedir. Bu gebelerin sadece %16'sında gebelik öncesi diyabetin var olduğu, geri kalanların ise GDM olduğu düşünülmektedir (20).

Maternal glisemik kontrolün yetersiz olması; yüksek oranda perinatal mortalite ve olumsuz perinatal sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (20,22). Yetersiz maternal glisemik kontrol sonucu; fetüste makrozomi, doğum travması, konjenital anomali, gelişme geriliği ve erken doğum; gebede spontan abortus, hiperglisemi, şiddetli hipoglisemi, uç organ hasarı, idrar yolu enfeksiyonu, poli/oligohidroamniyoz, preeklampsi, anemi, sezaryen ile doğum, postpartum kanama ve doku enfeksiyonu; yenidoğanda ise respiratuar distress sendromu, hipoglisemi, hipokalsemi, polisitemi hiperbilirubinemi ve ölüm görülebilmektedir (22,23). Aynı zamanda GDM'si olan kadınların sonraki gebeliklerinde GDM tekrarlama riskinin yaklaşık %50 ve gelecekte Tip 2 diyabetes mellitus (Tip 2 DM) gelişme riskinin %70-80 olduğu bildirilmektedir (19,21). İsveç'te yapılan toplum tabanlı bir araştırmada ise, GDM'nin postpartum depresyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (24). Sonuç olarak GDM, kadın sağlığını hem fiziksel hem de psikososyal olarak etkileyen bir durumdur. Bu nedenle GDM, hem perinatal sonuçların hem de kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından mutlaka ele alınması gereken önemli bir sağlık sorunudur.

Sağlıklı gebeliklerde bile zıt duyguların yaşandığı ve gelişimsel görevlerin yerine getirilmesi gereken bir süreçte, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM tanısı; kadınların şaşkın, üzgün, tedirgin, korkmuş, uyuşmuş, bunalımlı, endişeli ve kaygılı hissetmelerine neden olabilmektedir (25-29). Ayrıca, GDM'si olan gebeler, gebelik süresince kendilerine iyi bakmadıklarını düşünürlerse suçluluk duygusu da yaşayabilmektedirler (29-30). Çoğu kadın tarafından tanı aşamasında yaşanan bu duygusal tepkiler; GDM için uygulanan tedavinin bırakılması, aşırı korku tepkisi ile birlikte uyumsuz davranışların ortaya çıkması ve öz bakımın yerine getirilmesinde sorunların yaşanmasına yol açabilmektedir (29). Bu nedenle hemşirelerin, kadının tanıya verdiği ilk tepkiyi gözlemleyerek, GDM yönetimini tehlikeye sokabilecek ve mental problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilecek olumsuz düşünce-kontrol kaybı hissinin gelişmesi açısından dikkatli olması gerekmektedir (30).

Tanı aşamasını takiben, kadınların kendileri ve bedenleri ile ilgili algıları yeniden yapılandırılmaktadır (28,30-32). Kimlik duygusu, sağlıklı bir bireyden GDM'si ve gelecekte Tip 2 DM tanısı alma olasılığı olan bir bireye dönüşmektedir (28,29). Bu değişim, sağlıklı gebeliğin kaybı ve GDM yönetiminde gerekli olan yaşam biçimi değişikliklerinin gerçekleştirilmesi zorunluluğundan kaynaklanabilmektedir (29,30).

GDM'nin yönetiminde; bireye özel beslenme ve egzersiz programlarının yürütülmesi, kendi kendine kan glikoz düzey izleminin yapılması ve gerekli olduğunda insülin tedavisinin uygulanması önemlidir (19,20,33,34). Ayrıca stresle başetme, uykunun yeterli olması, sigara ve alkol kullanmama gibi sağlıklı yaşam davranışlarının da benimsenmesi gerekmektedir (20,35). Bu nedenle kadınlar, GDM yönetimini; zor, ağırlı, bunaltıcı, zahmetli, korkunç ve stresli olarak tanımlayabilmektedirler (26-28,30-31). Buna karşılık, GDM yönetiminde gerekli olan yaşam biçimi değişikliklerine olumlu cevap veren kadınlar da bulunmaktadır. Bandyopadhyay ve ark. (36), diyetlerinde değişiklik yapan kadınların kendilerini daha enerjik hissettiklerini ve GDM'yi yaşam biçimini geliştirme fırsatı veren bir durum olarak gördüklerini belirtmektedir.

GDM'si olan gebe, bebeğinin sağlığı ile ilgili endişelenirken, beslenme ve egzersiz önerilerini uygulama konusunda kararsızlık yaşayabilmektedir (36). Gebe, bebeğinin sağlığının risk altında olması nedeniyle kendisini suçlarsa, önerilen



beslenme ve egzersiz programına uyma zorunluluğu hissedebilmektedir (26,30). Buna karşılık bazı gebeler; diyetle yer alan kısıtlamaların, bebeğin gelişimi ve sağlığını olumsuz etkileyebileceğini düşünebilmektedir (27,32,36). Bazı gebeler ise; egzersiz programında yer alan aktivitelerin bebek için yük olduğunu düşünebildiklerinden programa uymamaktadır (36). Bu nedenle hemşirelerin, bebeğin sağlığı ile ilgili endişelerin kadını motive edebilirken olumsuz etkilerinin de olabileceğini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (29).

GDM'si olan gebeler, durumlarını kabul ettikçe GDM ile ilgili bilgi aramaya başlamaktadır (28-30). Kadınların genellikle GDM ve diyabet ile ilgili farkındalıkları bulunurken GDM ya da diyabetin kendilerini ya da bebeklerini nasıl etkileyebileceklerinin farkında olmadıkları belirtilmektedir. GDM tanısının etkilerine yönelik bilgi eksikliği, gebelerin belirsizlik ve güçsüzlük yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle, hemşirenin GDM'si olan gebelere doğru zamanda, uygun bir ortamda ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak, diyabet ile ilgili yanlış anlamaları ele alan, takiplere düzenli gelmeyi teşvik eden bilgi vermeleri ve destek sağlamaları gerekmektedir. Bu desteğin; duygusal tepkiyi ele alan, korkuları azaltan ve kadınların gelecekteki sağlığı ile ilgili kontrolü ele alma potansiyellerini arttıran bir şekilde verilmesi gerekmektedir (27,36). GDM tanısının kadınlar üzerindeki psikolojik etkisi, önemli bir konudur. Bakımın devamlılığı, kadınlar için daha fazla psikolojik destek sağlayabilir. Planlanan eğitimlerin, kadına yeterli sosyal destek verilmesini sağlamak amacıyla aile üyelerine de verilmesi gerekmektedir. Böylece, kadınlar, GDM tanısına uyum sağlamaya ve üstesinden gelmeye yardımcı olacak tutumu benimseyebilirler (29).

Sağlık Bakanlığı (37)'nin yayınladığı "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi"nde yer alan "Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi"nde diyabeti olan ve gebe kalmaya karar veren kadınların gebelik öncesi dönemde ve GDM'nin perinatal dönemde yönetimi ile ilgili bilgiler yer aldığı ancak GDM'si olan gebenin psikososyal uyumu ile ilgili herhangi bir içeriğinin olmadığı gözlenmiştir. GDM'nin hem kadın hem de fetüs/yenidoğan sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri göz önünde bulundurulduğunda, kadının gebeliğe, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM'ye, GDM yönetimi için gerekli olan yaşam biçimi değişikliklerine uyumunun değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle, GDM'si olan gebelerin tanı aşamasından

itibaren takip edilmesi, gebeliğe psikososyal uyum ile ilgili bir problem tespit edildiğinde uyumun artırılmasına yönelik fiziksel ve psikososyal sorunları ele alan çok yönlü bir bakımının verilmesi önemli ve gereklidir. Hem uluslararası hem de ulusal literatürde, GDM'si olan gebelerin psikososyal uyumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak uluslararası literatürde, GDM tanısı alındığında yaşanan duyguların ve GDM'nin yönetimini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik nitel çalışmaların yer aldığı gözlenmiştir (26,29,30,36,38-40). Bu nedenle, GDM'si olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonuçlarının, ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacağı ve perinatal alanda çalışan hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, GDM'si olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **1.3. Araştırma Soruları**

1. GDM'si olan ve sağlıklı gebelerin psikososyal uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. GDM'si olan ve sağlıklı gebelerin psikososyal uyumunu etkileyen faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebeliğe Psikososyal Uyum

Uyum, toplumsal çevreye veya bir duruma uyum sağlama olarak tanımlanmaktadır (41). Freedman (42) uyumu, bireyin kendisinde ve çevresinde karşılaştığı değişiklikleri karşılama ve dengesini devam ettirme amacıyla kullandığı yöntemler olarak tanımlamaktadır. Sonuç olarak birey, çevresi ile sağlıklı iletişim kurar ve bunu geliştirip sürdürebilirse uyum sağlamış olur (43).

Çevresel faktörler, duygu ve düşünceler, dürtü ve arzular uyum sürecini ve düzeyini etkilemektedir. Bireyin çevresi ile sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için öncelikle kendisinde meydana gelen psikososyal değişiklikleri anlaması ve kabul etmesi gerekmektedir (44). Uyumun toplumsal açıdan sağlıklı olabilmesi için; sosyal, davranışsal ve psikolojik değişimlerin tam bir bütünlük içerisinde olması gerekmektedir (45).

Büyüme ve gelişme sürecinin sağlıklı bir şekilde devamını sağlayan uyum, insan yaşamının her döneminde özellikle de fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı gebelik döneminde daha önemli hale gelmektedir (45,46). Bu dönemde kadının, hem kendi sağlığını hem de fetüsün/yenidoğanın sağlığını korumak ve geliştirmek için yaşanan değişimlere uyum sağlaması oldukça önemlidir (4).

Gebelik, aileye yeni bir üyenin katılacağı farklı bir hayata geçiş dönemidir. Bu geçiş dönemi, gebelik sırasında normal olarak var olan psikolojik hazırlık süreci boyunca devam eden bir kriz olarak düşünülmektedir (3,47). Aile üyelerinin gebeliğe psikososyal uyumunun yetersiz olması da kriz döneminin yaşanmasına yol açabilmektedir. Bu kriz dönemini başarıyla tamamlayan aileler, normal fonksiyonlarına dönerek güçlenmektedir (47).

Kadının gebeliğe psikososyal uyumu, gebelik boyunca kadında ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ile birlikte oluşmaktadır. Bu nedenle süreç, kadının gebelik haftasına göre değişiklik göstermektedir (47-49). Lederman ve Weis (3), gebelikte yaşanan psikososyal değişimin yedi boyutu olduğunu belirlemiş ve bu değişimlerin önemli yönlerini tanımlamıştır.

### 2.1.1. Gebeliğin Kabulü

Gebeliğin kabulü, gebeliğe bağlı ortaya çıkan değişim ve gelişmelere verilen uyum cevapları ile ilişkilidir. Lederman ve Weis (3), anne olma isteğinin genellikle gebeliğin kabulünü kolaylaştırdığını ancak gebeliğin kabulünün her zaman bebeğin istendiği ve anneliğe hazır olunduğu anlamına gelmediğini belirtmektedir.

Gebeliğin ilk haftalarında kadın, gebe olup olmadığını anlamak ve doğrulamak amacıyla gebeliğe bağlı vücudunda meydana gelen değişimleri incelemektedir (50). Gebelik kesinleşinceye kadar oluşan bu belirsizlik nedeni ile kadınlar endişeli hissedebilmektedir. Ancak bu belirsizliğe verilen tepki genellikle bireysel olmaktadır (47,50).

Gebelik tanısının kesinleşmesiyle birlikte kadınların çoğunluğu ambivalan duygular yaşamaktadır. Gebelik planlı ya da plansız olsun, kadınlar başlangıçta gebeliği reddedilebilmekte ya da kararsızlık yaşayabilmektedir (51). Bunun nedeni; gebelikte yaşamda meydana gelebilecek değişimler, ekonomik güçlükler, ev ile ilgili problemler, gebeliğin çalışma hayatına etkisi, gebeliğe hazır olmama ve fiziksel rahatsızlıklar olabilmektedir (49,52). Primipar gebeler, iyi bir ebeveyn olup olamayacağı konusunda endişe hissederken; multipar gebeler, doğacak bebek ile birlikte diğer çocuklar ve eşi ile olan ilişkilerinin nasıl etkileneceği konusunda endişe hissedebilmektedir (51). Ambivalan duygular, üçüncü trimesterde yoğun bir şekilde devam ediyorsa çözülmemiş çatışmaların bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir (3).

İlk trimesterde, gebeliğini kabullenen gebelerin uyum süreci daha olumlu olmaktadır (53). Kadının gebeliğini kabullendiğini gösteren belirtiler; gebelikten hoşlanma, mutlu hissetme, fiziksel yakınmaları tolere edebilme, gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusuna sahip olmasıdır (3). Gebeliğin kabulü, kadının inancı, tutumu, görev ve sorumluluk bilinci, ilişkileri, davranışları ve geçmiş yaşam deneyimleri gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (3,54). Gebenin eşi ile olan ilişkisi gebeliğin kabulünde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Eşi ile olan ilişkisinde kendisini mutlu hisseden ve sosyal desteği yeterli olan gebelerin gebeliği kabullenmeleri daha kolay olabilmektedir. Gebe için önem taşıyan diğer kişilerin de gebeliği kabullenmeleri, gebeliğin kabulünü kolaylaştırabilmektedir (3).

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da gebeliğin kabulü ile ilgili bir sorun olduğunu gösteren belirtiler; mutsuz ve bunalmış hissetme, gebelik nedeni ile hayatın kötüleşeceğine inanma (evliliğin bozulması, çalışma hayatının sona ermesi vb.), sürekli olarak hasta hissetme ve gebelik ile ilgili pişmanlık duymadır. Gebeliğin kabul düzeyinin düşük olması; gebeliğin plansız ve istenmemiş olması, derin çatışma ve korkuların yaşanması, şiddetli fiziksel şikâyetlerin var olması ve stres ile ilişkilendirilmektedir (3,4). Gebeliğin kabul edilmesi aşamasında zorluk yaşanması, gebeliğe ve anneliğe uyumu zorlaştırabilmekte ve doğuma ilişkin daha fazla korku yaşanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca gebeliğe psikososyal uyumu düşük olan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, preterm eylem ve hipertansiyon gibi gebelik komplikasyonlarını yaşama olasılıkları daha yüksek olabilmektedir (3,4,55).

### **2.1.2. Annelik Rolünün Kabulü**

Annelik rolünün kabulünde, ilk olarak gebeliğin kabulü ve gebeliğin yaşam biçimiyle bağdaştırılması gerekmektedir (3,56). Ancak anne olmaya karar verme ve gebe kalma, annelik rolünün kabulü için yeterli olmayabilmektedir. Meighan ve Mercer (6)'e göre, annelik rolünün ortaya çıkması ve annenin yaşam biçimine annelik davranışlarını uyarlayabilmesi rol başarım sürecidir. Annelik rolü başarımı, gebelik süresince gelişen, doğumla birlikte başlayan ve doğumdan bir yıl sonrasına kadar devam eden bir süreçtir (57). Doğumla birlikte kadın, daha önce alışmış olduğu yaşam tarzından, kendisine bağımlı bir bireyin ihtiyaçlarını karşılayan, eş ve mesleki rolleri üzerine annelik rolünün de eklendiği yeni bir yaşam tarzına geçiş yapmaktadır (58,59).

Özellikle gebeliğin ikinci trimesterinde meydana gelen fiziksel değişimlerle birlikte gebelik, kadın ve ailesi için daha gerçek bir olay haline gelmeye başlamaktadır. Uterusun abdomen üzerinden hissedilmesi, kilo artışı, memelerdeki değişimler, bebeğin ultrasonografide görüntülenmesi, kalp seslerinin duyulması, cinsiyetinin öğrenilmesi ve fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesi önemli fiziksel değişimlerdir. İlk trimesterde fetüsü vücudunun bir parçası olarak gören gebe, fetal hareketleri hissetmesi ile birlikte fetüsü ayrı bir parça olarak algılamaya başlamaktadır (47,48,51). Bu durum, gebenin doğmamış çocuğunu hayal etmeye başlamasına ve sevgisinin artması ile birlikte bağlanmanın hızlanmasına yol açmaktadır. Gebe, bebeğine bağlanıp sahiplendikçe doğumdan sonra koruyuculuğu da artmaktadır (5).

Anneliğe uyumu etkileyen faktörler; kadının yaşı, eğitim düzeyi, sağlık durumu, sağlığı algılama durumu, sosyal destek varlığı, çocuğuna bağlanma düzeyi, benlik kavramı, ebeveynliğe hazırlık eğitimi ve sosyoekonomik durumudur (60-63). Annelik rolünün kabulü; çocuk sahibi olma ve annelik rolüne uyum sağlamada kadınlık algısı, çocuklara duyulan sevgi, üreme ve mutlu bir aile hayali, anne olma isteği, bağlılık ve hassasiyet gibi motive edici duyguları barındırmaktadır. Buna karşılık; çocuk sahibi olmanın sıkıcı olduğu düşüncesi, özgürlüğün kaybı ve kısıtlanma hissi, ekonomik sıkıntılar için endişelenme gibi olumsuz düşünceler anneliğe uyumu olumsuz etkileyebilmektedir (3). Gebeliğin başından sonuna kadar geçen sürede, annelik rolüne geçiş sürecinin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmesi, annenin uyumu ve fetüs/yenidoğanın sağlıklı gelişiminde önemlidir (63). Yapılan çalışmalarda, gebelik döneminde annelik uyumu yüksek olan kadınların doğum sonrasında da annelik uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (57,60).

### **2.1.3. Kendi ve Bebeğinin Sağlığına İlişkin Düşünceleri**

Gebeliğin ikinci trimesterinde, gebe daha çok fetüse odaklanmaktadır. İlk trimesterde yaşanan rahatsızlıkların azalması ile birlikte, gebe kendisini daha enerjik ve mutlu hissedebilmekte ve bu nedenle sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri düşünmektedir (51,53). Gebenin fetüsü koruma yeteneklerine yönelik ilgisi bu dönemde artmaktadır. Kıyafet seçimi, besin seçimi ve yaşadığı çevreye karşı daha hassas bir hale gelmektedir. Gebe, çevresinde gerçekleşen olayları, fetüsün sağlığını etkileme durumuna göre değerlendirdiğinden çevresindeki bireylere daha az ilgi gösterebilmektedir (49,51,53). Gebenin gebeliğe verdiği tepki olumlu olduğunda, gebelik duyularından zevk almakta, kendisini daha iyi hissetmekte ve bebeğini daha iyi anlamak için bebeğini hayal etmeye çalışmaktadır (47,48).

Gebeler, gebeliğin başlangıcından sonuna kadar, doğmamış çocuğu ve ebeveynliğin nasıl olması gerektiği konularında hayaller kurabilmektedir. Bu durum, gebelik trimesterine ve kadının çocuk sayısına göre değişebilmektedir (48). Gebede ve/veya fetüste riskli bir durumun gelişmesi ebeveynlik rollerinde karmaşaya yol açabilmekte ve yeni stres kaynaklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Gebenin ve bebeğin sağlığı ile ilgili korkular, doğuma hazırlık sürecini ve gebeliğe psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilmektedir (14).

Gebeliğin geç dönemlerinde babanın endişesi doğmamış bebeğin sağlığı ve annenin güvenliğine odaklanırken gebenin endişesi doğmamış bebeğin sağlığı ve doğum yapabilme kabiliyeti üzerine odaklanmaktadır. Gebe hem kendi sağlığını hem de doğmamış bebeğinin sağlığını korumak için diyet, egzersiz ve zararlı maddeler ile ilgili araştırma yapmaktadır. Eşler arasında bu endişelerin paylaşılması ve ifade edilmesi evlilik ilişkilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir (48).

#### **2.1.4. Kendi Annesi ile İlişkisi**

Gebenin kendi annesi ile olan ilişkisi, gebeliğe psikososyal uyum sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Kadının kendi annesinin hayatta olması, kendi çocukluk anılarındaki anne rolü, annesinin gebelik döneminde yanında olması, annesinin gebeliğe verdiği tepkiler, gebenin otonomisine duyduğu saygı ve empati gebenin psikososyal uyum düzeyini etkilemektedir. Annelik rolünün tanımlanması ve anne-kız çocuğu ilişkisinin yenilenmesi ve derinleştirilmesi, gebelikte sıklıkla birbirini tamamlayan iki önemli gelişimsel görevdir (3).

Gebenin annesi ile ilgili görüşleri önemlidir. Annesini rol model olarak onu taklit edebilmektedir. Kendi annesini zayıf gören gebe, hata yapmaktan korkan, endişeli biri haline gelebilmektedir. Doğum ve çocuk yetiştirme konusunda kendi annesinin deneyimlerini sıklıkla kendi kendine tartışabilmektedir. Kadının kendine özgü annelik kavramı, gerçek deneyimlerle genişleyebilmekte ve daha sonraki doğum ve çocuk yetiştirme sürecine kadar devam edebilmektedir. Bazen kadın annelik rolünü kabul etmemekte ve bebek bakıcısı ya da abla rolünde kalabilmektedir (3).

Gebeliğin son trimesterinde kadının annesine olan yakınlığı artmaktadır. Gebenin eşi ve kendi annesi tarafından verilen destek, kadının beklentilerine cevap verecek düzeyde sağlanıyorsa, sorunlarla baş etme kolaylaşmakta, gebeliğe ve anneliğe uyum sağlanabilmektedir (54). Gebenin annesi ile ilişkisinin olumlu olması, gebelik sürecinde gebenin ruh halini olumlu yönde etkileyebilmekte, aynı zamanda doğum esnasında da olumlu etkileri olabilmektedir (3,4).

#### **2.1.5. Eşi ile ilişkisi**

Gebelik boyunca kadının sosyal yönden desteklenmesi ve eş desteğinin bulunması, maternal iyilik halinin sürdürülebilmesi için gereklidir (3,12). Bu uyum

sürecinde gebe, eşinin kendisi ile ilgilenmesini, empati kurmasını, doğuma yaklaştığında ulaşılabilir olmasını, artan bu bağımlılık durumunu anlamasını ve babalık rolüne hazırlanmasını beklemektedir (2,3). Eşlerin, ebeveynlik rollerini yerine getirmeleri için sorumluluk paylaşımı yapmaları ve buna uymaları gerekmektedir. Aile üyelerinin de bu rollere uyum gösterebilmeleri için yakın çevresinden ve akrabalarından destek almaları önemlidir (45,51).

İçer dönme, gebelikte sık rastlanan bir durum olmakla birlikte kişinin kendine yönelmesidir. Bu durumda gebe, kendisi ile ilgilenmekte, yalnız kalma ve dinlenme ihtiyacı hissedebilmektedir. Aynı zamanda, doğacak çocuğuna hazırlık yapmak için planlar yapabilmekte ve eşinin kendisi hakkında hissettikleri ile ilgili duyarlılığı artabilmektedir. Eş ise, fiziksel veya sözlü etkileşimde bulunamadığını düşünebilmekte ve bu nedenle gebenin sevgi ve destek gereksinimlerini anlayamayabilmektedir. Çiftin bu yeni durumla ve yaşanan bu stres ile baş edebilmesi için birlikte çalışmaları ve sınırları aşmak için iletişimde bulunmaları, aile olmaya geçiş için önemlidir (45).

Gebelikte ortaya çıkan beden imajı ile ilgili değişimler, kadının bedeninde meydana gelen hızlı ve yoğun değişimler ile ilişkilidir. Bu değişimler, beden imajını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Bazı gebeler bu değişimlerin kendisine yakıştığını, doğurganlıklarını ve dişiliklerini ortaya çıkardığını düşünürken; bazı gebeler ise kendisini beceriksiz, hantal, sakar ve çirkin hissedebilmektedir. Bu değişimler nedeni ile kadının kendine güveni ve benlik saygısı azalabilmekte, aynı zamanda beden imajı olumsuz yönde etkilenebilmektedir (49,64). Bu durum, bazı gebelerde stres düzeyinin artmasına neden olabilmektedir. Bu değişimlerin açıklanması hem gebenin hem de eşinin gebeliğin bu yönüyle ilgili stres ilişkisini anlamalarına yardımcı olabilmektedir (48).

Kadının bedeninde meydana gelen değişimler; eşi, ailesi ve yakın çevresi ile olan iletişimi de etkileyerek beden imajı algısının değişmesine yol açabilmektedir. Kadının eşi kadar ailesi ve arkadaş çevresi de beden imajı algısını etkilemektedir. Gebenin; bedeninde meydana gelen değişimlerin normal olduğu ve bu değişimlerin kendisine yakıştığını duymaya ve doğum sonrası bu değişimlerin ortadan kalkacağı konusunda güvendirilmeye ihtiyacı olabilmektedir (49,58). Bu nedenle kadının çevresindeki bireylerin, değişimlerin olumlu ve geçici olduğunu ifade ederek gebenin



kendisini daha iyi hissetmesini ve beden imajının olumlu yönde etkilenmesini sağlaması önemlidir (10).

Kadının beden imajı algısı, cinsel isteği de etkileyebilmektedir. Gebelerin çoğu sevgi ve ilgi ihtiyacında artış hissetmesine rağmen, cinsel aktivitedeki değişimler her kadında farklı olabilmektedir. Gebelerin cinsel isteği artmakta, azalmakta ya da değişmeden kalabilmektedir. Kadının ilgisinin azalması, eşinin de ona karşı olan ilgisinde bir azalmaya neden olabilmektedir. Bu durum, gebenin çekiciliği hakkında endişe duymasına neden olabilmektedir. Cinsel ilişkinin gebeliğe ya da fetüse zarar verebileceği düşüncesi de, cinsel istekte azalmaya neden olabilmektedir. Eşlerin, gebelik süresince cinsellikle ilgili değişimlerin farkında olması ve birbirlerine açık olarak duygularını ifade etmesi gerekmektedir (2,49,58). Eş, gebeyi güzel, çekici bulur ve iletişim kurarsa, beden imajı olumlu yönde; olumsuz tepkiler verir ya da cinsel yönden ilgisiz kalırsa beden imajı olumsuz yönde etkilenebilmektedir (2,10).

Gebeliğin son aylarında, fiziksel ve duygusal destek ihtiyacı nedeni ile gebeler kendilerini eşlerine bağımlı hissedebilmektedir. Gebe, eşini telefon ile sık sık arayarak eşine ulaşabilir olduğunu bilmek isteyebilmekte ve bu durumu ifade etmese bile eşinin bu duygularını anlamasını bekleyebilmektedir (2,66). Annelik rolüne uyumda, gebelik döneminden itibaren alınan sosyal destek ile kadının kendine olan güveni arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (12).

### **2.1.6. Doğuma Hazır Oluş**

Kadının önceki deneyimleri, gebelik sayısı, gebeliği hakkında bilgi alma/arama davranışı, sosyo-demografik ve kültürel özellikleri, çevresel uyaranlar ve bu uyaranlara verdiği tepkiler, doğum eylemini ve gebenin hazır oluşluk düzeyini etkilemektedir (63). Doğum eylemi için anne, hem fiziksel yönden hem de duygusal yönden hazır ve desteklenmiş olmalıdır (66). Ancak gebelerin çoğunluğu doğum ile ilgili sınırlı düzeyde bilgiye sahiptir (47). Gebelik döneminde gebenin eğitim ihtiyacının belirlenmesi ve verilecek eğitimin doğum eylemi ile ilgili bilgileri içermesi önemlidir (66,67). Doğuma hazırlık sınıfları, güvenilir bilgi elde etmede önemli bir kaynaktır (47). Yapılan çalışmalar, bu eğitimlerin gebelerde doğum korkusunu azalttığını ve doğuma hazır oluş düzeyini artırdığını belirtmektedir (67-69).

### **2.1.7. Doğum Korkusu**

Gebelik süresince kadınlarda belirli ölçüde görülmesi normal kabul edilen doğum korkusu, maternal iyilik halini etkileyen duygusal bir streştir (70). Bu durum, çok şiddetli boyutlara ulaşırsa “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır. Gebelikten önce ortaya çıkan bu korku, gebeliğin üçüncü trimesterinde artabilmekte ve obstetrik komplikasyonların gelişmesine yol açabilmektedir (14,70). Doğum eylemine ilişkin korkular; psiko-sosyal faktörler; sosyal destek, eş desteği, öz-yeterlilik, post travmatik stres bozukluğu, düşük benlik saygısı, çocukluk çağı istismarı, anksiyete ve bu durumla baş etme yeteneği ile ilgilidir (71). Doğum eylemine ilişkin korkular; bebeğin ve gebenin kendisinin zarar görebileceği ve ölebileceği, doğum ağrısı, doğum esnasında duygusal ya da fiziksel kontrol kaybı ve panik yaşama ve sağlık personeline güvenmeme gibi nedenlerle gelişebilmektedir (72). Gebelerin çoğunluğu doğumun gerçekleşeceği zamanın bilinmemesi, zamanında hastaneye ulaşamama ve doğum anında yaşayacakları ile ilgili korkulara sahip olabilmektedir. Primipar gebeler bilinmeyen korkusu yaşarken, multipar gebeler yeni bir doğumun getirecekleri ve yaşanabilecek olumsuzluklara ilişkin korku yaşayabilmektedir. Gebeliği kabullenmede zorluk çeken kadınların doğuma ilişkin daha fazla korku yaşadığı belirtilmektedir (3). Sağlık personeli tarafından verilecek eğitim ve eş desteği, kadının bu korkularıyla baş etmesine yardımcı olabilmektedir (2,62,69). Yapılan çalışmalar, doğuma ilişkin yeterli bilgi sahibi olma, eş ya da yakınların desteğini alma ve profesyonel bakım alma ile olumlu, mutlu ve sağlıklı bir doğum süreci geçirme arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (62,73).

### **2.2. Gebeliğe Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler**

Gebelik sürecini her kadın farklı yaşamaktadır. Bu nedenle, meydana gelen değişimlere gebenin verdiği tepkiler ve psikososyal uyumu da farklılık göstermektedir. Gebeliğe psikososyal uyum süreci; gebenin yaşı, gebeliği isteme durumu, gebelik sayısı, doğum öncesi bakım alma durumu, sosyal destek, stres ve stresle başa çıkma ve gebelik komplikasyonları gibi faktörler tarafından etkilenebilmektedir (13,53,56,74,75).

### 2.2.1. Gebenin Yaşı

Gebe kalmak için en uygun yaşı 20-35 yaşlar arası olduğu kabul edilmekle birlikte 18 yaş altı gebelikler annelik rolü başarımında daha fazla sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Kendi kimlik ve benliklerini bulmaya çalıştıkları dönemde gebe kalan adölesanlar, gebeliğin getirdiği gelişimsel görevleri başarmada sorun yaşayabilmektedir (48). Jemmott ve ark. (76), adölesan annelerin gelişimsel olgunluğa ulaşmamaları nedeniyle, yetişkin annelere göre bebeklerine karşı sorumlu davranışlar göstermede daha yetersiz olduklarını belirlemektedir. Holub ve ark. (77)'nin adölesan gebelerin prenatal ve postpartum dönemde yaşadığı stres ile anneliğe uyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, gebelik stresi ve ebeveynlik kaygısı yüksek olan adölesan annelerin annelik rolüne uyumlarının düşük ve doğum sonu kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Gereklioğlu ve ark. (78), adölesan annelerin, gebelik döneminde yaşanan hızlı fiziksel ve psikolojik değişimlere bağlı olarak annelik rolüne uyumda zorlandıklarını bu nedenle postpartum dönemde daha fazla depresyon yaşadıklarını belirtmektedir.

35 yaş üzeri gebeliklerde psikososyal uyum ile ilgili yaşanan çatışma, genç yaştaki gebeliklere göre daha kısa sürmektedir. 35 yaş üzeri gebeler; gebelikleri süresince gerçekleşen fiziksel değişimler ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme ve gebelik ve ebeveynlik konularında daha az endişeli olma eğilimindedir. Bunun nedeni, problem çözme deneyimlerinin daha fazla olmasıdır (47). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin, 18-29 ve 30-44 yaş gruplarındaki gebelerde prenatal uyumu incelediği çalışmasında; 30-44 yaş grubundaki gebelerin 18-29 yaş grubundaki gebelere göre kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, doğuma hazır oluş ve doğum korkusu açısından daha uyumlu olduklarını belirlemiştir.

### 2.2.2. Gebeliğin İstenme Durumu

Gebeliğin istenme durumu; bilişsel, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir kavramdır. Gebelik planlanırken, kadının gebe olma kararı sadece kendi isteği ile gerçekleşmemektedir. Eş, aile ve akran grubunun baskısı da eşlerin çocuk sahibi olma kararını etkileyebilmektedir (2). Özellikle eş desteği, finansal ve duygusal destek gebenin olumlu tutum geliştirmesi için önemlidir (47).

Kadınların gebelikteki davranışları, gebeliğin istenme durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (47). İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların, daha az prenatal bakım aldığı, gebelikte yetersiz beslendiği ve daha fazla miktarda sigara tükettikleri belirtilmektedir (47,79,80). Gebeliğini isteyen ve zamanını planlayan kadınlar ise, gebelik süresince sağlık kontrollerine ve kendi bakımlarına daha fazla önemseyebilmektedir (2). Tortumoğlu ve ark. (81); gebeliğini isteyen kadınların öz-bakım güçlerinin gebeliğini istemeyenlere göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada yazarlar, isteyerek gebe kalan kadınların gebeliğe psikolojik olarak hazır olmaları ve gebelik döneminde bakımlarına daha fazla önem göstermeleri nedeniyle öz-bakım güçlerinin daha yüksek olduğunu, bu yüzden gebeliğe daha kolay uyum sağladıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, gebeliğin planlanma durumunun gebeliğe psikososyal uyum düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir (55,63,82). Akbaş (9)'ın yaptığı çalışmada, anneliğe hazır olanların olmayanlara göre depresyon puanlarının düşük olduğu, istenen gebeliklerin anneliğe hazır olma açısından belirleyici olduğu belirtilmektedir.

### **2.2.3. Gebelik Sayısı**

Gebelik sırasında gelişimsel görevler, multipar gebelerde primipar gebelere göre daha karmaşık olabilmektedir (83). Multipar gebelerin, mevcut çocukları ile daha fazla birlikte vakit geçirme ve onlara karşı sorumluluklarını yerine getirme ile ilgili endişeleri olduğundan ilk gebeliğinde olduğu gibi kendisine zaman ayıramayabilmektedir. Yeni bebeğin kabulünü beklerken, aile üyelerinin ilk çocukta yaşanan heyecandan daha az heyecanlı olduğunu hissedebilmektedir (50,51). Gebeliğe psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda; daha önce anne olan kadınların ilk kez anne olanlara göre annelik rolüne uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır (84,85).

### **2.2.4. Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu**

Doğum öncesi bakım, gebeyi gebelik komplikasyonlarından korumayı, anne ve bebeğin iyilik halini sağlamayı, aileyi yeni rollere ve yeni üyelerine hazırlamayı amaçlamaktadır (66). Doğum öncesi bakımı yeterli düzeyde almamış gebeler, yeterli bakım alanlara göre gebelik ve doğum komplikasyonları açısından daha fazla risk

altındadır (86). Gebelik ve doğum sürecinde komplikasyon gelişmesi, annelik rolüne geçiş sürecini zorlaştırabilmekte ve gebeliğin kabul süreci uzayabilmektedir. Ayrıca, gebe, gebelikte görülebilecek fiziksel rahatsızlıklarla baş edememe nedeni ile gebeliğine ve bebeğine yönelik olumsuz tutum kazanabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı, annenin gebeliğe psikososyal uyumunun doğum öncesi bakım hizmetleri içerisinde değerlendirilmesi önemlidir (54,86,87).

### **2.2.5. Sosyal Destek**

Sosyal destek, stres altında ya da güç durumda olan kişiye çevresindekiler (eş, aile, arkadaş vb.) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir. Stres olsun ya da olmasın kişinin sağlığını doğrudan olumlu yönde etkileyen sosyal destek, strese sebep olan olayların yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır (88). Sosyal desteği yeterli olan gebelerde gebeliğin tatmin edici ve istenilen bir durum olması nedeni ile gebeliğe psikososyal uyum kolaylaşmaktadır (87). Ayrıca, sosyal desteğin kısa ve uzun vadede anne ve bebek sağlığı üzerine olumlu etkilere sahip olduğu belirtilmektedir (46,89,90). Sosyal destek yetersiz olduğunda ise, gebelik ve doğum sonu dönemde, ruhsal sağlığın bozulması sonucu annenin yaşamı etkilenmekte, beslenme alışkanlığı bozulmakta, sigara, alkol ve madde kullanımında artış görülmekte ve sonuçta anne ve bebeğin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir (91,92). Orr (93) çalışmasında, yeterli sosyal desteğe sahip olan gebelerin gebelikte ortaya çıkan değişikliklerden etkilenme düzeyinin daha az olduğunu ve sosyal desteği yetersiz olan gebelere göre gebelik sürecini daha doyumlu yaşadıklarını belirlemiştir. Karaçam ve Ançel (94)'in gebelerde depresyon ve kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, gebelerin %27,9'unda tedavi gerektirecek düzeyde depresyon olduğu ve kadınlar tarafından algılanan sosyal desteğin, kaygı ve depresyonu azalttığı belirlenmiştir.

Kadının gebeliğe psikososyal uyumunda etkili olan faktörlerden biri de aile yapısıdır. Gebelikte yeterli sosyal desteğin varlığı, bebeğinin sağlığı için de önemlidir. Gebe, ihtiyaç duyduğu sevgi, yakın ilgi ve bakımı aile üyelerinden elde edebilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve öz-bakım gücünün kazandırılmasında aile üyelerinin özellikle de eşin sağlayacağı destek önemlidir (12). Gebelik döneminde eşine hoşgörü, anlayış ve özel ilgi gösteren, bebeğinin anne karnındaki gelişimiyle

ilgilenen, eşine destek veren baba adaylarının çocuklarının daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (3). Etkili psikososyal kaynaklar ve yeterli sosyal desteğin, annenin stresini azaltarak iyilik halini koruduğu belirtilmektedir (95). Rini ve arkadaşları (96), eş desteğinin, kişiler arası uyumu (sosyal becerileri, sosyal ağ uyumları, yetişkinlerle bağları vb.) ve eş ile olan ilişki özelliklerini (ilişki kalitesi, duygusal yakınlıkları, içtenlikleri vb.) etkilediğini belirlemiştir. Eşleri ile olan ilişkileri yüksek kalitede olan kadınların, eş desteğini daha etkili olarak algıladığı belirtilmektedir.

Geniş ve çekirdek aileye sahip gebelerin eşi ile olan ilişkileri gebelikten farklı şekilde etkilenmektedir. Geniş aileye sahip olan gebelerde, ailedeki birey sayısının artması nedeni ile eşler arasındaki yakınlaşma engellenebilmekte, birlik ve beraberlik bağları zayıflayabilmektedir. Çekirdek aileye sahip gebelerin eşi ile ilişki durumu daha iyi olmakta ve bu kadınlar gebeliğe daha kolay uyum sağlamaktadır (81,91). Ancak, geniş aileye sahip olan gebenin de aile bireylerinden destek aldığı ve sosyal destek ihtiyacının azaldığı belirtilmektedir (46). Malatya’da yapılan bir çalışmada, geniş aileye sahip gebelerin depresif semptomlarının çekirdek aileye sahip gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (9).

### **2.2.6. Stres ve Stresle Başa Çıkma**

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal açıdan tehdit edilmesi ve zorlanması sonucunda ortaya çıkan gerginlik halidir (97). Aynı zamanda, değişime uyum gerektiren çevresel istek ve beklentiler bütünü olarak da tanımlanmaktadır (84). Stres, bireyin değerlendirme sürecinin bir sonucudur. Birey, potansiyel stres yapıcıyı algılama durumuna göre strese girmeye veya girmemeye karar vermektedir. Bu değerlendirme, kişisel becerilerin ve çevrenin istekleri karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir (97).

Stresle başa çıkma, stres oluşturan etkene karşı bireyin direnmesi ve baş edebilmesi için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir. Stres oluşturan durumun ortaya çıkması ile birlikte stresle başa çıkma süreci başlamaktadır (98). Strese karşı verilen bedensel tepkiler benzer olmakla birlikte psikolojik tepkiler, çevre ve bireysel faktörler nedeniyle değişiklik gösterebilmektedir (99). Birey stres yaratan durumun farkında olur, davranış değişimi gerekliliğine inanır ve çözüm ararsa stresle başa çıkabilmektedir. Stresle başa çıkma süreci başarılı olursa stres kontrol altına

alınmakta; başarısız olursa, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (99-101).

Gebelik, hemen hemen hiçbir yaşam olayında görülmeyen nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin meydana geldiği, kadın için rol geçişinin yaşandığı ve uyumu gerektiren stres verici bir yaşam dönemdir (53,102). Bayık ve ark. (102)'ları, stres veren 43 yaşam olayı arasında birinci sırada gebelik olduğunu saptamıştır. Gebelik sağlıklı olsa dahi, psikososyal yönden riskli bir dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan psikososyal sorunlar, anne ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (54). Psikososyal stres (stresli yaşam olayları veya maternal psikopatoloji), fetüsün gelişimini olumsuz etkileyebilmekte, intrauterin büyüme geriliği ve zekâ geriliğine yol açabilmektedir (103). Bu nedenle, gebelerin etkili stresle başa çıkma yöntemlerini kullanmaları önemlidir. Lobel ve ark. (104), gebelerin birinci ve ikinci trimesterde genellikle spiritüel başa çıkma tarzını kullandıklarını belirlemiştir. Huizink ve ark. (105), gebelerin ilk trimesterde duygusal odaklı, ikinci ve üçüncü trimesterde duygusal ve problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını saptamıştır.

Sosyal desteğin varlığı; gebenin kendini iyi hissetmesine, olumlu duygulanım durumunu güçlendirerek gebeliğe bağlı değişiklikleri daha rahat geçirmesine, stresle başa çıkma ve stresin olumsuz etkilerine karşı koymasında yardımcı olmaktadır (106). Aile üyeleri özellikle eşler, gebelerin en önemli destek kaynağıdır (107). Literatürde, gebelik süresince aile ve çevreden alınan sosyal desteğin; gebenin yaşam kalitesini, iyilik halini ve sosyal kaynaklardan yararlanma düzeyini arttırdığı; stres yaratan durumlar ve anksiyete ile baş etmesini sağladığı ve annelik rolüne geçiş sürecini kolaylaştırdığı belirlenmiştir (89,108). Kadınlar gebelikleri süresince yetersiz destek alırlarsa, prenatal bakıma başlamada geç kalabilmekte ve gebelik ve sonrası süreçte depresyon yaşayabilmektedir (50,54,92).

### **2.2.7. Gebelik Komplikasyonları**

Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına rağmen, kadında önemli fiziksel ve psikososyal değişikliklere neden olmaktadır. Gebeler, bu değişikliklere bağlı olarak bazı rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Bu rahatsızlıkların yanında, gebelerin %20-30'u riskli durumlarla da karşılaşabilmektedir (109). Annenin ve bebeğin sağlığını tehdit eden risk faktörlerinin varlığı ve gebeliği normal yaşayamama, sağlıklı bir anneliğe

geçiş olumsuz etkilemektedir (110). Gebeliğinin normalden saptığını duymak, gebe ve ailesi için oldukça güç bir durumdur. Kadının hem kendi hem de doğacak bebeğinin sağlığının tehlike altında olması, gebe ve ailesinin endişe ve stresinin artmasına neden olabilmektedir (111,113).

Gebelikte uyum süreci büyük önem taşımaktadır. Ancak riskli durumlarla karşılaşıldığında gebenin hem gebelik sürecine hem de kendi ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek duruma uyumu daha da önemlidir (30). Risk altındaki gebelik yaşantılarının, kadınlarda; aşırı hassasiyet, kontrol eksikliği, belirsizlik ve stres duyguları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (16,17,82). Dülgerler ve ark. (113)'nın riskli gebelerde ruhsal belirtileri inceledikleri çalışmasında, gebelerin gebelik boyunca eşleri ile olan ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve depresyon risklerinin arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle riskli gebeler, gebeliğe psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilecek depresyon ve sosyal destek faktörlerinden en önemlisi olan eş ile ilişkinin bozulması açısından risk altındadır. Bu açıdan, riskli gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

### **2.3. Gestasyonel Diyabet**

Gebeliğin en sık görülen tıbbi komplikasyonlarından birisi olan gestasyonel diyabet (GDM), tanısı ilk kez gebelik sırasında konulan glikoz tolerans bozukluğudur (18,20). Genellikle ikinci trimesterde insülin direncinin artması sonucu gebeliğin 24-28. haftalarında ortaya çıkmaktadır (19).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) (21,114)'un aktardığına göre; GDM, ilk olarak O'Sullivan ve Mahan tarafından 1964 yılında oral glikoz tolerans testi kriterlerinin belirlenmesiyle tanımlanmıştır. Bu kriterler yıllar içerisinde revize edilmiş, 2008 yılında Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome/ HAPO isimli araştırmanın yayınlanması ile birlikte 2010 yılında yeni kriterler gündeme getirilmiştir (19).

Gebelik sırasında, hiperinsülinemi, insülin direnci, hipoglisemi ve hiperglisemi normalde görülebilmektedir (20,114). Bu değişimler, bebeğe gerekli glikoz geçişini sağlamaktadır. Gebelikte salgılanan; östrojen, progesteron, prolaktin, kortizol, büyüme hormonu ve özellikle human plasental laktojen artışı bu değişikliklerden



sorumludur. Gebeliğin ilerlemesi ile artan plasental hormonlar nedeni ile insülin ihtiyacı artmakta ve artan bu ihtiyacın karşılanabilmesi için pankreasta değişimler (hipertrofi ve hiperplazi) meydana gelmektedir. Pankreasta meydana gelen bu değişim sonucu artan insülin ihtiyacı karşılanamazsa GDM ortaya çıkmaktadır (20).

### **2.3.1. Gestasyonel Diyabet Prevalansı**

GDM, sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte dünya genelinde giderek artmaktadır (38). Bunun en önemli nedenleri; fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlığının değişmesi, obezite artışı ve tanı testlerindeki eşik değerlerin düşmesidir (114,115). ADA; her yıl 135.000 gebede (gebelerin yaklaşık %4'ünde) GDM saptandığını belirtmektedir (20). 2010 yılında Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups-IADPSG) tarafından önerilen tarama ve tanı kriterlerine göre; dünya genelinde gebelikte hiperglisemi prevalansının %17 olduğu düşünülmektedir (19). GDM insidansı, yaşla birlikte artmaktadır. GDM insidansının 25 yaş altı kadınlarda %0,4-0,8, 25 yaş üstü kadınlarda ise %4,3-5,5 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (114).

### **2.3.2. Gestasyonel Diyabetin Fetal ve Maternal Etkileri**

GDM'nin, perinatal morbidite ve mortalite oranlarında beş kat artış ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (20). Bu nedenle, GDM'nin ortaya çıkarabileceği maternal ve fetal risklerin önlenmesi amacıyla erken tanı ve tedavi önemlidir. GDM'si olan gebelerde; gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, sezaryen ve buna bağlı komplikasyonların daha sık görüldüğü belirtilmektedir (19). GDM gelişen kadınların %10'undan fazlasında doğumdan sonra Tip 2 DM gelişmektedir. GDM'nin on yıllık izlemlerinde, bu riskin %70'in üzerine çıkabileceği bildirilmektedir (19,21). Ayrıca, gebelikte obezite ve hipergliseminin varlığı, yenidoğanda ileriki dönemlerde diyabet ve obezite riskinin artmasına ve kardiyometabolik hastalıkların gelişmesine yol açabilmektedir (23). Tablo 2.1'de, GDM'nin fetal, maternal ve neonatal olumsuz etkileri yer almaktadır (114). Ayrıca, maternal glisemik kontrolün yetersiz olması, perinatal mortalite oranlarında artış ile ilişkilendirilmektedir (20).

**Tablo 2.1.** Gestasyonel Diyabetin Fetal, Maternal ve Neonatal Etkileri

Fetal Etkiler	Maternal Etkiler	Neonatal Etkiler
• Konjenital anomali	• Spontan abortus	• Respiratuar distress sendromu
• Intrauterin gelişme geriliği	• Hiperglisemi	• Hipoglisemi
• Makrozomi	• Şiddetli hipoglisemi	• Hipokalsemi
• Preterm eylem	• Poli/oligohidroamniyoz	• Hiperbilirubinemi
• Doğum travması	• İdrar yolu enfeksiyonu	• Polisitemi
	• Preeklampsi	• Ölüm
	• Uç organ hasarı	
	• Anemi	
	• Sezaryen	
	• Doğum sonrası kanama ve doku enfeksiyonu	

### 2.3.3. Gestasyonel Diyabet ile İlişkili Risk Faktörleri

GDM ile ilişkili aşağıda yer alan risk faktörlerinden herhangi birine sahip olan gebelerde GDM gelişme riski artmaktadır (20,114,116,117).

- Bozulmuş glikoz toleransı ya da önceki gebelikte GDM'nin olması,
- Daha önceki doğumlarda yenidoğanın doğum kilosunun 4000 gram ve üzerinde (makrozomi) ya da 2700 gram ve altında olması,
- 25 yaş üstünde olma,
- Tip 2 DM prevalansının yüksek olduğu bir etnik gruba mensup olma (Yerli Amerikalılar, Hint kökenliler, Afrika kökenli Amerikalılar, İspanyol kökenli Amerikalılar ve Asya kökenliler)
- Birinci derece akrabalarda diyabet öyküsünün olması,
- Gebelik öncesi beden kitle indeksinin (BKİ) 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üstünde olması, erken yetişkinlik dönemi ve gebelikler arasında kilo artışının fazla olması ya da gebelikte kilo artışının fazla olması,
- Önceden nedeni belli olmayan perinatal kayıp yaşama ya da anomalisi olan bebek sahibi olma,
- İlk prenatal ziyarette glikozüri belirlenmesi,

- Diyabet gelişimi ile ilişkili metabolik durumların var olması (metabolik sendrom, polikistik over sendromu, glikokortikoid kullanımı ve hipertansiyon).

Tablo 2.2’de, GDM için risk değerlendirme kriterleri ve tarama önerileri yer almaktadır.

**Tablo 2.2.** Gestasyonel Diyabet İçin Risk Değerlendirme Kriterleri ve Tarama Önerileri

<b>Risk</b>	<b>Kriterler</b>	<b>Tarama Önerileri</b>
Düşük	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebelik öncesi ve doğumda normal BKİ’ye sahip olma</li> <li>• 25 yaş altında olma</li> <li>• 1. derece akrabalarda diyabet olmaması</li> <li>• Normal glikoz metabolizmasına sahip olma</li> <li>• Kötü obstetrik öykünün olmaması</li> </ul>	Tarama için glikoz yükleme testine gerek yoktur.
Orta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tip 2 DM prevalansının yüksek olduğu etnik grupta yer almama</li> <li>• Gebeliğin erken dönemlerinde yüksek riskli grupta olma ancak GDM tanısı almamış olma</li> </ul>	24-28. haftalarda, 50 gr glikoz yükleme testi uygulanmalıdır.
Yüksek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obez olma</li> <li>• 1. derece akrabalarda diyabet olması</li> <li>• Önceki gebeliklerde GDM öyküsü olması</li> <li>• Gebelik dışında bilinen glikoz intoleransının bulunması</li> <li>• Glikozüri görülmesi</li> </ul>	Gebeliğin mümkün olan en erken döneminde tek ya da iki basamaklı yaklaşım ile test yapılmalıdır. GDM saptanmasa bile klinik şüphe varlığında testin 24-28.haftalarda tekrarlanması gerekmektedir.

#### 2.3.4. Gestasyonel Diyabet Taraması ve Tanı

En erken dönemde risklerin tanılanması ve risk gruplarının belirlenmesi; komplikasyonların önlenmesi, erken dönemde takip ve tedaviye başlanması ve maternal ve fetal/neonatal sağlığın geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (33).

Taramada, açlık kan glikoz düzeyi, herhangi bir zamanda ölçülen kan glikoz düzeyi ve Hemogloblin A1c (HbA1c) değerlerine bakılmaktadır. GDM taramasında, tek ve iki basamaklı olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır (20):

- **Tek basamaklı yaklaşım:** Açlık kan glikoz düzeyine bakıldıktan sonra 75 gr oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılarak 1. ve 2. saatte kan glikoz düzeylerine bakılır. GDM tanısı için, en az 1 patolojik değer görülmesi gerekmektedir (Açlık:  $\geq 92$ ; 1. saat:  $\geq 180$ ; 2. saat:  $\geq 153$ ) (117).
- **İki basamaklı yaklaşım:** İlk olarak 50 gr glikoz yükleme testi uygulanır. 1. saat glikoz düzeyi  $>140$  mg/dl olan gebelerde tanı amaçlı 100 gr OGTT yapılır. Yüklemeden önce, açlık kan glikoz düzeyine bakılır. 100 gr glikoz yüklemesinden sonra 1. 2. ve 3. saat kan glikoz düzeylerine bakılır. GDM tanısı için, en az 2 patolojik değer görülmesi gerekmektedir (Açlık:  $\geq 95$  1. saat:  $\geq 180$  2. saat:  $\geq 155$  3. saat:  $\geq 140$ ) (117).

GDM'nin tanı ve tarama kriterleri henüz netlik kazanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (118), GDM açısından düşük riskli kadınların taranmasını önermezken, ACOG (114) tüm gebelerin GDM açısından taranmasını önermektedir. Rehberlerin çoğunda, tanı konmamış Tip 2 DM'li gebelerin belirlenebilmesi için ilk prenatal ziyarette gebelerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi ve düşük risk grubunda değilse tüm gebelerin taranması önerilmektedir (19,118-120). ADA (20), GDM açısından düşük riskli gebelerin 24-28. haftalarda taranmasını; yüksek riskli gebelere ise gebelik başlangıcında 75 gr OGTT yapılmasını ve ilk taramada glikoz toleransı normal olan gebelerin, 24-28. haftalarda tekrar değerlendirilmesini önermektedir. IADPSG; yüksek riskli gebelerin tek basamaklı yaklaşım ile ilk prenatal ziyarette taranmasını ve GDM tanısı konulmazsa tarama testinin 24-28. haftalar arasında tekrarlanması; orta derecede riskli gebelerin 24-28. haftalar arasında taranmasını ve düşük riskli gebelerin ise taranmamasını önermektedir (19). Ülkemizde ise, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu iki basamaklı yaklaşımın kullanılmasını önermekle birlikte; kolay uygulanması ve GDM tanısına standardizasyon getirmesi nedeniyle alternatif olarak, 75 gr OGTT'nin de GDM tanısında kullanılabileceğini önermektedir (117).

### 2.3.5. Gestasyonel Diyabet Tedavisi

Tedavinin amacı, kan glikoz düzeyinin normal sınırlarda tutularak, perinatal morbidite ve mortalitenin en aza indirilmesidir. GDM'nin yönetiminde, farmakolojik ve nonfarmakolojik (yaşam biçimi ile ilgili düzenlemeler) yöntemlerin kullanımı ile olumsuz sonuçların önlenebileceği belirtilmektedir (118,121). GDM tedavisinde, bireye özel hazırlanmış beslenme ve egzersiz programları, kendi kendine kan glikoz düzey izlemi ve gerekli olduğunda insülin tedavisi ile kan glikoz düzeyinin normal sınırlarda tutulması ve özellikle tokluk kan glikozu ve HbA1c değerlerinin düzenli olarak izlenmesi gerekmektedir (19,20,33,34). Ayrıca stresle başetme, uykunun yeterli olması, sigara ve alkol kullanmama ve öz bakım uygulamalarını içine alan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gebelere kazandırılması önemlidir (20,122).

1. **Kendi Kendine Kan Glikoz Düzeyinin İzlemi ve Kontrolü:** Kendi kendine kan glikoz düzeyinin izlemi eğitimi, tedavinin temel taşı ve diyabet bakımının en önemli bileşenidir (122). Kendi kendine kan glikoz düzey izlemini öğretmedeki en önemli amaç, glisemik kontrolün sağlanmasıdır (123). GDM'si olan gebelerin kendi kan glikoz değerini ölçebilmeleri; hiperglisemi ve hipoglisemi ataklarının tespiti, gerekli önlemlerin alınabilmesi, komplikasyonların erken tanınması ve önlenmesi açısından gereklidir. GDM'si olan gebelere; GDM, gebelikte açlık-tokluk kan glikoz değerleri, glukometre kullanımı, açlık-tokluk kan glikoz düzeylerini kontrol etme zamanları, kan glikoz değerlerinin kaydedilmesi, hipoglisemi ve hiperglisemi belirtileri ve yapılması gerekenler ile ilgili eğitim verilmesi hastalığın kontrol altına alınmasında önemli role sahiptir (123,124). Kendi kendine kan glikoz düzey izleminin, üç ana öğün öncesinde açlık ve sonrasında 1. Saatte ve/veya 2. saatte tokluk ve yatarken yapılması ve bu izlemlerin haftada en az 3 gün olmak üzere 4-7 kez tekrarlanması önerilmektedir (20,114).
2. **Beslenme:** GDM tedavisinde beslenme, metabolik kontrolün sağlanmasında en önemli etkenlerden birisidir. GDM'si olan gebelerin yaklaşık %60'ında sadece diyet tedavisi ile istenen kan glikoz değerlerine ulaşılabildiğinden, tedaviye anne ve fetus için gerekli olan kalori ve besinleri içeren diyet ile başlanmaktadır (125). Beslenme programı düzenlenirken gebenin beslenme alışkanlığı, sosyo-

ekonomik düzeyi ve bireysel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda ve beslenme ile ilgili değişiklikler bir yaşam biçimi haline geldiğinde, tedaviye büyük bir katkı sağlanmaktadır. GDM'si olan gebelerin yiyeceklerle kan glikoz düzeyi arasındaki bağlantıyı kurmaları, yiyeceklerde bulunan karbonhidrat, yağ ve protein miktarını ve tüketmemesi gereken besinleri bilmeleri, kan glikoz düzeyinin normal sınırdaki tutulmasında büyük rol oynamaktadır (126,127). Ayrıca, kan glikoz düzeyinin kontrolü ve maternal-fetal sonuçların iyileştirilmesi için gebelikte kilo alımının da düzenlenmesi önemlidir (20).

- 3. Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivite, değişik mekanizmalar aracılığıyla insülin duyarlılığına doğrudan ya da dolaylı yollarla etki ederek glikoz kullanımını sağlamaktadır. Ayrıca, GDM ile ilişkili olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesinde fiziksel aktivitenin rolü büyüktür (128). GDM'si olan gebelere uygun ısınma hareketleri ve gevşeme teknikleriyle yapılan düzenli aerobik egzersizlerin ve günde 30 dakika yürüyüşün kan glikoz düzeyini düşürdüğü belirtilmektedir (19).

Tedavi sırasında; açlık kan glikoz düzeyinin <95 mg/dl, öğün sonrası 1.saat <140 mg/dl ve 2.saat <120 mg/dl olması hedeflenmektedir (20,114). 1-2 hafta içerisinde yaşam biçiminde yapılan değişiklikler ile hedeflenen kan glikoz düzeylerine ulaşamazsa, komplikasyonların önlenmesi amacıyla GDM'si olan gebelerin %40'ında insülin tedavisine başlanmaktadır (20,27). Bu aşamada, sağlık personeli tarafından sağlanan danışmanlık, gebeler için yol gösterici olmaktadır.

GDM'nin tedavi sürecinde, gebenin tedaviye uyumunu kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörler bulunmaktadır. Carolan ve ark. (38)'nin yaptığı çalışmada; GDM'si olan gebelerin bebeğinin sağlığını düşünmesi, eş/aile üyeleri ve sağlık personelinin destek alması ve kontrolün kendilerinde olduğunu düşünmesi, GDM'nin kendi kendine yönetilmesini kolaylaştıran faktörler olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, zaman baskısı (acil yaşam biçimi değişikliklerinin gerekliliği ve kendi kendine yönetimde her şeye zaman bulamama), fiziksel (pelvik ya da sırt ağrısı nedeniyle düzenli yürüyüş yapamama) ve sosyal (aile ve arkadaşlarla dışarda yemek yiyememe) kısıtlamalar, GDM ve yönetimini anlamama ve insülini kolay bir seçenek olarak görme, GDM'nin kendi kendine yönetilmesini zorlaştıran faktörler olarak belirtilmiştir. GDM tedavisinde, gebenin tedaviye uyumunu kolaylaştıran ve

zorlaştıran faktörlerin belirlenmesi ve özellikle zorlaştıran faktörlerin çözümüne yönelik müdahalelerin belirlenmesi tedaviye uyumun sağlanmasında önemlidir.

Tedavide hedeflenen kan glikoz düzeylerine ulaşılması ile perinatal sonuçlarda önemli iyileşmeler sağlanmaktadır. Yapılan randomize çalışmalarda, gebelikte hafif düzey glikoz intoleransının tedavisi ile makrozomi ve preeklampsi gibi sonuçlarda iyileşme sağlandığı belirtilmektedir (129,130). Hartling (131)'in yaptığı randomize kontrollü çalışmaların meta analizinde, GDM'nin uygun yönetimi ile preeklampsi, doğum kilosunun 4000 gr üzerinde olması ve omuz distosi görülme sıklığında azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak neonatal hipoglisemi ve daha sonradan ortaya çıkabilecek kötü metabolik sonuçlar üzerine herhangi bir etkisi saptanmamıştır.

### **2.3.6. Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Gebeliğe Psikososyal Uyum**

Sağlıklı gebeliklerde dahi zıt duyguların yaşandığı ve gelişimsel görevlerin yerine getirilmesi gereken bir süreçte, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM tanısı kadınlarda olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. GDM'si olan gebeler, tanı aldıkları zamana kadar sağlıklı bir gebelik geçirmeleri nedeniyle tanı aşamasında; şaşkın, üzgün, tedirgin, korkmuş, uyuşmuş, bunalımlı, korkunç, endişeli ve kaygılı hisseebilmektedir (25,29). Beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM tanısı karşısında gebeler; kayıp, keder, öfke ve korku duyguları yaşayabilmekte ve yaşam biçimi ile ilgili değişikliklerin aciliyet gerektirdiğini hissedebilmektedir (30). Ayrıca, GDM tanısı alan gebeler, gebelik süresince kendilerine iyi bakmadıklarını düşünüp kendilerini de suçlayabilmektedir (29,30). Çoğu kadın tarafından tanı aşamasında yaşanan bu duygusal tepkiler, GDM için uygulanan tedavinin bırakılması, aşırı korku tepkisi ve uyumsuz davranışların ortaya çıkması ve öz bakımın yerine getirilmesinde sorunların yaşanmasına yol açabilmektedir (29).

Tanı aşamasını takiben, kadınların kendileri ve bedenleri ile ilgili algıları yeniden yapılandırılmaktadır (28,30-32). Kimlik duyguları, sağlıklı bir bireyden GDM'si olan ve gelecekte Tip 2 DM tanısı alma olasılığı olan bir bireye dönüşmektedir (29). Bu değişim, sağlıklı gebeliğin kaybı ve gebeliği daha zor hale getiren rutinleri benimsemek zorunda olmaktan kaynaklanabilmektedir. Kadınlar, durumlarını bir yük olarak görmek yerine kabul ederlerse GDM ile ilgili bilgi aramaya başlamaktadır (29).

GDM'si olan gebeler kontrol kaybı hissi yaşayabilmektedir. GDM'si olan gebeler, kendi ve bebeğinin geleceği ile ilgili beklentileri bilmediğinde; kendilerini kaybolmuş, belirsiz ve güçsüz hissedebilmektedir. Bu durum, algılanan kontrol kaybını daha da arttırabilmektedir (28,30). Sağlıklı gebeliğin kaybı; daha sık hastane kontrollerini, tıbbi testleri ve davranış izlemine içerdiğinden, gebenin bebeğin sağlığına daha fazla odaklanmasına yol açabilmektedir. Bu durum, GDM ile ilgili bilgi eksikliği ile birlikte gebenin kontrolünün azalmasına ve GDM'ye verilen duygusal cevabın artmasına yol açmaktadır (132). Buna karşılık, bazı kadınlar gebelik ilerledikçe kontrol hislerinin daha da arttığını belirtmektedir. Collier ve ark. (133), yaşam biçiminde değişiklik yapan gebelerin, yapılan değişimlerin gebelik sonuçları üzerine önemli etkileri olduğunu düşündüklerini belirtmektedir.

GDM'si olan gebelerin yaşadığı duyguları belirlemek için yapılan çalışmalarda; depresyon, korku ve kaygının genel olarak ortaya çıkan duygular olduğu belirlenmiştir (24,29,30). GDM'si olan gebelerin deneyimlerinin incelendiği iki nitel çalışmada; gebelerin gebelik boyunca endişeli ve sürekli baskı altında hissettikleri saptanmıştır (30). Gebelerin GDM'nin etkileri hakkındaki algıları, tedaviye uyumu, profesyonel yardım arayışı ve maternal ve neonatal sonuçlar arasındaki ilişki araştırılmış ve GDM yönetimi hakkında bilgi edinmenin yanı sıra gebelerin duygusal, sosyal ve finansal sorunları çözmek için de desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (30). Ayrıca GDM'nin, kadınlarda yaşam kalitesini etkilediği ve anormal glikoz değerlere sahip kadınlarda depresyon görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (134,135).

GDM'si olan gebeler, kendi sağlıklarından daha çok bebeğinin sağlığı ile ilgili endişelenebilmektedir (36). Gebeler, bebeklerinin sağlık durumunun risk altında olmasının kendi hataları olduğunu düşündükleri için önerilen GDM rejimine uyma zorunluluğu hissetmektedir (26,30). Ancak bebekle ilgili bu endişeler, gebelerin, beslenme önerileri ile ilgili endişe duymalarına da neden olabilmektedir. Çünkü diyetle kısıtlama yapılmasının bebeğin gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğunu düşünebilmektedirler (27,32,36). Buna ek olarak, bazı gebeler önerilen yürüyüş ya da egzersize de uymamaktadır. Çünkü bu aktivitelerin bebek için yük olduğunu düşünebilmektedirler (36). Sonuç olarak, bebeğin sağlığı ile ilgili endişeler kadını motive edebilirken olumsuz etkileri de olabilmektedir (29). Ayrıca, GDM'si



olan gebeye verilen bakımın, GDM ve fetüsün sağlığı üzerine odaklandığı kadar gebelikle ilgili ihtiyaçlara odaklanması da gerekmektedir (132). GDM tanısı alındıktan sonra diyet ile ilgili değişiklikler, gebelerin stres ve kaygı düzeylerini arttırabilmektedir. GDM tanısı alan gebelerin deneyimleri üzerine yapılan bir dizi nitel çalışmada, yaşanan duygusal sıkıntının kaynağının; hedeflenen kan glikoz değerlerine ulaşamamalarına bağlı kontrol kaybı hissi yaşamaları, diyet ve egzersiz önerilerini takip ederken zorlanmaları ve insülin enjeksiyonuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (30,32,136).

GDM'si olan gebeler, GDM yönetimini zor, ağırlı, bunaltıcı, zahmetli, korkunç ve çok stresli olarak değerlendirebilmektedir (26-28,30,31). Buna karşılık, GDM'ye olumlu cevap veren kadınlar da bulunmaktadır. Bandyopadhyay ve ark. (36), diyetinde değişiklik yapan gebelerin kendilerini daha enerjik hissettiklerini ve GDM'yi yaşam tarzlarını geliştirme fırsatı veren bir durum olarak gördüğünü belirtmektedir.

Sağlığın kaybedilmesi ya da kaybedilme riskine karşı veriler tepkiler bireyseldir. Bu durum bazı bireylerde yoğun strese neden olabilmekte ve baş etmeyi güçleştirmektedir (98). Gebelik kendi başına bir stres kaynağı iken, GDM tanısı ile birlikte yapılması gereken yaşam biçimi değişiklikleri ve sağlıklı gebeliğin kaybı; gebelerin stres düzeyini arttırarak gebeliğe psikososyal uyumu zorlaştırabilmektedir (30,137). Gebenin hem kendi hem de bebeğinin sağlığını koruması ve geliştirebilmesi için bu yeni duruma uyumu önemlidir. GDM'si olan gebelerin sağlık algıları ve GDM'den etkilenme durumları incelendiğinde, çeşitli biyomedikal ve sosyal faktörler nedeni ile sağlıklı gebelere göre daha fazla stres ve anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (138). Literatürde gebelikte stres ve kaygı artışının preterm doğum ve diğer doğum komplikasyonları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (138,140,141). Diyabette olduğu gibi GDM'nin kontrolü de psikolojik, psikososyal ve fizyolojik değişimlerden ve bunların etkileşiminden etkilenmektedir. GDM kontrolü başarısız ise psikolojik sorunlar özellikle stres düşünülmelidir. Çünkü stres, kan glikoz düzeyini doğrudan ve dolaylı yollarla etkilemektedir (139). Stres altında vücuttan salgılanan hormonlar stresle baş etmek için gerekli olan enerjiyi, vücutta depolanmış olan glikoz ve yağ açığa çıkararak sağlamaktadır. Ancak açığa çıkan bu glikoz vücutta yeterli insülin salınımı varsa kullanılabilir. Diyabeti olan kişilerde bu ani glikoz üretimi kan

glikoz düzeyinin yükselmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, stresle baş etmek GDM tedavisinde önemli bir yere sahiptir (139).

Stresle başa çıkmada, strese verilen tepkileri bilmek önemlidir. Stresle başa çıkmada etkisiz ve zararlı tepkilerin belirlenerek bu tepkilerin etkilerinin farkında olunması gerekmektedir (140). GDM'si olan gebelerin stresle baş etmelerinde özellikle derin solunum egzersizleri, ilerleyici kas germe, görsel hayal kurma ve masaj gibi gevşeme tekniklerinin etkili olduğu saptanmıştır. Surwit ve ark. (141)'nın yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, müdahale grubunda yer alan Tip 2 DM'u olan bireylere diyabet eğitimi verilmiş ve stres yönetimi programı uygulanmıştır. Diyabet eğitiminde; diyabetin tanımı, komplikasyonları, sağlıklı beslenme gibi konular ve diyabet tedavisine yönelik bilgiler verilmiştir. Stres yönetimi programında ise, ilerleyici kas germe egzersizleri, kognitif ve davranışsal becerilerin psikolojik stres düzeyini azaltmada nasıl kullanılacağı ve stresin sağlık üzerine olumsuz etkileri anlatılmıştır. 2 ay sonra müdahale grubunun HbA1c düzeyinin kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir (141). Stres yönetimi ile ilgili eğitim verilmesi, GDM'si olan gebelerin de stresle başa çıkabilmelerini ve böylece stresin olumsuz etkilerinden korunmalarını sağlayabilir.

### **2.3.7. Gestasyonel Diyabet Yönetimi ve Gebeliğe Psikososyal Uyumda Hemşirenin Rolü**

Gebelikte hemşirelik bakımının amacı; önceden var olan ya da gebelikte ortaya çıkabilecek sorunların erken tanı ve tedavisinin sağlanarak gebeliğin anne, fetus/yenidoğan ve aile açısından sağlıklı bir şekilde sonlanmasını sağlamaktır (2,109,137). Gebeliğin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi ve sonlanması amacıyla çok sayıda muayene ve girişim yapılmasına karşın, kadının yeni rolüne, sorumluluklarına ve sosyal statüsüne uyumu ile ilgili planlama yapılmamakta, uyumun sağlanması tamamen kadının kendisine bırakılmaktadır (59). Gebeliğe psikososyal uyumun sağlanmasında, gebe ve ailesine destek olabilecek en uygun sağlık profesyonellerinden birisi hemşiredir. Hemşire; gebenin duygu ve endişelerini ifade etmesinde, etkili baş etme yöntemlerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında gebe ve ailesine destek sağlamaktadır (9). Gebe ve ailesinin gebeliğe psikososyal uyumunun sağlanması için, uygun

hemşirelik tanılarının ele alınması, hemşirelik sürecinin uygulanması ve gebelik izlemlerinin düzenli bir şekilde yapılması önemlidir. Hemşirenin, hemşirelik sürecini uygularken, gebelik ile psikososyal ve kültürel faktörler arasındaki ilişkilerin farkında olması, gebe ve ailesini bu açılardan değerlendirmesi önemlidir. Böylece gebe ve ailesi bu kriz dönemini gelişimsel anlamda büyüyerek ve olgunlaşarak tamamlayacaktır. Gebe ve ailesinin önceki baş etme yöntemleri ve yeni baş etme yöntemlerini geliştirme durumu değerlendirilmeli ve gerekli olduğu durumlarda destek sağlanmalıdır (137). Ayrıca, ebeveynlik rollerine hazırlanma konusunda rehberlik yapılmalı, eğitim ve danışmanlık verilmesi gerekmektedir (2).

Dinamik değişikliklerin yaşandığı bu dönemde hemşire tarafından sağlanan eğitim ve danışmanlık ile gebeliğe psikososyal uyum kolaylaşmakta ve annenin kaygıları azaltılarak öz güveninin artması sağlanmaktadır (56,57,86). Hemşire tarafından gebelikte meydana gelen değişimler hakkında bilgi verilmesi ve psikolojik açıdan destek olunması, gebenin kendine güvenmesini ve yaşadığı sorunları daha kolay çözebilmesini sağlamakta ve böylece gebeliğe psikososyal uyumu kolaylaşmaktadır (38). Lederman ve Weis (3)'ün belirttiğine göre, hemşireler yetersiz sosyal desteği olan gebelere ev ziyareti yaptıklarında, düşük doğum ağırlığı oranlarının büyük ölçüde azaltıldığı saptanmıştır.

Sağlıklı gebeliklerde bile zıt duyguların yaşandığı ve gelişimsel görevlerin yerine getirilmesi gereken bir süreçte, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM tanısı kadınlarda olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hemşire, GDM yönetimini olumsuz etkileyebileceği ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açabileceğinden, kadının tanı aldığı sıradaki ilk tepkisine, olumsuz duygu ve düşüncelerine dikkat etmeli ve kontrolünü kaybetmemesi için gerekli önlemleri almalıdır. Tanı konulduktan sonra, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzenlenmesi ve gebelere bu konuda eğitimlerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi kadınların kendi kendine diyabet kontrolünü sağlamalarında kilit rol oynamaktadır. Kendi kendine kan glikoz düzeyi izlemi, beslenme, fiziksel aktivite, stresle baş etme gibi konuları içine alan sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarının perinatal dönemde anne, fetus ve yenidoğan sağlığını olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (20,35).

GDM tanısının etkilerine yönelik bilgi eksikliği, gebelerin belirsizlik ve güçsüzlük yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin GDM'si olan kadınlara doğru zamanda, uygun bir ortamda ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak, diyabet ile ilgili yanlış anlamaları ele alan ve takiplere düzenli gelmeyi teşvik eden bilgi vermeleri ve destek sağlamaları gerekmektedir. Bu desteğin; duygusal tepkiyi ele alan, korkuları azaltan ve kadınların gelecekteki sağlığı ile ilgili kontrolü ele alma potansiyellerini arttıran bir şekilde verilmesi gerekmektedir (27,36). GDM'si olan gebeler ile hemşireler arasında etkili ve tatmin edici bir iletişimin olması, kaygı düzeyini azaltmada önemlidir. Gebe; GDM'nin kendi ve bebeğinin sağlığı üzerine olan potansiyel riskleri, yönetim stratejisi, maternal-fetal komplikasyonların önlenmesi ve tedavi planı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Kadına yeterli sosyal destek verilmesini sağlamak amacıyla planlanan eğitimlerin aile üyelerine de verilmesi gerekmektedir (129).

GDM tanısının kadınlar üzerindeki psikolojik etkisi önemli bir konudur. GDM'si olan gebelerin stresle baş etme gücünün artırılması, kaygı ve depresif belirtilerin azaltılması, gereksinimlerin belirlenmesi, olası risklerin saptanması ve gebenin yeni yaşam biçimine uyumunun sağlanması amacıyla verilecek eğitimde, hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (129,142). Bakımın devamlılığı, kadınlar için daha fazla psikolojik destek sağlayabilmektedir. Böylece kadınlar, GDM tanısına uyum sağlamaya ve üstesinden gelmeye yardımcı olacak tutumu benimseyebilmektedir (29).

GDM yönetiminde, beden kitle indeksinin değerlendirilerek maternal kiloya göre hazırlanan diyet ve egzersiz programına gebenin uyumunun sağlanması önemlidir (20). Çünkü GDM'si olan gebelerin çoğunluğunda, diyet ve egzersiz programları ile hedeflenen kan glikoz düzeylerine ulaşılabilmektedir. Hedeflenen kan glikoz düzeylerine ulaşamadığı durumda insülin tedavisine başlanmaktadır. Bu durumda, diyabet üzerine uzmanlaşmış, deneyimli hemşireler tarafından insülin kullanımı ve diyabet yönetimine yönelik eğitimi verilmektedir (35,38). Ancak, GDM'si olan gebenin; gebeliğe, gebelikte beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM'ye, GDM'nin yönetimi için önerilen tedavi, diyet ve egzersiz gibi yaşam değişikliklerine uyumu değerlendirilmemektedir. Bu nedenle, GDM tanısı alan gebeler genellikle yalnız kalabilmektedir. Hemşirelerin, GDM tanısının konulmasından itibaren, GDM'nin

etkin bir şekilde yönetimi ve böylece gebeliğin anne, fetüs/yenidoğan ve aile açısından sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesi için gebe ve ailesine destek olmaları gerekmektedir (29). Sağlık Bakanlığı (37)'nin yayınladığı "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi"nde yer alan "Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi"nde GDM'nin gebelik öncesi ve perinatal dönemde yönetimi ile ilgili bilgilerin yer aldığı ancak GDM'si olan gebenin gebeliğe psikososyal uyumu ile ilgili herhangi bir içeriğinin olmadığı gözlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin, GDM'si olan gebelerin psikososyal uyumlarını arttırmaya yönelik kullanabilecekleri standart bir bakım protokolü de bulunmamaktadır. Hemşirelerin yararlanabileceği rehber ve bakım protokollerinin oluşturulması GDM'si olan gebelere verilecek bakımın kalitesinin artırılması, bakımın standardizasyonu ve olumsuz perinatal sonuçların önlenmesi açısından gereklidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, GDM'si olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe Polikliniğinde ve Perinatoloji Bilim Dalında yürütülmüştür. Perinatal obstetrik bakım hizmeti veren kuruluşlar için referans merkezi olması, riskli gebe popülasyonunun yüksek olması ve perinatoloji ekibi ile daha iyi iletişim sağlanması nedeni ile araştırmanın yapılacağı yer olarak Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri seçilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda; sağlıklı ve riskli gebe takibi, doğum sonrası izlem, yardımcı üreme teknikleri uygulamaları, aile planlaması uygulamaları, menopo-osteoporoz ve jinekolojik kanserlere yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği 13 poliklinik odası, Perinatoloji Bilim Dalında da 3 muayene odası yer almaktadır. Poliklinik odalarından biri gebe izlemi için kullanılmaktadır.

Polikliniğe başvuran tüm gebelere, GDM açısından risk varsa ilk prenatal muayenede, risk yoksa gebeliğin 20-24. haftasında 50 gr OGTT rutin olarak uygulanmaktadır. Eğer 50 gr OGTT sonucunda, 1. saat kan glikoz düzeyi 140 mg/dl üzerinde ise 100 gr OGTT testi uygulanmaktadır. 100 gr OGTT testi sonucunda 2 eşik değeri geçen kadınlara GDM tanısı konmaktadır. OGTT testi için eşik değerler; açlık kan glikoz düzeyi 95 mg/dl, 1. saat kan glikoz düzeyi 180 mg/dl, 2. saat kan glikoz düzeyi 155 mg/dl ve 3. saat kan glikoz düzeyi 140 mg/dl'dir.

GDM tanısı alan gebeler için İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı'ndan konsültasyon istenmektedir. GDM tanısı alan tüm gebelere, Endokrinoloji Bilim Dalı'nda çalışan diyetisyen tarafından diyet ile ilgili eğitim verilmektedir. Eğitimden sonra, gebelerin günlük 7-10 kez kan glikoz düzeylerini takip etmeleri ve sonuçları bir deftere kaydetmeleri istenmektedir. Deftere kaydedilen kan glikoz düzeyleri, haftalık olarak Endokrinoloji Bilim Dalı'nda doktor tarafından kontrol edilmekte ve sonuçlara göre gerekli durumlarda insülin başlanmaktadır. Endokrinoloji

Bilim Dalı'nda çalışan diyabet eğitim hemşireleri insülin başlanan GDM'si olan gebeye; diyabet, kan glikoz düzeyi izlemi, diyabetin komplikasyonları, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, egzersizler ve insülin kullanımı ile ilgili eğitim vermektedir. GDM tanısı alan gebe ve fetüsün sağlık kontrolleri Perinatoloji Bilim Dalı'nda yapılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanede, GDM'si olan gebelerin takibine ve eğitimine yönelik kullanılan standart bir protokol bulunmamakla birlikte gebeler talep ettiğinde gebe hemşiresi tarafından bilgi verilmektedir.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

#### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniklerinde izlenen GDM tanısı alan gebeler oluşturmuştur. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Bilgi İşlem Merkezi'nden elde edilen veriye göre, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, 2014 yılında takip edilen ve GDM'si olan gebe sayısının 106 olduğu belirlenmiştir.

#### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örnekleme; 15 Ekim 2015 – 7 Mart 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniği ve Perinatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen GDM tanısı alan gebeler ile sağlıklı gebeler dahil edilmiştir. Araştırmanın örnekleme alınan sağlıklı gebeler, kontrol grubu olarak ele alınmıştır. Gruplara dahil edilecek gebe sayısının hesaplanmasında, G\*Power 3.1.9 yazılımı kullanılmış ve güç hesaplaması yapılmıştır (143). Etki büyüklüğü orta düzeyde, gücü %80 ve hata payı %5 alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğüne göre her iki grup için 64 gebe alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmanın örnekleme GDM tanısı alan 64, sağlıklı olan 64 olmak üzere toplam 128 gebe alınmıştır. Araştırmaya örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam edilmiştir.

### 3.3.3. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçiminde, öncelikle GDM'si olan gebeler değerlendirilmiştir. Gebelik haftası, yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerinin kontrol altına alınması amacıyla, GDM'si olan bir gebenin örnekleme alınmasından sonra, bir sağlıklı gebe seçilmiştir. Böylece, her iki grupta yer alan gebelerde bu değişkenler eşleştirilmiştir.

GDM'si olan ve sağlıklı olan gebeler, aşağıda yer alan kriterlere göre örnekleme dahil edilmiştir:

#### *GDM'si Olan Gebeler İçin Örneklem Seçim Kriterleri*

- Okur-yazar olma,
- İlk kez GDM tanısı almış olma,
- Tek fetüse sahip olma,
- Fetüste bilinen bir anomali bulunmama,
- Spontan olarak gebe kalmış olma,
- Kronik hastalığa sahip olmama (DM, hipertansiyon, kalp hastalığı vb.)
- GDM dışında başka bir gebelik komplikasyonuna sahip olmama (Oligo/polihidroamniyoz, erken membran rüptürü, preterm eylem, kanama, hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği vb),
- GDM tanısı aldıktan bir ay sonra gebelik kontrolüne gelmiş olma (Araştırmanın yapıldığı kurumda GDM tanısı alındıktan sonraki ilk gebelik kontrolünün bir ay sonra olması nedeni ile)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

#### *Sağlıklı Gebeler İçin Örneklem Seçim Kriterleri*

GDM'si olan gebelerin yaşı, eğitim düzeyi ve gebelik haftası değişkenlerine göre eşleştirilen gebeler aşağıda yer alan kriterlere göre örnekleme dahil edilmiştir.

- Okur-yazar olma,
- Tek fetüse sahip olma,
- Fetüste bilinen bir anomali bulunmama,
- Spontan olarak gebe kalmış olma,



- Kronik hastalığa sahip olmama (DM, hipertansiyon, kalp hastalığı vb.)
- Herhangi bir gebelik komplikasyonuna sahip olmama (GDM, oligo/polihidroamniyoz, erken membran rüptürü, preterm eylem, kanama, hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği vb),
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

GDM tanısı alan gebelerin belirlenmesinde; hastane bilgi otomasyon sistemi (Nexus) kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından Nexus üzerinden OGTT yapılan gebeler tespit edilmiş ve laboratuvar sonuçları takip edilerek GDM tanısı alan gebeler belirlenmiştir. Gebelerin eğitim düzeyi, daha önceden GDM tanısı alma durumu, fetüsün sayısı ve anomali bulunma durumu, gebeliğin spontan olma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu ve GDM dışında başka bir gebelik komplikasyonuna sahip olma durumu ile ilgili bilgiler; Nexus ve gebe izlem dosyaları aracılığı ile elde edilerek örneklem alınma kriterlerine uygun gebeler belirlenmiş ve GDM tanısı aldıktan bir ay sonraki gebelik kontrolüne gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler örnekleme dahil edilmiştir. Örneklem seçim kriterlerine uymayan gebeler, örnekleme dahil edilmemiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında, Sağlıklı Gebe Tanılama Formu (EK 2), Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu (EK 3), Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (EK 4) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK 5) kullanılmıştır.

#### **Sağlıklı Gebe Tanılama Formu (EK 2)**

Bu form, sağlıklı gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür (11,50,53,109) taranarak hazırlanmıştır. Bu formda; gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb.) belirlemeye yönelik 18 soru ve obstetrik özelliklerini (gravida, gebelik haftası, gebeliği süresince ilaç kullanma durumu vb) belirlemeye yönelik 17 soru olmak üzere toplam 35 soru yer almaktadır. Araştırmanın uygulama

aşamasından önce, formun içeriği ve soruların anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında çalışan iki uzmandan görüş alınmıştır.

### **Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu (EK 3)**

Bu form, GDM'si olan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile GDM'nin yönetimine yönelik uygulamalarını tanılamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür (3,11,20,30,50,53,56,109,129,138,142) taranarak hazırlanmıştır. Bu formda; GDM'si olan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb.) belirlemeye yönelik 19 soru, obstetrik özelliklerini (gravida, gebelik haftası, gebeliği süresince ilaç kullanma durumu vb) belirlemeye yönelik 16 soru ve GDM yönetimine (alınan tedavi, tedaviye uyumu, sosyal destek durumu vb) yönelik 8 soru olmak üzere toplam 43 soru yer almaktadır. Formun içeriği ve soruların anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında çalışan iki uzmandan görüş alınmıştır.

### **Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK 4)**

Gebeliğe psikososyal uyumun değerlendirilmesi amacıyla Lederman tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçeye uyarlama çalışması Beydağ ve Mete tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.81 ve alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur (11). Bu araştırmada, ölçeğin bütünü ve alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının; PKDÖ toplam puanı için 0,952, “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri” için 0,684, “Gebeliğin Kabulü” için 0,842, “Annelik Rolünün Kabulü” için 0,773, “Doğuma Hazır Oluş” için 0,748, “Doğum Korkusu” için 0,778, “Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu” için 0,863 ve “Eşi ile İlişkisinin Durumu” için 0,845 olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri”, “Gebeliğin Kabulü”, “Annelik Rolünün Kabulü”, “Doğuma Hazır Oluş”, “Doğum Korkusu”, “Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu” ve “Eşi ile İlişkisinin Durumu” olmak üzere 7 alt boyutu bulunmaktadır. 79 maddeden oluşan PKDÖ, 4'lü likert tipi bir ölçektir (4: Çok fazla tanımlıyor, 3: Kısmen tanımlıyor, 2: Biraz tanımlıyor, 1: Hiç tanımlamıyor).

PKDÖ içerisinde yer alan maddelerin 47'si ters yönlüdür. Ters yönlü maddeler şunlardır; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. Ters yönlü maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması gebeliğe psikososyal uyumun düşük; düşük olması ise gebeliğe psikososyal uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. PKDÖ'nün alt ölçeklerinin madde sayısı, soru numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları Tablo 3.1'de yer almaktadır.

**Tablo 3.1.** Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Madde Sayısı, Soru Numaraları ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

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

### Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (EK 5)

Bu ölçek, bireylerin stres ile başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla Folkman ve Lazarus tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir (97). Türküm (144)'ün belirttiğine göre; 1991 yılında Siva tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, 1992 yılında Şahin ve arkadaşları tarafından faktör analizi yapılarak ülkemiz için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının,

“İyimser Yaklaşım” için 0.49-0.68, “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0.62- 0.80, “Çaresiz Yaklaşım” için 0.64-0.73, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0.47- 0.72 ve “Sosyal Destek Arama” faktörü için 0.45-0.47 arasında olduğu belirtilmiştir (145). Bu araştırmada, ölçeğin bütünü ve faktörleri için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının; toplam puan için 0,681, “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0,722, “İyimser Yaklaşım” için 0,644, “Çaresiz Yaklaşım” için 0,675, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0,564, “Sosyal Destek Arama” için 0,257 olduğu belirlenmiştir.

30 maddeden oluşan bu ölçek iki boyuttan oluşmaktadır: probleme yönelik etkili yollar ve duyguya yönelik etkisiz yollar. Bu boyutlar, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” olmak üzere 5 faktörde yansımaktadır. Ölçek maddeleri “0 = Hiç” ve “3 = Tamamen” şeklinde puanlanan 4’lü likert tipi dereceleme kullanılarak puanlanmaktadır. Sosyal destek arama faktörünün hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Her faktöre ait puanların ayrı hesaplanması gerekmektedir. Her bir faktöre ait ortalama puanın elde edilebilmesi için ilgili faktöre ait sorulardan elde edilen puanların toplanarak, o faktörün toplam soru sayısına bölünmesi gerekmektedir. “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle baş etmenin etkili; “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım” faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça ise stresle baş etmenin etkisiz olduğu belirtilmektedir (145). Faktörlere ait soru numaraları Tablo 3.2’de belirtilmiştir.

**Tablo 3.2.** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Faktörlerine Ait Soru Numaraları

<b>Faktörler</b>	<b>Soru Numaraları</b>
Kendine güvenli yaklaşım	8,10,14,16,20,23,26
İyimser yaklaşım	2,4,6,12,18
Çaresiz yaklaşım	3,7,11,19,22,25,27,28
Boyun eğici yaklaşım	5,13,15,17,21,24
Sosyal destek arama	1,9,29,30

### 3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Sağlıklı Gebe Tanılama Formu (EK 2) ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formunun (EK 3) anlaşılabilirliğini ve işlevliliğini kontrol etmek amacıyla örneklem sayısının %10'unu oluşturan toplam 12 gebeye (6 sağlıklı ve 6 GDM'si olan gebe) 28 Eylül - 9 Ekim 2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında, 4 sorunun anlaşılabilirliğini arttırmak amacıyla düzenleme yapılmış ve ankete son hali verilmiştir. Bu nedenle, ön uygulamada alınan gebeler örnekleme dahil edilmemiştir.

### 3.4.3. Araştırmanın Uygulanması

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniği ve Perinatoloji Bilim Dalı'na başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan GDM'si olan ve sağlıklı gebelere araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler örnekleme dahil edilmiştir (Bkz. Örneklem Seçim Kriterleri).

GDM'si olan gebelere "Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu" (EK 3), "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği" (EK 4) ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (EK 5) uygulanmıştır. Sağlıklı gebelere ise "Sağlıklı Gebe Tanılama Formu" (EK 2), "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği" (EK 4) ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (EK 5) uygulanmıştır. Araştırma verileri, Perinatoloji Bilim Dalı'nda yer alan ayrı bir odada toplanmıştır. "Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu" ve "Sağlıklı Gebe Tanılama Formu", araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Ölçekler ise (EK 4 ve EK 5), nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verildikten sonra gebeler tarafından doldurulmuştur. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması, ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

### 3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Araştırmanın Bağımlı Değişkeni:** Gebeliğe psikososyal uyum

**Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Gebenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, gebelik öncesi beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanma

durumu, gebeliğini planlama durumu, gravidası, gebelik haftası, gebelikte kontrol sayısı, gebelikte kontrollerin yapıldığı yer, gebelik süresince ilaç kullanma durumu, stresle başetme tarzı ve eşin eğitim düzeyi.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02 Eylül 2015 tarihli ve GO 15/515-07 karar numarası ile yazılı izin alınmıştır (EK 1). Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK 6). Araştırma seçim kriterlerine uygun olan gebelere araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul ederler ise Sağlıklı Gebe Tanılama Formu (EK 2) ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formunun (EK 3) ön sayfasında yer alan "Kabul Ediyorum" kutucuğunu işaretlemeleri istenmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya ait sınırlılıklar aşağıda yer almaktadır.

- Bu araştırma sonuçları, 15 Ekim 2015-7 Mart 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniği ve Perinatoloji Bilim Dalı'na başvuran GDM'si olan ve sağlıklı olan gebeler ile sınırlıdır.
- Araştırmada kullanılan SBTÖ toplam puan ve ölçeğe ait dört faktör için hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının güvenilir düzeyde olduğu ancak "Sosyal Destek Arama" boyutu için hesaplanan katsayının 0,257 ile güvenilir olmadığı belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan gebelerin GDM tanısı aldıktan sonra 1 ay içerisinde gebeliğe psikososyal uyumunu etkileyebilecek yaşamsal kriz durumları (sevdiği birinin kaybı, taşınma vb.) değerlendirilmemiştir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından Statistical Programme for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, minimum ve maksimum

değerler, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu “Shapiro-Wilk” testi ile belirlenmiştir. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, normal dağılım gösterenlerde parametrik testlerden “Bağımsız Gruplarda t testi”; normal dağılım göstermeyenlerde parametrik olmayan testlerden “Mann-Whitney U” testi ve Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenlerde parametrik testlerden “One Way Anova” (ANOVA) testi, normal dağılım göstermeyenlerde parametrik olmayan testlerden “Kruskall Wallis” testi kullanılmıştır. PKDÖ ve SBTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için “Pearson Momentler Korelasyon Analizi” uygulanmıştır. PKDÖ puan ortalamalarına göre gebeliğe psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde, “Lojistik Regresyon Analizi” yapılmıştır. Model seçiminde “adimsal yöntem” kullanılmıştır. Gebeliğe psikososyal uyumu etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenlerin tümü, iki seçenekli kategorik değişken haline getirilerek model içerisine alınmıştır. Modele giren değişkenler; gebelik statüsü (sağlıklı gebe, GDM’si olan gebe), yaş (20-29, 30-39), eğitim düzeyi (ilköğretim-lise, üniversite ve üzeri), çalışma durumu (çalışıyor, çalışmıyor), gebeliğin planlanma durumu (planlı, planlı değil), gravida (primipar, multipar), gebelik haftası (24-28, 28<sup>1/7</sup> hafta ve üzeri), gebelikteki kontrol sayısı (4-6, 7-10), gebelikte kontrollerin yapıldığı yer (üniversite hastanesi, diğer), eşinin eğitim düzeyi (ilköğretim-lise, üniversite ve üzeri), evlilik süresi (1-10 yıl, 10 yıl üzeri), gebelikte ilaç kullanma durumu (kullanıyor, kullanmıyor), gebelikte sigara kullanma durumu (kullanıyor, kullanmıyor), gebelikte alkol kullanma durumu (kullanıyor, kullanmıyor) olarak belirlenmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Gebelik öncesi beden kitle indeksi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun web sitesinde yer alan online hesaplama aracı kullanılarak hesaplanmıştır (146). Pearson Korelasyon Katsayısı için ilişkinin nitelendirmesi Tablo 3.3’de yer alan kriterler göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmiştir (147).

**Tablo 3.3.** Pearson Korelasyon Katsayısı (r) için Nitelendirme

<b>Pearson Korelasyon Katsayı değeri</b>	<b>Nitelendirme</b>
0,00-0,19	İlişki yok ya da önemsenmeyecek derecede düşük
0,20-0,39	Zayıf (düşük) ilişki
0,40-0,69	Orta düzeyde ilişki
0,70-0,89	Kuvvetli (yüksek) ilişki
0,90-1,00	Çok kuvvetli ilişki



## 4. BULGULAR

GDM'si olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde ele alınmıştır.

4.1. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gebeliğe Psikososyal Uyumunu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

#### 4.1. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin bazı tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile GDM'si olan gebelerin GDM'ye ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sağlıklı Gebe (n:64)		GDM'si olan Gebe (n:64)		İstatistiksel Analiz*
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş Grupları</b>					
20-24	9	14,1	6	9,4	
25-29	29	45,3	27	42,2	$X^2: 1,180$
30-34	16	25,0	18	28,1	$p: 0,758$
35-39	10	15,6	13	20,3	
<b>Yaş**</b>	29,81±4,46 (20-39)		29,79±4,52 (20-39)		$X^2: 1,530$ $p: 0,856$
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
İlköğretim	13	20,3	13	20,3	
Lise	23	35,9	23	35,9	$X^2: 0,998$
Üniversite ve üzeri	28	43,8	28	43,8	$p: 0,952$
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	28	43,8	19	29,7	$X^2: 2,723$
Çalışmıyor	36	56,2	45	70,3	$p: 0,710$
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>					
Var	61	95,32	62	96,87	$X^2: 0,208$
Yok	3	4,68	2	3,13	$p: 0,648$
<b>Evlilik Süresi</b>					
1-10 yıl	53	82,8	47	73,4	$X^2: 1,646$
10 yıl üzeri	11	17,2	17	26,6	$p: 0,142$
<b>Evlilik Süresi**</b>	5,67±4,40 (1-18)		7,28±5,04 (1-20)		$X^2: 1,646$ $p: 0,874$
<b>Eşin Eğitim Düzeyi</b>					
İlköğretim	8	12,5	13	20,3	
Lise	11	17,2	18	28,1	$X^2: 4,726$
Üniversite ve üzeri	45	70,3	33	51,6	<b><math>p: 0,048</math></b>
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek aile	61	95,3	62	96,0	<i>Fisher</i>
Geniş aile	3	4,7	2	3,1	$p: 1,000$

**Tablo 4.1. (Devam) Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>					
Gelir giderden az	6	9,3	4	6,2	$X^2:0,536$
Gelir gidere eşit	41	64,0	44	68,8	$p:0,765$
Gelir giderden fazla	17	26,7	16	25,0	
<b>Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)***</b>					
Zayıf - Normal	45	73,8	28	47,5	$X^2:0,602$
Fazla kilolu - Obez	16	26,2	31	52,5	<b><math>p:0,019</math></b>
<b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumu</b>					
Kullanıyor	14	21,9	4	6,2	<i>Fisher</i>
Kullanmıyor	50	78,1	60	93,8	<b><math>p:0,020</math></b>
<b>Gebelikte Alkol Kullanma Durumu</b>					
Kullanıyor	3	4,68	1	1,56	<i>Fisher</i>
Kullanmıyor	61	95,32	63	98,44	$p:0,310$

\*Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, "Pearson Ki-Kare" testi, gözlemlenen kişi sayısı <5 olduğunda Fisher testi kullanılmıştır.

\*\*Veriler, ortalama±standart sapma (min-max) şeklinde verilmiştir.

\*\*\*Sağlıklı gebelerden 3'ü, GDM'si olan gebelerden 5'i gebelik öncesi kilosunu bilmedikleri için BKİ hesaplanamamıştır.

Tablo 4.1.'de sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Her iki grupta yer alan gebelerin; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, evlilik süresi, aile tipi, algılanan gelir düzeyi ve gebelikte alkol kullanma durumu açısından benzer oldukları saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Tablo incelendiğinde, sağlıklı gebelerin eşlerinin %70,3'ünün, GDM'si olan gebelerin eşlerinin ise %51,6'sının üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlıklı gebelerin %26,2'sinin, GDM'si olan gebelerin ise %52,5'inin gebelik öncesi BKİ'sinin fazla kilolu-obez olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sağlıklı gebelerin %21,9'unun, GDM'si olan gebelerin ise %6,2'sinin gebelik süresince sigara kullandığı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.2.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sağlıklı Gebe (n:64)		GDM'si olan Gebe (n:64)		İstatistiksel Analiz*
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>					
Planlı	49	76,6	47	73,4	$X^2=0,167$
Planlı değil	15	23,4	17	26,6	$p=0,683$
<b>Gravida</b>					
Primigravida	28	43,8	25	39,1	$X^2=0,590$
Multigravida	36	56,2	39	60,9	$p=0,360$
<b>Önceki Gebeliklerinde Komplikasyon Yaşama Durumu**</b>					
Yaşadı	9	33,3	12	44,4	$X^2=0,513$
Yaşamadı	27	66,7	27	55,6	$p=0,478$
<b>Yaşanan Komplikasyon Türü</b>					
Bulantı-kusma	1	11,1	1	8,3	
Kanama	1	11,1	-	0,0	
Hipertansiyon	-	-	1	8,3	***
Enfeksiyon	1	11,1	1	8,3	
Abortus	6	66,7	6	50	
Diğer	-	0,0	3	25,1	
<b>Gebelik Haftası</b>					
24-28. hafta	39	60,9	43	67,2	$X^2=0,303$
28 <sup>1/7</sup> hafta ve üzeri	25	39,1	21	32,8	$p=0,461$
<b>Gebelikteki Kontrol Sayısı</b>					
4-6	30	46,9	43	67,2	$X^2=5,388$
7-10	34	53,1	21	32,8	<b><math>p=0,020</math></b>
<b>Gebelikteki Kontrollerin Yapıldığı Yer</b>					
Üniversite hastanesi	47	73,4	41	64,1	$X^2=11,742$
Diğer****	17	26,6	23	35,9	$p=0,253$
<b>Gebelik Süresince İlaç Kullanma Durumu</b>					
Kullandı	42	65,6	49	76,6	$X^2=1,863$
Kullanmadı	22	34,4	15	23,4	$p=0,172$

\* Verilerin analizinde, Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır.

\*\*Bu soruyu sadece multigravidalar cevaplamıştır.

\*\*\*Gözlere düşen kişi sayısı 0 (sıfır) olduğu için istatistiksel hesaplama yapılmamıştır.

\*\*\*\*Birden fazla sağlık kurumuna (Devlet hastanesi, üniversitesi hastanesi ve özel hastane) başvuran gebeler.

Tablo 4.2.'de sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı bulunmaktadır. Her iki grupta yer alan gebelerin; gebeliğini planlama

durumu, gravidası, önceki gebeliklerinde komplikasyon yaşama durumu, gebelik haftası, gebelikteki kontrollerinin yapıldığı yer ve gebelik süresince ilaç kullanma durumu açısından benzer olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Gebelikleri süresince sağlıklı gebelerin %53,1'inin, GDM'si olan gebelerin ise %32,8'inin 7-10 kez kontrole gittiği ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Tabloda gösterilmemekle birlikte, gebelikleri süresince ilaç kullanan sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin tümünün reçeteli ilaç (vitamin ve folik asit, demir preparatı) kullandıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gestasyonel Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	GDM'si Olan Gebe	
	Sayı	%
<b>Ailesinde Diyabet Öyküsü Varlığı (n: 64)</b>		
Var	38	59,4
Yok	26	40,6
<b>GDM Tanısı Alındığında Yaşanan Duygular (n: 64)</b>		
Endişelendim	19	25,0
Bir şey hissetmedim	10	15,6
Şaşırmadım	9	14,0
Üzıldüm	12	14,0
Şaşırdım	8	11,0
Şok oldum	8	11,0
Korktum	8	9,4
<b>GDM için Uygulanan Tedavi (n: 64)</b>		
Diyet ve egzersiz	46	71,9
Diyet, egzersiz ve insülin tedavisi	18	28,1
<b>Tedaviyi Uygulayabilme Durumu (n: 64)</b>		
Uyguluyor	54	84,4
Uygulayamıyor	10	15,6
<b>Uygulayamama Nedeni* (n:10)</b>		
“Çabuk yorulduğum için egzersiz yapamıyorum”	4	40,0
“Kan şekeri düşüğü için diyet yapamıyorum”	4	40,0
“Şartlar uygun olmadığı için diyet ve egzersiz yapamıyorum”	2	20,0
<b>GDM ile İlgili Eğitim Alma Durumu (n: 64)</b>		
Aldı	56	87,5
Almadı	8	12,5
<b>GDM ile İlgili Eğitimi Veren Kişi (n:56)</b>		
Diyetisyen	38	67,8
Diyabet Eğitim Hemşiresi ve Diyetisyen	18	32,2
<b>Aldığı Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n:56)</b>		
Yeterli	53	94,6
Kısmen yeterli	2	3,6
Yetersiz	1	1,8

**Tablo 4.3 (Devam)** Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gestasyonel Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

<b>GDM Tanısı Alındıktan Sonra Destek Veren Kişiler** (n: 64)</b>		
Eş	40	62,5
Anne	25	39,0
Arkadaş	9	14,0
Kızı	2	3,1
Kardeş	5	7,8
Akraba	3	4,7
<b>Aldığı desteği yeterli bulma durumu (n: 64)</b>		
Yeterli	55	85,9
Kısmen yeterli	8	12,5
Yetersiz	1	1,6

\*Gebelerin kendi ifadeleridir.

\*\*Soruya birden fazla cevap verilmiştir, ilgili soruya cevap verenlerin sayısıdır, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3’de GDM’si olan gebelerin GDM’ye ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. GDM’si olan gebelerin %59,4’ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu saptanmıştır. GDM tanısı aldıklarında, gebelerin %25’inin endişelendiği, %15,6’sının ise bir şey hissetmedikleri belirlenmiştir. GDM’nin tedavisi için gebelerin %71,9’unun diyet ve egzersiz yaptığı, %28,1’inin ise diyet ve egzersize ek olarak insülin kullandığı saptanmıştır. GDM’si olan gebelerin %15,6’sı tedaviyi uygulayamadıklarını belirtmiştir. Tedaviyi uygulayamayan gebelerin %40’ı çabuk yorulduğu için egzersiz yapamadığını, %40’ı ise kan şekeri düştüğü için diyet yapamadıklarını ifade etmiştir. Gebelerin %87,5’inin GDM ile ilgili eğitim aldığı ve eğitim alan gebelerin %67,8’ine bu eğitimin diyetisyen tarafından verildiği belirlenmiştir. Gebelerin %94,6’sının aldığı eğitimi yeterli bulduğu belirlenmiştir. Gebelerin %62,5’i GDM tanısı aldıktan sonra en çok eşinden destek aldığı ve %85,9’unun aldığı desteği yeterli bulduğu belirlenmiştir.

## 4.2. Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Gebeliğe Psikososyal Uyumu ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.4.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçüm Araçları	Sağlıklı Gebe (n:64) X±SS	GDM'si Olan Gebe (n:64) X±SS	İstatistiksel Analiz*	
<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)</b>				
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler	19,95±4,11	23,64±4,38	t=4,90	<b>p: 0,01</b>
Gebeliğin kabulü	38,93±4,31	48,06±4,88	t=11,21	<b>p:0,01</b>
Annelik rolünün kabulü	40,29±4,50	50,01±4,85	t=11,74	<b>p:0,01</b>
Doğuma hazır oluş	23,12±3,40	30,01±3,87	t=10,68	<b>p:0,01</b>
Doğum korkusu	22,81±4,19	27,18±4,31	t=7,14	<b>p:0,01</b>
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	25,14±3,68	33,34±4,86	t=10,75	<b>p:0,01</b>
Eşi ile ilişkisinin durumu	27,04±4,00	34,53±4,69	t=9,70	<b>p:0,01</b>
<b>Toplam Puan</b>	<b>197,31±17,57</b>	<b>247,79±21,64</b>	<b>t=14,48</b>	<b>p:0,01</b>
<b>Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)</b>				
Kendine güvenli yaklaşım	1,90±0,48	2,05±0,49	t=9,75	p:0,331
İyimser yaklaşım	1,80±0,58	1,87±0,60	t=0,65	p:0,514
Çaresiz yaklaşım	1,16±0,50	1,16±0,52	t=-0,22	p:0,983
Boyun eğici yaklaşım	1,18±0,59	1,26±0,60	t=0,76	p:0,446
Sosyal destek arama	2,04±0,43	2,03±0,43	t=-0,15	p:0,879
<b>Toplam Puan</b>	<b>1,67±0,26</b>	<b>1,63±0,29</b>	<b>t=1,06</b>	<b>p:0,378</b>

\* Verilerin analizinde, bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

Tablo 4.4.'de sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin PKDÖ ve SBTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamasının 197,31±17,57, GDM'si olan gebelerin ise 247,79±21,64 olduğu



belirlenmiştir. PKDÖ toplam puan ortalamalarına göre, sağlıklı gebelerin psikososyal uyumlarının GDM'si olan gebelere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). PKDÖ alt boyutları olan “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler”, “gebeliğin kabulü”, “annelik rolünün kabulü”, “doğuma hazır oluş”, “doğum korkusu”, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” ve “eşi ile ilişkisinin durumu” puan ortalamaları açısından sağlıklı gebelerin psikososyal uyumlarının GDM'si olan gebelere göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). SBTÖ alt boyutlarından olan “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım” ve “sosyal destek arama” puan ortalamaları açısından her iki grupta yer alan gebelerin benzer olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.5.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sağlıklı Gebe (n: 64)			GDM'si Olan Gebe (n: 64)		
	n	PKDÖ (X± SS)	İstatistiksel Analiz*	n	PKDÖ (X± SS)	İstatistiksel Analiz*
<b>Yaş grupları</b>						
20-24	9	194,22±11,37		6	259,50± 4,80	
25-29	29	200,86±15,81	F=1,734	27	248,14±22,85	F=0,811
30-34	16	189,81±16,00	p=0,170	18	243,55±19,66	p= 0,493
35-39	10	201,80±25,88		13	247,53±21,64	
<b>Eğitim düzeyi</b>						
İlköğretim	13	192,46±13,07		13	219,69±32,41	
Lise	23	192,96±17,05	F=2,908	23	221,28±35,42	Z=0,834
Üniversite ve üzeri	28	203,14±18,57	p=0,062	28	224,93±29,30	p= 0,363
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	28	203,43±16,72	t= 2,561	19	250,15±18,42	Z=-0,132
Çalışmıyor	36	192,56±16,95	<b>p= 0,013</b>	45	246,80±22,99	p= 0,895
<b>Evlilik süresi</b>						
1-10 yıl	53	199,00±16,12	t=1,712	47	247,21±20,89	Z=-0,639
10 yıl üzeri	11	189,19±22,26	p=0,092	17	249,41±24,22	p=0,523
<b>Gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>						
Zayıf-normal	45	198,64±18,29	t=0,273	28	245,10±22,35	X <sup>2</sup> :0,357
Fazla kilolu- obez	16	191,12±15,19	p=0,602	31	247,74±21,95	p=0,650

\*Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, normal dağılım gösterenlerde “Bağımsız Gruplarda t testi”; normal dağılım göstermeyenlerde “Mann-Whitney U” ve “Pearson Ki-Kare” testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenlerde “One Way Anova” (ANOVA) testi kullanılmıştır.

Tablo 4.5.’de sağlıklı ve GDM’si olan gebelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Yaş grupları açısından; sağlıklı ve GDM’si olan gebe gruplarında, 30-34 yaş arası gebelerin PKDÖ puan ortalamalarına göre gebeliğe psikososyal uyumlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p>0,05). Sağlıklı ve GDM’si olan gebelerde eğitim düzeyinin artması ile birlikte gebeliğe psikososyal uyumun azaldığı ancak bu

azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Sağlıklı gebe grubunda, çalışmayan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının çalışan gebelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ancak GDM'si olan gebe grubunda, çalışma durumu bakımından PKDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Sağlıklı gebe grubunda evlilik süresi 10 yıldan fazla olan gebelerin, GDM'si olan gebelerde ise 10 yıldan daha az olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Sağlıklı gebe grubunda, BKİ'si fazla kilolu-obez olan gebelerin, GDM'si olan gebe grubunda ise zayıf-normal olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.6.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sağlıklı Gebe (n: 64)			GDM'si olan Gebe (n: 64)		
	n	PKDÖ (X± SS)	İstatistiksel Analiz*	n	PKDÖ (X± SS)	İstatistiksel Analiz*
<b>Gebeliğin planlanma durumu</b>						
Planlı	49	198,20±14,52	t=0,731	47	249,70±20,23	Z=-0,989
Planlı değil	15	194,40±16,75	p=0,537	17	242,53±25,06	p=0,323
<b>Gravida</b>						
Primigravida	28	199,89±15,98	t=1,036	25	248,64±21,56	Z=-0,234
Multigravida	36	195,31±15,37	p=0,304	39	247,26±20,45	p=0,815
<b>Gebelik haftası</b>						
24-28,0 hafta	39	195,82±15,44	t=0,846	42	249,56±21,00	Z=-0,773
28 <sup>1/7</sup> hafta ve ↑	25	199,64±20,59	p=0,078	22	244,19±22,99	p=0,440
<b>Gebelikteki Kontrol Sayısı</b>						
4-6	43	197,44±16,13	t=0,846	30	245,26±23,13	Z=-0,357
7-10	21	197,04±20,64	p=0,934	34	250,02±20,02	p=0,721

\*Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, normal dağılım gösterenlerde “Bağımsız Gruplarda t testi”; normal dağılım göstermeyenlerde “Mann-Whitney U” testi kullanılmıştır.

Tablo 4.6.'da sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin bazı obstetrik özelliklerine göre PKDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı ve GDM'si olan gebelerde; gebeliği planlı olmayan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hem sağlıklı hem de GDM'si olan gebe grubunda, multigravidaların primigravidalara göre gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Sağlıklı gebelerde 24-28. haftalar arasında, GDM'si olan gebelerde ise 28<sup>1/7</sup> hafta ve üzerinde gebeliğe psikososyal uyumun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). 4-6 kez gebelik kontrolüne giden GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek, sağlıklı gebelerin ise gebelikteki kontrol sayısına göre gebeliğe psikososyal uyum düzeylerinin birbirine benzer olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.7.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti olan Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi Olan Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit Katsayı	275,250	11,924	-	23,083	<b>0,000</b>
Gebelik Statüsü (Sağlıklı GDM'si olan gebe, gebe)	-48,766	3,525	-0,764	-13,834	<b>0,000</b>
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu (kullanıyor, kullanmıyor)	11,000	5,070	0,120	2,170	<b>0,032</b>
R <sup>2</sup> =0,638					

Tablo 4.7.'de sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamaları üzerine etkisi olan değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Modele giren değişkenlerden sadece gebelik statüsü (sağlıklı gebe, GDM'si olan gebe) ve gebelikte sigara kullanma durumu (kullanıyor, kullanmıyor) değişkenlerinin PKDÖ toplam puan üzerine etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda; sağlıklı gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamalarının GDM'si olan gebelere göre 48,7 puan daha düşük yani gebeliğe psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Sigara içen gebelerde PKDÖ toplam puan ortalamasının sigara içmeyen gebelere göre 11 puan daha yüksek yani gebeliğe psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebeliğin planlanma durumu, gravida, gebelik haftası, gebelikteki kontrol sayısı, gebelikte kontrollerin yapıldığı yer, eşinin eğitim düzeyi, evlilik süresi, gebelikte ilaç kullanma durumu ve gebelikte alkol kullanma durumu değişkenlerinin ise PKDÖ toplam puan üzerine etkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiş ve bu nedenle bu değişkenler modelden çıkarılmıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.8.** Sağlıklı ve Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerin Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	SBTÖ Alt Boyutları											
	Kendine Güvenli		İyimser Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Boyun Eğici		Sosyal Destek		Arama	
	GDM	SG	GDM	SG	GDM	SG	GDM	SG	GDM	SG	GDM	SG
	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)	(n:64)
PKDÖ Toplam Puanı	0,20	<b>0,26*</b>	<b>0,28*</b>	0,15	<b>-0,45*</b>	<b>-0,51*</b>	-0,22	-0,08	-0,08	-0,08	-0,08	-0,02
Kendi ve Bebeği İle İlgili Düşünceleri	0,14	0,12	0,66	-0,01	-0,33	<b>-0,30*</b>	0,09	-0,12	-0,09	-0,09	0,05	0,05
Gebeliğin Kabulü	0,032	0,02	<b>0,31*</b>	0,14	<b>-0,37*</b>	<b>-0,25*</b>	-0,13	-0,16	-0,84	-0,84	-0,18	-0,18
Annelik rolünün kabulü	0,14	-0,11	0,23	0,03	<b>0,26*</b>	<b>-0,49*</b>	-0,21	-0,23	-0,47	-0,47	-0,11	-0,11
Doğuma hazır oluş	0,07	0,17	<b>0,27*</b>	<b>0,25*</b>	<b>-0,29*</b>	-0,07	-0,13	0,09	0,14	0,14	0,02	0,02
Doğum korkusu	0,10	<b>0,23*</b>	0,18	0,14	<b>-0,31*</b>	<b>-0,46*</b>	-0,16	-0,24	-0,21	-0,21	-0,04	-0,04
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	0,15	0,17	0,13	0,05	<b>-0,31*</b>	<b>-0,26*</b>	-0,19	-0,12	0,02	0,02	0,07	0,07
Eşi ile ilişkisinin durumu	<b>0,25*</b>	<b>0,28*</b>	0,10	0,17	<b>-0,33*</b>	<b>-0,42*</b>	-0,06	0,10	-0,16	-0,16	0,08	0,08

GDM: Gestasyonel diyabeti olan gebe SG: Sağlıklı Gebe

\*Bu korelasyonlarda  $p < 0,05$ 'tir.

Tablo 4.8.'de sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin SBTÖ alt boyut puan ortalamaları ile PKDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Sağlıklı gebelerde, SBTÖ alt boyutlarından “kendine güvenli yaklaşım” puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki saptanırken; GDM'si olan gebelerde “iyimser yaklaşım” puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Her iki grupta, SBTÖ alt boyutlarından “çaresiz yaklaşım” puan ortalaması ile PKDÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

GDM'si olan gebelerde, SBTÖ alt boyutlarından “çaresiz yaklaşım” puan ortalaması ile PKDÖ alt boyutlarından “annelik rolünün kabulü” puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde; “gebeliğin kabulü”, “doğuma hazır oluş”, “doğum korkusu” “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” ve “eşi ile ilişkisinin durumu” puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlıklı gebelerde ise, PKDÖ alt boyutlarından “kendi ve bebeği ile ilgili düşünceleri”, “gebeliğin kabulü” ve “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde; “annelik rolünün kabulü”, “doğum korkusu” ve “eşi ile ilişkisinin durumu” puan ortalamaları arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Gebelik, fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren bir yaşam dönemidir (1). Gebeliğin anne, fetüs/yenidoğan açısından sağlıklı bir şekilde sonlanabilmesi için bu değişimlere uyum sağlaması oldukça önemlidir. Gebelik sırasında riskli bir durum ortaya çıktığında, gebeliğe psikososyal uyum daha da önem kazanmaktadır (30). Çünkü yüksek riskli gebelik durumunda, gebelikte ortaya çıkan değişimlerin yanı sıra sağlıklı anne-bebek birlikteliğiyle sonuçlanmama riski olan bir gebeliğe ve gebelik süresince devam edecek tedavi ve yaşam biçiminde yapılması gereken değişikliklere uyum sağlamak ve çıkan sorunlarla baş etmek gerekmektedir (14).

Gebelik sırasında ortaya çıkan riskli durumlardan biri olan GDM; olumsuz perinatal sonuçlar ve perinatal mortalitede artış, sonraki gebeliklerde GDM'nin tekrarlama ve gelecekte Tip 2 DM gelişme riskinde artış ve postpartum depresyon gibi anne ve yenidoğanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek durumlarla ilişkilendirilmektedir (19,21,24,148,149). Bu nedenle; GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumunun ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve bu faktörlerin en aza indirilmesi için gerekli müdahalelerin gerçekleştirilmesi, hem perinatal sonuçların hem de kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından önemlidir. Literatürde, GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde, GDM tanısı alındığında yaşanan duyguların ve GDM'nin yönetimini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik nitel çalışmalar yer alırken (26,29,30,36,38,142,150); ulusal literatürde, farklı yüksek riskli durumları olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarını değerlendiren çalışmalar olduğu gözlenmiştir (16,17,55,82,151). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nun sağlıklı gebelerin gebeliğe uyumunu değerlendirdiği çalışmada; gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamasının  $147,87 \pm 27,43$  olduğu belirlenmiştir. Kamalak (17)'in yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisini değerlendirdiği çalışmasında; GDM (yüksek riskli gebelerin %39,1'inde) ve kan şekerinde yükselme (yüksek riskli gebelerin %37,5'inde) ayrı olacak şekilde antepartum semptom olarak ele alınmış ve hafif, orta ya da şiddetli olma durumuna göre rapor edilmiştir. Bu çalışmada, yüksek riskli gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamasının  $(139,95 \pm 20,30)$  sağlıklı gebelerin puan ortalamasından  $(141,71 \pm 24,06)$  daha düşük olduğu



belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre, yüksek riskli gebelerin gebelik uyumlarının sağlıklı gebelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Bulut (151)'un hiperemesis gravidarum nedeniyle hastaneye yatan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlediği çalışmada, herhangi bir kontrol grubu kullanmaksızın çalışmaya katılan gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamalarının  $173,3\pm 35,8$  olduğu saptanmıştır. Paşalak (82)'in yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörleri belirlediği çalışmada; herhangi bir kontrol grubu kullanmaksızın çalışmaya katılan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının  $166,50\pm 25,11$  olduğu belirlenmiştir. Evrenol Öçal (55)'in adölesan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğe uyumu ve etkileyen faktörleri değerlendirdiği çalışmada; herhangi bir kontrol grubu kullanmaksızın çalışmaya katılan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının  $152,93\pm 28,784$  olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise, GDM'si olan gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamasının ( $247,79\pm 21,64$ ), sağlıklı gebelerin puan ortalamasından ( $197,31\pm 17,57$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.4). Ayrıca, adımsal yöntem ile model seçilerek gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonucuna göre; sağlıklı gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamalarının GDM'si olan gebelere göre 48,7 puan daha düşük yani gebeliğe psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). (Tablo 4.4). Diğer çalışma sonuçları (16,55,63,84,153) ile karşılaştırıldığında; çalışmamıza katılan GDM'si olan ve sağlıklı gebelerin PKDÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kamalak (17)'in çalışmasından elde edilen, yüksek riskli gebelerin gebelik uyumlarının sağlıklı gebelerden yüksek olduğu sonucunun da çalışma sonucumuzdan farklı olduğu saptanmıştır. Bu farklılıkların; belirtilen araştırmalarda yer alan gebelerin farklı gebelik risklerine ve hastanede yatma gibi farklı stresörlere sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda, GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyum düzeylerinin sağlıklı gebelerden düşük çıkmasının nedeninin ise sağlıklı devam eden bir gebeliğin, aniden ortaya çıkan; anne ve fetüsün sağlığını risk altında bırakma potansiyeli olan; gebelik boyunca yaşam biçimi ile ilgili değişiklikleri, tedaviye uyumu ve daha fazla sağlık kontrolünü gerektirecek bir duruma dönüşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlıklı gebeliklerde bile zıt duygular yaşanmakta ve zorunlu olarak gelişimsel görevler yerine getirilmektedir. Ancak beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM

tanısı ile birlikte gebeler, kendilerini şaşkın, üzgün, tedirgin, korkmuş, uyuşmuş, bunalımlı, endişeli ve kaygılı hissedebilmektedirler (25-29). Araştırmamızda, GDM'si olan gebelerin tanı alma aşamasında endişe, üzüntü, şaşkınlık, şok olma ve korku gibi olumsuz sayılabilecek duygular yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Çoğu kadın tarafından tanı aşamasında yaşanan bu duygusal tepkiler, GDM için uygulanan tedavinin bırakılması, aşırı korku tepkisi, uyumsuz davranışların ortaya çıkması ve öz bakımın yerine getirilmesinde sorunların yaşanmasına yol açabilmektedir (29). Bu nedenle hemşirelerin, GDM yönetimini olumsuz etkileyebileceğinden, kadının tanı aldığı sıradaki ilk tepkisini ve duygularını değerlendirmesi ve kontrolünü kaybetmemesi için gerekli önlemleri alması gerekmektedir.

GDM'si olan gebeler, kendi ve bebeğinin geleceği ile ilgili beklentilerini bilmemeleri nedeni ile kendilerini kaybolmuş, belirsiz ve güçsüz hissedebilmekte ve bu nedenle kontrol kaybı hissi yaşayabilmektedir (28,30). GDM ile ilgili bilgi eksikliği ile birlikte, gebenin kontrol kaybı hissi ve GDM'ye verilen duygusal cevap artabilmektedir (132). Çalışmamızda, GDM'si olan gebelerin %87,5'inin GDM ile ilgili eğitim aldığı, eğitim alan gebelerin %32,2'sine eğitimin diyetisyen ve diyabet hemşiresi tarafından verildiği ve gebelerin % 94,6'sının aldıkları eğitimi yeterli buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3). GDM'si olan gebelerin kontrol kaybı hissini azaltılabilmesi için hemşirenin, doğru zamanda, uygun bir ortamda ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak, GDM ile ilgili yanlış anlamaları ele alan ve takiplere düzenli gelmeyi teşvik eden bilgi vermeleri ve destek sağlamaları önemlidir. Bu desteğin; duygusal tepkiyi ele alan, korkuları azaltan ve kadınların gelecekteki sağlığı ile ilgili kontrolü ele alma potansiyellerini arttıran bir şekilde verilmesi gerekmektedir (27,36).

Gebeliğin kabulü, kadının gebeliğe bağlı ortaya çıkan değişim ve gelişmelere verdiği uyum cevapları ile ilişkilidir. İlk trimesterde gebeliğin kabullenilmesi, gebeliğe psikososyal uyum sürecinin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi açısından önemlidir (53). Sağlıklı gebelerde dahi gebeliğin kabullenilmesi sürecinde yaşanan problemler; gebelik ve anneliğe uyum sürecinin olumsuz etkilenmesi, doğuma ilişkin daha fazla korku yaşanması ve gebelik komplikasyonlarının daha fazla görülmesi gibi istenmeyen sorunlara yol açabildiğinden (3,55); bu süreç, GDM gibi yüksek riskli gebelik durumunda gebeliğe psikososyal uyumun sağlanması açısından önemlidir. Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt

boyutlarından olan "gebeliğin kabulü" puan ortalamasının  $23,12 \pm 7,40$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $23,18 \pm 5,23$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $24,56 \pm 6,55$ ; Paşalak (82)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $22,41 \pm 6,40$ ; Bulut (151)'un çalışmasında hiperemesis gravidarum olan gebelerin puan ortalamasının  $30,1 \pm 8,8$ ; Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise, adölesan gebelerin puan ortalamasının  $25,50 \pm 7,6$  olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise "gebeliğin kabulü" alt boyut puan ortalamasının sağlıklı gebelerde  $38,93 \pm 4,31$ , GDM'si olan gebelerde  $48,06 \pm 4,88$  olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.4). GDM'si olan gebelerin "gebeliğin kabulü" alt boyutuna göre gebeliğe psikososyal uyumunun sağlıklı gebelere göre daha düşük olmasının nedeninin, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan GDM tanısı karşısında endişe, korku, üzüntü ve şaşkınlık gibi duyguların yaşanması ve GDM yönetiminde gerekli olan tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerine uyma zorunluluğunun hissedilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Annelik rolü edinme, karmaşık ve çok aşamalı bir süreçtir (83). Annelik rolünün kabulünde, ilk olarak gebeliğin kabulü ve gebeliğin yaşam biçimiyle bağdaştırılması gerekmektedir (3,56). Bu nedenle, gebeliğin kabullenilmesi sürecinde yaşanan sorunlar, annelik rolünün kabulünü de güçleştirmektedir. Annelik rolü başarımlı, gebelik süresince gelişen, doğumla birlikte başlayan ve doğumdan bir yıl sonrasına kadar devam eden bir süreçtir (63). Annelik rolüne geçiş sürecinin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi, anne ve fetüs/yenidoğan sağlığı açısından önemlidir (63). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt boyutlarından olan "annelik rolünün kabulü" puan ortalamasının  $25,95 \pm 5,91$ ; Paşalak (82)'in çalışmasında, yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $24,23 \pm 4,78$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $21,59 \pm 4,41$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $22,85 \pm 4,81$ ; Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise adölesan gebelerin puan ortalamasının  $26,50 \pm 6,85$  olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda sağlıklı gebelerde "annelik rolünün kabulü" alt boyut puan ortalamasının  $40,29 \pm 4,50$ , GDM'si olan gebelerde ise  $50,01 \pm 4,85$  olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.4). Gebenin yaşı, eğitim düzeyi, sağlık durumu, sağlığı algılama durumu, sosyal destek varlığı, çocuğuna bağlanma düzeyi, benlik kavramı, ebeveynliğe hazırlık eğitimi ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktör

annelik rolünün kabulünü olumsuz etkilemektedir (60,63). Çalışmamıza katılan sağlıklı ve GDM'si olan gebeler bazı demografik (Tablo 4.1) ve obstetrik faktörler (Tablo 4.2) açısından benzerdir. Bu nedenle çalışmamızda GDM'si olan gebelerin “annelik rolünün kabulü” alt boyutuna göre gebeliğe psikososyal uyumunun sağlıklı gebelere göre daha düşük olmasının nedeninin, GDM'nin gebenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili endişe ve stres yaşamasına yol açması nedeni ile annelik rolünün kabul edilme sürecinin olumsuz etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

GDM tanısının bir anda ortaya çıkması ile gebeler, gebelik algılamalarını yeniden yapılandırdıkları karmaşık bir sürece girmektedirler (28,30-32). Sağlıklı gebeliğin kaybı; daha sık gebelik kontrolü, tıbbi test ve davranış izlemine içerdiğinden, gebenin kendi ve bebeğinin sağlığına odaklanmasına ve bu nedenle endişe ve korku yaşanmasına neden olabilmektedir (36). Bu endişe ve korkular, gebeliğe psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilmektedir (14). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt boyutlarından olan "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" puan ortalamasının  $23,33 \pm 5,87$ ; Paşalak (82)'in çalışmasında, yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $29,39 \pm 7,56$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $25,64 \pm 6,99$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $24,33 \pm 6,54$ ; Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise adolesan gebelerin puan ortalamasının  $25,55 \pm 5,88$  olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, sağlıklı gebelerin “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler” puan ortalamasının  $19,95 \pm 4,11$ , GDM'si olan gebelerin puan ortalamasının ise  $23,64 \pm 4,38$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.4). GDM'si olan gebelerin “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” alt boyutuna göre gebeliğe psikososyal uyumunun sağlıklı gebelere göre daha düşük olmasının nedeninin; GDM nedeniyle kendi ve bebeğinin sağlığının daha fazla risk altında olduğunu düşünmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

GDM'si olan gebeler, kendi ve bebeğinin sağlığının risk altında olduğunu düşündüklerinden hem kendi hem de bebeğinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla GDM'nin tedavisine uyum konusunda kendilerini daha motive hissedebilmektedir. Ancak bazı gebeler, diyet ile ilgili yapılacak kısıtlamaların ya da egzersizin, bebeğinin gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğunu düşünebilmektedir (27,32,36). Bu nedenle, gebelerin GDM tedavisine uyumları

olumsuz etkilenebilmektedir. Carolan (39)'ın GDM'si olan 15 gebe ile yaptığı nitel çalışmada; GDM'nin bireysel yönetiminin öğrenilmesi ile bebeğin sağlığını iyileştirme konusundaki ilgi ve motivasyonun arttığı ve böylece GDM kontrolünün sağlanabildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, GDM'si olan gebelerin %71,9'una tedavi için diyet ve egzersiz programı önerildiği ancak gebelerin çoğunluğu tedaviyi uygulayabildiklerini belirtirken, %15,6'sı tedaviyi uygulayamadıklarını ifade etmiştir. Tedaviyi uygulayamadığını belirten gebelerin ifadelerine bakıldığında, uygulayamama nedenlerinin bireysel faktörlerden kaynaklandığı, bu nedenle GDM tedavisinin öneminin farkında olmadıkları düşünülmektedir (Tablo 4.3).

Sosyal destek, gebeliğe psikososyal uyum sürecinde önemli bir faktördür. Sosyal desteği yeterli olan gebelerde gebeliğin tatmin edici ve istenilen bir durum olması nedeni ile gebeliğe psikososyal uyum kolaylaşmaktadır (89,95). Ayrıca, sosyal desteğin kısa ve uzun vadede anne ve çocuk sağlığı üzerine olumlu etkilere sahip olduğu belirtilmektedir (46,89,90,151-153). Sosyal destek yetersiz olduğunda ise, gebelik ve doğum sonu dönemde, ruhsal sağlığın bozulması sonucu annenin yaşamı etkilenmekte, beslenme alışkanlığı bozulmakta, sigara, alkol ve madde kullanımında artış görülmekte ve sonuçta anne ve bebeğin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir (93,94). Gebe kadınların gebeliğe psikososyal uyum sağlamaları açısından en önemli sosyal destek kaynağının eş olduğu belirtilmektedir (3,39,87). Rini ve ark. (96)'nın çalışmada; eş desteğinin, kişiler arası uyumu arttırdığı ve eşleriyle olan ilişki özelliklerini (ilişki kalitesi, duygusal yakınlıkları, içtenlikleri vb.) etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların eşleri ile olan ilişkileri yüksek kalitede olduğunda, kadınların eş desteğini daha etkili olarak algıladığı belirtilmektedir. Yanikkerem ve ark. (107), gebelerin en çok eşinden destek aldığını ve destek almayan gebelerin daha fazla fiziksel sorun yaşadığını belirlemişlerdir. Çalışmamızda ise benzer olarak, GDM'si olan gebelerin en çok eşlerinden destek aldığı ve çoğunlukla aldıkları desteği yeterli buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca, PKDÖ alt boyutlarından olan "eşi ile ilişkisinin durumu" puan ortalamasının sağlıklı gebelerde  $27,04 \pm 4,0$  ve GDM'si olan gebelerde  $34,53 \pm 4,69$  olduğu saptanmıştır ( $p=0,01$ ) (Tablo 4.4). GDM'si olan gebelerin "eşi ile ilişkisinin durumu" alt boyutuna göre gebeliğe psikososyal uyumunun sağlıklı gebelere göre daha düşük olmasının nedeninin, GDM'si olan gebelerin gebeliğe ve GDM ile birlikte ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerine

uyum sağlamada eş desteğine daha fazla ihtiyaç hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Eş desteği, GDM'nin tedavisine uyum açısından da önemlidir. Evans ve O'Brien (30), GDM'si olan gebelerin egzersiz yapmalarını etkileyen en önemli faktörün eş desteği ve teşviki olduğunu belirlemiştir. Ayrıca Rodriguez ve ark. (154) tarafından yapılan çalışmada; eş desteğinin zayıf olduğu gebelerde GDM öz-yönetimi ilkelerine uyumun olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

Gebeliğe psikososyal uyum sürecinde önemli olan bir diğer sosyal destek faktörü gebenin kendi annesidir. Bu süreçte, gebenin kendi annesini rol model alması önemlidir. Bu nedenle, gebenin kendi annesi ile çatışması, ikilemli ilişki ya da aşırı anne bağımlılığı yaşamaması, gebenin annelik rolüne uyumunu zorlaştırabilmektedir (3,56). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (63) çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt boyutlarından olan "kendi annesi ile ilişkisinin durumu" puan ortalamasının  $17,35 \pm 5,71$ , Paşalak (82)'in çalışmasında; riskli gebelerin puan ortalamasının  $16,19 \pm 4,78$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $22,22 \pm 4,34$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $14,57 \pm 5,88$ ; Bulut (151)'un çalışmasında; hiperemesis gravidarumu olan gebelerin puan ortalamasının  $17,9 \pm 7,8$  ve Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise adölesan gebelerin puan ortalamasının  $15,14 \pm 4,24$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda GDM'si olan gebelerin eşlerinden sonra en fazla annelerinden destek aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca, "kendi annesi ile ilişkisinin durumu" alt boyut puan ortalamasının sağlıklı gebelerde  $25,14 \pm 3,68$  ve GDM'si olan gebelerde  $33,34 \pm 4,86$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.4). GDM'si olan gebelerin "kendi annesi ile ilişkisinin durumu" alt boyutuna göre gebeliğe psikososyal uyumunun sağlıklı gebelere göre daha düşük olmasının nedeninin, GDM ile birlikte ortaya çıkan yaşam biçimi değişikliklerine ve gebeliğe uyum sağlamanın yanısıra bu riskli dönemde annelik rolünü sağlıklı geliştirilebilmesinde daha fazla anne desteğine ihtiyaç duymalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadının önceki deneyimleri, gebelik sayısı, gebeliği hakkında bilgi alma/arama davranışı, sosyo-demografik ve kültürel özellikleri, çevresel uyaranlar ve bu uyaranlara verdiği tepkiler, gebenin doğuma hazır oluşluk düzeyini etkilemektedir. Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nün çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt boyutlarından "doğuma hazır oluş" puan ortalamasının  $19,14 \pm 4,59$ ; Paşalak (82)'in

çalışmasında; riskli gebelerin puan ortalamasının  $24.50 \pm 5.71$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $17.39 \pm 3.92$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $17.58 \pm 4.94$ ; Bulut (151)'un çalışmasında; hiperemesis gravidarumu olan gebelerin puan ortalamasının  $25.5 \pm 5.6$  ve Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise adölesan gebelerin puan ortalamasının  $19.88 \pm 4.40$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda sağlıklı gebelerin “doğuma hazır oluş” alt boyut puan ortalamasının  $23.12 \pm 3.40$ , GDM’si olan gebelerin puan ortalamasının  $30.01 \pm 3.87$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.4). Doğuma hazır oluşluk düzeyi, hem fiziksel hem de duygusal yönden hazır ve desteklenmiş olmayı gerektirmektedir. Ancak, gebelerin çoğunluğu doğuma hazır oluşluk düzeyini arttıracabilecek doğum ile ilgili sınırlı düzeyde bilgiye sahiptir (47). GDM’si olan gebelerin doğum sürecinde sağlıklı gebelere oranla daha fazla risk altında oldukları düşünüldüğünde, GDM’si olan gebelerin daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları düşünülebilir.

Gebelik süresince kadınlarda belirli ölçüde görülmesi normal kabul edilen doğum korkusu, maternal iyilik halini etkileyen duygusal bir streştir (70). Gebelikten önce ortaya çıkan bu korku, şiddetli olduğunda obstetrik komplikasyonların gelişmesine yol açabilmektedir (14,70). Doğum eylemine ilişkin korkular; bebeğin ve gebenin kendisinin zarar görebileceği ve ölebileceği, doğum ağrısı, doğum esnasında duygusal ya da fiziksel kontrol kaybı ve panik yaşama ve sağlık personeline güvenmeme gibi nedenlerle gelişebilmektedir (72). Demirbaş ve Kadioğlu'nun (63)'nin çalışmasında; sağlıklı gebelerin PKDÖ alt boyutlarından "doğum korkusu" puan ortalaması  $20.58 \pm 4.38$ ; Paşalak (82)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalaması  $25.66 \pm 6.19$ ; Kamalak (17)'in çalışmasında; yüksek riskli gebelerin puan ortalamasının  $22.35 \pm 3.92$  ve sağlıklı gebelerin puan ortalamasının  $22.22 \pm 4.34$ ; Bulut (151)'un çalışmasında; hiperemesis gravidarumu olan gebelerin puan ortalamasının  $27.5 \pm 5.4$  ve Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında ise adölesan gebelerin puan ortalamasının  $23.17 \pm 4.82$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda “doğum korkusu” alt boyut puan ortalamasının sağlıklı gebelerde  $22.81 \pm 4.19$ , GDM’si olan gebelerde  $27.18 \pm 4.31$  olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.4). GDM’si olan gebelerin bebeklerinin makrozomik olma ve sezeryan ile doğum riskinin yüksek olması nedeni ile doğum korkusunu daha fazla yaşayabilecekleri beklenebilir. Çalışmamıza katılan GDM’si olan gebelerin, sağlıklı gebelere göre daha fazla korku

yaşıyor olmalarının, GDM nedeni ile doğum sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirilmemiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebeliğe psikososyal uyum süreci; gebenin yaşı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, eşinin çalışma durumu gibi sosyo-demografik faktörlerden etkilenebilmektedir (55,63,82,87,94,106,108,151). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin çalışmasında; lise veya üniversite mezunu olan ( $p<0.01$ ), çalışan ( $p<0.05$ ), çekirdek ailede yaşayan ( $p<0.05$ ), yüksek gelir düzeyine sahip ( $p<0.01$ ) ve sosyal güvencesi olan ( $p<0.01$ ) sağlıklı gebelerin gebeliğe daha uyumlu oldukları belirlenmiştir. Paşalak (82)'in çalışmasında; sosyal güvencesi olan ve ailenin gelir düzeyi algısı iyi olan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Pehlivanoğlu'nun (16) çalışmasında; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, evlilik süresi, sosyal güvence varlığı, aile tipi, gelir durumu, eşinin eğitim düzeyi, eşinin çalışma durumu ve eşinin gebeliğe karşı tutumunun yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyumunu etkilediği belirtilmektedir. Bulut'un çalışmasında (151); hiperemesis gravidarumu olan gebelerin yaşının gebeliğe uyumu etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Evrenol Öçal (55); adolesan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin gebeliğe uyumu etkilemediğini saptamıştır. Çalışmamızda ise, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve evlilik süresinin GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumunu etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2.2). Bulut (151)'un çalışmasında; 24 yaş altında olan hiperemesis gravidarumu olan gebelerin 25-29 yaş aralığında olan gebelere göre gebeliğe uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenirken; Pehlivanoğlu (16)'nin çalışmasında; 26-35 yaş aralığında olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyinin 16-20 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 30-34 yaş arası sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Bu farkın, çalışmalarda yer alan gebelerin farklı gebelik risklerine sahip olması, farklı gebelik haftalarında olmaları ve hastaneye yatma gibi gebeliğe uyumu olumsuz etkileyebilecek özelliklere sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Demirbaş ve Kadioğlu (63) ve Pehlivanoğlu (16)'nin çalışmasında; eğitim düzeyi yükseldikçe gebeliğe uyum düzeyinin yükseldiği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda, istatistiksel olarak anlamlı



olmamakla birlikte sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin eğitim düzeyinin artması ile birlikte gebeliğe psikososyal uyumlarının azaldığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamıza katılan gebelerin yaklaşık yarısının üniversite mezunu olmasına rağmen, diğer çalışma sonuçlarından farklı sonuç elde edilmesinin nedeninin; gebelerin hem anne hem de fetüs/yenidoğan sağlığı üzerine ciddi etkileri olabilecek GDM gibi riskli bir duruma sahip olmaları olduğu düşünülmektedir. Demirbaş ve Kadioğlu (63) ve Pehlivanoğlu (16)'nın çalışmasında; çalışan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerinin çalışmayan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, çalışan sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyum düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir ancak sağlıklı gebelerde çalışma durumu açısından PKDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenirken bu farkın GDM'si olan gebelerde anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). GDM'si olan gebelerin çalışıyor olmasının, gebeliğe psikososyal uyumu hem olumlu hem de olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. GDM, daha sık gebelik kontrolü, tıbbi test ve davranış izlemine gerektirmektedir. Gebenin çalışıyor olması; kadının sosyal güvence ve ekonomik özgürlüğe sahip olması dolayısıyla GDM yönetiminde gerekli olan sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabileceği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, gebenin çalışıyor olması, GDM yönetimi için gerekli yaşam biçimi değişikliklerini (diyet, egzersiz vb) yapabilmesi konusunda zorluk yaşamaması anlamına da gelebilmektedir.

BKI'nin artması ile birlikte DM ve GDM riskinde artış görülmektedir (20). Literatürde, BKI'nin gebeliğe uyumunu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda; sağlıklı gebe grubunda, BKI'si fazla kilolu-obeze olan gebelerin, GDM'si olan gebe grubunda ise zayıf-normal olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5). Bunun nedenin, gebelik öncesi BKI'si fazla kilolu-obeze olan GDM'si olan gebelerin, gebelikte GDM'nin ortaya çıkması ve dolayısıyla kendi ve bebeğinin sağlığının risk altında olması konusunda kendilerini suçlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlıklı gebeler ise, kendi ve bebeklerinin sağlığı ile ilgili herhangi bir risk olmaması nedeni ile gebelik sırasında fazla kilolu-obeze olma durumunu bir sorun olarak görmemiş olabilirler. Çünkü Türk kültüründe gebelik sırasında kilolu olmak bebeğin sağlığını yansıtan ve istenen bir durumdur.

Gebeliğe psikososyal uyum süreci; gebeliğin istenme/planlanma durumu, gebelik sayısı, doğum öncesi bakım alma durumu ve gebelik komplikasyonlarının varlığı gibi obstetrik faktörlerden etkilenebilmektedir (30,46,55,63,82,111,112). Demirbaş ve Kadioğlu (63)'nin çalışmasında; isteyerek gebe kalan ve gebelik hakkında bilgi alan sağlıklı gebelerin gebeliğe daha uyumlu oldukları belirlenirken ( $p<0.05$ ), gebelik sayısı ve gebeliğe uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Paşalak (82)'in çalışmasında; gebeliğini planlayan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak, gebelik sayısının gebeliğe uyum düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Evrenol Öçal (55)'in çalışmasında; adölesan gebelerin gebelik haftası ile gebeliğe uyum arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Çalışmamızda ise, gebeliği planlanma durumu, gravida, gebelik haftası ve gebelikteki kontrol sayısının GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumunu etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, gebeliği planlı olmayan sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin, gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Gebeliğin planlı olma durumu, tüm gebelerin gebeliğe psikososyal uyumu açısından önemli olmakla birlikte, çalışmamızdan elde edilen bu sonucun, gebelerin ve eşlerinin çoğunluğunun sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek olması (Tablo 4.1) ve gebeliklerinin planlı olmasından (Tablo 4.2) kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürle uyumlu olarak (16,82), çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte her iki grupta olan multigravidaların gebeliğe psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda, sağlıklı gebe grubunda 24-28 gebelik haftaları arasında, GDM'si olan gebe grubunda ise 28<sup>1/7</sup> hafta ve üzerinde olanların gebeliğe psikososyal uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Sağlıklı gebelerde, ilk trimesterde yaşanan rahatsızlıkların azalması ve ikinci trimester ile birlikte anne-bebek bağlanmasında artış olması nedeni ile gebeliğe psikososyal uyum düzeyi artarken; GDM'si olan gebelerde, GDM tanısı aldıktan sonra GDM yönetimi için gerekli yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlanması gerektiğinden psikososyal uyumun daha geç gerçekleştiği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gebelik kontrolüne 4-6 kez giden GDM'si olan gebelerin, gebeliğe psikososyal uyumlarının 7-10 kez gidenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmamıza katılan GDM'si olan gebeler, takip edildikleri sağlık kurumu tarafından daha sık kontrole çağrılmış olabilir ya da kendileri daha sık kontrole gitme gereksinimi duymuş olabilirler. GDM'si olan gebelerin daha sık gebelik kontrolüne çağrılmaları, bu gebelerde anne, fetüs/yenidoğan sağlığı açısından daha riskli bir durum olduğunu gösterebilir. Artan bu risk durumu nedeni ile bu gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, çalışmamıza katılan GDM'si olan gebelerin, %35,9'unun üniversite hastanesi dışında farklı sağlık kurumlarına da başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu gebelerin, birden fazla sağlık kurumundan sağlık hizmeti alma nedenlerinin; kontrol kaybı hissinde artış yaşamaları ve kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili daha fazla endişe hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle, daha fazla sayıda gebelik kontrolüne ihtiyaç hisseden gebelerin, yaşadığı endişeler nedeniyle gebeliğe psikososyal uyumları olumsuz etkilenebilir.

Gebelikte sigara içimi, anne ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak, kadınlar gebelikte de sigara içmeye devam edebilmektedir (155). Çalışmamızda, sağlıklı gebelerin %21,9'unun, GDM'si olan gebelerin ise %6,2'sinin gebelik süresince sigara kullandığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.1). Adımsal yöntem ile model seçilerek gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonucuna göre; sigara içmenin gebeliğe psikososyal uyumu etkilediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sigara içen gebelerde PKDÖ toplam puan ortalamasının sigara içmeyen gebelere göre 11 puan daha yüksek yani gebeliğe psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.7). Bu sonuç, sigara içen gebelerin yaşadıkları stres ve anksiyete nedeni ile sigara içmeye devam ettikleri ancak stresle etkisiz başetme yöntemlerinden biri olan sigaranın, gebeliğe psikososyal uyumu olumsuz etkileyebilecek stres ve anksiyete düzeyini azaltmadığını gösterebilir.

Gebelik, fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kadın için rol değişiminin olduğu ve uyumu gerektiren stres verici bir yaşam dönemdir (53,102). Gebelik döneminde yaşanan sürekli stresin olumsuz gebelik sonuçlarına neden olduğu, maternal ve fetal/neonatal sağlığı etkilediği belirtilmektedir (54,156). Ayrıca, gebelikte stres arttıkça gebeliğe psikososyal uyum düzeyinin azaldığı ve uyum sorunlarının yaşanabildiği belirlenmiştir (82). Bu nedenle, gebelerin stresle etkili baş etmesi gebeliğe psikososyal uyum açısından önemlidir. Stresin kan glikoz düzeyi

üzerine doğrudan ve dolaylı etkisinin olması nedeni ile stresle baş etme GDM tedavisinde çok önemli bir yer tutmaktadır. GDM'nin kendisi de gebenin stres düzeyini arttırabilmektedir. Nolan (157)'in GDM ve tip 2 DM'li gebeler ile yaptığı nitel çalışmada; gebelerin perinatal komplikasyonlar ve gelecekte Tip 2 DM gelişme riskinden dolayı endişelendikleri belirlenmiştir. Yan ve Yang (150)'in GDM'si olan 30 gebenin diyet önerilerine uyumunu engelleyen faktörleri incelediği çalışmasında; kısa sürede diyet önerilerine uymanın stres ve kaygı düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir. Bu nedenlerden dolayı, GDM'de stresin etkin yönetimi önemlidir. Literatürde GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumu ile stresle baş etme tarzlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Huizink ve ark. (105), sağlıklı gebelerin ilk trimesterde pasif baş etme yöntemi olan duygu odaklı baş etme yöntemini, ikinci ve üçüncü trimesterde ise hem duygusal ve hem de aktif baş etme yöntemi olan problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıklarını saptamıştır. Çalışmamızda, sağlıklı gebeler ile karşılaştırıldığında GDM'si olan gebelerin daha çok problem odaklı baş etme yöntemleri olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile duygu odaklı yöntem olan boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Sosyal destek arama ve çaresiz yaklaşımın her iki grupta benzer oranda olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4). Bu sonuçlar, çalışmamıza katılan GDM'si olan gebelerin sağlıklı gebeler ile karşılaştırıldığında, etkili (problem çözmeye odaklı) stresle baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığını göstermektedir. Gebelerin stres düzeyinin artması ile beraber gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü ve kendi ve bebeğin sağlığına ilişkin düşünceleri alanlarında uyum sorunları yaşandığı belirlenmiştir (82). Çalışmamızda, sağlıklı ve GDM'si olan gebelerde SBTÖ ölçeği alt boyutlarından duygu odaklı yöntem olan “çaresiz yaklaşım” kullanımı ile gebeliğe psikososyal uyum arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7) ( $p<0.05$ ). Bu sonuç, çaresiz yaklaşım tarzı kullanıldıkça psikososyal uyumun arttığını göstermektedir. Elde edilen bu sonucun, gebelerin GDM tanısı almalarını kadercı bir yaklaşım ile karşılamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. GDM'nin kadınlar üzerindeki psikolojik etkisinin azaltılmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. GDM'si olan gebelerin stresle baş etme gücünün arttırılması, kaygı ve depresif belirtilerin azaltılması, gereksinimlerin belirlenmesi,

olası risklerin saptanması ve gebenin yeni yaşam biçimine uyumunun sağlanması amacıyla verilecek eğitim önemlidir (129,142).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

1. Sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin; yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, evlilik süresi, aile tipi, algılanan gelir düzeyi ve gebelikte alkol kullanma durumu açısından benzer, eşin eğitim düzeyi, gebelik öncesi BKİ ve gebelikte sigara kullanma durumları açısından farklı oldukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.1).
2. Sağlıklı ve GDM'si olan gebelerin; gebeliğini planlama durumu, gravidası, önceki gebeliklerinde komplikasyon yaşama durumu, gebelik haftası, gebelikteki kontrollerinin yapıldığı yer ve gebelik süresince ilaç kullanma durumu açısından benzer ( $p>0,05$ ), gebelikteki kontrol sayısı açısından farklı oldukları saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2).
3. Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun GDM tanısını aldıklarında genel olarak olumsuz duygular yaşadığı belirlenmiştir. GDM'nin tedavisi için çoğunlukla diyet ve egzersiz uygulandığı ve gebelerin tedavilerine uyum sağladığı saptanmıştır. Gebelerin çoğunluğunun GDM ile ilgili diyet eğitimi aldığı, bu eğitimin diyetisyen tarafından verildiği ve aldığı eğitimi yeterli bulduğu belirlenmiştir. Gebelerin çoğunluğunun GDM tanısı aldıktan sonra en çok eşinden destek aldığı ve aldığı desteği yeterli bulduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
4. GDM'si olan gebelerde psiksosyal uyumun sağlıklı gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sağlıklı gebeler ile karşılaştırıldığında, GDM'si olan gebelerin daha çok problem odaklı baş etme yöntemleri olan "kendine güvenli yaklaşım" ve "iyimser yaklaşım" ile duygu odaklı yöntem olan "boyun eğici yaklaşımı" kullandıkları belirlenmiştir. Sosyal destek arama ve çaresiz yaklaşım yaklaşımlarının her iki grupta benzer oranda olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4).
5. Sağlıklı ve GDM'si olan gebelerde; yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi ve gebelik öncesi BKİ'nin gebeliğe psiksosyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Sağlıklı gebe grubunda, çalışmayan gebelerin psiksosyal uyumlarının çalışan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ancak GDM'si olan

gebe grubunda, çalışma durumunun psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5).

6. Sağlıklı ve GDM'si olan gebelerde; gebeliğin planlanma durumu, gravida, gebelik haftası ve gebelikteki kontrol sayısının psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6).
7. Lojistik regresyon analiz sonucuna göre; gebelik statüsü (sağlıklı gebe, GDM'si olan gebe) ve gebelikte sigara kullanma durumu (kullanıyor, kullanmıyor) değişkenlerinin gebeliğe psikososyal uyum üzerine etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.7).
8. GDM'si olan gebelerde “çaresiz yaklaşım” alt boyutu ile PKDÖ toplam puanı arasındaki ilişkinin orta düzeyde negatif yönlü olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.8).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır:

1. Çalışmamızda GDM'si olan gebelerin tanı aşamasında olumsuz duygular yaşadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin, GDM yönetimini olumsuz etkileyebileceğinden, kadının tanı aldığı sıradaki ilk tepkisini ve duygularını değerlendirmesi,
2. Çalışma sonuçlarına göre, GDM ile ilgili verilen eğitimlerin hastane protokolü gereği diyet ve insülin tedavisine odaklandığı belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin, GDM'nin etkin yönetilebilmesi için hem gebeliğe hem de GDM'ye fiziksel ve psikososyal uyumu destekleyen eğitim ve danışmanlık vermeleri,
3. Sağlıklı gebeler ile karşılaştırıldığında GDM'si olan gebelerin gebeliğe psikososyal uyum düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan;
  - a. Hemşirelerin, doğum öncesi izlemlerde hem sağlıklı hem de riskli gebelerin gebeliğe psikososyal uyum düzeylerini dikkatli bir şekilde değerlendirmeleri, uyum sorunu yaşayan kadınların uyumunu olumsuz etkileyen faktörleri belirleyerek gerekli olduğunda profesyonel destek

- alması sağlanarak psikososyal uyumlarını arttırmak için girişimlerde bulunmaları,
- b. GDM'si olan gebelerin gebeliğe ve GDM'ye uyumlarını arttırmak amacıyla, tanı aşamasından itibaren alanda uzmanlaşmış ve deneyimli hemşireler tarafından takip edilmesi,
  - c. GDM'si olan gebelerin stresle baş etme tarzlarının belirlenerek, etkili baş etme yöntemlerini kullanmalarının sağlanması,
  - d. Gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarını arttırmada, fiziksel sorunların yanı sıra psikososyal sorunları da içine alan çok yönlü bir hemşirelik bakım modelinin geliştirilmesi ve bu model kullanılarak bakım verilmesi,
4. Gebeliğe psikososyal uyumu etkileyebilecek faktörler ile ilgili geniş ve farklı risk grubunda olan gebeleri kapsayan çalışmaların planlanması,
  5. GDM'nin tedavisine uyumu zorlaştıran faktörleri değerlendiren çalışmaların planlanması,
  6. Gebede sosyal destek arama davranışı ve gebeliğe psikososyal uyumu değerlendiren çalışmaların planlanması,
  7. Sağlıklı ve riskli gebelerde gebeliğe psikososyal uyumun sağlanmasına yol gösterecek kanıta dayalı rehberlerin geliştirilmesi önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Oskay Yeşiltepe Ü, Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004;1:(12). 11-16.
2. Taşkın L, Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. Bölüm 11. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutları. s: 211-223.
3. Lederman R, Weis K, Psychosocial adaptation to pregnancy, Seven Dimencions of Maternal Role Development, Third edition, New York, NY: Springer 2009.
4. Lederman R, Boyt E, Pitts K, Roberts-Gray C, Hutchinson M, Blackwell S, Maternal, development experiences of women hospitalized to prevent pretem birth, Sex Reprod Healthc.2013Dec;4(4): 133-138.
5. Mercer, RT, Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh, 2004; 36(3): 226-232.
6. Meighan M, Mercer RT, Maternal role attainment-becoming a mother. Tomey AM, & Alligood MR. Nursing theorists and their work. 6th ed. Mosby. 2006; 605-622.
7. Hart R, McMahan CA, Mood state and psychological adjustment to pregnancy, Arch Womens Ment Health 2006; 9: 329-337.
8. Top F, Erbil N, Yılmaz A, Gebelerin değişen beden imajlarıyla ilgili tutumlarının incelenmesi. IV.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı. Başak Matbaacılık, Ordu, 2005; 260.
9. Akbaş E, Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2006
10. Gümüş BA, Çevik N, Hyusni HS, Biçen Ş, Keskin G, Malak TA, Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişki özellikleri. Anatol J Cin Investing 2011;5(1): 7-4.
11. Beydağ KD, Mete S, Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(1): 16-24.
12. Yılmaz F, Pasinlioğlu T, Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. JASSD. 2014; 1(1): 14-24
13. Nelson AM. Transition to motherhood. JOGNN. 2003 Jul-Aug; 32(4): 465-477.
14. Gilbert ES, Harmon, JS. Çev. Ed. Taşkın, L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı 2.Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık (Basımevi).2011. Bölüm 5. Yüksek Riskli Gebeliğin psikolojik yönü. p: 118-132.
15. Ölçer O. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2015; 12 (2): 85-92.

16. Pehlivanoglu F. Riskli gebelerde gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
17. Kamalak H. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı; 2015.
18. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 1979; 28: 1039–1057.
19. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2008; 358: 1991–2002.
20. American Diabetes Association - ADA. Standards of medical care in diabetes-. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl. 1): 114–S119.
21. Ferrara A, Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus, diabetes care. *ProQuest Health Medical Complete.* 2007 Jul; 30: 141-144
22. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 7th ed.* Belgium. 2015: 5-15.
23. Rönö K, Stach-Lempinen B, Klemetti M, Kaaja RJ, Pöyhönen-Alho M. Prevention of gestational diabetes through lifestyle intervention: study design and methods of a Finnish randomized controlled multicenter trial (RADIEL). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 70.
24. Silverman M, Reichenberg A, Savitz D, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman C M, Larsson H, Sandin S, The risk factors for postpartum depression: A population-based study, *Depress Anxiety.*2017; 34: 178–187.
25. Lois L, Exelbert RN, Case study: a comparison between a “terror” reaction and a “nonchalant” reaction to the diagnosis of gestational diabetes. *Clini Cal Diabetes.* 2008; 26(4): 177-178.
26. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J, Management of gestational diabetes from the patient’s perspective – a comparison of Swedish and Middle-Eastern born women, *J Clin Nur.* 2006; 16, 168–178.
27. Raze H, van der Ploeg HP, Blignault I, Smith BJ, Bauman AE, Mclean M, Cheung NW, *Health Promot J Austr.* 2010 Aug; 21(2): 130-137
28. Persson M, Winkvist A, Mogren I, From stun to gradual balance’ – women’s experiences of living with gestational diabetes mellitus, *Scan J Caring Sci.* 2010 Sep;24(3): 454-462.
29. Devsam B, Bogossian FE, Peacock AS, An interpretive review of women’s experinces of gestational diabetes mellitus proposing a framework to enhance midwifery assessmen. *Women Birth.* 2013 Jun; 26(2): 69-76.
30. Evans MK, O’Brien B, Gestational diabetes: the meaning of an at-risk pregnancy. *Qual Health Res.* 2005; 15: 66-81.
31. Lindmark A, B Smide, J Leksellet, Perception of healthy lifestyle information in women with gestational diabetes, *EDN Spring* 2010; 7 (1); 16-20.

32. Neufeld HT, Food perceptions and concerns of aboriginal women coping with gestational diabetes in Winnipeg, Manitoba. *J Nutr Educ Behav.* 2011 Nov-Dec; 43(6): 482-491.
33. Cheung NW. The management of gestational diabetes. *Vasc Health Risk Manag.* 2009; 5(1): 153-164.
34. Yılmaz T. Gestasyonel diyabette metabolik değişiklikler ve sağlık yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 2010; 3(1): 54-58.
35. Ural A. Gestasyonel diabetes mellitus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *D Ü Sağlık Bil Enst Derg;* 2016; 6(2): 120-127.
36. Bandyopadhyay M, Small R, Davey MA, Oats JJN, Forster DA, Aylward A, Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia, *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2011 Aug; 51(4): 360–364.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı, “Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi!”. “Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi”. [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi 04 Nisan 2015. Erişim adresi: <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/464>
38. Carolan M, Gill KG, Steele C. Women’s experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes selfmanagement. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012 Sep 18; 12: 99.
39. Carolan M. Diabetes nurse educators’ experiences of providing care for women, with gestational diabetes mellitus, from disadvantaged backgrounds. *J Clin Nurs.* 2014;23(9-10): 1374–1384.
40. Yan J, Yang H. Gestational diabetes in China: challenges and coping strategies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014 Dec;2(12):930-931.
41. Türk Dil Kurumu (TDK). Büyük Türkçe Sözlük. [İnternet]. 2013. [Erişim tarihi 10 Aralık 2016]. Erişim adresi: <http://www.tdk.gov.tr/index.php>
42. Freedman JL, Sosyal Psikoloji. (Çev. A.Dönmez,) Ankara, İmge Kitabevi, 2003; 56-65.
43. Yavuzer Y, Demir Z, Çalışkan M, Eğitim Psikolojisi: Gelişim ve Öğrenme. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım. 2006; 113-118
44. Roy C. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nurs Sci Q.* 2011 Oct; 24(4): 345-351.
45. Doyurgan KT. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi, 2009.
46. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ, Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2003; 4: 98-105.
47. Davidson M, London M, Ladewig P, Olds’ Maternal Newborn Nursing Women’s Health Across the life style. 8th ed, New Jersey. 2008. Chapter 14. Physical and Psychologic Changes of Pregnancy. p: 325-333.

48. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL, Varney's Midwifery, 4th ed. 2004. Chapter 21, Normal pregnancy database. 2004; 553-557.
49. Birol L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2005.
50. Mckinney E, James S, Murray S&Ashwill J, Matenal Child Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2009. Chapter 14, Psychosocial adaptations to pregnancy. p: 281-295
51. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K. Maternity Nursing. 8th Ed. California: Louis: Mosby Inc; 2010. Chapter 4, Psycchosocial adaptations to pregnancy and postpartum. p:78-87.
52. Kafkaslı A. Annenin Gebeliğe Uyumu. Çiçek MN ve Mungan MT.(ed.) Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007
53. Sunal N, Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2009;(12): 99-110
54. Weis KL, Ryan T. Mentors Offering Maternal Support: A Support Intervention for Military Mothers JOGNN.2012; (41): 303-314
55. Evrenol Öçal, S. Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumları ve Etki Eden Faktörler [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
56. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6), 479-484.
57. Özkan H. Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanımına ve bebeğim algısına etkisi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2010.
58. Potur CD. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD; 2003.
59. Maher J. Progressing through labour and delivery: birth time and women's experiences. Womens Stud Int Forum. 2008; 31(2): 129- 137.
60. Kiehl EM, Marjorie AW, Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. Scand J Caring Sci. 2003 Jun; 17(2): 96-103
61. Emmanuel, E, Creedy D, John W, Gamble J, & Brown C. Maternal role development following childbirth among australian women. J Adv Nurs. 2008 Oct; 64(1): 18-26
62. Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. J Adv Nurs. 2010 May; 66(5): 999-1010.
63. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 4(4): 200-206.

64. Carpetino-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren; Firdevs Erdemir. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005; 456-502.
65. Sözeri C, Reyhan C, Şahin S, Semiz O, Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006; 1(2): 92-104.
66. Üstünöz A. Gebelerin doğum öncesi bakım almama nedenleri. Gülhane Tıp Dergisi, 2005 (47): 156-158.
67. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008;15(1): 32-46.
68. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G & Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane review). The Cochrane Library. New York, Issue 2013; 7: 1-118.
69. Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. DEUHFED 2015;8(4): 263-268
70. Serçekuş P. Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing. TAF Prev Med Bull 2011; 10(2): 239-242.
71. Sani, RM. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Hacettepe University Faculty of Sciences Journal, 2015; 2(1).
72. Şahin N, Dinç H ve Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2009; 40(2): 57-62.
73. Ganapathy, T. Tokophobia among First Time Expectant Fathers. Int J Psychiatric Nurs. 2015;1(1), 99-106.
74. Altun E. Adölesan gebelere verilen planlı eğitimin benlik saygısı ve bebeği algılaması üzerine etkisi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
75. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2010; 20(4): 137-142.
76. Jemmott LS, Mott MC, Dudds SO, Lundy KS ve Stabler LR. Adolescent pregnancy. in: community health nursing: caring for the public's health. Eds: Lundy KS & Janes S, 2nd ed, 2010: 676-704.
77. Holub CK, Kershaw TS, Ethier KA, Lewis JB, Milan S, Ickovics JR. Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: identifying a high-risk subgroup. Matern Child Health J. 2007; 11(2): 153-159.
78. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ, Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet, 2007 (17): 126-133.
79. Gross KH. Unintended pregnancies in North Carolina: results from the North Carolina PRAMS Survey. SCHS Studies. 2002: 136:1-5.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ankara. [İnternet]. 2007 [Erişim tarihi 10 Aralık 2016]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/304>

81. Tortumluoğlu G, Okanlı A ve Erci B. Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 6 (1): 24-36.
82. Paşalak Şİ. Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği; 2016.
83. Mercer, RT Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present. New York: Springer.1995; 1-8.
84. Kuo S, Wang R, Tseng H, Jian S, Chou F. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. J Midwifery Womens Health. 2007;52(1): 1-7.
85. Lin CT, Chou FH. A comparison of maternal psychosocial adaptation among pregnant women with different gravidity. Hu Li Za Zhi. 2008 Dec;55(6): 28-36
86. Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B. ve ark. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (2): 91-97.
87. Katz VL. Prenatal Bakım. In: Danforth's Obstetric ve Jinekoloji. Eds: Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010.
88. Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1988, 27: 353-357.
89. Virit Ü, Akbaş E, Savaş H. Sertbaş G. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008; 45: 9-13.
90. Mutlugüneş E. Gebelikte bulantı kusma annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki [YayınlanmamışYüksek Lisans Tezi]. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2012.
91. Kılıçarslan S. "Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri" [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
92. Marakoğlu K, Şahsıvar ŞM. Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28; 525-532
93. Orr ST. Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. Clin Obstet Gynecol. 2004 Dec; 47(4): 842-855.
94. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. Midwifery 2009 Aug; 25(4): 344-356.
95. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum Reprod. 2007 Mar; (22)3: 869-877.

96. Rini C, Schetter CD, Hobel CJ, Glynn LM, Sandman CA. Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*. 2006; 13(2): 207-229.
97. Lazarus R.S., Folkman, S. *Stres Appraisal and Coping.*, New York: Springer 1984; 169.
98. Razi GS, Kuzu A, Yıldız AY, Ocakcı AF, Çamkuşu-Arifoglu B. Çalışan gençlerde benlik saygısı, iletişim becerileri ve stresle baş etme, *TAF Prev Med Bull*. 2009; 8(1); 17-26.
99. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007(8): 52-61.
100. Lazarus Richard S. *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company, 2006.
101. Kara, Mırıcı A. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *J Nurs Scholarsh*. 2004; 36(4): 331-336.
102. Bayık A, Özsoy AS, Ardahan M, Özkahraman Ş, İz BF. Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 9(2): 1-12.
103. Kinsella MT,& Monk C. Impact of maternal stress, depression & anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52(3): 425-440.
104. Lobel M, Hamilton JG,&Cannella DT. Psychosocial perspectives on pregnancy: prenatal maternal stress and coping. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008; 2(4): 1600-1623.
105. Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, & Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. *Ann Behav Med*. 2002 Spring; 24(2): 132-140.
106. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 9(2): 68-75.
107. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*.2006; 3(10): 35-42.
108. Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ. The relationship among insight, social support and depressing in psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Dec; 194 (12): 905-908.
109. Coşkun A. Kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. Nobel Tıp Kitabevleri, 7. Baskı. 2014.
110. Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin anneliğe geçişlerinin Meleis'in geçiş teorisine göre incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(4): 253-260.
111. Halbreich U. The Association between pregnancy processes, pretem delivery, low birth weight, and postpartum depressions-The need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(4): 1312-1322.

112. Gausia K, Ryder D, Ali M, Fisher C, Moran A, & Koblinsky M. Obstetric complications and psychological well-being: experiences of Bangladeshi women during pregnancy and childbirth. *J Health Popul Nutr.* 2012 Jun; 30(2), 172-180.
113. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2005; 21(1): 115-126.
114. ACOG. Gestational Diabetes Mellitus. Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013; 122(2): 406-416.
115. Holmes VA, Young IS, Patterson CC, et al; Diabetes and Pre-eclampsia Intervention Trial Study Group. Optimal glycemic control, preeclampsia, and gestational hypertension in women with type 1 diabetes in the diabetes and pre-eclampsia intervention trial. *Diabetes Care.* 2011 Aug; 34(8): 1683–1688.
116. Hedderson MM, Gunderson EP & Ferrara A. Gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol.* 2010 Mar; 115(3), 597-604.
117. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diyabetes Mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu: Miki Matbaacılık. 9. Baskı. Ankara 2017; 163-170.
118. World Health Organization - WHO. Diagnostic criteria and classification of Hyperglycaemia first detected in pregnancy [İnternet]. 2017. [Erişim tarihi 10 Temmuz 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
119. Blumer I, Hadar E, Hadden DR, Jovanovič L, Mestman JH, Murad MH& Yogeve Y. Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013 Nov; 98(11): 4227-4249.
120. Ashwal E, & Hod M. Gestational diabetes mellitus: where are we now? *Clinica Chimica Acta,* 2015; 45: 14-20.
121. Nielsen KK, Anil K, Damm P, Courten M, Bygbjerg C. From screening to postpartum follow-up-the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Jan; 14(1): 41.
122. Norris SL, Nichols PJ, Carpensen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM. Increasing diabetes self-management education in community setting. *Am J Prev Med.* 2002; 22(4): 39-66.
123. Miller DK, Fain JA. Diabetes self-management education. *Nurs Clin Am.* 2006; 41(4): 655-666.
124. Cardwell MS. Improving medical adherence in women with gestational diabetes through self efficacy. *Clinical Diabetes.* 2013; 31(3): 110-115.
125. Langer O. Management of gestational diabetes: pharmacologic treatment options and glycemic control. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006 March; 35(1): 53-78.



126. Türk Diyabet ve Obezite Vakfı. (Türkiye Diyabet Cemiyeti) Diyabet ve Tıbbi Beslenme. Türkiye Diyabet Cemiyeti Yayınları [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2015]. Erişim Adresi: <http://www.diabetcemiyeti.org/>
127. King Edward Memorial Hospital (KEMH) - Nutrition And Dietetics Department. Healthy eating for gestational diabetes, produced by: Women and Newborn Health Service 2013. [İnternet]. 2013 [Erişim tarihi 12 Nisan 2015]. Erişim adresi: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/brochures/consumers/wnhs0560.pdf>.
128. Tobias DK, Zhang C, Van Dam RM, Bowers K, Hu FR. Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2011; 34(1): 223-229.
129. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, & Robinson J S. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2005; 352(24): 2477-2486.
130. Landon M, Catherine Y. Spong, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med*. 2009; 361(14): 1339–1348.
131. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer VAB, Donovan L. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. preventive services task force and the national institutes of health office of medical applications of research. *Ann Intern Med*. 2013; 159(2): 123-129.
132. Parsons J, Ismaill K, Amieil S, Forbes A, Perceptions among women with gestational diabetes. *Qual Health Res*. 2014 Apr; 24(4): 575 –585
133. Collier S, Mulholland C, Williams J, Mersereau P, Turay K, Prue C, A qualitative study of perceived barriers to management of diabetes among women with a history of diabetes during pregnancy. *J Womens Health*. 2011; 20(9): 1333-1339.
134. Gezginç K, Şahingöz M, Uguz F, Yazıcı F. Is depression associated with glucose tolerance abnormality in pregnant women? A cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(5): 219-22.
135. Pluess M, Bolten M, Pirke KM, Hellhammer D. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. *Biol Psychol*. 2010; 8(3): 169-175.
136. Anderson L, Sunström -Poromaci I, Wullf M, Ström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six month postpartum. A follow of study. *Acta Obstetric Gynecol Scand*. 2006; 85(8): 937-944.
137. Hui, A. L., Sevenhuysen, G., Harvey, D., & Salamon, E. Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *Diabetes Educ*. 2014 Sep-Oct; 40(5), 668-677.
138. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol*. 2008; 27: 43-51
139. Buzlu S. Diyabetin Psikososyal Yönü. S Erdoğan(ed) Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, İstanbul, Yüce Yayın Dağıtım; 2002: 195-196.

140. Özmen M, Önen B. Stresle başa çıkma yolları. Editör: İbrahim Balcıoğlu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul: Sempozyum Dizisi Yayın No: 47; 2005: 171-80.
141. Surwit RS, Van Tilburg M, Zucker N, Parekh P, Feinglos MN. Stress management improves long-term glycemc control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2002 Jan; 25(1): 30-4.
142. Dunkel Schetter C, & Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. R. Contrada, & A. Baum içinde, *Handbook of Stress* New York: NY: Springer. 2010: 321-343.
143. Cohen, Jacob. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 1988, 2.
144. Türküm S. Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları. *Türk Psikoloji Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2002; 2(18): 25-34.
145. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10(34): 56-73.
146. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [İnternet]. 2015 [Erişim tarihi 23 Mart 2015]. Erişim adresi: <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=54>
147. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik - güvenilirlik, Ankara: Detay Yayıncılık, 2016: 338-339.
148. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *Jama* 2009 Feb 25; 301(8): 842-847.
149. Ross Glynis P, Falhammar H, Chen R, Barraclough H, Kleivenes O, Gallen I. Relationship between depression and diabetes in pregnancy: A systematic review. *World J Diabetes*. 2016 Nov 15; 7(19): 554-571.
150. Yan J, Yang H. Gestational diabetes in China: challenges and coping strategies. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014 Dec; 2(12): 930-931.
151. Bulut A. Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe uyum ve stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2016.
152. Yali, Ann- Marie; Lobel M. Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety Stress Coping*. 2002; 15(3): 289-309.
153. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs Res*. 2006 Sep-Oct; 55(5): 356-365.
154. Rodriguez OL, Daniels K, El-Sayed YY, Moshesh MK, Caughey AB. Perinatal outcomes among Asian American and Pasific Islander women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(3): 834-838.
155. Terzioğlu F, Türk R, Yücel Ç. Sigara içmenin üreme sağlığı üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2008;18(66): 383-394.

156. Coucans-Read M, Lobel M, Cares J, Kreaither M, D'Anna K, Argys L, et al. The Occurence of preterm delivery is linked to pregnancy-spesific distress and elevated inflammatory across gestation. *Brain Behav Immun.* 2012; (26): 650-659.
157. Nolan JA, McCrone S, Azulay Cherto IR. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011; (23): 611–618.

## 8. EKLER

## EK 1. Etik Kurul İzni



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

Sayı : 16969557 - 986

## ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 02.09.2015 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2015/18  
**Proje No** : GO 15/515 (Değerlendirme Tarihi: 29.07.2015)  
**Karar No** : GO 15/515 - 07

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanlarından Öğr. Gör. Dr. Çiğdem YÜCEL'in sorumlu araştırmacı olduğu, Makbule ÖZTAN'ın tezi olan GO 15/515 kayıt numaralı ve "Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Psikososyal Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |                                     |          |        |                                    |       |
|-------------------------------------|----------|--------|------------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu          | (Başkan) | İZİNLİ | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu         | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken      | (Üye)    | İZİNLİ | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül      | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara       | (Üye)    | İZİNLİ | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan      | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu     | (Üye)    | İZİNLİ | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan     | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer        | (Üye)    | İZİNLİ | 13 Prof. Dr Leyla Dinç             | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay   | (Üye)    | İZİNLİ | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova             | (Üye)    | İZİNLİ | 15. Av. Meltem Onurlu              | (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl | (Üye)    |        |                                    |       |

## EK 2. Sağlıklı Gebe Tanılama Formu

Sayın Katılımcılar,

Diyabet tanısı alan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarını ve bu uyumu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla diyabet tanısı alan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının sağlıklı gebelerden farklı olup olmadığı belirlenecek, gebeliğe psikososyal uyumlarını etkileyen faktörler ortaya konabilecek ve uyumlarını arttırmak üzere verilecek bakım planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtı var olan seçenekler arasında yer almıyorsa “diğer” seçeneğini işaretleyerek açıklayabilirsiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

### **Öğr. Gör. Dr. Çiğdem Yücel (Sorumlu Araştırmacı)**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Telefon:**0 312 305 1580/150

### **Hemşire Makbule Öztan**

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bölüm 82

**Telefon:**0 312 305 1820/25

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

## SAĞLIKLI GEBE TANILAMA FORMU

**Anket No:**

**Görüşmenin Yapıldığı**

**Tarih:**

**Dosya Numarası:**

### A- Sosyo-Demografik Özellikler

1. Doğum tarihiniz nedir?.....
2. En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz.
 

a. İlkokul	e. Üniversite
b. İlköğretim (8 yıl)	f. Yüksek lisans
c. Ortaokul	g. Doktora
d. Lise	
3. Nerede yaşıyorsunuz? .....
4. Mesleğiniz nedir?..... **(Ev hanımı ise 10. soruya geçiniz)**
5. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet  Hayır   
**(10.soruya geçiniz)**
6. Gebe kaldığınızda düzenli bir işte çalışıyor muydunuz? Evet  Hayır
7. Gebelik süresince çalıştınız mı? Evet  **(10. soruya geçiniz)** Hayır
8. Çalışmayı ne zaman bıraktınız?
9. Çalışmayı neden bıraktınız?
10. Sosyal güvenceniz var mı? Var  Yok
11. Eşinizin en son mezun olduğu okulu belirtiniz.
 

a. İlkokul	e. Üniversite
b. İlköğretim (8 yıl)	f. Yüksek lisans
c. Ortaokul	g. Doktora
d. Lise	
12. Eşinizin mesleği nedir? .....
13. Kaç yıldır evlisiniz? .....
14. Aile tipinizi nasıl tanımlarsınız?
  - a. Çekirdek aile **(16. soruya geçiniz)**
  - b. Geniş aile
  - c. Diğer .....
15. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
16. Eşiniz ile iletişiminizi nasıl tanımlarsınız?
  - a. İyi
  - b. Orta
  - c. Kötü
17. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
  - a. Gelir giderden az
  - b. Gelir gider aynı
  - c. Gelir giderden fazla

18. Sigara, alkol ya da uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

	<b>Kullanmıyor</b>	<b>Kullanıyor</b>	<b>Gebelik Öncesi Kullanıyor</b>	<b>Miktarı</b>	<b>Kullanım Süresi</b>
Sigara				.... adet/gün	
Alkol				..... kadeh	
Uyuşturucu				.....adet/gün	

### C-Obstetrik Öykü

19. Kaç kez gebe kaldınız?

- 1 (Şimdiki gebelik) (20. Soruya geçiniz)
- 2
- 3 ve üzeri

20. Daha önceki gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin özelliklerinizi lütfen aşağıda belirtiniz

Doğumun Gerçekleştiği Tarih	Gebelik Haftası	Doğumun Yapıldığı Yer	Doğum şekli	Yenidoğanın Ağırlığı	Yenidoğanın Cinsiyeti	Gebelik Dönemi Komplikasyonları(bulantı-kusma,tansiyon yüksekliği vb.)	Doğum Komplikasyonları	Doğum Sonu Dönem Komplikasyonları(kanama, enfeksiyon, emzirme problemleri vb.)



### Şu Anki Gebeliğe İlişkin Özellikler

21. Şimdiki gebeliğiniz planlı mıydı?  
Evet  Hayır
22. Son adet tarihiniz nedir?..... Bilmiyor
23. Gebelik haftası (**Dosyadan alınacaktır**):
24. Tahmini doğum tarihi (**Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır**):
25. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?  
Kız  Erkek  Bilmiyor  (**27. soruya geçiniz**)
26. Bebeğin cinsiyetinden memnun musunuz?  
Evet  Hayır
27. Gebelik öncesi kilonuz nedir?..... Bilmiyor
28. Şu anki kilonuz nedir?.....
29. Boy ölçünüz nedir?.....
30. Beden Kitle İndeksi..... (**Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır**):
31. Gebeliğiniz süresince kaç kez kontrole gittiniz?.....
32. Gebelik kontrollerinizi nerede yaptırдыңız? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz**)
- Üniversite Hastanesi
  - Devlet Hastanesi
  - Aile Sağlık Merkezi/Toplum Sağlık Merkezi
  - Özel Hastane
  - Diğer.....

33. Gebelik süresince herhangi bir ilaç kullandınız mı?

Evet  Hayır  (34. Soruya geçiniz)

34. Kullandığınız ilacı belirtiniz

İlacın Adı	Kullanım Nedeni	Kullanım Süresi

35. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet  Hayır

Dönemler	Hangi konularda eğitim aldınız?	Eğitimi kimden aldınız?	Aldığımız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Eğitimi kimden almak isterdiniz?	Başka hangi konularda eğitim almak istersiniz?
Doğum Öncesi Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum Sonu Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		

### EK 3. Gestasyonel Diyabeti Olan Gebe Tanılama Formu

Sayın Katılımcılar,

Diyabet tanısı alan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarını ve bu uyumu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla diyabet tanısı alan gebelerin gebeliğe psikososyal uyumlarının sağlıklı gebelerden farklı olup olmadığı belirlenecek, gebeliğe psikososyal uyumlarını etkileyen faktörler ortaya konabilecek ve uyumlarını arttırmak üzere verilecek bakım planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtı var olan seçenekler arasında yer almıyorsa “diğer” seçeneğini işaretleyerek açıklayabilirsiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

**Öğr. Gör. Dr. Çiğdem Yücel (Sorumlu Araştırmacı)**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Telefon:**0 312 305 1580/150

**Hemşire Makbule Öztan**

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bölüm 82

**Telefon:**0 312 305 1820/25

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

## GESTASYONEL DİYABETİ OLAN GEBE TANILAMA FORMU

**Anket No:**

**Görüşmenin Yapıldığı**

**Tarih:**

**Dosya Numarası:**

### A- Sosyo-Demografik Özellikler

1. Doğum tarihiniz nedir?.....
2. En son mezun olduğunuz okulu belirtiniz.
  - a. İlkokul
  - b. İlköğretim (8 yıl)
  - c. Ortaokul
  - d. Lise
  - e. Üniversite
  - f. Yüksek lisans
  - g. Doktora
3. Nerede yaşıyorsunuz? .....
4. Mesleğiniz nedir?..... **(Ev hanımı ise 10. soruya geçiniz)**
5. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet  Hayır  **(10.soruya geçiniz)**
6. Gebe kaldığınızda düzenli bir işte çalışıyor muydunuz?Evet  Hayır
7. Gebelik süresince çalıştınız mı?Evet  **(10. soruya geçiniz)**Hayır
8. Çalışmayı ne zaman bıraktınız?
9. Çalışmayı neden bıraktınız?
10. Sosyal güvenceniz var mı? Var  Yok
11. Eşinizin en son mezun olduğu okulu belirtiniz.
  - a. İlkokul
  - b. İlköğretim (8 yıl)
  - c. Ortaokul
  - d. Lise
  - e. Üniversite
  - f. Yüksek lisans
  - g. Doktora

12. Eşinizin mesleği nedir? .....
13. Kaç yıldır evlisiniz? .....
14. Aile tipinizi nasıl tanımlarsınız?
- Çekirdek aile (**16. soruya geçiniz**)
  - Geniş aile
  - Diğer .....
15. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
16. Eşiniz ile iletişiminizi nasıl tanımlarsınız?
- İyi
  - Orta
  - Kötü
17. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
- Gelir giderden az
  - Gelir gider aynı
  - Gelir giderden fazla
18. Sigara, alkol ya da uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

	Kullanmıyor	Kullanıyor	Gebelik Öncesi Kullanıyor	Miktarı	Kullanım Süresi
Sigara				..... adet/gün	
Alkol				..... kadeh	
Uyuşturucu Madde				.....adet/gün	

19. Ailenizde veya çevrenizde diyabet hastalığı olan kimse var mı? Var ise yakınlık dereceniz.
- Var ..... Yok



### Şu Anki Gebeliğe İlişkin Özellikler

22. Şimdiki gebeliğiniz planlı mıydı?  
Evet  Hayır
23. Son adet tarihiniz nedir?.....
24. Gebelik haftası **(Dosyadan alınacaktır):**
25. Tahmini doğum tarihi **(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır):**
26. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?  
Kız  Erkek  Bilmiyor  **(28. soruya geçiniz)**
27. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?  
Evet  Hayır
28. Gebelik öncesi kilonuz nedir?..... Bilmiyor
29. Şu anki kilonuz nedir?.....
30. Boy ölçünüz nedir?.....
31. Beden Kitle İndeksi..... **(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır):**
32. Gebeliğiniz süresince kaç kez kontrole gittiniz?.....
33. Gebelik kontrollerinizi nerede yaptırınız? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
- d. Üniversite Hastanesi
  - e. Devlet Hastanesi
  - f. Aile Sağlık Merkezi/Toplum Sağlık Merkezi
  - g. Özel Hastane
  - h. Diğer.....

34. Gebelik süresince herhangi bir ilaç kullandınız mı?

Evet  Hayır  (35. Soruya geçiniz)

35. Kullandığımız ilacı belirtiniz

İlacın Adı	Kullanım Nedeni	Kullanım Süresi

36. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet  Hayır

Dönemler	Hangi konularda eğitim aldınız?	Eğitimi kimden aldınız?	Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Eğitimi kimden almak isterdiniz?	Başka hangi konularda eğitim almak istersiniz?
Doğum Öncesi Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum Sonu Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		

37. Diyabet tanısını gebeliğinizin kaçınıcı haftasında aldınız? .....

38. İlk tanı aldığınızda ne hissettiniz?



39. Diyabete yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet  Hayır

Dönemler	Hangi konularda eğitim aldınız?	Eğitimi kimden aldınız?	Aldığımız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Eğitimi kimden almak isterdiniz?	Başka hangi konularda eğitim almak istersiniz?
Doğum Öncesi Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		
Doğum Sonu Dönem			Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/>		

40. Diyabet için kullandığımız tedaviyi belirtiniz. (Dosyadan kontrol edilecek)

Tedavi Şekli	Kullanma Durumu	İçeriği
Diyet	Kullanıyor <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/>	
Egzersiz	Kullanıyor <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/>	
İlaç	Kullanıyor <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/>	

41. Diyabet hastalığında kullandığınız tedaviyi tam olarak uygulayabiliyor musunuz?

Tedavi Şekli	Tedaviyi Uygulama Durumu		
	Uyguluyor	Uygulayamıyor	Uygulayamama Nedeni
Diyet			
Egzersiz			
İlaç			

42. Diyabet tanısı aldıktan sonra size en çok destek olan kişi/kişiler kimdir?

**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. Eş/partner
- b. Anne
- c. Kardeş
- d. Akraba
- e. Arkadaş
- f. Diğer (lütfen belirtiniz.....)

43. Diyabet tanısı konduktan sonraki süreçte ailenizden ve çevrenizden aldığımız desteği nasıl buluyorsunuz?

Yeterli       Yetersiz       Kısmen yeterli

#### EK 4. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

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

<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</b>	<b>Çok fazla tanımlıyor</b>	<b>Kısmen tanımlıyor</b>	<b>Biraz tanımlıyor</b>	<b>Hiç tanımlamıyor</b>
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikte izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim.				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				

<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</b>	<b>Çok fazla tanımlıyor</b>	<b>Kısmen tanımlıyor</b>	<b>Biraz tanımlıyor</b>	<b>Hiç tanımlamıyor</b>
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				

<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</b>	<b>Çok fazla tanımlıyor</b>	<b>Kısmen tanımlıyor</b>	<b>Biraz tanımlıyor</b>	<b>Hiç tanımlamıyor</b>
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim, duygularım ve sorunlarımla onu sıkıştırdığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				

<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</b>	<b>Çok fazla tanımlıyor</b>	<b>Kısmen tanımlıyor</b>	<b>Biraz tanımlıyor</b>	<b>Hiç tanımlamıyor</b>
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı olsa bile tüm gücümle ııkınabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğunu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem, bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				

<b>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</b>	<b>Çok fazla tanımlıyor</b>	<b>Kısmen tanımlıyor</b>	<b>Biraz tanımlıyor</b>	<b>Hiç tanımlamıyor</b>
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olaylar aklımdan geçiyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğunu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şu an hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan birçok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

### EK 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarında ki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

Bir sıkıntı olduğunda		Hiç	Biraz	Oldukça	Tamamen
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayların büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparım, en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem.				
10	Ne olursa direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum.				
11	Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15	Problemin çözümü için adak adarım.				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğime inanırım.				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				



<b>Bir sıkıntı olduğunda</b>		<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Tamamen</b>
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21	Mücadeleden vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24	Olaylar karşısında ‘’kaderim buymuş’’derim.				
25	‘‘Keşke daha güçlü bir insan olsaydım’’ diye düşünürüm.				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27	‘‘Benim suçum ne? diye düşünürüm.				
28	‘‘Hep benim yüzümden oldu’’ diye düşünürüm				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

**EK 6. Tez Çalışması ile İlgili Kurum İzin Yazısı**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI  
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/2683  
Konu: Makbule ÖZTAN

11/09/2015

**ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : H.Ü. Hemşirelik Fakültesi' nin 31.07.2015 tarih ve 51986023/1188 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Makbule ÖZTAN' ın "Gestasyonel Diyabeti Olan Gebelerde Psikososyal Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 15.08.2015-30.12.2015 tarihleri arasında Hastanemiz Kadın Doğum Polikliniklerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

GÖNÜL YILDIRIM  
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri  
Müdürü



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### I. BİREYSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Makbule NAR

Doğum yeri- Tarihi: İzmir-18.08.1978

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

### II. EĞİTİM

Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Doğum - Kadın Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı 2014-devam

Ege Üniversitesi- Hemşirelik Yüksekokulu 1996-2000

### III. MESLEKİ DENEYİM

2001-2002 Ege Üniversitesi Tüp Bebek ve Organ Nakli Servisi Klinik Hemşireliği

2002-2005 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Dâhiliye Servisi Klinik  
Hemşireliği

2005-2006 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü Şift  
Sorumlu Hemşireliği

2006 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü Kadın  
Doğum Servisi Sorumlu Hemşireliği

### IV. BİLİMSEL FAALİYETLERİ

- **Nar Öztan M**, Bozdağ B., Yeşiltepe T. (2013). Annelerin Emzirme Durumlarının Emzirme Tanılama Ölçeği Kullanılarak karşılaştırılması (Poster Bildiri). 1. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Doğum Sonrası Bakım Kongresi. İzmir.
- **Nar Öztan M, İslam, K.** (2013). gebelerin doğum sonu anne bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi (Poster Bildiri).(Uluslararası Katılımlı) Doğum Sonrası Bakım Kongresi. İzmir.
- **Nar Öztan M.** 15-49 yaşındaki kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Sözel sunum TJOD 2006. Antalya