T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GESTASYONEL DİYABET TANISI ALAN GEBELERE VERİLEN EVDE EBELİK BAKIMININ TUTUM VE ÖZ BAKIMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Cemile ONAT KÖROĞLU

EBELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

ADANA-2025

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GESTASYONEL DİYABET TANISI ALAN GEBELERE VERİLEN EVDE EBELİK BAKIMININ TUTUM VE ÖZ BAKIMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Cemile ONAT KÖROĞLU

EBELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

ADANA-2025

KABUL VE ONAY

ETİK BEYAN

TEŞEKKÜR

Eğitim sürecimin her aşamasında yoğun temposuna rağmen desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimi ile akademik yoluma ışık tutan, yakın ilgisini ve desteğini gördüğüm, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli hocam Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye sonsuz teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Tez Sınav Jüri Üyeleri olarak tezime güzel katkılar sağlayan ve emeklerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Rabiye ERENOĞLU'na, Doç. Dr. Yasemin ŞANLI'ya, Doç. Dr. Burcu AVCIBAY VURGEÇ'e ve Doç. Dr. Mete SUCU'ya teşekkür ederim.

Desteklerini her zaman hissettiğim değerli Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü hocalarım Prof. Dr. Sultan ALAN'a, Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL'e, Doç. Dr. Deniz MUTLUAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN'e, Arş. Gör. Güneş ASLAN ve Arş. Gör. Damla KISRIK'a teşekkür ederim.

Akademik yolculuğuma eşlik eden ve desteğini her zaman hissettiğim Öğr. Gör. Dr. Ayseren ÇEVİK'e ve Çukurova Ebelik Bölümünün ilk doktora öğrencileri olmanın haklı gururunu yaşadığımız yol arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hem sosyal hem de akademik hayatta her daim yanımda olan canım arkadaşlarım Özlem KÖR ile Ahmet KÖR'e ve desteğini her zaman hissettiğim tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Her koşulda yanımda olan, sevgisini, ilgisini ve yürüdüğüm yolda desteklerini her daim hissettiğim, bu hayattaki en kıymetlilerim ve kızları olmaktan gurur duyduğum canım annem Havva ONAT'a ve canım babam İsa ONAT'a, kardeşlerim olduğu için her daim şanslı olduğum, ablam Hatice ONAT ve kardeşim Cumali ONAT'a ve bu süreçte desteğiyle her zaman yanımda olan kuzenim Nazlıhan ONAT'a teşekkür ederim.

Öğrenimim süresince desteklerini esirgemeyen Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetimi ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince verdikleri burs ile destek olan TÜBİTAK'a ve tezimin uygulaması sırasında araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm gebelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Cemile ONAT KÖROĞLU

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... **ii**
ETİK BEYAN ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
İÇİNDEKİLER ..... **v**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**
KISALTMALAR VE SİMGELER ..... **xi**
ÖZET ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Diyabet 4
2.1.1. Diyabet'in Sınıflandırılması 4
2.1.2. Gestasyonel Diyabet 5
2.1.2.1. Gestasyonel Diyabet'in Patofizyolojisi 6
2.1.2.2. Gestasyonel Diyabet'in Risk Faktörleri 7
2.1.2.3. Gestasyonel Diyabet'in Komplikasyonları 8
2.1.3. Gestasyonel Diyabet Tarama Yöntemleri 9
2.1.3.1. İki Aşamalı Yaklaşım 10
2.1.3.2. Tek Aşamalı Yaklaşım 11
2.1.4. Gestasyonel Diyabetin Yönetim ve Bakımı 11
2.1.4.1. Glisemik Kontrolün Sağlanması 11
2.1.4.2. İnsülin Tedavisi 13
2.1.4.3. Antenatal İzlem 13
2.1.4.4. Antenatal Fetal Değerlendirme 14
2.1.4.5. Kilo Kontrolü ve Diyet 14

2.1.4.6. Egzersiz 15
2.1.4.7. Stres Yönetimi 15
2.1.4.8. Öz Bakım Uygulamaları 15
2.1.4.9. D Vitamini 16
2.1.4.10. Alışkanlıklar 16
2.2. Ebelik Bakım Modelleri 16
2.2.1. Sürekli Ebelik Bakım Modeli 18
2.3. Evde Bakım 19
2.3.1. Riskli Gebeliklerde Evde Bakım 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.3. Araştırma Uygulama Prosedürü 23
3.3.1. Müdahale Grubu Uygulama Prosedürü 23
3.3.2. Kontrol Grubu Uygulama Prosedürü 24
3.3.3. Randomizasyon ve Körleme 25
3.4. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi 27
3.4.1. Eğitim Materyalinin Değerlendirilmesi 28
3.5. Veri Toplama Araçları 29
3.5.1. Gebe Tanıtım Formu 29
3.5.2. Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği 29
3.5.3. Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi 31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.7. Araştırma İzinleri 34
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 34
4. BULGULAR 36

4.1. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 37

4.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular 38

4.3. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgular 40

4.4. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Kontrolüne Yönelik Niyet, Tutum ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular 41

4.5. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Bulgular 43

4.6. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 46

4.7. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 48

4.8. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 50

4.9. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 52

5. TARTIŞMA 54

5.1. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 54

5.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Kontrolüne Yönelik Niyet, Tutum ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 55

5.3. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 58

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 62

KAYNAKLAR 63

EKLER 69

Ek 1. GDM'li Gebe Evde Bakım Protokolü 69

Ek 2. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu 70

Ek 3. Gebe Tanıtım Formu 72

Ek 4. Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği 74

Ek 5. Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi 78

Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu 80

Ek 7. Etik Kurul İzin Belgesi 81

Ek 8. Kurum İzin Belgesi (Ç.Ü.) 82

Ek 9. Kurum İzin Belgesi (H.M.K.Ü.) 83

Ek 10. Ölçek Kullanım İzinleri 84

Ek 11. Eğitimci Kitapçığı 85

Ek 12. Hasta Rehberi 88

ÖZGEÇMİŞ 91

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 2.1. Gestasyonel Diabetes Mellitus'un etiyolojisi (30) 6

Şekil 2.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus'un patofizyolojisi (33) 7

Şekil 2.3. Gestasyonel Diyabet'in risk faktörleri 8

Şekil 2.4. Hipoglisemi belirti ve bulguları 12

Şekil 2.5. Ebelik bakım modellerinin rehber ilkeleri (52) 18

Şekil 2.6. Sürekli ebelik bakım modeli özellikleri 19

Şekil 2.7. Riskli gebelerde evde bakım kriterleri (2) 20

Şekil 3.1. CONSORT akış diyagramı 26

Şekil 3.2. Eğitim kitapçığının oluşturulma süreci ve içeriği 27

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 2.1. İki aşamalı Gestasyonel Diyabet Tanı Kriteri 10

Tablo 2.2. Tek aşamalı Gestasyonel Diyabet Tanı Kriteri 11

Tablo 3.1. Eğitim materyallerine ilişkin uzman görüşleri 28

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler 34

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 38

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular 39

Tablo 4.3. Gebelerin Tıbbi Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgular 40

Tablo 4.4. Gebelerin Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Grup İç i ve Gruplar Arası Karşılaştırılması 43

Tablo 4.5. Gebelerin Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arasında ve Grup İçi Karşılaştırılması 45

Tablo 4.6. Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması 47

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması 49

Tablo 4.8. Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması 51

Tablo 4.9. Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması 53

KISALTMALAR VE SİMGELER

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists
ADA : American Diabetes Association
CONSORT : Consolidated Standards of Reporting Trials
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
d : Cohen's d
DM : Diyabet
DÖBA : Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi
GDM : Gestasyonel Diyabet
F : F test
GDNTD-Ö : Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği
IDF : International Diabetes Federation
ICM : International Confederation of Midwives
ITT : Intention to Treat
Max : Maksimum
Min : Minimum
N : Araştırma Evreni
n : Araştırma Örneklemi
r : Cohen r Değeri
SEBMEB : Sürekli Ebelik Bakımı Modeline Dayalı Evde Bakım
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
SS : Standart Sapma
TÜBİTAK : Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TURDEP : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
vb : ve benzeri
W : Kendall's W Testi
WHO : World Health Organization
$\bar{x}$: Ortalama
χ^2 : Ki kare
Z : Z testi
< : Küçüktür
> : Büyüktür

= **:** Eşittir

≥ **:** Büyük veya Eşittir

≤ **:** Küçük veya eşittir

ÖZET

Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Gebelere Verilen Evde Ebelik Bakımının Tutum ve Öz Bakımları Üzerine Etkisi

Randomize kontrollü deneysel tipte yapılan bu araştırma, gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma 27 müdahale ve 28 kontrol grubu ile yürütülmüştür. Veriler Gebe Tanıtım Formu, Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö) ve Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) ile toplanmıştır. Müdahale grubuna 6 kez ev ziyareti yapılarak sürekli ebelik bakım modeline dayalı bakım ve eğitim, kontrol grubuna rutin klinik bakım verilmiştir. Gruplar arasında sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin benzer özelliklere sahip olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarının ön test ve son test GDNTD-Ö alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin tutum, öznel norm, algılanan sosyal kontrol, niyet ve planlama alt boyutu ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarının ön test ve son test DÖBA ölçeği alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin niyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı alt boyutu ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Araştırma sonucunda sürekli ebelik bakım modeline dayalı ev ziyaretlerinin gebelerin diyabete ilişkin tutum ve öz bakımları üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: **Gestasyonel diyabet, evde bakım, ebelik bakımı, tutum, öz bakım**

ABSTRACT

Effect of Home Midwifery Care Given to Pregnant Women Diagnosed with Gestational Diabetes on Their Attitudes and Self-Care

This randomized controlled experimental study was conducted to determine the effect of home midwifery care given to pregnant women diagnosed with gestational diabetes based on the continuous midwifery care model on the attitudes and self-care of pregnant women. The study was conducted with 27 intervention groups and 28 control groups. Data were collected with the Pregnant Women Introduction Information Form, Gestational Diabetes Intention, Attitude and Behavior Scale (DIAB-Q) and Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (DSCAQ). The intervention group received 6 home visits and received care and education based on the continuous midwifery care model, while the control group received routine clinical care. It was observed that there was no statistically significant difference between the groups in terms of socio-demographic and obstetric characteristics, and that the pregnant women in the intervention and control groups had similar characteristics ($p>0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference in the pre-test and post-test DIAB-Q sub-dimension scores of the intervention and control groups, and that the pregnant women in the intervention group had higher attitude, subjective norm, perceived social control, intention and planning sub-dimension means ($p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference in the pre-test and post-test DSCAQ sub-dimension scores of the intervention and control groups, and that the pregnant women in the intervention group had higher intention, exercise, blood glucose and foot care sub-dimension means ($p<0.05$). As result of the study, it was found that home visits based on the continuous midwifery care model was a positive effect on the attitudes and self-care of pregnant women towards diabetes.

Keywords: Gestational diabetes, home care, midwifery care, attitude, self-care

1. GİRİŞ

Gebelik sadece anne ve bebek sağlığını değil toplum sağlığını da etkileyen fizyolojik, sosyal, duygusal yönleri olan bir süreçtir. Gebelikte yaşanılan sistematik değişiklikler ve annede gebelik öncesi var olan sağlık problemlerine bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar gebeliği riskli hale getirmektedir (1-3).

Diyabet, insulin salgılanmasında veya kullanımında bozulma ile ortaya çıkan ve hiperglisemi ile karakterize, kronik endokrin bir hastalıktır. Diyabet (DM)'nin, dünya çapında yaygınlığının %14 olduğu ve görülme sıklığındaki artışın düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü belirtilmektedir (4). Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) yetişkin nüfusun %10,5'inin (20-79 yaş) diyabet hastası olduğunu ve neredeyse yarısının bu durumla yaşadığının farkında olmadığını bildirmektedir (5,6). Gestasyonel Diyabet (GDM) ise ilk kez gebelikte ortaya çıkan glikoz intoleransıdır. Gebelikte diyabet, anne ve fetüs açısından önemli komplikasyonlar oluşturma riski taşıdığından, dikkatli ve bilinçli bir şekilde izlem gerektiren gebeliğin en yaygın komplikasyonudur (4,7). Avrupa'da bildirilen GDM oranı önemli ölçüde değişiklik göstermekle birlikte, bazı popülasyonlardaki gebeliklerin %20'sinden fazlasında GDM tespit edildiği belirtilmektedir. IDF tarafından, GDM'nin küresel yaygınlığının %1-%14 arasında değiştiği ve 2021 yılındaki gebeliklerin %16,7'sinde (21,1 milyon canlı doğum) gebelik sırasında hiperglisemi vakasının yaşandığı bildirilmektedir. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda gebelik ve doğumda yaşanan hiperglisemi vakalarının gebe kadınların antenatal bakıma erişimin sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yaygın olduğu belirtilmiştir (5,8,9). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP) verilerine göre Türkiye'de GDM prevalansının %6,7 olduğu ve bu oranın, anne yaşının artması, yüksek riskli etnik gruplardan kadınların daha fazla olması, fazla kilolu ve obez kadınların daha fazla olması gibi faktörler nedeniyle ilerleyen yıllarda artması beklenmektedir (10).

GDM, anne, bebek ve uzun süreli metabolik riskler ile ilişkilidir. Annede preeklampsi, sezaryen ile doğum ve perine travması; bebekte makrozomi, omuz distosisi, doğum yaralanmaları, hipoglisemi, solunum sıkıntısı, ölü doğum ve sarılık gibi sorunlara neden olabilir. Anne ve fetüste mortalite ve morbiditeye neden olan bu riskli durumda gebelerin hastaneye yatışı yapılmadan ayaktan takibi sürdürülebilmektedir (1,11).

Prenatal dönemde maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen riskli durumlara zamanında tanı, tedavi ve müdahale yapılmadığında mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu süreçlerde gebelerin yaşadığı riskler ile evde baş etmeleri gerekmektedir (12-14). Diyabet tanısı almış ve evde izlemi yapılan bu gebeler için prenatal bakım büyük önem kazanmaktadır. Riskli gebelerde evde bakım hizmetlerinin amacı gebelik süreci, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve fetüs için en üst düzeyde bakım hizmetini vermektir. Riskli gebelerin evde bakımı ile kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesinin yanı sıra prenatal morbidite oranları azalarak maliyet etkin bir hizmet sunulmuş olacaktır (2,3). Bu nedenle gebe ve yeni doğanın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ebelerin eğitim, bakım verme ve danışmanlık rollerinin hastane ortamının yanı sıra evde bakımda da devam ettirilmesi önemlidir. Evde verilen sürekli ebelik bakımı ile gebeye kan şekeri takibini ev ortamında nasıl yapabileceği, egzersizin ve düzenli beslenme ile diyabete bağlı komplikasyon ve yakınmaların azaltılması, gebelikte tehlike belirtilerinin neler olduğu ve hangi durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiği konularında bilgilendirme sağlanabilmekte, bireyin gereksinimleri doğrultusunda bakım verilebilmektedir (12-14).

Downs ve ark. (2017) tarafından gestasyonel diyabetli kadınlara evde yüz yüze yapılan egzersiz programının kan şekeri seviyesini düzenlediği ve motivasyonu olumlu etkilediği görülmüştür (15). Benzer şekilde gestasyonel diyabetli kadınlara evde verilen egzersiz programının uygulandığı başka bir çalışma sonucunda kadınların psikolojik esenliğinin olumlu yönde arttığı belirlenmiştir (16). Murphy ve ark. (2016) tarafından diyabetli gebelere yaşadıkları bölgelerde verilen gebelik öncesi bakımın kan şekeri kontrolünü iyileştirdiği ve olumsuz gebelik sonuçlarını azalttığı sonucu elde edilmiştir (17). Kadınların GDM deneyimlerini değerlendirmek ve fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarını belirleyerek bu konuda bakım sağlayıcılara öngörü sağlamak amacıyla yapılan nitel bir çalışmada GDM'nin psikolojik etkileri ve kadının koşullarına göre uygun bilgi ve bakımın sağlanmasında kadın merkezli ve süreklilik olan bakım modellerine ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir (18). Literatürde gestasyonel diyabetli kadınlarda kan şekerinin düzenlenmesi, egzersiz ve fetal sağlığın değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (19-21). Bu çalışmalarda kısa süreli ve online eğitimlerin etkisi değerlendirilmiştir (19-21). Literatürde GDM'li kadınların

sürekli ebelik bakım modeline dayalı evde ebelik bakımının verildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma riskli grupta yer alan gestasyonel diyabet tanısı almış gebelere evde sürekli ebelik modeline göre hazırlanmış bireysel ebelik bakımı verilerek, gebelerin diyabete ilişkin tutum ve öz bakımlarının geliştirilmesi ve bu şekilde diyabete bağlı komplikasyon ve yakınmaların azaltılarak, anne-bebek sağlığının iyileştirilmesi hedeflenmektedir.

Gestasyonel diyabet, anne ve fetüs açısından önemli komplikasyonlar oluşturma riski taşıdığından, gebelik izleminin dikkatli ve bilinçli bir şekilde yapılması çok önemlidir. Hastane yatışı olmadan ayakta takibi sürdürülen bu gebelerin evde izlemi, prenatal bakımı büyük önem kazanmaktadır. Evde sunulan bireysel ve sürekli ebelik bakımı kadının hem gebeliğe hem de yaşamış olduğu sağlık sorununa uyumunun artmasını, yaşanabilecek olası komplikasyonların azalmasını ve maliyet etkin bir hizmet sunulmasını sağlayacaktır.

Bu araştırma iki temel hipoteze dayanmaktadır. Araştırma hipotezleri şunlardır:

- $H0_1$: Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin diyabet tutumları üzerine etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur.
- $H1_1$: Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin diyabet tutumları üzerine etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır.
- $H0_2$: Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin öz bakımları üzerine etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark yoktur.
- $H1_2$: Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin öz bakımları üzerine etkisi açısından müdahale ve kontrol grupları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabet

Diyabet (DM), insülinin yetersiz salgılanması ya da kullanımı sonucu ortaya çıkan karbonhidrat metabolizması ile ilgili, çoklu ve metabolik bir hastalıktır. Pankreasın langerhans adacıklarındaki beta hücreleri tarafından salgılanan insülin, glikozun kandan hücre içine girmesini sağlayarak kan glikoz düzeyini düşürür. İnsülin salınımına ilişkin anormalliklerin sonucunda ortaya çıkan bu çoklu etiyolojik ve metabolik hastalık, uzun yıllardır önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (4,7).

DM'nin, dünya çapında yaygınlığının %14 olduğu ve en büyük artışın ise düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü tespit edilmiştir (4). IDF, yetişkin nüfusun %10,5'inin (20-79 yaş) diyabet hastası olduğunu ve neredeyse yarısının bu durumla yaşadığının farkında olmadığını bildirmektedir. IDF'nin projelerine göre 2045 yılına gelindiğinde her 8 yetişkinden 1'inin, yani yaklaşık 783 milyon kişinin diyabet hastası olacağı, bunun da prevalansta %46'lık bir artışa neden olacağı tahmin edilmektedir (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %9,4'ünde (yaklaşık 30 milyon kişide) tip 2 diyabet tanısı bulunmakta olup, bu kişilerin %90'ından fazlasının aşırı kilolu veya obez olduğu belirlenmiştir (6,22). DM artık gelişmekte olan ülkelerde insanların hayatlarını etkileyen en yaygın kronik hastalıklardan biri olarak değerlendirilmektedir. Tip 2 DM yaygınlığı orta ve düşük gelirli ülkelerde hızla artmakta ve aynı zamanda DM dünya çapında önemli bir ölüm nedeni olarak görülmektedir (4,6,7,23). Ülkemizde DM sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. IDF'nin 2022 yılı Türkiye DM prevalansı güncel verilerine göre her yüz kişiden 16'sının hasta olduğu ve 9.020.900 yetişkin diyabet vakasının bulunduğu ifade edilmiştir (5).

2.1.1. Diyabet'in Sınıflandırılması

IDF ve Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi tarafından diyabetin sınıflandırılması Tip I DM, Tip II DM, GDM ve diğer nedenlere bağlı spesifik DM türleri olarak dört ana başlık altında yapılmaktadır (5,24). Tip I DM beta hücrelerinin tahrip olmasına bağlı insülin eksikliği ile kendini gösteren ve insüline bağımlı olan (çocukluk çağı başlangıçlı) DM tipidir. DM tanılı kişilerin yaklaşık %10'u Tip I DM tanısına sahiptir. Tip II DM ise insülin duyarlılığının azalmasına bağlı insülin salgılanmasında

yetersizlik ile kendini gösteren ve insüline bağımlı olmayan (erişkin başlangıçlı) DM tipidir (4,6).

Tip I DM belirtileri arasında sık idrara çıkma ihtiyacı, susama, sürekli açlık, kilo kaybı, görme değişiklikleri ve yorgunluk bulunmakta ve bu belirtiler aniden ortaya çıkabilmektedir. Tip II DM belirtileri ise genellikle Tip I DM belirtilerine benzerdir ancak belirgin belirti ve bulgulara sahip değildir. Bu yüzden Tip II DM vakaları başlangıcından birkaç yıl sonra, komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra teşhis edilebilmektedir (6,22,25).

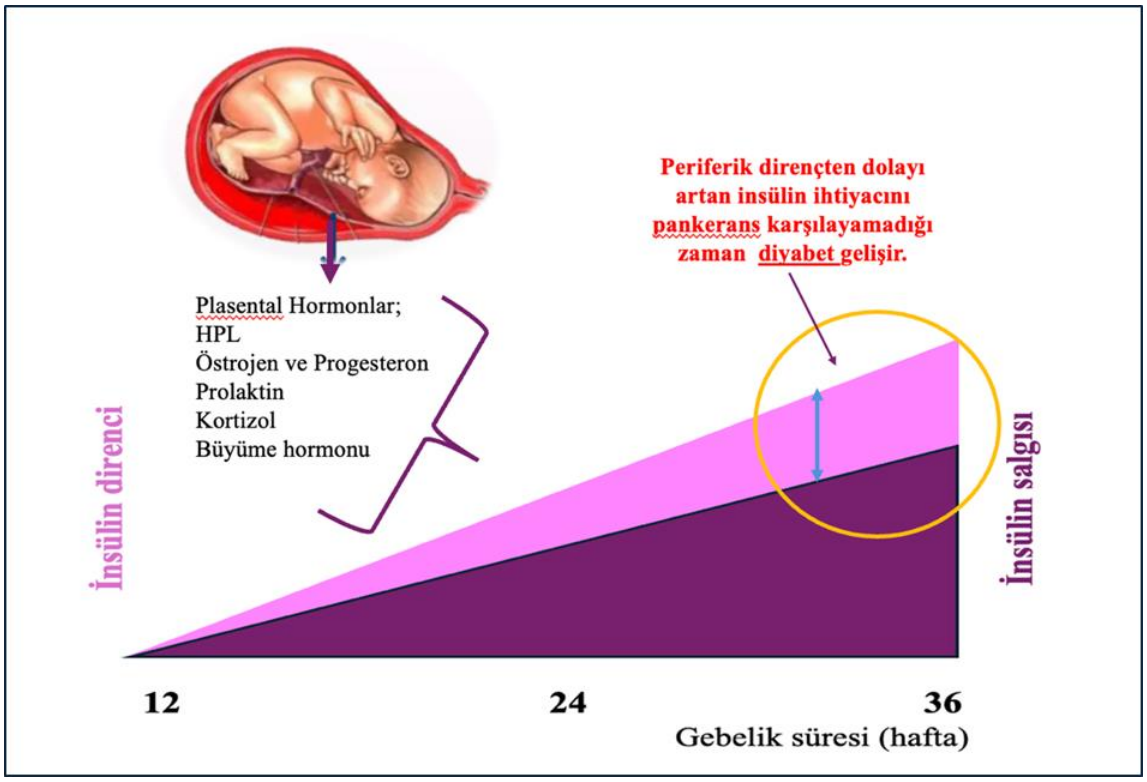
Diğer bir DM türü olan Gestasyonel Diyabet (GDM), gebeliğin başlangıcında veya gebeliğin devamında, genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde teşhis edilen herhangi bir derecedeki glikoz intoleransı veya diyabet olarak tanımlanır (4,6). Gebelik sırasında DM, Tip I DM, Tip 2 DM ve GDM vakaları ile karışılmaktadır. Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde Tip 2 DM'li kadınların sayısının, Tip I DM'li kadınlara göre önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. DM'li kadınların gebeliğinde diğer anne popülasyona kıyasla konjenital anomali, ölü doğum ve yenidoğan ölüm oranı riski 2-5 kat daha fazla olabileceği tahmin edilmektedir. Üstelik GDM'li kadınların yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde Tip II DM'ye yakalanma olasılığı diğerlerine göre 10 kat daha fazla olduğu ve bunların yarısının doğumlarından 10 yıl sonra Tip II DM tanısı alabileceği belirtilmektedir (6). Aynı zamanda anne adayının DM türünden bağımsız olarak, yenidoğanda Tip II DM ve obezite riskini arttırdığına dair önemli kanıtların olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle GDM, ele alınması ve üzerinde durulması gereken metabolik ve üreme komplikasyonları nedeniyle ciddi bir küresel sağlık endişesi oluşturmaktadır (12,26).

2.1.2. Gestasyonel Diyabet

Gebelikte diyabete ile ilgili ilk çalışmalar 1824 yılındaki vakalara dayanmakla birlikte ilk kez gebelikte ortaya çıkan ve tanısı konulan DM tanısı 1926 yılında bildirilmektedir. GDM terimi ise ilk kez 1957 yılında Carrington tarafından kullanılmıştır (27).

GDM, Dünya Sağlık Örgütü tarafından " gebelikte erken veya ilk kez tespit edilen glikoz intoleransının herhangi bir düzeyi" olarak adlandırılırken, Amerikan Diyabet Derneği tarafından ise, "gebelikte başlayan veya ilk kez tespit edilen herhangi bir düzeyde glikoz duyarlılığı" olarak tanımlanmaktadır (4,28).

Gebelikte plasenta vücudun insülin direncini etkileyen hormonlar üretmektedir. Üretilen bu plasental hormonlar (östrojen, progesteron, kortizol, Human Plasental Laktojen (HPL), prolaktin ve büyüme hormonu dahil) fetüse yeterli beslenmeyi sürdürmek için insüline dirençli bir durumun oluşmasına neden olabilmektedir. GDM'li kadınlarda yetersiz insülin salınımının eşlik ettiği artan insülin direnci hücrelere glikoz taşınmasını sınırlar. Bu durum maternal hiperglisemi ile sonuçlanır. Maternal hiperglisemi insülin üretimini uyararak hücrelere artan glikoz ve aminoasit girişine izin veren, metabolizmayı arttıran fetal hiperglisemi ile sonuçlanabilir (Şekil 2.1) (7,11,22,29).



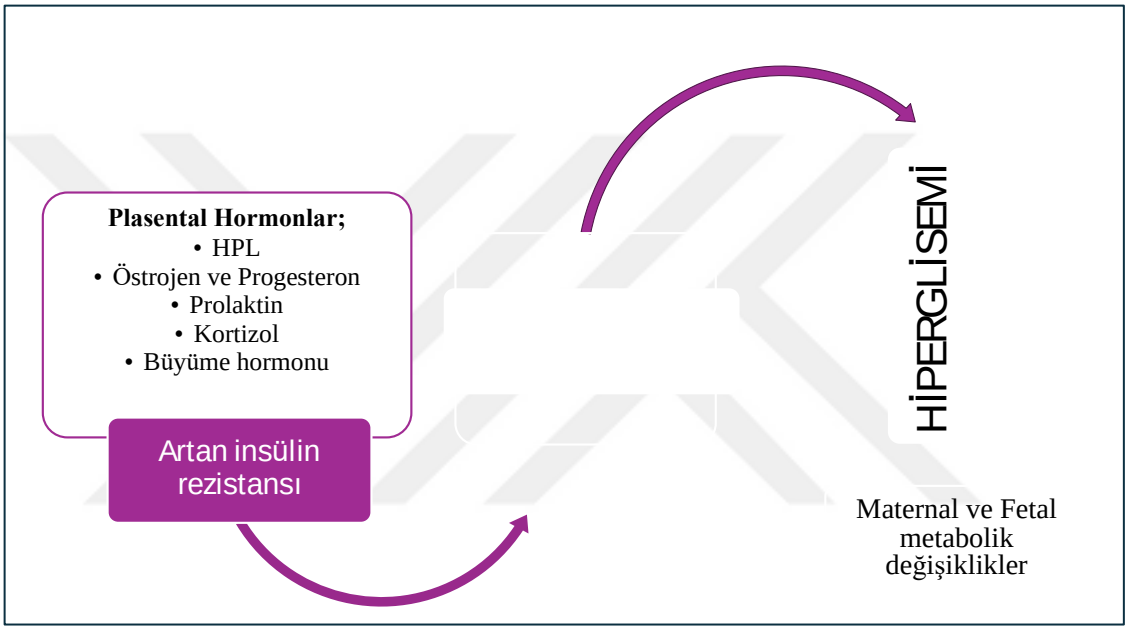
Şekil 2.1. Gestasyonel Diabetes Mellitus'un etiyolojisi (30)

2.1.2.1. Gestasyonel Diyabet'in Patofizyolojisi

Kadının gebelik boyunca metabolizması değişir. Gebeliğin ilk trimesterinde, ilerleyen zamanlardaki fetal büyüme için maternal besin depolaması artarak, annenin insülin salgısı artmaktadır. Erken gebeliğin bu aşamasında insülin duyarlılığı sabittir veya artabilir. İkinci ve üçüncü trimesterde fizyolojik olarak insülin duyarlılığı kademeli olarak

azalır ve böylece fetüs, fetal büyüme için glikoz alımını arttırabilir. Diyabetik olmayan kadınlarda insülin salgısının artması ile normal kan glikoz seviyeleri korunur (11,22,31).

GDM tanılı kadınlarda insülin duyarlılığında başlangıçta daha az artış olur. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde insülin duyarlılığı normale göre azalır. Bu durum gebenin kan glikoz düzeyinin yükselmesine neden olur. GDM'li kadınlarda insülin duyarlılığındaki azalmalar, fetüsün glikoz alımını desteklerken glikoz intoleransı ile sonuçlanır (Şekil 2.2) (6,32).



Şekil 2.2. Gestasyonel Diabetes Mellitus'un patofizyolojisi (33)

2.1.2.2. Gestasyonel Diyabet'in Risk Faktörleri

GDM için bazı risk faktörleri bulunmaktadır (Şekil 2.3) (29,32,34).

- HbA1C >%5,7
- Ailede (özellikle birinci derece yakınlarında) DM öyküsü
- Gebelik öncesi BMI >30 kg/m^2
- HDL <35 mg/dL, Trigliserit >250 mg/dL
- Metabolik sendrom, polikistik over sendromu, mevcut glukokortikoid kullanımı
- Hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalık
- Fiziksel hareketsizlik
- Önceki gebelikte annenin fazla kilo almış olması (> 20 kg)
- Gebelik öncesi bozulmuş glikoz toleransı, insülin direnci
- İleri anne yaşı (40 yaş ve üstü)
- Daha önce ≥4000 gram bebek doğurma ve polihidroamniyos öyküsü
- Açıklanamayan perinatal kayıp veya malformasyona uğramış bir bebek doğurma öyküsü
- Bozulmuş açlık glikozu veya önceki bir gebelikte GDM
- Açlık kan şekeri> 95 mg/dl ve glukozüri varlığı
- İlk prenatal izlemde glikozüri tespiti
- Çoğul gebelik

Şekil 2.3. Gestasyonel Diyabet'in risk faktörleri

Gestasyonel diyabet riski çoğunlukla yaş, obezite, makrozomik bebek, önceki gebelikte bozulmuş glikoz toleransı gibi durumlarda artış göstermektedir. Ayrıca GDM, gebeliğin sonlanmasının ardından kadının yaşam boyu Tip II DM olma riskini arttırmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, GDM tanılı gebelerde Tip II DM'nin oluşmasını önlemek veya erken teşhisini sağlamak için düzenli ve yaşam boyu taramanın önemi üzerinde durulmaktadır (4,28,30).

2.1.2.3. Gestasyonel Diyabet'in Komplikasyonları

GDM'li kadınlarda ve bebeklerinde gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde komplikasyon riski bulunmaktadır.

Gebelik yaşına göre büyük (Large Gestasional Age-LGA) ve makrozomik bebek: LGA, gebelik yaşına göre 90. persentil veya üzerinde fetal veya neonatal ağırlık olarak tanımlanmakta iken; makrozomi, doğum ağırlığı 4000-4500 gram üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. GDM, fetal hiperinsülinizmi indüklemekte transplasental glikoz ve diğer besin maddelerinin transferinde artışa yol açmakta ve buna bağlı olarak asimetrik (normal baş boyutu, daha geniş omuzlar ve torasik ve abdominal çaplarda artış) hızlanan

fetal büyümeye neden olmaktadır. Maternal hiperglisemi, LGA ve makrozomi riskini artırmaktadır. Bu durum GDM ile ilişkili yaygın görülen olumsuz neonatal sonuçlardan biridir.

Operatif doğum oranında ve fetal/neonatal komplikasyonlarda artış: Makrozomi ve fetal gövde asimetrisi, sezaryen veya enstrümental vajinal doğum, omuz distosisi ve bununla ilişkili fetal/neonatal komplikasyonlara (brakiyal pleksus hasarı, kırık ve neonatal depresyon) yol açabilmektedir.

Gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi: İnsülin direnci GDM'nin temel nedenidir ve aynı zamanda bu durum oluşabilecek preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon gelişimi ile ilişkili görülmektedir.

Polihidramnios: Maternal hipergliseminin kontrol altına alınmadığı durumlarda fetal hiperglisemi ve hiper insülinemide artış görülmesine ve beraberinde osmotik diürezis artmasına (fetal poliüri) neden olmaktadır. Artan amniyotik sıvı glikoz konsantrasyonu nedeniyle polihidramnios gelişebilmektedir.

Ölü doğum: GDM ve suboptimal glikoz kontrolü olan gebelerde ölü doğum riski artabilmektedir.

Neonatal morbidite: GDM ile karmaşık olan gebeliklerin yenidoğanlarının, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, hipokalsemi, hipomagnezemi, polisitemi, solunum sıkıntısı ve kardiyomiyopati gibi nedenlerle ilişkili morbidite riskinde artışa neden olabilir.

Maternal Tip II DM: GDM diyabetle ilişkili vasküler hastalık dahil olmak üzere maternal Tip 2 DM gelişimi için güçlü bir belirteçtir.

Bebek ve çocukluk dönemi üzerindeki etkileri: GDM, çocuğun obezite, bozulmuş glikoz toleransı ve diyabet geliştirme riskini artırmaktadır. Gebelik sırasında yetersiz kontrol edilen maternal diyabet, bebeğin nörogelişimsel büyümesini etkileyebilmektedir (1,29,32,35).

2.1.3. Gestasyonel Diyabet Tarama Yöntemleri

GDM taramasında en sık kullanılan yöntem Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)'dir. GDM risk faktörüne sahip olan kadınlara, ilk prenatal vizitte GDM yönünden erken tarama yapılmalıdır. Erken testin yokluğunda veya erken test negatifse, 24-28. gebelik haftalarında rutin tarama yapılmaktadır. Taramanın amacı, belirli bir

hastalığa sahip olma veya gelişme olasılığı yüksek olan asemptomatik bireyleri belirlemektir (4,5,28).

OGTT dışında GDM tanılanmasında kullanılan bazı testler bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü trimesterde HbA1C [≥6,5% (+); 5,7-6,4% (?)], 24. gebelik haftasında açlık glikoz düzeyi (>85 mg/dL), glikozüri için idrar tetkiki gibi yöntemler kullanılabilmektedir. 100 gram glikoz, GDM veya tanılanmamış Tip 2 DM olan kadınlarda diyabetik ketoasidoza yol açmayacağından OGTT güvenle tercih edilebilmektedir. GDM taraması OGTT tek adım veya iki adımlı yaklaşım ile yapılabilmektedir (4, 25,28,32).

2.1.3.1. İki Aşamalı Yaklaşım

GDM açısından düşük riske sahip kadınlar için uygundur. İlk adım, önceki öğünlere bakılmaksızın günün herhangi bir saatinde 50 gramlık glikoz yükleme önerilmekte ve bir saatin sonunda plazma glikoz düzeyi ölçülmektedir. Glikoz düzeyi, venöz plazmada ölçülmelidir. Plazma glikoz düzeyi ≥140 mg/dL ise test sonucu pozitif kabul edilmektedir. Test sonucu pozitif olan kadınlara GDM için tanısal test olan 100 gramlık OGTT yapılmakta ve üç saatlik ölçümün yapıldığı ikinci adıma geçilmektedir (Tablo 2.1). İkinci adımda plazma glikoz seviyelerinin; açlık glikoz düzeyi <95 mg/dL, glikoz yükleme sonu birinci saat glikoz düzeyi <180 mg/dL, ikinci saat glikoz düzeyi <155 mg/dL, üçüncü saat glikoz düzeyi <140 mg/dL ise test negatiftir. Bu değerlerden herhangi biri yüksek ise test tekrarı istenmekte, iki veya daha fazla değer yüksek ise GDM tanısı konulmaktadır (4,28,32).

Tablo 2.1. İki aşamalı Gestasyonel Diyabet Tanı Kriteri

		Açlık Plazma Glikozu	1. Plazma Glikozu	2. Plazma Glikozu	3. Plazma Glikozu
İKİ AŞAMALI TEST					
İlk aşama	50g glikozlu test	-	≥140	-	-
İkinci aşama	100g glikozlu OGTT (En az 2 patolojik değer tanı koydurur.)	≥95	≥180	≥155	≥140

2.1.3.2. Tek Aşamalı Yaklaşım

GDM açısından yüksek risk altında olan kadınlar için uygundur. Böylece ikinci adımın getirmiş olduğu karmaşık süreç ve maliyet artışı önlenebilmektedir. Tek adımlı yaklaşım, tarama testini atlar ve yalnızca 75 gram OGTT ile iki saatlik ölçümün yapılmasıdır. Ülkemizde DM açısından riskli gebelere ilk izlemde, diğer tüm gebelere ise 24-28. haftalarda 75 gram OGTT önerilmektedir (Tablo 2.2) (4,28,32).

Tablo 2.2. Tek aşamalı Gestasyonel Diyabet Tanı Kriteri

		Açlık Plazma Glikozu	1. Plazma Glikozu	2. Plazma Glikozu	3. Plazma Glikozu
TEK AŞAMALI TEST					
75g glikozlu OGTT (En az 1 patolojik değer tanı koydurur.)		≥92	≥180	≥153	-

2.1.4. Gestasyonel Diyabetin Yönetim ve Bakımı

2.1.4.1. Glisemik Kontrolün Sağlanması

GDM ile ilgili komplikasyonların sıklığını ve şiddetini azaltmak için temel müdahaledir. GDM'si olan gebelere, kendi kendine kan glikoz takibinin öğretilmesi gerekmektedir. Glikometre ve strip ile ana öğünlerden önce, ana öğünlerden 1-2 saat sonra, yatmadan önce ve gece kan glikoz ölçümü GDM'li kadınlara önerilmektedir. İyi glikoz kontrolü, başka obstetrik komplikasyonu olmayan gebelerde tek başına beslenme tedavisi ile sağlanabilirken; ilaç ile kontrol altına alınan GDM tanılı gebelerde diyetin yanı sıra insülin desteği ile sağlanabilmektedir. İnsülin dozları endokrinoloji uzmanı tarafından bireysel olarak ayarlanmalı ve yemeklerden 20-30 dakika önce yapılmalıdır. İnsülin dozları 0.7-1.0 IU/kg/gün (ilk trimester-son trimester) şeklindedir. İnsülin enjeksiyon teknikleri, uygulama bölgeleri, sıklığı, saklama koşulu gibi konularda gebeler bilgilendirilmelidir. İnsülin alanlarda açlık (yemekten hemen önce), tokluk (ilk lokmadan bir-iki saat sonra) ve yatmadan hemen önce glikoz takibi yapılmalıdır (4,29,32,36).

Gebelik döneminde glisemik hedefler şu şekildedir:

- Açlık kan glikoz düzeyi <95 mg/dL
- Yemek sonrası bir saatlik kan glikoz düzeyi <140 mg/dL
- Yemek sonrası iki saatlik kan glikoz düzeyi <120 mg/dL

Gebelikte diyabeti yönetmenin önemli bir parçası, gebenin kan glikoz düzeyinin yediği yiyeceklerden, yaptığı fiziksel aktiviteden ve aldığı ilaçlardan nasıl etkilendiğini anlamak ve kan glikoz düzeyini sağlıklı aralıkta tutmanın en iyi yolunu bulmaktır. Gestasyonel diabetes mellituslu kadınların gebelik sürecinde kan glikoz seviyeleri istenilen hedeflerden daha yüksek veya daha düşük olduğu zamanlar olacaktır (29,36).

Hipoglisemi

Hipoglisemi plazma glikoz konsantrasyonunda semptom yaratacak kadar düşme (Kan şekerinin düzey olarak 60 mg'ın altına inmesi) ile karakterize bir durumudur. Bu genellikle 4 mmol/l'nin altındadır. Gestasyonel diabetes mellitus olan kadınların hepsinde hipoglisemi görülmez, ancak insülin veya glibenklamid tableti kullanılıyor ise hipoglisemi durumları yaşanabilmektedir. Gebe bu tedavi yöntemlerinden herhangi birini kullanıyor ise, gebeye hipogliseminin belirtilerini öğretmek gerekmektedir. Her kişide ilk görülen hipoglisemi semptomları farklı olmakla birlikte sık karşılan bazı belirti ve bulgular bulunmaktadır (Şekil 2.4) (4,36,37).

• Terlemek	• Aç olmak
• Endişeli olmak veya sinirli	• Ağlamaklı hissetmek
• Solgunlaşmak	• Yorgunluk
• Çarpıntı ve hızlı nabız	• Baş ağrısı yaşamak
• Dudaklarda karıncalanma hissi	• Bilinç bulanıklığı, konfüzyon
• Bulanık görüş	• Konsantrasyon eksikliği.

Şekil 2.4. Hipoglisemi belirti ve bulguları

Hiperglisemi

Vücut kan plazmasında glikoz seviyesinin çok yüksek olduğu zamandır. Bu genellikle yemekten önce 5,3 mmol/l'nin üzerinde, yemekten bir saat sonra 7,8 mmol/l'nin üzerinde veya yemekten iki saat sonra 6,4 mmol/l'nin üzerindedir. Ancak bu durum kişinin sağlık durumuna ve birçok faktöre göre değişiklik gösterebilmektedir. Çoğu kişi kan glikoz seviyesindeki yükselmeyi fark etmese de temel en sık görülen belirtileri özellikle geceleri normalden fazla tuvalete çıkmak, çok susamış olmak, baş ağrısı ve yorgunluk olarak bildirilmektedir (4,34,35).

2.1.4.2. İnsülin Tedavisi

Gebelik şekerinin ilaçla tedavisi insülin ile yapılmaktadır. Çünkü oral ajanların gebelik döneminde kullanılması bebek ve anne üzerinde olumsuz etkiler yaratır. İnsülin tedavisi ve buna eşlik eden beslenme tedavisi ikisi birlikte uygulanmak durumundadır. İnsülin tedavisi, kesinlikle bebeğe zararlı değildir. Çünkü insülin bebeğin plasentasından geçmez. Kan şekerini normale getirmek için gerekli bir ilaçtır. Uygun şartlarda, uygun dozlarda ve uygun şekilde uygulandığı takdirde, kan şekerleri iyi gittiği takdirde bebekte oluşabilecek sorunları önler. Bebeğin sağlıklı olarak doğmasına yardımcı bir ilaçtır. Anne sağlığı için de çok önemlidir. Annenin tüm organlarını, kalp-damar sağlığını, böbreğini, kalbini, gözünün zarar görmesini engelleyecek bir tedavi şeklidir. Buradaki tek amaç, annenin kan şekerini normal sınırlarda tutmaktır (31,36-38).

2.1.4.3. Antenatal İzlem

Antenatal izlem, doğum öncesi bakım, maternal ve fetal sağlık için risk oluşturabilecek, gebelik öncesi var olan veya gebelikte gelişen sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanması amacıyla yapılan ve maternal fetal sağlığın değerlendirildiği takiplerden oluşmaktadır. Ülkemizde yüksek risk gurubunda olan (diyabet, diyabet yaşı 5 yıldan fazla olanlar, HbA1C %7 ve üzerinde olanlar, diyabetik komplikasyonu olanlar, kötü obstetrik öyküsü olanlar) gebelerin, endokrinoloji uzmanı ve mümkünse perinatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve rutin gebe izlemi ve tetkiklerine ek olarak doğuma kadar toplam 11 izlem yapılması önerilmektedir (1,29,32,39).

GDM'li gebelerin antenatal izlemlerine ilişkin standart protokoller bulunmamakla birlikte, gebenin izlem sıklığı ve yapılacak değerlendirilmeler gebenin sağlık durumuna ve hekimin planlamasına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu dönemde normal gebelik izlemlerine ek olarak, gebenin glisemik kontrolü, kilo alımı takibi yapılmaktadır. Yapılan bu izlemlerin sonucuna göre riskli gebe grubunda yer alan bu gebelerin izlem süreci değişiklik gösterebilmektedir (1,2,39).

2.1.4.4. Antenatal Fetal Değerlendirme

GDM tanılı gebelerde başka bir obstetrik komplikasyon yoksa rutin nonstress test (NST) ve biyofiziksel profil (BFP) gerekmemektedir. Duruma göre amniyotik sıvı indeksi (AFI) takibi yapılır. Gebenin 1-2 hafta ara ile izlemi önerilmektedir. GDM tanılı olup kötü glisemik kontrolü olan gebelerde AFI ve 32.haftadan itibaren haftada iki kez NST ve BFP önerilmektedir. GDM'li tüm kadınlarda fetal ağırlık tahmini için 36-39. haftada tek bir üçüncü trimester ultrason muayenesi yapılmalıdır. Doğumdan önce artmış fetal büyüme artışının belirlenmesiyle, omuz distosisinden kaynaklanan travmayı önlemek için sezaryen doğumun planlanması faydalı olabilmektedir. Yapılan bu değerlendirmelerin yanı sıra gebenin fetal hareketleri değerlendirerek yapmış olduğu fetal hareket sayımı subjektif bir değerlendirme olarak kullanılmaktadır (1,32).

2.1.4.5. Kilo Kontrolü ve Diyet

Kişiye özel beslenme programı planlanmalıdır. Fazla kilosu olan gebelerde kilo kontrolü sağlanmalıdır. Kalori alımının %33-40'ı ile sınırlandırılması, kalan kalorilerin protein (%20) ve yağ (%40) arasında bölünmesi önerilmektedir. Karbonhidrat tüketimi düşük ağırlıklı GDM'li kadınlar için 35-40 kcal/kg/gün, normal kiloda olan GDM'li kadınlar için 30-35 kcal/kg/gün ve hafif kilolu GDM'li kadınlar için 25-30 kcal/kg/gün olarak planlanmalıdır. Post-prandial kan glikoz-keton miktarını dengelemek ve buna bağlı yakınmaları (mide yanması, bulantı vb.) önlemek için karbonhidratlar 2-4 ara öğün olacak şekilde ayarlanmalıdır (32,39,40).

Karbonhidratlar çeşitli yiyecek ve içeceklerde bulunmakta ve vücuda enerji sağlamaktadır. Karbonhidratların sindirim sırasında glikoza parçalanması sonucu kan glikoz seviyeleri artmaktadır. Karbonhidrat içeren birçok gıda aynı zamanda diyet lifi, vitamin ve mineral de sağlamaktadır. GDM'li kadınların diyetinde yer alan karbonhidrat

türleri ve miktarı çok önemlidir. Çünkü tüketilen karbonhidratın miktarı ve türü kan glikoz seviyesini etkilemektedir. Yeterli karbonhidrat tüketmemek durumunda ise bebeğin beyin ve sinir gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden bu dönemde gebelerin her gün çoğu ana ve ara öğünlerinde karbonhidrat türleri yer alması önerilmektedir (39,40).

2.1.4.6. Egzersiz

Fiziksel aktivite, diyabet kontrolünde önemli yeri olan ve vücutta enerji tüketimini arttıran etken olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise fiziksel aktivitenin planlanmış şeklidir. Gebelikte egzersiz yapma, annenin kilo kontrolünün sağlanmasına ve maternal hipergliseminin önlenmesine katkı sağlamaktadır. Yüzme, yürüme, pilates veya yoga, sabit bisiklet kullanma gibi egzersiz çeşitleri gebelikte yapılabilecek en uygun egzersiz yöntemleridir. Ağır ve ani hareket gerektiren sporlar (binicilik, dalış, dövüş sporları vb.) gebelikte önerilmemektedir (38,39,41).

Egzersizin, kan glikoz düzeyini düşürücü etkisi bulunmaktadır. Gebelik komplikasyonlarını azaltmak için GDM'li kadınlara günde 30 dakika (en azından haftada 5 kez) tempolu yürüyüş veya orta düzey aerobik egzersizleri önerilmektedir. Bunun yanı sıra yoga, pilates ve yüzme gibi aktiviteler de tavsiye edilmektedir (38,39,42).

2.1.4.7. Stres Yönetimi

Artan stres durumunda adrenalin düzeyi yükselmekte ve bunun etkisiyle vücutta depolanan glikoz ve yağ açığa çıkmaktadır. Yetersiz insülin sonucu kadınlarda hiperglisemi gelişebilmektedir. Bu durumu önlemek için gebelere; derin solunum ve gevşeme egzersizleri, zihni rahatlatıcı aktiviteler, meditasyon, yoga vb. gibi stresi azaltan non-farmakolojik yöntemler önerilmektedir (29,38,39).

2.1.4.8. Öz Bakım Uygulamaları

Vücut ve perine hijyeni, diş ve ağız bakımı, ayak ve tırnak bakımı gibi uygulamalar hakkında gebeler bilgilendirilmelidir (38,39).

2.1.4.9. D Vitamini

D vitamini pankreatik beta hücreleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir ve pankreasın normal insülin salgılama fonksiyonu için bir koşuldur. D vitamini eksikliği, kan glikozu ve insülin konsantrasyonu değişimlerinin yanı sıra, insüline hedef doku duyarlılığı ile ilişkilidir. D vitamini takviyesi, GDM, Tip II DM ve sürekli D vitamini eksikliği olan hastalarda insülin salgısını ve duyarlılığını geri kazandırabilmektedir. D vitamini desteği tüm gebelere, gebeliğin 12. haftasından başlayarak, doğum sonu 6. ayın sonuna kadar, toplam 12 ay boyunca 1200 IU/gün verilmelidir (38,39,43).

2.1.4.10. Alışkanlıklar

Gebeler, sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkların zararları konusunda bilgilendirilmeli ve uygun merkezlere (Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği) yönlendirilmelidir (39,43).

2.2. Ebelik Bakım Modelleri

GDM hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gebeliğin en yaygın tıbbi komplikasyonlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların sahip olduğu biyolojik, çevresel ve sosyal birçok risk faktörü görülme sıklığını arttırmaktadır (28,44).

GDM tanısı almış kadınlar bu dönemde önerilen tedavi, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlama, psikolojik etkilerin üstesinden gelme ve bu değişiklikleri sosyo-kültürel ve ekonomik bağlamlarına entegre etmeleri için daha fazla bilgi ve sağlık erişimine ihtiyaç duymaktadır. GDM'nin etkili bir şekilde yönetimi, maternal ve fetal sonuçların olumlu yönde gelişimi için kadının sürekli ve sistematik bakımı önemlidir. Bu gebelerin ihtiyaç duyduğu prenatal bakımın sağlanmasında ebelik bakım hizmetleri önemli yere sahiptir (11,28,40).

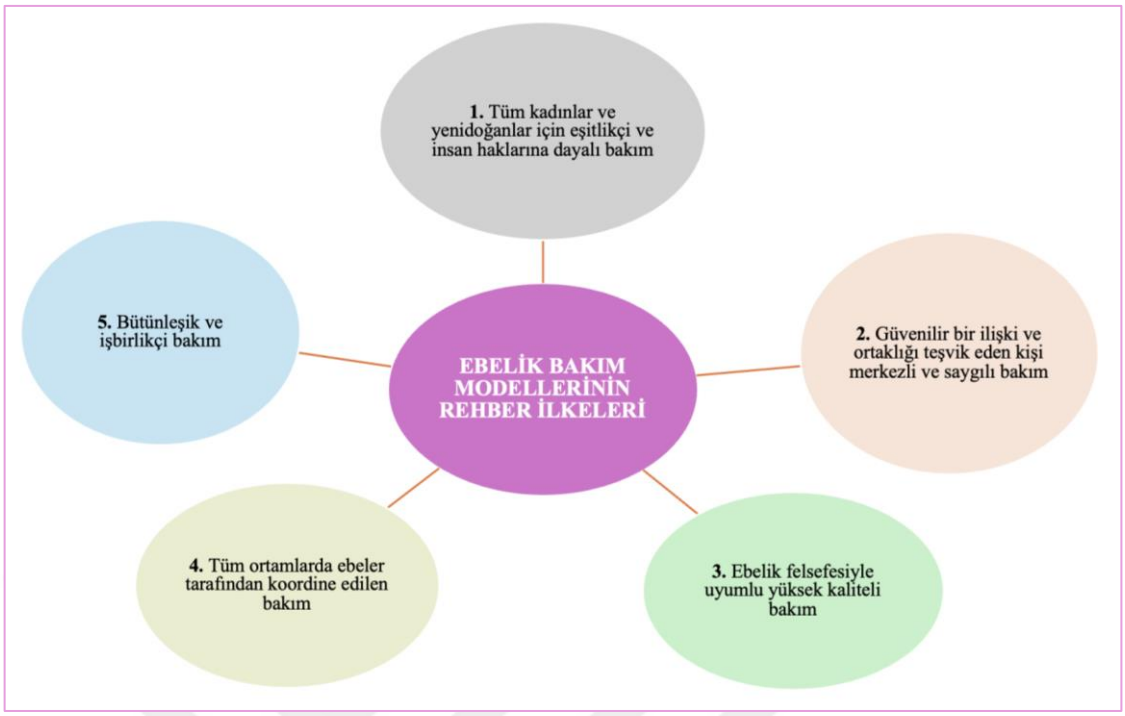
DSÖ tarafından bakım modelleri; hizmetlerin nasıl sunulması gerektiğine dair bir kavramsallaştırma, bakım süreçleri, sağlayıcıların organizasyonu ve farklı platformların ve sağlayıcıların bakım yolları boyunca rollerinin ve sorumluluklarının belirlenmesiyle desteklenen hizmetlerin yönetimi olarak tanımlanmaktadır (45,46).

Gebelik ve doğum, kadınlar ve aileleri için önemli yaşam olaylarıdır. Ebe, bir kadını gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca desteklemektedir. Bu nedenle, gün geçtikçe aile dostu, kadın odaklı, güvenli ve erişilebilir hizmetlere olan talep artmaktadır. Yapılan çalışmalar ebelik bakımının kadınlar arasında daha düşük maliyet, daha yüksek memnuniyet oranları ve daha az müdahale ile ilişkili olduğunu göstermiştir (47-50). Gebelik ve doğum, duyguların, fiziksel ve pratik ihtiyaçların, umutların, dini ve manevi inançların her bir bölümünü içerdiğinden, hepsi gebeliği ve doğumu etkileyebilmektedir. Bu nedenle, ebelik bakım modelleri kadınların sağlıklı gebelik süreci yaşamaları ve güvenli, doğal ve kendinden emin bir şekilde doğum yapmalarına yardımcı olması açısından oldukça önemlidir (50,51).

Ebelik bakım modelleri, kadınlar ve yenidoğanlar için lisanslı eğitime sahip ve tüm uygulama kapsamlarında özerk, saygılı, yüksek kaliteli bakım sağlayan ve koordine eden temel bakım sağlayıcıları ebelerin, gebelik öncesinden başlayarak doğum sonrası döneme kadar, ebelik bakım felsefesiyle uyumlu bir yaklaşımı kullandıkları bakım modellerinden oluşmaktadır. Bu bakım modelleri;

- Bakıma kişi merkezli bir yaklaşımı teşvik etmekte,
- Kadın-ebe ilişkisine ve ortaklığına değer vermekte,
- Fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel süreçleri optimize etmekte,
- Müdahaleleri yalnızca gerektiği durumlarda kullanmaktadır (46,47,49).

Ebelik bakım modellerinde işlevsel ve etkin sağlık sistemleri içinde yer alan ebeler, gerekli kaynakları kullanarak, her bir kadının ve yenidoğanın ihtiyaçlarını ele alan bütüncül bakım sağlamaktadır. Aynı zamanda bu yaklaşım da her kadının ve yenidoğanın sağlık ihtiyaçlarına göre uyarlanmış kişiselleştirilmiş bakım almasını garanti etmektedir. Bu bakım modelleri içerdiği temel rehber ilkeler ile sadece ev, toplum ve hastane tabanlı ortamlar değil aynı zamanda kaynak kısıtlı kriz ortamları dahil olmak üzere tüm bakım düzeylerine ve bağlamlara uyarlanabilmektedir (Şekil 2.5) (49,50,52).



Şekil 2.5. Ebelik bakım modellerinin rehber ilkeleri (52)

2.2.1. Sürekli Ebelik Bakım Modeli

Sağlık hizmetlerinde doğan farklı ihtiyaç durumlarına özgü bir dizi ebelik bakım modelleri bulunmaktadır. Sürekli bakım modeli en iyi bilinen bakım modellerindendir. Bu modelde bilinen ve güvenilir bir ebe veya bir ebe grubu tarafından, kadın ve bebeğine doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası dönemlerde ebelik bakımı sağlanmaktır (47,49,52).

Sürekli ebelik bakım modelinde kadının gebelik doğum ve doğumdan sonraki en az altı haftaya kadar bakım sağlayan 'isimlendirilmiş' veya 'birincil' bir ebesi bulunmaktadır. Birincil ebe, kadının bakım koordinatörüdür ve ihtiyaçlarına göre daha karmaşık bakıma ve diğer profesyonellere (genellikle doğum uzmanlarına) erişimini kolaylaştırmaktadır. Sürekli bakım modelinin içeriği kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bakımlarından kimin sorumlu olduğunu bilmek, birincil bakımlarının çoğunun aynı ebe tarafından sağlanmasını istemek, önemli gördükleri konularda o ebeye erişebilmek ve bilinen, güvendikleri ebelerden doğum sırasında bakım almak gibi talepleri doğrultusunda şekillenmiştir. Oluşan bu model içerdiği temel özellikler ile anne ve bebek sağlığını koruyarak, sağlıklı toplumlarının oluşmasını sağlamaktadır (Şekil 2.6) (47,52-54).

- Kadına gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde her zaman bilinen bir ebeye erişim sağlamayı amaçlar.
- Toplum merkezleri, hastane ve ev gibi çeşitli yerlerde doğum öncesi bakım sağlar.
- Bilgi paylaşımını ve doğum öncesi desteği kolaylaştıran ebelere sahiptir.
- Ebeler tarafından doğum ve doğum sonrası bakım konusunda tüm aileyi içeren planlamalar yapılır.
- Kadının doğum ve doğum sırasında kendisine bakan ebesini tanımasını sağlar.
- Kadının bireysel ihtiyaçları ve istekleri için uygun olan, bölgesel özellikleri gözeterek uygun bir ortamda doğum ve doğum sırasında bakım sağlar.
- Toplumda doğum sonrası ve yenidoğan bakımı sağlar ve bunun çoğunu kadının evinde gerçekleştirir.

Şekil 2.6. Sürekli ebelik bakım modeli özellikleri

Model içerisinde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kişilerarası, yönetimsel ve bilgisel sürekliliğin yer alması kadınların daha kişiselleştirilmiş ve bütüncül bir bakım almalarına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda ebe liderliğinde sürekli bakım modelinin temel amaçları arasında hastanelerde veya toplumda düşük riskli gebelikleri olan kadınlara düzenli ve sürekli bakım sağlayarak, olası komplikasyonların önlemesi yer almaktadır. (47,49,55).

Sürekli ebelik bakım modeli içerisinde yer alan evde ebelik bakımı oldukça önemlidir. Sürekli Ebelik Bakımı Modeline Dayalı Evde Bakım (SEBMEB) kadının gebelik ve doğum sonrası bakım sürecini desteklemek, aile üyelerinin sürece dahil edilmesi ve kadının yaşam alanının değerlendirilerek uygun planlamalar yapılmasına yardımcı olmaktadır (2,50,51).

2.3. Evde Bakım

Ev ortamında bakım alma bir sağlık kuruluşunda bakım almaya oranla bireylerin kendi kararlar ve davranışları üzerindeki kontrolünü artırmaktadır, bu durum bireyin otonomisini desteklemekte aynı zamanda bakım kalitesini de artırmaktadır. Günümüzde çoğunlukla kronik hastalığa sahip bireyler ve yaşlılar evde bakıma başvuruyor olsa da riskli gebelerin bu hizmetten daha fazla yararlanması anne ve bebek ölümlerinin azalmasına katkı sağlayacaktır (2,45,55).

2.3.1. Riskli Gebeliklerde Evde Bakım

Gebelik sadece anne ve bebek sağlığını değil toplumun sağlığını da etkileyen fizyolojik, sosyal, duygusal yönleri olan bir süreçtir. Gebelikte yaşanılan değişiklikler ve annede gebelik öncesi var olan sağlık problemlerine bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar gebeliği riskli hale getirmektedir. Riskli gebelik, prenatal dönemde maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen olaylara zamanında tanı, tedavi ve müdahale yapılmadığında mortalite ve morbidite oranlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu durumda gebelerin yaşadığı riskler ile evde baş etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle gebe ve yenidoğanın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ebelerin eğitim, bakım verme ve danışmanlık gibi rollerini hastane ortamının yanı sıra evde bakımda da devam ettirilmesi önemlidir (18,56,57).

Ev ortamında anne ve bebeğin sağlığını takip edebilecek teknolojik gelişmelerin (elektronik fetal monitör, infüzyon pompası vb.) olması, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, bireyin ev ortamında bakımını sürdürme isteği gibi faktörler riskli gebelerin evde takibini gerekli kılmıştır (1,2).

Çoğu kadın ulaşım problemleri, tıbbi prosedürlere bağlı anksiyete, bilgi, eksikliği, hastanelerde uzun bekleme süreleri, yatak istirahatinin kesintiye uğraması ve ekonomik sebeplerle yetersiz prenatal bakım almaktadır. Riskli gebelerde evde bakım hizmetine başlamadan önce bazı kriterlerin değerlendirilmesi gerekmektedir (Şekil 2.7) (1,2,58).

- Anne ve bebeğin sağlık durumu belirli aralıklarla ev ortamında izlenmeye uygun mu?
- Ailenin mevcut şartları evde bakım vermeyi destekleyecek nitelikte mi?
- Riskli gebeyi evde takip edecek donanım sağlık personeli var mı?
- Sağlık personelinin talimatlarını uygulayabilecek aile bireyleri var mı?
- Aile üyeleri ve gebe ev ortamındaki hizmet konusunda fikir birliği sağlıyor mu?
- Yaşadığı yer acil şartlarda kısa sürede ulaşım açısından uygun mu?

Şekil 2.7. Riskli gebelerde evde bakım kriterleri (2)

Riskli gebelerde evde bakım hizmetlerinin amacı gebelik süreci, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve fetüs için en üst düzeyde bakım hizmetini vermektir. Riskli gebelerin evde bakımı ile kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesinin yanı sıra

prenatal morbidite ve morbidite oranlarının azalacağı aynı zamanda maliyet etkin bir hizmet sunulmuş olacağı da belirtilmektedir (1,45,58).

Prenatal evde bakımın amacı, gebenin sağlık durumunu değerlendirip riskli durumun etkilerini takip etmek, bakım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. Riskli gebelik tanısının konması ile evde bakım hizmeti başlayabilir ve izlem sıklığı gebenin durumuna göre belirlenebilir. Riskli gebelerin evde bakım programı doğum öncesi ve doğum sonrası bakım ile yenidoğanın bakımını da içermektedir (1,2).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı ve tipi, araştırmanın yeri, zamanı, evreni ve örneklemi, veri toplama araçları ve verilerin analiz işlemleri, araştırmanın sınırlılıkları, etik kurul onayı ve izinlere dair bilgiler sunulmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın veri toplama aşaması Temmuz 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanelerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran, GDM tanısı konulmuş ve bu hastanelerde takiplerine devam eden, evde takibi yapılan gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında, Saboula ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) tutum yüzdesi (%95) referans alınmış (59) ve sample size calculator web sitesi kullanılmıştır. Evreni bilinmeyen popülasyonda %5 hata olasılığında (α=0.05), %80 güçte (1-β=0.80) ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 48 (24 müdahale, 24 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak örneklem sayısı %20 artırılmış ve araştırmaya toplam 60 gestasyonel diyabet tanısı konulmuş gebe (30 müdahale, 30 kontrol) dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan gebeler blok randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. Müdahale grubundaki 2 gebe 1. ev ziyaretinden sonra fetal anomali durumunun tespit edilmesi nedeniyle, 1 gebe 4. ev ziyareti sonrası erken doğum yapması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubundaki 2 gebe; 1 gebeye ulaşılamaması ve 1 gebenin erken

doğum yapması nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma, 27 müdahale ve 28 kontrol olmak üzere toplam 55 gebe ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- ✓ 18 yaşından büyük olması,
- ✓ Türkçe bilmesi ve okur-yazar olması (eğitim kitapçığını okuyup anlayabilmesi amacıyla tercih edilmiştir),
- ✓ İlk kez gestasyonel diyabet tanısı almış olması,
- ✓ 24-28 gebelik haftası olması.

Araştırma dışlanma kriterleri:

- ✓ Fetal anomali durumunun olması,
- ✓ Çalışma sürecinde gebelikle ilgili komplikasyon gelişmesi,
- ✓ Araştırmanın herhangi bir sürecinde araştırmadan kendi isteği ile çıkması,
- ✓ Erken doğum yapması,
- ✓ Veri toplama formlarındaki bilgilerin eksik veya hatalı olması.

3.3. Araştırma Uygulama Prosedürü

Araştırmanın temel hedefini GDM tanılı gebelerin diyabet tutum ve öz bakımlarının geliştirilmesi oluşturmaktadır. Müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki grup gebe araştırmaya dahil edilmiştir. Randomize deney kontrollü bu araştırma, ön-test ve son-test şeklinde yapılmıştır. Ön-test sürekli ebelik bakım modeline dayalı evde bakım öncesinde ilk karşılaşmada, son-test ise 6. ev ziyaretindeki bakım sonrası uygulanmıştır. Araştırma uygulama aşamaları Şekil 3.1'de verilmiştir. Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının literatür bilgileri (47,52-54) ve bir uzman görüşü alınarak oluşturulan "GDM'li Gebe Evde Bakım Protokolü" (Ek-1) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

3.3.1. Müdahale Grubu Uygulama Prosedürü

Bu gruptaki gebelerin diyabete ilişkin tutum ve öz bakımlarının geliştirilmesi ve anne-bebek sağlığının iyileştirilmesi amacıyla evde sürekli ebelik bakımı verilmiştir.

Evde sürekli ebelik bakımı bireyin gereksinimleri doğrultusunda verilmiş olup her bir ev ziyareti ortalama 45-60 dakika sürmüştür.

- Araştırma başlangıcında gebelere tüm formlar (Gebe Tanıtım Formu, Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö) ve Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA)) doldurularak, ön test uygulaması yapılmıştır.
- İlk görüşme hastanede yüz yüze yapılmıştır. Gebe ile hastanede tanışılarak, iletişim bilgileri alınmıştır. Gebe ile iş birliği içinde evde ebelik bakımı ve danışmanlık için ev ziyaretleri ve zamanlamaları hakkında takvim oluşturulmuştur.
- Gebelere ilk ay haftalık ev ziyaretleri yapılarak (toplam 4 ev ziyareti), ev ziyaretleri sırasında sürekli ebelik bakım modeli doğrultusunda geliştirilen ve gebelerin diyabet tutum ve öz bakımlarını geliştirilmesini sağlayacak eğitim kitapçığı doğrultusunda bireyselleştirilmiş ebelik bakımı verilmiştir. Daha sonra aylık olmak üzere gebelere iki ev ziyareti daha yapılarak, toplam 6 kez ev ziyareti gerçekleştirilmiştir.
- Gebeler ile cep telefonu aracılığı ile ihtiyaç duydukları istedikleri zaman araştırmacıya ulaşmıştır. Bu süreç içinde gebeler ile sürekli iletişim halinde olunmuştur.
- Altıncı ev ziyaretinden sonra GDNTD-Ö ve DÖBA doldurulmuştur.

3.3.2. Kontrol Grubu Uygulama Prosedürü

Bu gruptaki gebelere rutin klinik uygulamalar dışında başka bir uygulama yapılmamıştır.

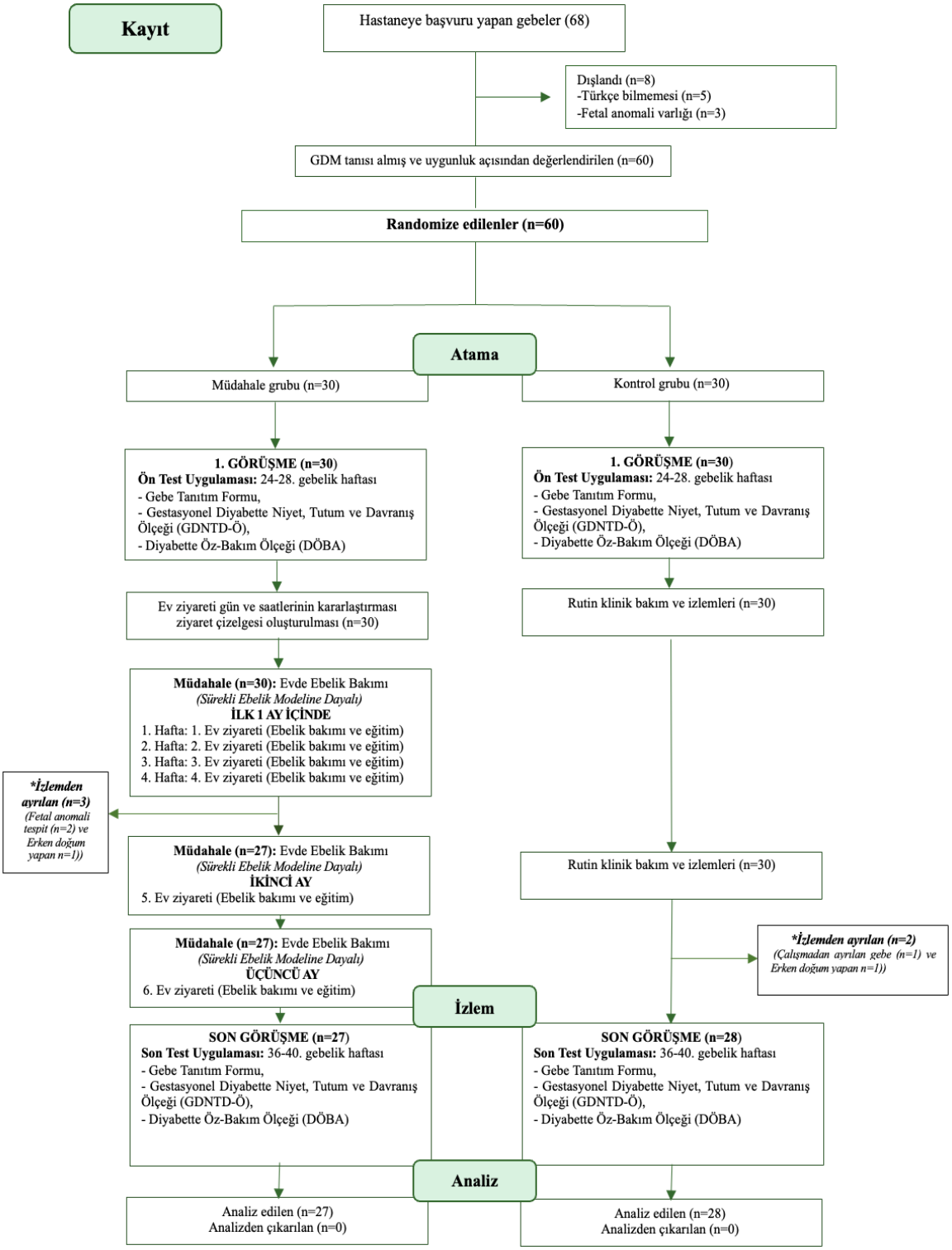
- Araştırma başlangıcında gebelere tüm formlar (Gebe Tanıtım Formu, Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö) ve Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA)) doldurularak, ön test uygulaması yapılmıştır.
- Kontrol grubundaki gebelere hastanede önerilen rutin gebelik takip (15 günlük kan glikoz düzeylerinin değerlendirilmesi ve uygulanan insülin dozu kontrolü,

kan glikoz kontrolü, maternal ve fetal sağlığın değerlendirilmesi) ve muayeneleri dışında bir bakım almamıştır.

- Müdahale grubuna paralel olarak GDNTD-Ö ve DÖBA doldurularak son test yapılmıştır.
- Araştırma tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki gebelere hazırlanmış olan eğitim materyali verilerek soruları cevaplanmıştır.

3.3.3. Randomizasyon ve Körleme

İlk olarak, araştırma ve uygulanacak işlemler hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden aydınlatılmış onamları alınmıştır. Seçim yanlılığını önlemek amacıyla tek kör random atama ve blok randomizasyon yapılmıştır. Grupların randomize ataması bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. İstatistik uzmanı tarafından iki karşılaştırma grubunu oluşturmada blok randomizasyon kullanılmıştır. Rastgele permüte blokları seçmede bilgisayarda oluşturulmuş rastgele sayılar kullanılmıştır. Oluşturulan 6'lı kombinasyon, rastgele 10 kez atama (60/6) yapılarak blok randomizasyon işlemi tamamlanmıştır. Rastgele atama işleminde www.randomizer.org web adresi kullanılmıştır. A grubu müdahale, B grubu ise kontrol grubunu oluşturmuştur. (60). Örneklemi temsil eden 60 katılımcının bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra bias riskini önlemek amacıyla araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından ön test uygulaması yapılmıştır. Araştırma bitiminde son test uygulaması yine araştırmadan bağımsız bir kişi tarafından yapılmıştır. Veri giriş işleminde yanlılığı önlemek adına veriler araştırmacılar dışında bir kişi tarafından girilerek istatistik uzmanı tarafından analizler yapılmıştır.

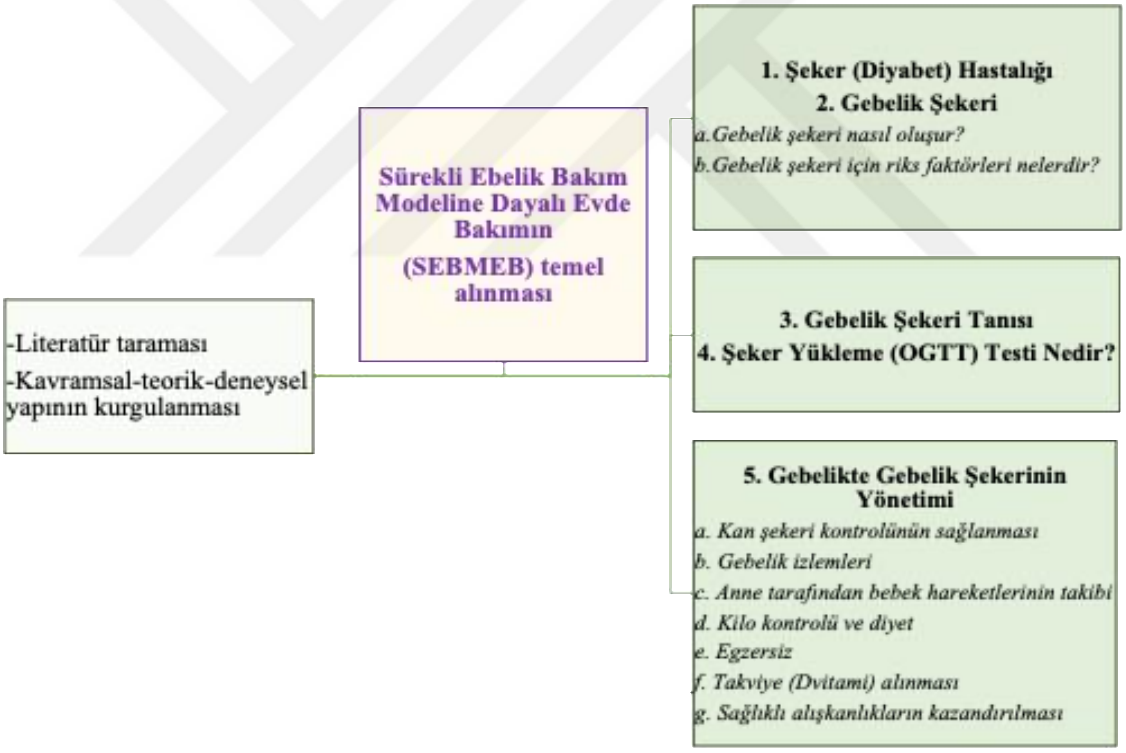


Şekil 3.1. CONSORT akış diyagramı

3.4. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Eğitim materyalini geliştirme süreci; literatür taraması, kavramsal-teorik-deneysel yapının kurgulanması, sürekli ebelik bakım modeline temellendirilmiş eğitim modülünün gestasyonel diyabetli gebenin evde bakım ve danışmanlığını (glikoz takibi ve kontrolü, diyet, egzersiz, fetal sağlığın değerlendirilmesi vb.) içerecek şekilde oluşturulması, eğitim materyalin uygunluğunun değerlendirilmesi, ön uygulamanın yapılması ve son şeklinin verilmesi aşamalarından oluşmaktadır.

Gestasyonel diyabetli gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı evde bakım sürecinde verilecek bakımın standart olması için önceliklere eğiticilere (ebeler için) eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Ardından aynı içeriğe paralel SEBMEB'e uygun gebelerin sürekli yanında bulundurabilecekleri ve istedikleri faydalanabilecekleri hasta rehberi oluşturulmuştur (Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Eğitim kitapçığının oluşturulma süreci ve içeriği

GDM'li gebenin evde bakım ve danışmanlığını sağlamak amacıyla geliştirilen eğitim kitapçıklarında diyabet tanımlanması, risk faktörleri, diyabetin anne ve fetüse etkileri, diyabet yönetimi (kan glikozu takibi, insülin uygulama yöntemleri, kilo kontrolü ve diyet, egzersiz, sağlıklı alışkanlıklar, D vitamini kullanımı) konuları yer almaktadır.

SEBMEB, ilk ay haftalık sonraki 2 ay aylık olmak üzere toplam 6 ev ziyareti ile gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretleri sırasında gebenin gereksinimleri doğrultusunda bireye özgü sürekli ebelik bakımı verilmiştir. Ev ziyaretleri sırasında öncelikle diyabet tanımlaması, risk faktörleri, anne bebeğe etkileri konularına yer verilmiştir. GDM'li gebenin diyabet yönetimine ilişkin bilgiler aktarıldıktan sonra bireye özgü bakım sunulmuştur. Gebelere kan şekeri ölçümünü nasıl yapacağı, insülin kullanıyorsa insülin uygulama tekniği, bölgeleri ve dikkat etmesi gerekenler uygulamalı olarak gösterilmiştir. Diyetisyen tarafından önerilen diyet planına ilişkin bilgilendirme yapılmış, bireysel beslenme eğitimi sağlanmıştır.

3.4.1. Eğitim Materyalinin Değerlendirilmesi

Geliştirilen eğitim materyalleri uzman görüşlerine sunulmuştur. Uzman görüşlerinin alınması amacı ile ebelik, doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği ve kadın doğum alanlarında uzman kişilere mail yolu ile ulaşılmıştır. Eğitim materyallerini (hasta rehberi ve eğitimci kitapçığı) değerlendirmek üzere Prof. Dr. Meltem Demirgöz Bal, Prof. Dr. Yeşim Derya Aksoy, Doç. Dr. Mete Sucu, Doç. Dr. Semiha Aydın Özkan, Doç. Dr. Rabiye Erenoğlu, Doç. Dr. Gülbahtiyar Demirel, Doç. Dr. Ebru Gözüyeşil, Doç. Dr. Emine Kır Biçer, Doç. Dr. Eylem Toker, Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk Çeliktekin, Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe Sönmez'den uzman görüşü alınmıştır.

Eğitim materyallerinin değerlendirilmesinde eğitim materyalini değerlendirmek amacıyla Top ve Karaçam (2012), tarafından hazırlanan Eğitim Materyali Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Bu form kurgusal, içerik, Türkçe anlatımı ve basım niteliği ile ilgili özelliklerin değerlendirildiği 14 sorudan oluşmaktadır. Formun puanlanmasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklinde yapılmıştır (Ek-2).

Uzmanların tarafından iletilen Eğitim Materyallerini Değerlendirme Formları SPSS 22.0 programı ile test edilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler (kelime ve resim değişiklikleri) tamamlanarak, eğitim materyallerine son şekli verilmiştir. Eğitim materyallerine ilişkin uzman görüşlerine yönelik bulgular Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Eğitim materyallerine ilişkin uzman görüşleri

Hastalara yönelik eğitim materyaline ilişkin uzman görüşleri			
Ölçüm Araçları	**Eğitim Kitapçığı**		
Eğitim Materyali Ölçüm Aracı	**Ort±SS (Median,Min-Max)**	**Kendall's W**	**p**
Kurgusal Özellikler	14,6±0,96 (15, 12-15)	0,983	<0,001
İçerik ile İlgili Özellikler	14,7±0,94 (15, 12-15)		
Türkçe Anlatımı ile İlgili Özellikler	24,3±1,88 (25, 19-25)		
Basım Niteliği ile ilgili Özellikler	14,7±0,94 (15, 12-15)		
Toplam puan	68,3±4,71 (70, 55-70)		
Eğitimcilere yönelik eğitim kitapçığına ilişkin uzman görüşleri			
Ölçüm Araçları	**Eğitim Kitapçığı**		
Eğitim Materyali Ölçüm Aracı	**Ort±SS (Median,Min-Max)**	**Kendall's W**	**p**
Kurgusal Özellikler	14,8±0,42 (15, 14-15)	0,964	<0,001
İçerik ile İlgili Özellikler	14,7±0,94 (15, 12-15)		
Türkçe Anlatımı ile İlgili Özellikler	24±2,10 (25, 20-25)		
Basım Niteliği ile ilgili Özellikler	14,7±0,94 (15, 12-15)		
Toplam puan	68,2±4,04 (70, 58-70)		

*W: Kendall'ın uyuşum katsayısı

Eğitim materyallerinin içerik geçerliği açısından değerlendirilmesi için 10 öğretim üyesinin değerlendirme sonuçlarına göre yapılan Kendall'ın Uyuşum Katsayısı korelasyon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 3.1). Bu sonuca göre uzman görüşleri birbiriyle uyumlu ve eğitim materyallerinin kapsamı geçerli olarak kabul edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler "Gebe Tanıtım Formu", "Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö)" ve "Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA)" ile toplanmıştır (Ek-3,4,5).

3.5.1. Gebe Tanıtım Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup; kadınların sosyo-demografik ve gebeliğe ilişkin özelliklerini değerlendirmeye yönelik 19 sorudan oluşmaktadır. (1,2,12,15,61)

3.5.2. Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği

Planlı davranış teorisi temel alınarak Tip 2 DM'ye yönelik olarak 2012 yılında Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (DNTD-Ö) geliştirilmiştir. DNTD-Ö'nün toplam üç bölüm (egzersiz, tıbbi beslenme ve kilo kontrolü), altı alt boyut (tutum, öznel

norm, algılanan davranışsal kontrol, niyet, planlama ve davranış) ve 17 maddesi bulunmaktadır (62). Ölçeğin diyabete yönelik yaşam tarzı değişikliklerini bütüncül olarak ele alması nedeniyle Güven Dinmez ve Eroğlu (2022) tarafından gestasyonel diyabetli gebeler için Türkçeye uyarlanması amaçlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması sonrası ölçekte bazı değişiklikler yapılarak ölçeğin Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö) olarak kullanılması ölçek sahibi tarafından onaylanmıştır (13).

Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılarak yeni geliştirilen GDNTD-Ö ölçeği maddeleri 1 ile 7 arasında (hiçbir isteğim yok-oldukça istekliyim, kesinlikle katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum, hiçbir önemi yok-oldukça önemli gibi...) derecelendirilmiştir. Bu sonuçlara göre bir puanlama algoritması geliştirilmiştir. İlk olarak; her sorunun ölçek puanına eşit olarak katkıda bulunmasına karar verilmiştir. Bu kararın gerekçesi, faktör yüklemelerinin her örnekleme göre farklılık göstermesidir. Ölçeğin beş alt boyutu (tutum, öznel norm, algılanan davranış kontrolü, niyet ve planlama) bulunmaktadır.

Ölçekteki alt boyutlar ve maddeler şu şekildedir;

Niyet: 1,5,10. maddeler
Tutum: 3,7,12. maddeler
Öznel Norm: 4,8,12. maddeler
Algılanan Davranışsal Kontrol: 9,14. maddeler
Planlama: 2,6,11. Maddeler

- ***Niyet:*** Kişilerin bir davranışı gerçekleştirmek için ne kadar istekli olduklarının göstergesi olarak ifade edilmektedir. Davranışsal niyet ile gerçekleştirilen davranış arasında tam uyumlu bir ilişki olmamasına rağmen, niyet, davranışın belirleyicisi olarak kabul edilmekte ve kişinin niyeti ne kadar güçlü ise davranışın gerçekleşme olasılığının o kadar kuvvetli olduğu belirtilmektedir.
- ***Tutum:*** Bir kişinin hedeflenen davranışı olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesi ya da kişilerin davranışı gerçekleştirmeye yönelik olan eğilimleri olarak tanımlanmaktadır.

- ***Öznel Norm:*** Bir kişinin istenilen davranışı yapması ya da yapmaması yönündeki toplumsal baskıya ilişkin kendi tahmini olarak ifade edilmektedir. Kişiler için başkalarının davranışa yönelik olan algısının önemli olduğu durumdur. Örneğin; *''ailem gebelik sırasında diyet yapma davranışımı doğru karşılamaz''.*
- ***Algılanan Davranışsal Kontrol:*** Bir kişinin hedeflenen davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği konusunda kendisine ne kadar güvendiği ile ilgilidir. Örneğin; "*Egzersizlerimi yapmak tamamen bana bağlıdır. Eğer istersem egzersizlerimi rahatlıkla yapabilirim''.*
- ***Planlama:*** Gerçekleşmesi istenen davranışa ilişkin belirli bir zaman içinde geçerli olan niyet olarak ifade edilmektedir. Planlama yapılırken gerçekleşmesi beklenen davranışın ne olduğu ne işe yarayacağı, nerede ve ne zaman yapılacağı gibi sınırların belirlenmiş olması önemlidir.

Her alt boyut kendi içinde puanlanmış olup, ölçeğin toplam puanı ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutlara özgü 31ronbach alpha değerleri; 0,77 (tutum), 0,74 (öznel norm), 0,74 (algılanan davranışsal kontrol), 0,81 (niyet) ve 0,82 (planlama) olarak saptanmıştır. (13). Çalışmamız sonucunda GDNTD ölçeğinin alt boyutlara ilişkin Cronbach alpha değerleri 0,79 (tutum), 0,96 (öznel norm), 0,96 (algılanan davranışsal kontrol), 0,95 (niyet) ve 0,96 (planlama) olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi

Diyabetli bireylerin öz bakım aktivitelerini belirlemek amacıyla 1994 yılında Glasgow ve Toobert tarafından geliştirilen Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA), 2000 yılında Toobert ve arkadaşları tarafından ayak bakımı ve sigara kullanımı da ankete eklenerek 11 maddelik yeni anket formu oluşturulmuştur. Bu anket diyabetli bireylerde; diyet, egzersiz, kan glikozu takibi, ayak bakımı ve sigara başlıkları altında yer alan beş adet diyabet öz bakım aktivitelerden oluşmakta olup, diyabetli bireylerden son yedi günde kaç gün bu aktiviteleri yaptığı (gün/hafta) sorularak cevaplaması istenmektedir. Diyabetli bireylerin verdiği cevaplar (diyet, egzersiz, kan glikozu takibi ve ayak bakımını içeren) ilk 10 madde sayı doğrusu üzerinde 0'dan 7'ye kadar gün olarak işaretlenmektedir. DÖBA'nin Türkiye'deki geçerlilik güvenirlik çalışması 2009 yılında

Gülhan Coşansu tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tüm alt boyutları ayrı ayrı puanlanıp bağımsız olarak kullanılabilmektedir.

1. ***Diyet:*** İlk 4 madde diyabetli bireylerin mevcut beslenme uygulama durumunu belirlemek için kullanılmaktadır. 1. ve 2. maddenin toplam ortalaması genel diyet puanını oluşturmakta, 4. madde ise ters puanlanarak 3. ve 4. maddenin toplam ortalaması önerilen özel diyet puanını oluşturmaktadır. 4 maddenin toplam ortalaması ise "diyet puanını" oluşturmaktadır.
2. ***Egzersiz:*** 5. ve 6. maddelerin toplam puan ortalaması "egzersiz puanını" oluşturmaktadır.
3. ***Kan Glikozu Takibi:*** 7. ve 8. maddelerin toplam puan ortalaması "kan glikozu takibi puanını" oluşturmaktadır."
4. ***Ayak Bakımı:*** 9. ve 10. maddelerin toplam puan ortalaması "ayak bakımı" puanını oluşturmaktadır.
5. ***Sigara:*** 0= Hayır, 1= Evet (günlük ortalama içilen sigara sayısı) olarak 11. madde sigara içme durumunu göstermektedir. 11. maddede yer alan sigara içme durumu dışındaki diğer tüm maddelerde puanların yüksek olması beklenmektedir. Puanın yüksek olması diyabetli bireylerin öz bakım aktivitelerini daha çok yaptığını göstermektedir (63). DÖBA anketinin alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları; diyet 0,59, egzersiz 0,70, kan şekeri takibi 0,94 ve ayak bakımı 0,77 olarak bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda DÖBA ölçeğinin alt boyutlara ilişkin Cronbach alpha değerleri diyet 0,69, egzersiz 0,97, kan şekeri takibi 0,99 ve ayak bakımı 0,95 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 26 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları "*Kurtosis*" ve "*Skewness*" kat sayıları (±2) ile hesaplanmıştır.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, ikili grupların karşılaştırılmasında *"Bağımsız Gruplarda t testi"* kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında *"Varyans analizi"*

kullanılmış ve sonuçların anlamlı çıkması durumunda verilerin homojen dağılımına göre *"LSD"* veya *"Dunnet C"* ileri analizleri kullanılmıştır. Bağımlı gruplar/tekrarlı ölçümler için ikili grupların karşılaştırılmasında "*Bağımlı Gruplarda t testi*" kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılması için "*Bağımlı Gruplarda Varyans analizi*" kullanılmıştır ve anlamlı çıkması durumunda ileri analiz olarak "*Benferroni düzeltmeli t testi*" kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, ikili grupların karşılaştırılmasında "*Mann Whitney U testi*" kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında "*Kruskall Wallis analizi*" kullanılmıştır ve anlamlı çıkan durumlarda ileri analiz olarak "*Mann Whitney U testi*" kullanılmıştır. Bağımlı gruplar/tekrarlı ölçümler için ikili grupların karşılaştırılmasında "*Willcoxon testi*" kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılması için "*Friedman analizi*" kullanılmıştır ve anlamlı çıkması durumunda ileri analiz olarak "*Willcoxon testi*" kullanılmıştır.

İki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde verinin normal dağılım türüne göre "*Pearson korelasyon analizi"*" veya "*Spearman korelasyon analizi"* kullanılmıştır. Ölçek iç geçerlik kat sayıları Cronbach α/KR-20 kat sayısı ile değerlendirilmiştir. Sadece 1 veride eksilme olduğu için intention to treat (ITT) analizine gerek duyulmamıştır (Tablo 3.2) (64,65).

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

Yapılan testler	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U Analizi
İkili grupların grup içi karşılaştırmalarında	Bağımlı gruplarda t testi	Will Coxon Analizi
Kategorik verilen karşılaştırılmasında	-	Ki-kare Testi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

3.7. Araştırma İzinleri

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (2022.11.04/127) (Ek-6). Araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun şekilde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından izin alınmıştır (Ek-7,8). Veri toplama araçları olarak kullanılan ölçekler için yazarlardan kullanım izinleri alınmıştır (Ek-9). Clinical Trial protokol numarası alınmıştır (NCT Number: NCT05670769.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı güçlü yönleri bulunmaktadır. İlk olarak araştırmanın en önemli güçlü yönü, hastanede yatışı olmadan ayakta takibi sürdürülen riskli gebelik grubunda yer alan gestasyonel diyabet tanısı konmuş gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı evde sunulan bireysel ebelik bakımının uygulanmasıdır. Araştırma bu yönüyle hem ulusal hem de uluslararası literatürde önemli ve öncü çalışma özelliği taşımaktadır. Araştırma örneklem grubunun riskli gebeler olması ve araştırma amaçlarının gebelerin hem gebeliğe hem de yaşamış olduğu sağlık sorununa uyumunun artması sağlamayı amaçlaması ile olası komplikasyonların azaltılması ile anne-bebek sağlığını koruyucu bir çalışmadır. Sürekli ve bireysel ebelik bakımının gebelerin evlerinde yapılacak olması gebelerin sağlık hizmetlerine ulaşımındaki engelleri azaltarak harcanan ekonomik yükü azaltması açısından da önemli bir yere sahiptir. Araştırmanın

güçlü yönleri bulunmakla birlikte bazı sınırlıklar da mevcuttur. Araştırma örneklemde yer alan gebelerle sınırlı olup tüm diyabetik gebelere genellenemez. Müdahale grubundaki gebelere 6 ev ziyareti ile sürekli ebelik bakımı verilmiş olmakla birlikte doğum sonu süreçte gebelerin ziyaret edilmemesi araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak sunulabilir. Araştırmanın gerçekleştirildiği illerin 2023 yılında gerçekleşen depremden etkilenen illerden olması ve bazı gebelerin konteyner kentte yaşıyor olması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmamızın sonuçları tablolar şeklinde istatistiksel analizleriyle sunulmuştur.

- Birinci bölümde, GDM tanısı konulan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular,
- İkinci bölümde, GDM tanısı konulan gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular,
- Üçüncü bölümde, GDM tanısı konulan gebelerin tıbbi tanı ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgular,
- Dördüncü bölümde, GDM tanısı konulan gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular,
- Beşinci bölümde, GDM tanısı konulan gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin bulgular,
- Altıncı bölümde, GDM tanısı konulan müdahale grubundaki gebelerin obstetrik özelliklere göre son test gestasyonel diyabette niyet, tutum ve davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Yedinci bölümde, GDM tanısı konulan kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklere göre son test gestasyonel diyabette niyet, tutum ve davranış ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Sekizinci bölümde, GDM tanısı konulan müdahale grubundaki gebelerin obstetrik özelliklere göre son test diyabet öz-bakım aktiviteleri anketi ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,
- Dokuzuncu bölümde, GDM tanısı konulan kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklere göre son test diyabet öz-bakım aktiviteleri anketi ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.1. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Müdahale grubundaki gebelerin yaş ortalaması 30,04±4,69 ve kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması 31,50±4,76 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaş grupları birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) (t=-1,148, p=0,256).

Gebelerin eğitim düzeylerine bakıldığında; müdahale ve kontrol grubunun yarıdan fazlasının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınlarının eğitim düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) (x^2=3,307, p=0,347).

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde; her iki grupta da eşlerin eğitim düzeylerinin yarısından fazlasının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun eşlerinin eğitim düzeyleri birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) (x^2=3,739, p=0,154).

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %59,3'ünün (n=16) ve kontrol grubundaki gebelerin %67,9'unun (n=19) çalışmadığı ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.1) (x^2=4,651, p=0,460).

Müdahale grubundaki gebelerin eşlerinin %37'sinin (n=10) memur, %44,5'inin (n=12 serbest meslek sahibi ve %18,5'nin (n=5) işçi olduğu ve kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin ise %50'sinin serbest meslek, %28,6'sının (n=8) memur ve %21,4'ünün (n=6) işçi olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin eşlerinin çalışma durumları birbirine benzer bulunmuştur (Tablo 4.1) (x^2=2,407, p=0,790).

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %88,9'unun (n=24) ve kontrol grubundaki gebelerin %82,1'inin (n=23) ekonomik düzeylerini gelir gidere denk/fazla olarak ifade ettiği ve grupların ekonomik durumlarının birbirine benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1) (x^2=2,470, p=0,790).

Müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının çekirdek aileye sahip olduğu ve sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Gruplar arasında gebelerin sosyo-demografik özellikleri açısından istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış (p>0,05) ve her iki grubun sosyo-demografik özellikler açısından benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Medeni Durum	Evli	27	100	27	100	-
	Bekar	-	-	-	-	
Eğitim Durumu	İlköğretim	2	7,4	1	3,6	x^2=3,307 p=0,347
	Ortaokul	2	7,4	7	25,0	
	Lise	14	51,9	12	42,9	
	Üniversite ve üstü	9	33,3	8	28,5	
Eş Eğitim Durumu	Ortaokul	2	7,4	7	25,0	x^2=3,739 p=0,154
	Lise	16	59,3	11	39,3	
	Üniversite ve üstü	9	33,3	10	35,7	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	40,7	9	32,1	x^2=4,651 p=0,460
	Çalışmıyor	16	59,3	19	67,9	
Eş Çalışma Durumu	İşçi	5	18,5	6	21,4	x^2=2,407 p=0,790
	Memur	10	37,0	8	28,6	
	Serbest meslek	12	44,5	14	50,0	
Gelir Durumu	Gelir gidere denk	24	88,9	23	82,1	x^2=2,470 p=0,790
	Gelir giderden fazla	3	11,1	5	17,9	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	27	100	27	100	-
	Geniş aile	-	-	-	-	
Sosyal Güvence	Evet	27	100	27	100	-
	Hayır	-	-	-	-	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Evet	24	88,9	22	78,6	p=0,469*
	Hayır	3	11,1	6	21,4	

Sürekli Değişkenler	**Müdahale Grubu**			**Kontrol Grubu**			**Önemlilik**
	n	**Ort.**	**SS.**	**n**	**Ort.**	**SS.**	
Yaş	27	30,04	4,69	28	31,50	4,76	t=-1,148, p=0,256

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır.
x^2: Ki-kare analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi.

4.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir

Müdahale grubundaki gebelerin %88,9'unun (n=24), kontrol grubundaki gebelerin ise %82,1'inin (n=23) gebeliği planladığı belirlenmiştir (Tablo 4.2) (p=0,469).

Gruplar arasında gebelerin obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların benzer özelliklere sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.2) (p>0,05).

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Müdahale Grubu		**Kontrol Grubu**		**Önemlilik**
		n	**%**	**n**	**%**	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Evet	24	88,9	22	78,6	p=0,469*
	Hayır	3	11,1	6	21,4	
Gebelik Sayısı	1	5	18,5	2	7,1	x^2=2,935 p=0,569
	2	7	25,9	8	28,6	
	3	6	22,2	9	32,1	
	4	7	25,9	5	17,9	
	5 ve üzeri	2	7,4	4	14,3	
Doğum Sayısı	0	9	33,3	4	14,3	x^2=4,559 p=0,207
	1	10	37,0	9	32,1	
	2	6	22,2	9	32,1	
	3 ve üzeri	2	7,4	6	21,4	
Düşük/Kürtaj Sayısı	0	12	44,4	16	57,1	x^2=0,896 p=0,639
	1	11	40,7	9	32,1	
	2	4	14,8	3	10,7	
Ölü Doğum Sayısı	0	26	96,3	25	89,3	p=0,611*
	1	1	3,7	3	10,7	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	10	37,0	5	17,9	x^2=3,535 p=0,316
	1	9	33,3	9	32,1	
	2	6	22,2	9	32,1	
	3	2	7,4	5	17,9	

Gebelik Haftası	24	3	11.1	4	14.3	x^2=1,238 p=0,872
	25	9	33.3	7	25.0	
	26	7	25.9	10	35.7	
	27	6	22.2	6	21.4	
	28	2	7.4	1	3.6	

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır.
x^2: Ki-kare analizi, U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi.

4.3. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin tanı ve tedavi özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki gebeler tıbbi tanı ve tedavi özellikleri açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.3) (p>0,05). Her iki gruptaki gebelerin tamamının gestasyonel diyabete ilişkin diyet uyguladığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Müdahale grubundaki gebelerin %74,1'nin (n=20), kontrol grubundaki gebelerin %75'inin (n=21) insülin kullandığı ve her iki grubun yarısından fazlasının diyabet konusunda daha önce eğitim almadığı, sağlık profesyonellerinden bilgi alanların çok az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3) (x^2=2,936, p=0,710).

Tablo 4.3. Gebelerin Tıbbi Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulgular

		Müdahale Grubu		**Kontrol Grubu**		**Önemlilik**
		n	**%**	**n**	**%**	
Diyet Tedavisi	Evet	27	100	27	100	-
	Hayır	-	-	-	-	
İnsülin Tedavisi	Evet	20	74,1	21	75,0	x^2=0,006 p=0,937
	Hayır	7	25,9	7	25,0	
Diyabet ve Gebelik Hakkında Eğitim/Bilgi Alma Durumu	Evet	11	40,7	8	28,6	x^2=0,900 p=0,343
	Hayır	16	59,3	20	71,4	
Eğitimi Kimden/Nerden Aldığı	Almadım	14	44,4	16	60,7	x^2=2,936 p=0,710
	Sağlık personeli	2	11,1	4	10,7	
	Arkadaş-aile	3	11,1	2	7,1	
	Televizyon İnternet/sosyal medya	8	33,4	6	21,5	

4.4. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Kontrolüne Yönelik Niyet, Tutum ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelerin ön ve son test GDNTD-Ö alt boyut puanlarının (tutum, öznel norm, algılanan sosyal kontrol, niyet ve planlama) gruplar arasında ve grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki tutum ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Son testte deney ve kontrol grubu arasında tutum ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubunun tutum alt boyutu ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi tutum ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kontrol grubunun ön ve son test/grup içi tutum ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test tutum ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki öznel norm ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki öznel norm ortalaması farkının istatiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubunun öznel norm alt boyut ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi öznel norm ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi öznel norm ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4) ($p<0.05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasında algılanan sosyal kontrol ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki algılanan sosyal kontrol ortalaması farkının istatistiksel

olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin algılanan sosyal kontrol ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi algılanan sosyal kontrol ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi algılanan sosyal kontrol ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki niyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki niyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin niyet ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi niyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi niyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki planlama ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki planlama ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin planlama ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi planlama ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi planlama ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4) ($p<0,05$).

Tablo 4.4. Gebelerin Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Ölçek/Alt Boyut	**Ölçüm Zamanı**	**Müdahale Grubu (n=27)**		**Kontrol Grubu (n=28)**		**Test Değeri****	**p**
		Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**		
Tutum	Ön test	50,74	25,86	47,50	25,04	0,472	0,639
	Son test	91,85	9,84	26,67	12,70	21,221	**0,000**
Test Değeri/p		-9,441*	**0,000**	5,595*	**0,000**	-	-
Cohen's d		1,817		1,057		-	
Öznel Norm	Ön test	43,98	28,46	44,20	29,56	-0,027	0,978
	Son test	84,44	14,08	24,05	11,94	17176	**0,000**
Test Değeri/p		-8,976*	**0,000**	4,530*	**0,000**	-	-
Cohen's d		1,728		0,856		-	
Algılanan Sosyal Kontrol	Ön test	44,44	25,74	44,64	27,24	-0,028	0,978
	Son test	88,52	12,31	25,00	12,02	19,362	**0,000**
Test Değeri/p		-10,540*	**0,000**	4,911*	**0,010**	-	-
Cohen's d		2,029		0,928		-	
Niyet	Ön test	45,37	27,11	43,75	27,32	0,221	0,826
	Son test	80,42	13,67	21,17	12,52	16,774	**0,000**
Test Değeri/p		-9,492*	**0,000**	5,758*	**0,000**	-	-
Cohen's d		1,827		1,088		-	
Planlama	Ön test	46,30	24,22	46,43	26,32	-0,019	0,985
	Son test	82,72	13,24	25,24	11,81	17,007	**0,000**
Test Değeri/p		-10,209*	**0,000**	6,111*	**0,001**	-	-
Cohen's d		1,965		1,155		-	

*Bağımlı Gruplarda t testi **Bağımsız gruplarda t testi.

4.5. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Gebelerin ön ve son test DÖBA ölçeği alt boyut puanlarının (diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı, sigara) gruplar arasında ve grup içi karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki diyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki diyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin diyet ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi diyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi diyet ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki egzersiz ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki egzersiz ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin egzersiz ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi egzersiz ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi egzersiz ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki kan glikozu puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki kan glikozu ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin kan glikozu ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi kan glikozu ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi kan glikozu ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki ayak bakımı ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki ayak bakımı ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin ayak bakımı ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5) ($p<0,05$).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi ayak bakımı ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi ayak bakımı ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubu arasındaki ön test ve son test sigara ortalaması farkının ve ön ve son test/grup içi sigara ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5) (p>0,05).

Ön testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki DÖBA toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Son testte müdahale ve kontrol grubu arasındaki DÖBA toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve müdahale grubundaki gebelerin DÖBA toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5) (p<0,05).

Müdahale grubunda ön ve son test/grup içi DÖBA toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve son test toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kontrol grubunda ön ve son test/grup içi DÖBA toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 4.5. Gebelerin Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi Alt Boyut Puanlarının Gruplar Arasında ve Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçek/Alt Boyut	**Ölçüm Zamanı**	**Müdahale Grubu (n=27)**		**Kontrol Grubu (n=28)**		**Test Değeri*** **	**p**
		Ort.	**SS.**	**Ort.**	**SS.**		
Diyet	Ön test	2,36	0,62	2,51	0,67	-0,846	0,401
	Son test	4,61	0,77	2,71	0,64	9,960	**0,000**
Test Değeri/p		-4,470*	**0,000**	-1,834**	0,078	-	-
Cohen's d		2,386		0,347		-	
Egzersiz	Ön test	1,72	1,15	2,09	1,19	-1,162	0,250
	Son test	5,91	1,56	2,46	1,34	8,782	**0,000**
Test Değeri/p		-4,387*	**0,000**	-1,843**	0,076	-	-
Cohen's d		2,687		0,378		-	
Kan Glikozu	Ön test	2,87	0,93	2,79	1,04	0,318	0,751
	Son test	6,50	1,43	2,91	1,07	10,569	**0,000**
Test Değeri/p		-12,283**	**0,000**	-0,763**	0,452	-	-
Cohen's d		2,364		0,144		-	
Ayak Bakımı	Ön test	0,31	0,62	0,75	1,45	343,000****	0,462
	Son test	3,78	2,18	0,73	1,46	6,069	**0,000**
Test Değeri/p		-8,977**	**0,000**	0,225**	0,823	-	-
Cohen's d		1,728		0,043		-	
Sigara	Ön test	0,19	0,40	0,14	0,36	0,417	0,678
	Son test	0,07	0,27	0,11	0,31	-0,419	0,677
Test Değeri/p		1,803**	0,083	1,000**	0,326	-	-
Cohen's d		0,347		0,189		-	
Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi	Ön test	1,77	0,58	1,95	0,80	-0,957	0,343
	Son test	4,63	1,07	2,10	0,83	9,795	**0,000**
Test Değeri/p		-14,515**	**0,000**	-1,598**	0,122	-	-
Cohen's d		2,753		0,3298		-	

*Wilcoxon testi, **Bağımlı Gruplarda t testi ***Bağımsız gruplarda t testi, ****U=Mann Whitney U analizi.

4.6. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerine ilişkin alt boyut puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Müdahale grubundaki gebelerin gebelik, doğum, düşük/kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik haftalarına göre GDNTD ölçeği son test öznel norm, tutum, algılanan sosyal kontrol ve planlama alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.6) ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Öznel Norm		Tutum		Algılanan SK		Niyet		Planlama	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	1	5	90,67	10,11	82,67	7,60	92,00	13,04	78,57	8,75	81,33	8,69
	2	7	85,71	11,82	80,00	15,40	80,00	12,91	76,53	17,36	77,14	16,71
	3	6	91,11	10,04	77,78	17,72	85,00	10,49	76,19	14,75	78,89	14,25
	4	7	99,05	2,52	96,19	7,56	97,14	7,56	89,80	8,10	92,38	8,10
	5	2	93,33	9,43	83,33	14,14	90,00	14,14	78,57	20,20	83,33	14,14
	Test ve Önemlilik		F=1,877 p=0,150		F=2,028 p=0,125		F=2,317 p=0,089		F=1,171 p=0,351		F=1,487 p=0,240	
Doğum Sayısı	0	9	92,59	8,46	80,00	12,02	88,89	11,67	76,98	8,58	78,52	8,68
	1	10	87,33	12,35	82,67	16,98	84,00	14,30	76,43	16,51	80,67	17,05
	2	6	97,78	3,44	94,44	8,86	95,00	8,37	92,86	6,39	92,22	8,86
	3	2	93,33	9,43	83,33	14,14	90,00	14,14	78,57	20,20	83,33	14,14
	Test ve Önemlilik		F=1,553 p=0,228		F=1,433 p=0,259		F=1,018 p=0,403		F=2,518 p=0,083		F=1,495 p=0,242	
Düşük/Kürtaj Sayısı	0	12	88,89	11,49	83,89	12,21	87,50	14,22	80,95	14,39	82,22	13,43
	1	11	93,33	8,43	86,06	15,62	89,09	11,36	81,82	14,76	83,64	15,02
	2	4	96,67	6,67	81,67	18,36	90,00	11,55	75,00	9,22	81,67	10,00
	Test ve Önemlilik		F=1,161 p=0,330		F=0,149 p=0,862		F=0,076 p=0,927		F=0,363 p=0,700		F=0,044 p=0,957	
Ölü Doğum Sayısı	0	26	91,54	9,90	84,10	14,25	88,08	12,34	79,95	13,71	82,31	13,33
	1	1	100	.	93,33	.	100	.	92,86	.	93,33	.
	Test ve Önemlilik		t=-0,839 p=0,410		t=-0,636 p=0,531		t=-0,949 p=0,352		t=-0,925 p=0,364		t=-0,812 p=0,424	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	10	92,00	8,20	81,33	12,09	88,00	11,35	78,57	9,52	80,00	9,43
	1	9	87,41	13,10	81,48	17,57	84,44	15,09	74,60	16,41	79,26	17,46
	2	6	97,78	3,44	94,44	8,86	95,00	8,37	92,86	6,39	92,22	8,86
	3	2	93,33	9,43	83,33	14,14	90,00	14,14	78,57	20,20	83,33	14,14
	Test ve Önemlilik		F=1,418 p=0,263		F=1,363 p=0,279		F=0,887 p=0,463		F=2,725 p=0,068		F=1,449 p=0,254	
Gebelik Haftası	24	3	86,67	13,33	80,00	11,55	83,33	15,28	71,43	12,37	75,56	10,18
	25	9	93,33	8,82	85,19	15,91	88,89	10,54	80,95	13,83	83,70	13,79
	26	7	90,48	9,32	80,95	15,12	87,14	12,54	76,53	15,82	80,95	15,12
	27	6	91,11	12,41	85,56	14,25	88,33	16,02	85,71	12,78	84,44	15,01
	28	2	100	0,00	96,67	4,71	100	0,00	89,29	5,05	90,00	4,71
	Test ve Önemlilik		F=0,605 p=0,663		F=0,533 p=0,713		F=0,551 p=0,700		F=0,890 p=0,486		F=0,399 p=0,807	

4.7. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerine ilişkin alt boyut puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin gebelik, doğum, düşük/kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik haftalarına göre GDNTD ölçeği öznel norm, tutum, algılanan sosyal kontrol niyet ve planlama alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.7) ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Öznel Norm		Tutum		Algılanan SK		Niyet		Planlama	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	1	2	43,33	14,14	33,33	18,86	40,00	14,14	28,57	20,20	33,33	18,86
	2	8	28,33	12,72	25,83	15,71	27,50	11,65	23,21	14,66	25,83	14,00
	3	9	26,67	12,47	23,70	10,60	24,44	12,36	23,02	11,72	26,67	11,06
	4	5	28,00	8,69	25,33	5,58	26,00	5,48	20,00	5,98	26,67	6,67
	5	4	13,33	7,70	15,00	8,39	12,50	9,57	10,71	12,37	15,00	10,00
	Test ve Önemlilik		F=2,440 p=0,076		F=0,927 p=0,466		F=2,354 p=0,084		F=0,983 p=0,436		F=1,051 p=0,403	
Doğum Sayısı	0	4	33,33	14,40	26,67	14,40	35,00	10,00	23,21	15,84	26,67	14,40
	1	9	28,89	12,02	25,93	14,32	25,56	11,30	23,81	12,88	27,41	12,67
	2	9	25,93	12,67	24,44	11,06	24,44	12,36	22,22	12,08	25,93	11,28
	3	6	20,00	12,65	18,89	8,86	18,33	11,69	14,29	11,07	20,00	11,16
	Test ve Önemlilik		F=1,023 p=0,400		F=0,485 p=0,696		F=1,666 p=0,201		F=0,775 p=0,520		F=0,495 p=0,689	
Düşük/Kürtaj Sayısı	0	16	30,83	13,96	27,08	13,87	28,13	13,28	24,55	13,29	28,33	13,00
	1	9	22,96	8,24	21,48	6,48	22,22	9,72	17,46	10,17	22,22	8,82
	2	3	15,56	7,70	15,56	10,18	16,67	5,77	14,29	12,37	17,78	10,18
	Test ve Önemlilik		F=2,691 p=0,087		F=1,542 p=0,234		F=1,565 p=0,229		F=1,484 p=0,246		F=1,495 p=0,244	
Ölü Doğum Sayısı	0	25	26,93	13,26	24,00	12,32	25,20	12,62	20,86	13,19	25,07	12,36
	1	3	24,44	7,70	24,44	10,18	23,33	5,77	23,81	4,12	26,67	6,67
	Test ve Önemlilik		t=0,315 p=0,755		t=-0,060 p=0,953		t=0,250 p=0,805		t=-0,380 p=0,707		t=-0,218 p=0,829	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	5	32,00	12,82	26,67	12,47	34,00	8,94	22,86	13,74	28,00	12,82
	1	9	29,63	12,07	26,67	14,53	25,56	11,30	24,60	12,93	27,41	12,67
	2	9	24,44	12,47	23,70	10,60	23,33	12,25	21,43	11,85	25,19	10,94
	3	5	20,00	14,14	17,33	8,94	18,00	13,04	12,86	11,74	18,67	11,93
	Test ve Önemlilik		F=1,009 p=0,406		F=0,731 p=0,544		F=1,683 p=0,197		F=0,991 p=0,414		F=0,684 p=0,571	
Gebelik Haftası	24	4	25,00	17,53	21,67	13,74	22,50	17,08	19,64	15,84	21,67	13,74
	25	7	26,67	15,87	25,71	17,40	25,71	12,72	21,43	17,00	24,76	16,20
	26	10	28,00	13,63	24,00	11,42	27,00	13,37	20,00	12,95	24,67	12,19
	27	6	24,44	5,44	24,44	6,89	23,33	8,16	22,62	5,38	28,89	5,44
	28	1	33,33	.	20,00	.	20,00	.	28,57	.	26,67	.
	Test ve Önemlilik		F=0,139 p=0,966		F=0,090 p=0,985		F=0,167 p=0,953		F=0,126 p=0,971		F=0,219 p=0,925	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, * gruplar birleştirilmiştir.

4.8. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin öz bakım aktivitelerine (diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı ve sigara içme) ilişkin alt boyut puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Müdahale grubundaki gebelerin gebelik, doğum, düşük/kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik haftalarına göre DÖBA ölçeği toplam puan ve diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı ve sigara içme alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8) ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Müdahale Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Diyet		Egzersiz		Kan Glikozu		Ayak Bakımı		Sigara İçme		DÖBA	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	1	5	4,90	0,29	6,50	0,50	7,00	0,00	4,90	2,92	0,20	0,45	5,15	0,62
	2	7	4,29	1,06	5,57	1,92	6,07	1,88	2,71	2,06	0,00	0,00	4,17	1,33
	3	6	4,25	0,92	5,17	2,40	5,83	2,21	3,67	1,97	0,17	0,41	4,23	1,51
	4	7	5,07	0,19	6,43	0,73	7,00	0,00	4,07	2,13	0,00	0,00	5,03	0,40
	5	2	4,50	0,71	6,00	0,71	7,00	0,00	4,00	1,41	0,00	0,00	4,73	0,39
	Test ve Önemlilik		F=1,569 p=0,218		x^2=2,634 p=0,621		x^2=4,920 p=0,296		F=0,762 p=0,561		F=0,736 p=0,577		F=1,091 p=0,385	
Doğum Sayısı	0	9	4,69	0,39	6,33	0,50	7,00	0,00	4,06	2,65	0,11	0,33	4,88	0,61
	1	10	4,25	1,09	5,00	2,26	5,65	2,15	3,30	1,95	0,10	0,32	4,09	1,52
	2	6	5,13	0,14	6,75	0,42	7,00	0,00	4,08	2,33	0,00	0,00	5,11	0,43
	3	2	4,50	0,71	6,00	0,71	7,00	0,00	4,00	1,41	0,00	0,00	4,73	0,39
	Test ve Önemlilik		F=1,816 p=0,172		x^2=6,086 p=0,108		x^2=7,632 p=0,054		F=0,233 p=0,872		F=0,270 p=0,846		F=1,497 p=0,242	
Düşük/Kürtaj Sayısı	0	12	4,67	0,87	5,96	1,56	6,46	1,47	4,21	2,33	0,08	0,29	4,73	1,16
	1	11	4,59	0,81	5,86	1,87	6,36	1,67	3,14	2,30	0,09	0,30	4,47	1,19
	1	4	4,50	0,46	5,88	0,75	7,00	0,00	4,25	0,96	0,00	0,00	4,75	0,23
	Test ve Önemlilik		F=0,071 p=0,932		x^2=0,897 p=0,639		x^2=0,801 p=0,670		F=0,794 p=0,464		F=0,172 p=0,843		F=0,184 p=0,833	
Ölü Doğum Sayısı	0	26	4,60	0,78	5,92	1,59	6,48	1,45	3,73	2,21	0,08	0,27	4,61	1,09
	1	1	5,00	.	5,50	.	7,00	.	5,00	.	0,00	.	5,00	.
	Test ve Önemlilik		t=-0,505 p=0,618		U=0,976 p=0,323		U=0,173 p=0,678		t=-0,565 p=0,577		t=0,278 p=0,783		t=-0,351 p=0,729	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	10	4,75	0,41	6,30	0,48	7,00	0,00	4,15	2,52	0,10	0,32	4,91	0,58
	1	9	4,14	1,10	4,89	2,37	5,50	2,22	3,11	1,96	0,11	0,33	3,97	1,56
	2	6	5,13	0,14	6,75	0,42	7,00	0,00	4,08	2,33	0,00	0,00	5,11	0,43
	3	2	4,50	0,71	6,00	0,71	7,00	0,00	4,00	1,41	0,00	0,00	4,73	0,39
	Test ve Önemlilik		F=2,489 p=0,086		x^2=5,769 p=0,123		x^2=8,978 p=0,030		F=0,396 p=0,757		F=0,270 p=0,846		F=1,979 p=0,145	
Gebelik Haftası	24	3	4,58	0,52	6,50	0,50	7,00	0,00	3,33	3,51	0,00	0,00	4,73	0,81
	25	9	4,83	0,54	6,28	0,71	6,83	0,50	4,44	1,04	0,11	0,33	4,96	0,49
	26	7	4,39	0,90	5,36	2,30	6,00	2,06	3,14	2,54	0,14	0,38	4,25	1,41
	27	6	4,42	1,14	5,67	2,09	6,17	2,04	3,50	2,88	0,00	0,00	4,39	1,54
	28	2	5,00	0,00	6,00	0,71	7,00	0,00	4,50	0,71	0,00	0,00	5,00	0,00
	Test ve Önemlilik		F=0,506 p=0,732		x^2=0,899 p=0,925		x^2=2,081 p=0,721		F=0,429 p=0,786		F=0,333 p=0,853		F=0,538 p=0,709	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, U: Mann Whitney U testi**,** $x^2_{KW:}$ Kruskall Wallis analizi, * gruplar birleştirilmiştir.

4.9. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinin öz bakım aktivitelerine (diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı ve sigara içme) ilişkin alt boyut puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin gebelik, doğum, düşük/kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı ve gebelik haftalarına göre DÖBA ölçeği toplam puan ve diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı ve sigara içme alt boyutlarının puan ortalamaları farkının istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9) ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Son Test Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Diyet		Egzersiz		Kan Glikozu		Ayak Bakımı		Sigara Kullanımı		DÖBA	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	1,00	2	3,00	0,35	3,25	1,06	3,50	0,71	0,75	0,35	0,00	0,00	2,45	0,39
	2,00	8	2,75	0,60	2,50	1,36	2,88	1,22	0,63	1,41	0,13	0,35	2,10	0,88
	3,00	9	3,00	0,75	3,11	1,45	3,39	1,22	1,28	2,14	0,00	0,00	2,51	1,00
	4,00	5	2,40	0,49	2,00	0,94	2,50	0,50	0,30	0,67	0,20	0,45	1,76	0,46
	5,00	4	2,19	0,43	1,13	0,48	2,13	0,63	0,25	0,50	0,25	0,50	1,45	0,31
	Test ve Önemlilik		F=1,674 p=0,190		F=2,166 p=0,105		F=1,400 p=0,265		x^2=3,038 p=0,552		F=0,601 p=0,666		F=1,547 p=0,222	
Doğum Sayısı	0,00	4	2,88	0,25	3,13	0,63	3,38	0,48	0,63	0,48	0,25	0,50	2,36	0,26
	1,00	9	2,83	0,72	2,61	1,75	3,11	1,60	1,56	2,35	0,00	0,00	2,35	1,24
	2,00	9	2,83	0,70	2,67	1,25	3,00	0,71	0,33	0,56	0,11	0,33	2,13	0,60
	3,00	6	2,21	0,46	1,50	0,71	2,17	0,52	0,17	0,41	0,17	0,41	1,52	0,28
	Test ve Önemlilik		F=1,638 p=0,207		F=1,555 p=0,226		F=1,399 p=0,267		x^2=2,487 p=0,478		F=0,668 p=0,580		F=1,481 p=0,245	
Düşük/Kürtaj Sayısı	0,00	16	2,81	0,69	2,72	1,22	2,94	1,01	0,44	1,01	0,00	0,00	2,13	0,74
	1,00	9	2,64	0,63	2,39	1,62	3,11	1,24	1,39	2,12	0,22	0,44	2,23	1,09
	2,00	3	2,33	0,38	1,33	0,29	2,17	0,76	0,33	0,58	0,33	0,58	1,58	0,23
	Test ve Önemlilik		F=0,761 p=0,478		F=1,414 p=0,262		F=0,877 p=0,429		x^2=1,267 p=0,531		F=2,567 p=0,097		F=0,705 p=0,504	
Ölü Doğum Sayısı	0,00	25	2,72	0,67	2,58	1,37	3,00	1,08	0,82	1,53	0,08	0,28	2,16	0,86
	1,00	3	2,58	0,29	1,50	0,50	2,17	0,76	0,00	0,00	0,33	0,58	1,64	0,33
	Test ve Önemlilik		t=0,343 p=0,735		t=1,339 p=0,192		t=1,288 p=0,209		U=1,697 p=0,193		t=-0,750 p=0,528		t=1,032 p=0,312	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,00	5	3,00	0,35	3,40	0,82	3,70	0,84	1,50	2,00	0,20	0,45	2,67	0,73
	1,00	9	2,75	0,67	2,33	1,60	2,89	1,43	1,00	2,00	0,11	0,33	2,14	1,09
	2,00	9	2,83	0,70	2,61	1,29	2,83	0,87	0,33	0,56	0,00	0,00	2,08	0,63
	3,00	5	2,10	0,42	1,50	0,79	2,30	0,45	0,20	0,45	0,20	0,45	1,51	0,31
	Test ve Önemlilik		F=2,236 p=0,110		F=1,919 p=0,153		F=1,551 p=0,227		x^2=4,322 p=0,229		F=0,610 p=0,615		F=1,784 p=0,177	
Gebelik Haftası	24,00	4	3,25	0,84	3,38	1,25	3,50	0,58	0,38	0,48	0,00	0,00	2,50	0,62
	25,00	7	2,64	0,70	2,21	1,47	2,79	1,29	0,71	1,50	0,14	0,38	2,01	0,94
	26,00	10	2,48	0,51	2,20	1,18	2,65	0,75	0,40	0,57	0,10	0,32	1,86	0,57
	27,00	6	2,67	0,52	2,25	1,37	2,75	1,29	0,83	2,04	0,17	0,41	2,05	0,97
	28,00	1	3,50	,	4,50	,	5,00	,	5,00	,	0,00	,	3,91	,
	Test ve Önemlilik		F=1,568 p=0,216		F=1,289 p=0,303		F=1,583 p=0,212		x^2=4,036 p=0,401		F=0,196 p=0,938		F=1,848 p=0,154	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi, U: Mann Whitney U testi**,** $x^2_{KW:}$ Kruskall Wallis analiz

5. TARTIŞMA

Araştırma, GDM tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının (SEBMEB) gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada yer alan gebelerin yaş, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum, gebelik sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, şu an ki gebelik haftası açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Her iki grubun benzer olması, elde edilen sonuçların güvenirliğini arttırmaktadır.

5.1. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Tanı ve Tedavi Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin tanı ve tedavi özelliklerine ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır.

Araştırmada müdahale ve kontrol grupları tıbbi tanı ve tedavi özellikleri açısından benzerdir ve her iki grubun sağlık profesyonellerinden düşük oranda eğitim aldığı saptanmıştır. Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) gestasyonel diyabetli kadınlarda planlı davranış teorisi temelli eğitim modelinin diyabet yönetimi ve doğum sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada benzer olarak müdahale (%93,9 n=31) ve kontrol (%97, n=32) grubundaki gebelerin büyük çoğunluğunun diyabete ilişkin eğitim almadığı belirlenmiştir (13). Öz bakım yönergelerinin gestasyonel diyabetli kadınların bilgi ve uygulamaları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının diyabet hakkında bilgi sahibi olmadığı sonucu elde edilmiştir (66). Benzer şekilde Assaf ve ark., (2024) tarafından yapılan çalışmada GDM'li kadınların yarısından fazlasının diyabet konusunda eğitim almadıkları belirlenmiştir (67). Literatüre paralel olarak GDM'li kadınların eğitim ihtiyaçlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda müdahale grubundaki gebelerin %74,1'nin (n=20), kontrol grubundaki gebelerin %75'inin (n=21) insülin kullandığı ve her iki gruptaki kadınların tamamının gestasyonel diyabete ilişkin diyet uyguladığı saptanmıştır. GDM'li kadınlara

verilen sürekli ebelik bakımının maternal ve fetal sonuçlara etkisinin değerlendirildiği çalışmada ise gestasyonel diyabetin yönetilmesinde kadınların %93,7'sinin sadece diyet uyguladıkları ve %3,8'inin ise insülin kullandığı belirlenmiştir (68). Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) yaptıkları çalışmada her iki grubun yarısından fazlasının diyet uygulamadığı ve düzenli ilaç kullanım durumunun müdahale grubunda %3 (n=1) ve kontrol grubunda %6,1 (n=2) olduğu bulunmuştur (13). Araştırmadaki farkın nedeni araştırmanın üçüncü basamak sağlık kurumu olan üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmiş olması olabilir.

5.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Kontrolüne Yönelik Niyet, Tutum ve Davranış Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Araştırmada gestasyonel diyabet tanısı konulan ve ayaktan takibi yapılan gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) yaptıkları çalışmada gebelerin niyet alt boyutunda müdahale grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır (13). Benzer şekilde aynı teoriye dayalı yapılan başka randomize kontrollü bir çalışmada niyet alt boyutunun müdahale grubunda anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (69). Geliştirilen eğitim modeli ve planlı davranış teorisinin kullanılarak, glisemik kontrol davranışını etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmada niyetin glisemik kontrolün sağlanmasında doğrudan etkili olduğu sonucu elde edilmiştir (70). Belanger ve ark.'nın (2023) GDM'li kadınların sağlıklı diyeti benimsemeye yönelik niyetlerinin planlı davranış teorisine göre değerlendirildiği tanımlayıcı çalışmada uygun yiyeceklere ulaşamama nedeniyle sağlıklı bir diyeti benimseyememe, sağlıklı bir diyet konusunda bilgi eksikliği, hazırlanması zor tariflerin olması gibi nedenlerin sağlıklı bir diyeti benimseme niyetinin daha düşük olmasıyla ilişkilendirildiği belirlenmiştir (71). Niyet, kişilerin bir davranışı gerçekleştirmek için ne kadar istekli olduklarının göstergesi olarak ifade edilmektedir (13). Çalışma sonuçları literatüre paralellik göstermiştir. Yapılan eğitimler sonrasında gebelerde niyet olumlu

yönde değişmiştir. SEBMEB gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet alt boyutu puanlarını yükseltmiştir.

Kadınların gestasyonel diyabet sürecinde olumlu davranışları gerçekleştirmelerine yönelik eğilimleri var olan tutumları tarafından belirlenmektedir (72). Araştırmamızda gestasyonel diyabet tanısı konulan ve ayaktan takibi yapılan gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik tutum alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Fatemeh ve ark., (2018) tarafından planlı davranış teorisine dayalı fiziksel aktivite eğitiminin glisemik indeksler üzerindeki etkinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada fiziksel aktiviteye karşı tutumunun müdahale grubunda anlamlı şekilde artığı görülmüştür (69). Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) çalışmasında benzer olarak gebelerin tutum alt boyutunda müdahale grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır (13). Araştırma sonuçları literatür ile paraleldir. SEBMEB gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik tutum alt boyutu puanlarını yükseltmiş, gebelerin tutumları olumlu yönde değişim göstermiştir.

Araştırmada gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik öznel norm alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Planlı davranış teorisine dayalı yürütülen çalışmalarda GDM'li kadınlarda öznel norm alt boyutunda yükselme olduğu görülmüştür (13,69,71). SEBMEB gebelerin öznel norm puanını yükseltmiştir.

Araştırmada gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik algılanan davranışsal kontrol alt boyutunda müdahale grubu lehine anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) yaptıkları çalışmada benzer olarak gebelerin algılanan davranışsal kontrol alt boyutunda müdahale grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır (13). GDM'li kadınlarda glisemik kontrol davranışının planlı davranış teorisine göre değerlendirildiği bir çalışmada algılanan davranışsal kontrolün glisemik kontrolün sağlanmasında önemli olduğu ve oluşturulan eğitim modelinin kişinin hedeflenen davranışı gerçekleştirme konusunda kendine olan güvenini (algılanan davranışsal kontrol) arttırdığı sonucu elde edilmiştir (70). Belanger ve ark.'nın (2023) yaptığı tanımlayıcı çalışmada algılanan davranışsal kontrolün sağlıklı bir diyetin benimsenme niyetiyle ilişkili olduğu ve bu durumu olumlu yönde arttırabileceği belirtilmiştir (71). GDM'li kadınların öz yönetim ve öz yeterliliğinin çeşitli yönlerinin

değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında kadınların belirli bir öz yönetim ve öz yeterlilik düzeyine ulaşıldıklarında diyetleri ve vücut ağırlıkları üzerinde belirli bir kontrole sahip oldukları ve bu süreci daha kontrollü yürütebildikleri belirtilmiştir (73). Bu araştırmada da SEBMEB gebelerin algılanan davranışsal kontrolünü olumlu yönde etkilemiştir.

GDM'de sürecin yönetilmesinde gebelerin istenilen davranışları gerçekleştirmesinde planlama oldukça önemlidir (72). Araştırmada gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik planlama alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Güven Dinmez ve Eroğlu'nun (2022) yaptıkları çalışmada benzer olarak gebelerin planlama alt boyutunda müdahale grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır (13). GDM'li kadınların diyabet sonrası yaşam tarzı değişikliklerine, özellikle de diyet ve egzersize yönelik tutumlarının araştırıldığı nitel çalışmada sürece uyumu zorlaştıran etkili faktörler arasında planlama ve organizasyon konusundaki sorunlar olduğu belirtilmiştir (74). GDM'nin yönetiminde ve maternal fetal sağlığın optimum düzeyde sürdürülmesinde planlamanın önemli olduğu görülmektedir. Literatüre paralel olarak SEBMEB sonrası gebelerin planlama davranışları olumlu yönde etkilenmiştir.

Gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerinin planlı davranış teorisi temelinde ölçümünün sağlandığı GDNTD ölçeği sonuçlarında ev ziyareti ile SEBMEB uygulaması yapılan müdahale grubundaki iyileşmenin yanı sıra kontrol grubunda dramatik bir kötüleşmenin olduğu görülmüştür. Bu durumun üç ay boyunca sürdürülen ev ziyaretlerinde sağlanan bireysel SEBMEB uygulamasının planlanmış davranış teorisinin temelini desteklediği, özellikle teoride yer alan "İnsanlar davranışlarının sonucu hakkında önceden düşünürler ve seçtikleri bir sonuca ulaşmak için bir karar alarak uygularlar." parametrenin bireysel ev ziyaretleri ile daha sağlıklı ve güçlü gerçekleştiği düşünülmektedir.

GDM'li kadınların sürekli bakım modelleri doğrultusunda izlemleri önemlidir. Literatürde GDM'li kadınların prospektif olarak izlendiği, sürekli ebelik bakımının verildiği ve ev ziyaretleri yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde GDM'li kadınların sürekli ebelik bakımının değerlendirildiği sadece üç çalışmaya rastlanmıştır (56,68,75). Bradford ve ark., (2024) tarafından farklı etnik özelliklere sahip kadınların sürekli ebelik modeline bağlı diyabet deneyimlerinin retrospektif olarak değerlendirildiği

nitel çalışmada yüz yüze ebelik bakımının kadınların diyabete ilişkin deneyimlerini iyileştirdiği sürecin yönetilmesinde önemli bir motivasyon sağladığı ve sürekli bakımın kültürel yapıya entegre olarak, bilgiyi desteklediği sonuçları elde edilmiştir (56). Kadınların GDM deneyimlerini değerlendirmek ve fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarını belirleyerek bu konuda bakım sağlayıcılara öngörü sağlamak amacıyla yapılan nitel çalışmada GDM'nin psikolojik etkileri ve kadının koşullarına göre uygun bilgi ve bakımın sağlanmasında kadın merkezli ve süreklilik olan bakım modellerine ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir (76). Etiyopya'daki gebe kadınların sürekli ebelik bakımı modeline ilişkin algılarını ve deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan nitel çalışmada gelişmiş bakımın sürekli olması, kadın merkezli bakım olması ve sürekli bakıma yönelik memnuniyet olmak üzere üç ana tema üzerinde toplanmıştır. Aynı çalışmada gebelerin sürekli ebelik bakım modeline ilişkin olumlu deneyimler yaşadığı sonucu elde edilmiştir (75). Araştırmamızın temelini oluşturan SEMDEB sonucunda müdahale grubundaki gebelerin fiziksel aktivite, beslenme ve kilo kontrolüne yönelik niyet, tutum ve davranış özelliklerinin olumlu yönde arttığı belirlenmiştir.

5.3. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulan Gebelerin Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Araştırmada gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin diyet alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Gebelerdeki beslenme alışkanlıklarının gebelik komplikasyonları ile olan ilişkisinin değerlendirildiği retrospektif tipteki çalışmada beslenme alışkanlıkları konusunda olumsuz davranışlara sahip olan kadınların gestasyonel diyabet tanısı alma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (77). Ali ve ark., (2022) tarafından öz bakım yönergelerinin gestasyonel diyabetli kadınların bilgi ve uygulamaları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada kadınların yarısının gebelik sırasında diyet rejimi uygulamadığını, öz bakım yönergelerin uygulanmasından sonra ise diyet rejimini doğru şekilde uygulayanların oranının %96 olduğu ve %86'sının günlük sebze yediği, %94'sinin dengeli beslendiği, %98'inin günde yeterli miktarda sıvı aldığı sonuçları elde edilmiştir (66). GDM'li kadınların diyabet sonrası yaşam tarzı değişikliklerine, özellikle de diyet ve

egzersize yönelik tutumlarının araştırıldığı nitel çalışmada kadınlarının yeni gelişen bu duruma ilişkin diyet değişikliğini devam ettirmelerinin çok zor olduğunu ve bu konuda özellikle zaman, uygunluk ve bilgi eksikliği gibi durumların temel engel olduğunu ifade etmişlerdir (74). Çoşansu (2009) tarafından Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) ölçeğinin geçerlilik güvenirliğinin yapıldığı ve erişkin tip 2 diyabetlilerinin öz bakım aktiviteleri ile glisemik kontrol düzeyleri ile bilişsel ve sosyal faktörler arasındaki ilişkilerin incelendiği tez çalışmasında özyeterlilik, destek ve sonuç algısı arttıkça diyet puanı ve ölçek toplam puanın arttığı belirlenmiştir (63). GDM'de glisemik kontrolün sağlanmasında ve sürdürülmesinde diyetin önemi büyüktür (70,78) Eğitimin diyet uygulamalarını olumlu yönde etkilediği yapılan çalışmalarda görülmektedir (72,79). Benzer olarak SEBMEB kadınların diyet uygulamalarını olumlu yönde etkilemiştir.

Araştırmada gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin egzersiz alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Smyth ve ark. (2024)'nın yaptığı nitel çalışmada kadınların diyabetlerini kontrol etmek için egzersiz yapmayı önemsemedikleri ve yapmamalarının önünde zaman ve uygunluk gibi engellerin olduğu belirtilmiştir (74). Carolan-Olah ve ark., (2019) tarafından standart klinik tabanlı GDM eğitimiyle çevrimiçi bir eğitim programının kıyaslandığı çalışmada kadınların vücut kitle indeksi, kan basıncı, kan şekeri ve bebek doğum ağırlığındaki değişikliklerin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada müdahale grubunun lehine vücut kitle indeksi değerlerinde istatiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir (79). Guelfi ve ark. (2016) gestasyonel diyabetli kadınlara evde verilen egzersiz programı sonucunda kadınların psikolojik esenliğinin olumlu yönde arttığı belirlenmiştir (16). Literatürde görüldüğü gibi eğitim GDM'li kadınlarda egzersiz davranışını olumlu yönde etkilemiştir. Bu araştırmada da SEBMEB verilmesi kadınların egzersiz yapma davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Araştırmada gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin kan glikozu alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda eğitim yöntemi farklı olmakla birlikte gebelere verilen eğitimlerin kan glikozu düzeylerini anlamlı ve olumlu etkilediği belirlenmiştir (15,79,80). Bu araştırmada da müdahale grubundaki gebelerde kan glikozu kontrolü olumlu etkilenmiştir.

Araştırmada gebelerin öz bakım aktivitelerine ilişkin ayak bakımı alt boyutunda müdahale ve kontrol grubundaki gebeler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda gebelerin ayak sağlığının sosyal yaşamını etkilediği ve artan gebelik haftası ve riskli durumların ayak bakımını daha önemli hale getirdiği belirlenmiştir (81,82). Bu araştırmada da müdahale grubundaki gebelerde ayak bakımı olumlu etkilenmiştir.

Araştırmamızda SEBMEB ile 6 ev ziyareti yapılan ve bireyselleştirilmiş ebelik bakımı verilen gebelerin öz bakım aktivitelerinin (diyet, egzersiz, kan glikozu, ayak bakımı) olumlu yönde arttığı belirlenmiştir. SEBMEB ile müdahale grubundaki gebelerin öz bakım aktiveleri toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Wang ve ark., (2019) tarafından tip II DM'li kişilere mobil sağlık uygulaması ile verilen sürekli bakımın kan glikoz seviyesi, öz bakım ve hastalığı yönetebilme becerisi ve tekrar hastaneye yatış oranlarının değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada sürekli bakımın, hastanın farkındalık düzeyini ve öz yönetim yeteneklerini önemli ölçüde iyileştirerek hastaların kan glikoz seviyelerini düşürdüğü ve müdahale grubunda yeniden hastaneye yatış sıklığının azaltıldığı sonuçları elde edilmiştir (83). Yılmaz Menek ve Kavasoglu Kaya (2024) tarafından gestasyonel diyabetli gebelere evde yapılan egzersiz programlarının (fizyoterapist rehberliğinde ev egzersizi, kendi kendine ev egzersizi ve standart bakım alan) kan şekeri, yaşam kalitesi ve gebelik sonuçları üzerindeki etkinliğinin üç farklı grupta değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada fizyoterapist rehberliğinde ev egzersizi yapan grupta diğer iki gruba göre yaşam kalitesi ve kan şekeri değerlerinin iyileştiği görülmüştür. Ancak tüm gruplar arasında gebelik sonuçları (sezaryen doğum, erken doğum vb.) açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (84).

Literatürde, kronik hastalıklardan biri olan diyabetli bireylerde ev ziyaretleri yapılan çalışmalar bulunurken (84-87), GDM'li gebelere yönelik SEBMEB temelinde ev ziyaretleri yaparak diyabetik tutum ve davranışları inceleyen herhangi bir çalışma rastlanmamıştır.

Han ve ark., (2017) tarafından diyabetli hastalarda ev ziyaretlerinin etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmaların incelendiği sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında (686 kişinin katıldığı 7 randomize kontrollü çalışma) ev ziyareti yapılan diyabetli hastaların kan glikozu seviyesi, HbA1C gibi biyokimyasal parametreleri ve öz yönetimi iyileştiği ve kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada ise ev ziyareti yapılan gruplar ile kontrol grupları arasında beden kitle indeksi ve öz yeterlilik açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (85). Torki-Harchegani ve ark., (2020) tarafından diyabetli kişilerde ev ziyaretlerinin öz yönetim davranışları ve glisemik kontrol indeksi üzerine etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada müdahale grubuna 4-6 kez ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Yapılan ev ziyaretleri sonrasında müdahale grubunda öz yönetim davranışlarının olumlu yönde arttığı ve glisemik değerlerin iyileştiği görülmüştür (86). Benzer şekilde ev ziyaretlerinin diyabetli hastalardaki öz yönetim, glisemik indeks ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği yarı deneysel çalışmada da aynı şekilde ilgili parametrelerde olumlu yönde artış olduğu görülmüştür (87).

Literatürde diyabetli hastalarda yapılan ev ziyaretlerinin hastaların öz bakım uygulamalarına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda ev ziyaretlerinin diyabet öz bakım uygulamalarına uyumu için etkili olduğu, müdahale grubundaki hastaların diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili olumlu davranış değişikleri yaşandığı ve kronik rahatsızlıkları ile baş etmedeki becerilerinin iyileştiği sonuçları elde edilmiştir (88,89).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel tipte yürütülen bu araştırma ile çalışmanın başında belirlenen hipotezler sınanmıştır.

Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımı, gebelerin diyabet tutumlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Gestasyonel diyabet tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakım modeline dayalı verilen evde ebelik bakımı, gebelerin öz bakımlarını olumlu yönde etkilemiştir. Gebelerin diyet, egzersiz, kan glikozu takibi ve ayak bakımı tutumları olumlu yönde etkilenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

GDM tanısı konulan gebelere sürekli ebelik bakımı modeline dayalı ebelik bakımı verilmesi,

GDM tanısı konulan gebelerin ev ziyaretleri ile takip edilmesi,

GDM tanısı konulan gebelerin öz bakımlarını ve tutumlarını iyileştirecek eğitim ve danışmanlık programlarının sürekliliğinin sağlanması,

GDM'nin etkin yönetimi ve bakımı için hastalara yönelik eğitim kitapçıkları, broşürler vb rehberler hazırlanması.

KAYNAKLAR

1. **Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, Grobman WA.** Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book. Elsevier Health Sciences. **2016;** Chapter 32; 706-737.

2. **Soylar P.** Riskli Gebelerde Evde Bakım. In: Taşhan ST, Yüksekol ÖD, Duman M. Ed. Riskli Gebelikler ve Bakım. 1.Baskı. Göktuğ Yayıncılık, Ankara, **2019:**553-564.

3. Beckmann CRB. Endokrin Bozukluklar. **Demir, C, Güleç ÜK**. Obstetrik ve Jinekoloji. 7.Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2015;** 189-195.

4. World Healht Organization (WHO) 2024. Diabetes, Erişim: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. Erişim tarihi: 05.12.2024.

5. International Diabetes Federation (IDF) 2024. Type 2 Diabetes, Erişim: https://idf.org/about-diabetes/types-of-diabetes/type-2/. Erişim tarihi: 11.11.2024.

6. **Choudhury AA, Rajeswari VD.** Gestational diabetes mellitus-A metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, **2021;** 143:112-183.

7. **Gomez-peralta F, Abreu C, Cos X, Gomez-huelgas R.** When does diabetes start? Early detection andintervention in type 2 diabetes mellitus, *Rev. Clínica Esp. (Engl. Ed.)*, **2020;** https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.12.003.

8. **Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, Yang X.** IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **2022;** 183: 109050.

9. **Masood SN, Shegem N, Baqai S, Suliman M, Alromaihi D, Sultan M, Bilal A.** IDF-MENA region guidelines for management of hyperglycemia in pregnancy. *Journal of Diabetology*, **2021;** 12(1), S3-S42.

10. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Diyabet Programı 2023-2027. Sağlık Bakanlığı Yayın. **2023,** Ankara

11. **Tomic D, Shaw JE, Magliano DJ.** The burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology*, **2022;** 18(9): 525-539.

12. **Özkan HA.** Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2019;** 259-392.

13. **Güven Dinmez S, Eroğlu K.** Gestasyonel diyabetli gebeler için ''Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği''nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi,* 2022; 4(1); 30-41. https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1058760

14. **Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Viana AB, da Silva Cabral L, da Silveira MAM.** Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, **2016;** 15(3), 472-483.

15. **Downs DS, DiNallo JM, Birch LL, Paul IM, Ulbrecht JS.** Randomized face-to-face vs. home exercise interventions in pregnant women with gestational diabetes. *Psychology of Sport and Exercise*, **2017;** 30, 73-81.

16. **Guelfi KJ, Ong MJ, Crisp NA, Fournier PA, Wallman KE, Grove JR, Newnham JP.** Regular exercise to prevent the recurrence of gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, **2016;** 128(4), 819-827.

17. **Murphy HR, Roland JM, Skinner TC, Simmons D, Gurnell E, Morrish NJ, Temple RC.** Effectiveness of a regional prepregnancy care program in women with type 1 and type 2 diabetes: benefits beyond glycemic control. Diabetes care, **2016;** 33(12), 2514-2520.

18. **Davis D, Kurz E, Hooper ME, Atchan M, Spiller S, Blackburn J, Knight-Agarwal C.** The holistic maternity care needs of women with Gestational Diabetes Mellitus: A systematic review with thematic synthesis. *Women and Birth*, **2024;** 37(1), 166-176.

19. **Wang C, Wei Y, Zhang X, Zhang Y, Xu Q, Su S, Yang H.** Effect of regular exercise commenced in early pregnancy on the incidence of gestational diabetes mellitus in overweight and obese pregnant women: A randomized control trial. *Diabetes Care*, **2016;** 39(10): e163–64 15.

20. **Qiu J, Liu Y, Zhu W, Zhang C.** Comparison of effectiveness of routine antenatal care with a midwife-managed clinic service in prevention of gestational diabetes mellitus in early pregnancy at a hospital in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, **2020;** 26, e925991.

21. **Sina M, Cade TJ, Flack J, Nolan CJ, Rajagopal R, Wong V, Simmons D.** Antenatal models of care for women with gestational diabetes mellitus: Vignettes from an international meeting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2020;** 60(5): 720-728.

22. **Arguello LE, Mauldin K, Goyal D.** Patients with prediabetes or Type 2 diabetes mellitus in a medically supervised diet program, *J. Nurse Pract*, **2020;** *16*(8): 612-616. https:// doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.05.001.

23. **Kusnanto K, Ari H, Widyawati IY.** A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus, *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev*. **2020;**14: 1681–1687, https://doi.org/10.1016/j. dsx.2020.08.035.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2024. Gestastional Diabetes, Erişim: https://www.cdc.gov/diabetes/about/gestational-diabetes.html. Erişim tarihi: 05.12.2024.

25. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD)** Bilimsel Çalışma Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Kasım **2024**, Ankara.

26. **Hu J, Gillies CL, Lin S, Stewart ZA, Melford SE, Abrams KR, Baker PN, Khunti K, Tan BK.** Association of maternal lipid profile and gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of 292 studies and 97,880 women. *EClinicalMedicine*, **2021;** 34. 10.1016/j.eclinm.2021.100830

27. **Bogdanet D, Shea PO, Lyons C, Shafat A, Dunne F.** The oral glucose tolerance test—is it time for a change?—A literature review with an emphasis on pregnancy *J. Clin. Med.* **2020;** *9*(11): 34-51.

28. American Diabetes Association (ADA) 2024. The American Diabetes Association Releases the Standards of Care in Diabetes, Erişim: https://diabetes.org/newsroom/press-releases/american-diabetes-association-releases-standards-care-diabetes-2024. Erişim tarihi:11.11.2024.

29. **Onat Köroğlu C, Çevik A.** Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Gebelikte Yönetimi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, **2022;** 2(2): 22-25.

30. **Öztop N.** Gestasyonel Diabetes Mellitusta Glisemik Değişkenliklerin Önemi ve Farklı Yöntemlerle Araştırılması (Tıp Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, **2015.**

31. **Banday MZ, Sameer AS, Nissar S.** Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna Journal of Medicine*, 2020; 10(04), 174-188.

32. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2024. Gestational Diabetes Mellitus, Erişim: https://www.acog.org/topics/gestational-diabetes. Erişim tarihi:15.12.2024.

33. **Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH.** The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, **2018;** 19(11), 3342.

34. **Caughey AB.** Gestational diabetes mellitus: obstetric issues and management. **2023.** (https://hcp.mn/sites/default/files/202401/Gestational_diabetes_mellitus_Obstetric_issues_and_management_en.pdf) 2021. Erişim tarihi: 25.11.2024

35. **Moore TR.** Diabetes Mellitus and Pregnancy. 2020. Erişim: (https://emedicine.medscape.com/article/127547-overview#a2) 2020. Erişim tarihi: 31.11.2022

36. **Dağdelen S, Balcı M, Deyneli O, Karadeniz Ş, Sargın M, Demir T, Yılmaz M.** TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2023. Türkiye Diyabet Vakfı, Elit Ofset Matbaacılık, **2023;** 16-30.

37. **Mensah GP, Van Rooyen DR, Ten Ham-Baloyi W.** Nursing management of gestational diabetes mellitus in Ghana: Perspectives of nurse-midwives and women. *Midwifery*, **2019;** 71: 19-26.

38. **Oskovi-Kaplan ZA, Ozgu-Erdinc AS.** Management of gestational diabetes mellitus. *Diabetes: from Research to Clinical Practice*, **2021;** 4, 257-272.

39. **Köpsén S, Lilja M, Hellgren M, Sandlund J, Sjöström R.** Midwives' and diabetes nurses' experience of screening and care of women with gestational diabetes mellitus: a qualitative interview study. *Nursing Research and Practice*, **2023;**(1): 638-658.

40. **Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP.** A clinical update on gestational diabetes mellitus. *Endocrine Reviews*, **2022;** 43(5): 763-793.

41. **Padayachee C, Coombes JS**. Exercise guidelines for gestational diabetes mellitus. *World journal of diabetes*, **2015;** *6*(8): 1033.

42. **Bianchi C, Battini L, Aragona M, Lencioni C, Ottanelli S, Romano M, Tuscany working group on "Diabetes, Pregnancy and Exercise".** Prescribing exercise for prevention and treatment of gestational diabetes: review of suggested recommendations. *Gynecological Endocrinology*, **2017;** 33(4): 254-260.

43. **Davis D, Kurz E, Hooper ME, Atchan M, Spiller S, Blackburn J, Knight-Agarwal C.** The holistic maternity care needs of women with Gestational Diabetes Mellitus: A systematic review with thematic synthesis. *Women and Birth*. **2023;** 37(1): 166-176.

44. World Health Organization. (WHO, 2024a). Transitioning to midwifery models of care: Geneva: https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

45. World Health Organization. (WHO, 2024b). Networks of care for maternal and newborn health: implementation guidance, https://iris.who.int/handle/10665/379031. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

46. **McCarthy R, Byrne G, Brettle A, Choucri L, Ormandy P, Chatwin J.** Midwife- moderated social media groups as a validated information source for women during pregnancy. *Midwifery* **2020;** 88: 102710. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102710.

47. International Confederation of Midwives (ICM). Philosophy and Model of Midwifery Care. Erişim:https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/. Erişim tarihi:10.01.2025

48. **Kuipers YJ.** The future of midwife-led continuity of care: Call for a dialogue. *Dialogues in Health*, **2024;** 4, 100170.

49. **Choudhary S. Jelly P, Mahala P.** Models of maternity care: a continuity of midwifery care. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, **2020;** 9(6): 2667-2670.

50. **Cibralic S, Pickup W, Diaz AM, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A.** The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: a narrative systematic review. *Midwifery,* 2023**;** 116: 103546. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546).

51. **Aune I, Tysland T, Amalie Vollheim S.** Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, **2021;** 41(1), 5-13.

52. **Homer C, Brodie P, Sandall J, Leap N.** Midwifery continuity of care: a practical guide. Elsevier Health Sciences, **2019.**

53. **Kitson-Reynolds E, Ashforth K.** A concise guide to continuity of care in midwifery. Routledge, **2021.**

54. **Prussing E, Browne G, Dowse E, Hartz D, Cummins A.** Implementing midwifery continuity of care models in regional Australia: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, **2023;** 36(1): 99-107.

55. **Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S.** Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. **2024;** (4): CD004667.pub6

56. **Bradford BF, Cronin RS, Okesene-Gafa KA, Te Hao S, Shashikumar A, Oyston CJ.** Diabetes in pregnancy: Women's views of care in a multi-ethnic, low socioeconomic population with midwifery continuity-of-care. *Women and Birth*, **2024;** 37(3): 101579.

57. **Abolhassani Shahreza F, Hazar N.** Implementation of" Chronic Care Model" for Diabetes Care in Iranian Primary Health Care: Does it work? *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, **2018;** 10(4), 164-171.

58. **Duran ET, Gerçek E.** Yüksek Riskli Gebelikler ve Yönetimi. Birinci Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, **2019**.p. 191-195, 395-399

59. **Saboula NE, Ahmed NA, Rashad RH.** Effect of nursing intervention on knowledge, attitude and self-care activities among gestational diabetic women. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing,* **2018;** 5(2): 135-146.

60. Research Randomizer. Erişim Tarihi: https://www.randomizer.org/ . Erişim Tarihi: 10.01.2023.

61. **Yeoh PL, Hornetz K, Dahlui M.** Antenatal care utilisation and content between low-risk and high-risk pregnant women. *PLoS One,* **2016;** 11(3): e0152167.

62. **Traina SB, Mathias SD, Colwell HH, Crosby RD, Abraham C.** The Diabetes Intention, Attitude, and Behavior Questionnaire: evaluation of a brief questionnaire to measure physical activity, dietary control, maintenance of a healthy weight, and psychological antecedents. *Patient preference and adherence,* **2016;** 213-222.

63. **Çoşansu G.** Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler (Doktora tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, **2009.**

64. **Büyüköztürk Ş.** Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 2014.

65. **Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL.** Fundamentals of Clinical Trials (4th ed,)**:** Springer, 2010.

66. **Ali RA, Nour SA, Abdelaati IH.** Effect of self-care guidelines on knowledge and practice of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Evidence-Based Nursing Research*, **2022;** 4(3), 9-21.

67. **Assaf EA, Al Sabbah H, Momani A, Al-Amer RA, Al-Sa'ad G, Ababneh A**. Factors influencing gestational diabetes self- care among pregnant women in a Syrian Refugee Camp in Jordan. *Plos one*, **2024;** 19(2): e0297051.

68. **Shenton EK, Carter AG, Gabriel L, Slavin V.** Improving maternal and neonatal outcomes for women with gestational diabetes through continuity of midwifery care: A cross-sectional study. *Women and Birth*, **2024;** 37(3), 101597.

69. **Dousti F, Maleki A, Chiti H, Faghihzadeh S, Taheri SS.** Investigation of the effect of individual counseling of physical activity based on theory of planned behavior on glycemic indexes in women with gestational diabetes: a randomized clinical trial. *Qom University of Medical Sciences Journal*, **2018;** 12(9): 26-37.

70. **Phadungyotee V, Phumonsakul S, Chansatitporn N, Piaseu N.** A Model of Factors Influencing Glycemic Control Behavior among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus A1. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, **2024;** 28(2).

71. **Bélanger M, Dugas C, Perron J, St-Yves A, Rancourt-Bouchard M, Weisnagel SJ, Robitaille J**. Intention to adopt a healthy diet among women with and without a history of gestational diabetes: Constructs and beliefs from the theory of planned behavior. *Preventive Medicine Reports*, **2023;** 35: 102328.

72. **Chen JX, Wang Y, Liu Y, Bai J.** The experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative evidence. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, **2021;** 1-11.

73. **Karavasileiadou S, Almegewly W, Alanazi A, Alyami H, Chatzimichailidou S.** Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Global Health Action*, **2022;** 15(1), 2087298.

74. **Smyth S, Mulligan K, Rutter E, Harrington L, Hatunic M, Higgins MF.** Attitudes of women with gestational diabetes toward diet and exercise: a qualitative study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **2023;** 36(1), 2155045.

75. **Mose A, Fikadu Y, Zewdie A, Haile K, Shitu S, Wasie Kasahun A, Nuriye K.** Pregnant women's perception of midwifery-led continuity care model in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Women's Health*, **2023;** 23(1), 304.

76. **Van Wijngaarden M, Blonk H, Simmelink R, Van Der Lee N, Van Der Vliet-Torij HH, Nieuwenhuijze M, Verhoeven C.** Working in smaller teams in community midwifery practices to foster continuity of carer: Midwives' experiences–A qualitative study in the Netherlands. *Women and Birth*, **2024;** 37(6): 101663.

77. **Karimi M, Mofidi Nejad M, Tabaeifard R, Omid N, Rezaei Z, Azadbakht L.** The association between dietary habits and self-care behavior of pregnant women with pregnancy complications. *Scientific Reports*, **2024;** 14(1): 19681.

78. **Harrison J, Melov S, Kirby AC, Athayde N, Boghossian A, Cheung W, Pasupathy D.** Pregnancy outcomes in women with gestational diabetes mellitus by models of care: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, **2022;** 12(9), e065063.

79. **Carolan-Olah M, Sayakhot P.** A randomized controlled trial of a web-based education intervention for women with gestational diabetes mellitus. *Midwifery*, **2019;** 68: 39-47.

80. **Zandinava H, Shafaei FS, Charandabi SA, Homayi SG, Mirghafourvand M**. Effect of educational package on Self-Care behavior, quality of life, and blood glucose levels in pregnantwomen with gestational diabetes: A randomized controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, **2017;** 19(4).

81. **Letompa S, Khanyile L, Mathivha T, Purbhoo M.** Foot health status in pregnant women. *The Foot*, **2023;** 55, 101938.

82. **Kareem SH, Abbas IM.** Self Feet Care of Pregnant Women with Diabetes Who Attend Primary Health Care Centers at Baghdad City. *Journal of Nursing and Health Science*, **2015;** 4(3):14-19.

83. **Wang Y, Li M, Zhao X, Pan X, Lu M, Lu J, Hu Y.** Effects of continuous care for patients with type 2 diabetes using mobile health application: a randomised controlled trial. *The International Journal of Health Planning and Management*, **2019;** 34(3), 1025-1035.

84. **Yılmaz Menek M, Kavasoglu Kaya A.** Comparison of home exercise under supervision and self home exercise in pregnant women with gestational diabetes: randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **2024;** 309(3): 1075-1082.

85. **Han L, Ma Y, Wei S, Tian J, Yang X, Shen X, Shi Y.** Are home visits an effective method for diabetes management? A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of diabetes investigation*, **2017;** 8(5): 701-708.

86. **Torki-Harchegani F, Shirazi M, Keshvari M, Abazari P.** The effect of home visit program on self-management behaviors and glycemic control in patients with type 2 diabetes treated with insulin. *Journal of Isfahan Medical School*, **2020;** 38(575): 310-316

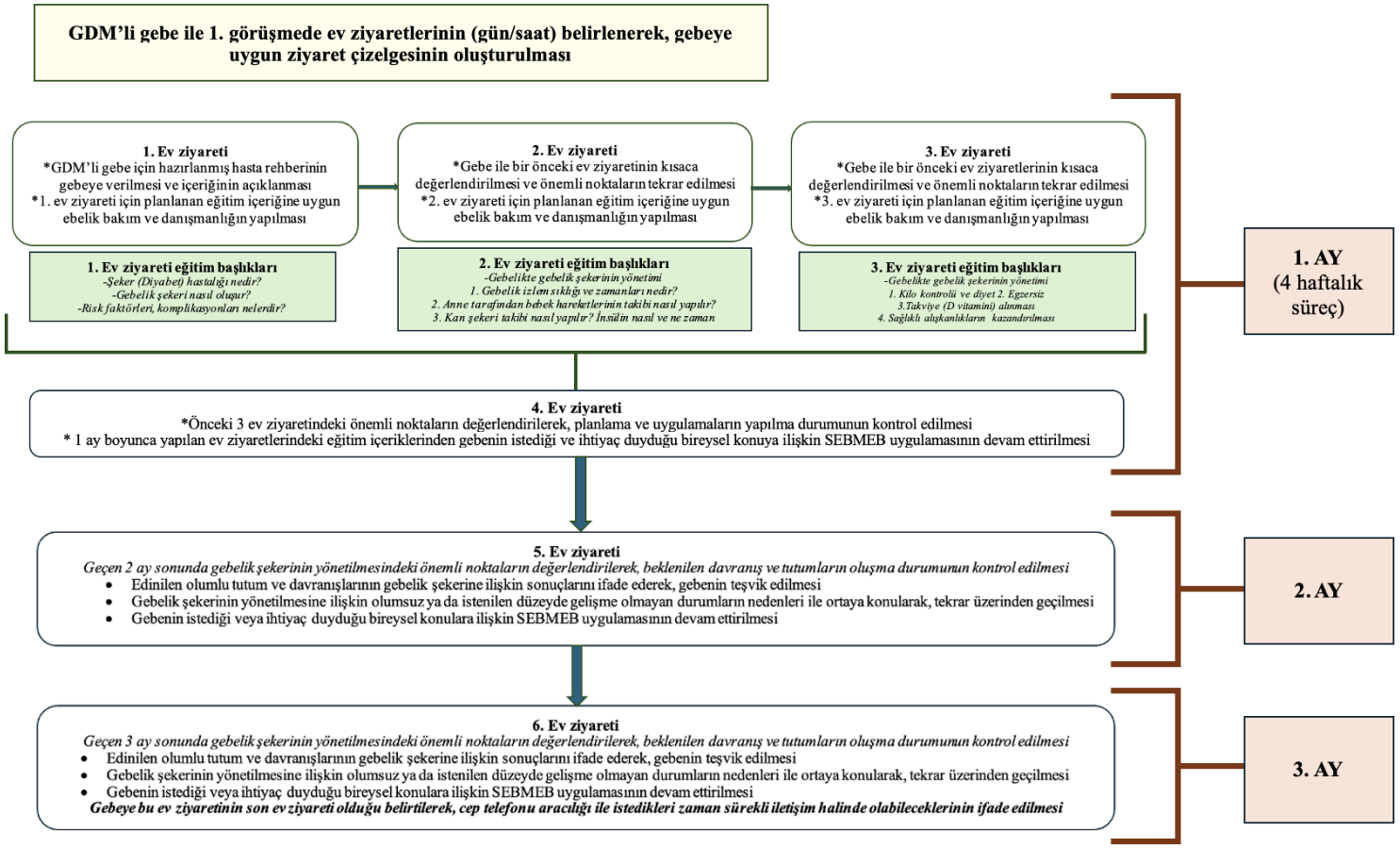
87. **Kaveh MH, Montazer M, Karimi M, Hassanzadeh J.** Effects of a theory-based training program with follow-up home visits on self-management behavior, glycemic index, and quality of life among Iranian patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*, **2022;** 22(1): 1559.

88. **Santos JCD, Cortez DN, Macedo MML, Reis EA, Reis IA, Torres HC.** Comparison of education group strategies and home visits in type 2 diabetes mellitus: clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, **2017;** 25: e2979.

89. **Torres HDC, Santos LMD, Cordeiro PMCDS.** Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, **2014;** 27(01): 23-28.

EKLER

Ek 1. GDM'li Gebe Evde Bakım Protokolü



Ek 2. Eğitim Materyali Değerlendirme Formu

Top ve Karaçam tarafından 2012 yılında hazırlamış olan "Eğitim Materyali Değerlendirme Formu" eğitim materyalinin kurgusal, içerik, Türkçe anlatım ve basım niteliği ile ilgili özelliklerinin değerlendirildiği 14 sorudan oluşmaktadır. Formun puanlanmasındaki görüşler; fikrim yok 0, gereksiz 1, hiç katılmıyorum 2, az katılıyorum 3, orta derecede katılıyorum 4, çok katılıyorum 5 puan şeklinde belirtilmiştir.

	Çok Katılıyorum	**Orta Derecede Katılıyorum**	**Az Katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**	**Gereksiz**	**Fikrim Yok**	**Görüşler**
Kurgusal Özellikler							
1-Alt başlıklar mantıklı bir biçimde düzenlenmiş							
2-Bölümler arasında uyum bulunmakta							
3-Genel olarak okuyucunun anlayabileceği biçimde yazılmış							
İçerik İle İlgili Özellikler							
4-Verilen bilgilerin kapsamı yeterli							
5-Verilen bilgiler aydınlatıcı ve kullanılabilir							
6-Kaynakları güncel ve konu ile ilgili							
Türkçe Anlatımı İle İlgili Özellikler							
7-Genel olarak okunduğunda kolay anlaşılıyor							

8-Gereksiz tekrarlar yok							
9-Gereksiz ayrıntılar yok							
10-Anlamayı güçleştiren sözcükler yok							
11-Yazım ve dilbilgisi kurallarına uygun yazılmış							
Basım Niteliği ile İlgili Özellikler							
12-Metnin diziliş biçimi, sayfa düzeni ve harflerin büyüklüğü okuyucuyu sıkmıyor							
13-Yanlış yazılmış sözcükler yok							
14-Materyalin kapağının içeriği ve görüntüsü ilgi çekici biçimde hazırlanmış							

Ek 3. Gebe Tanıtım Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma gestasyonel diyabetik gebelere sürekli ebelik modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkilerinin belirlenmek amacıyla yapılmıştır. Tüm bilgiler bilimsel değerlendirme dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. **Yaşınız.....**
2. **Medeni durumunuz**: ( )Evli ( )Bekar
3. **Eğitim durumunuz:**

( ) Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve ↑

4. **Eşinizin eğitim durumu:**

( ) Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlköğretim ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve ↑

5. **Çalışma durumunuz:**

( ) Çalışmıyor ( )Emekli ( ) İşçi ( )Memur ( ) Serbest meslek ( ) Diğer ……..

6. **Eşinizin çalışma durumu:**

( ) Çalışmıyor ( )Emekli ( ) İşçi ( )Memur ( ) Serbest meslek ( ) Diğer ……..

7. **Gelir durumunuz:**

( ) Gelir giderden düşük ( )Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla

8. **Aile tipiniz:**

( ) Çekirdek Aile ( )Geniş Aile ( )Parçalanmış Aile

9. **Sosyal güvenceniz var mı?** ( ) Evet ( ) Hayır
10. **Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?** ( ) Evet ( ) Hayır
11. **Toplam gebelik sayınız:**……
12. **Doğum sayısı:**……
13. **Düşük/Küretaj sayısı**:…….
14. **Ölü doğum sayısı:**……..
15. **Yaşayan çocuk sayısı:**……

16. Şuan ki gebelik haftanız:…….....

17. Şuan ki konulan tanınız: ( )Tip II Diyabet ( ) Gestasyonel Diyabet

18. Uygulanan tedavi ( ) Yok( ) Diyet ( )İnsülin

19. Diyabet ve gebelik hakkında eğitim alma durumu ( )Evet ( ) Hayır

Ek 4. Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği

GESTASYONEL DİYABETTE NİYET, TUTUM VE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ (GDNTD-Ö)							
Her soru için, bugün sizi en iyi ifade eden sayıyı daire içine alarak belirtiniz.							
Bölüm I. Bu bölüm size son 7 gün içinde egzersiz alışkanlıklarınızı ve önümüzdeki 7 gün içinde fiziksel olarak daha aktif olma planlarınıza yönelik sorular sorulmaktadır. Egzersiz; aerobik egzersiz (yürüme, yüzme, bisiklete binme), güç/direnç (ağırlık kaldırma, direnç lastiği ile egzersiz) çalışmaları, esneme/ germe çalışmaları (yoga, plates) ve günlük yaşam aktivitelerini (asansör yerine merdiven kullanmak gibi) kapsamaktadır.							
1	**Önümüzdeki 7 gün içinde egzersiz yapma isteğimi şu şekilde tanımlayabilirim;**						
	Egzersiz yapmak için çok güçlü bir isteğim yok			Egzersiz yapmak için ne istekliyim ne isteksizim			Egzersiz yapmak için çok güçlü bir isteğim var
	1	2	3	4	5	6	7
2	**Önümüzdeki 7 gün içinde egzersiz yapmaya yönelik belirli planlarım var;**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
3	**Diyabetimin kontrolünü düşündüğüm zaman benim için egzersiz…**						
	Hiç önemli değil			Ne önemli ne de önemsiz			Oldukça önemli
	1	2	3	4	5	6	7
4	**Ailem, arkadaşlarım ve sağlık uzmanları benden önümüzdeki 7 gün içinde egzersiz yapmamı bekliyor.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
Bölüm 2. Bu bölümde diyabet diyetiniz hakkında sorular sorulmaktadır. Birçok kişi ‘‘**diyabet diyetini**’’ sağlıklı besin çeşitlerini, düzenli öğünler şeklinde makul miktarda tüketmek olarak tanımlar.							
5	**Önümüzdeki 7 gün içinde diyabet diyetime uyma isteğim şu şekilde tanımlanabilir;**						
	Diyabet diyetime uymak için çok güçlü bir isteğim yok			Ne istekliyim ne de isteksizim			Diyabet diyetime uymak için çok güçlü bir isteğim var
	1	2	3	4	5	6	7

6	**Önümüzdeki 7 gün içinde diyabet diyetimi uygulamak için belirli planlarım var.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
7	**Diyabetimi kontrol altına almayı düşündüğüm zaman benim için diyabet diyetime uymak…**						
	Hiç önemli değil			Ne önemli ne de önemsiz			Oldukça önemli
	1	2	3	4	5	6	7
8	**Ailem, arkadaşlarım ve sağlık uzmanları benden önümüzdeki 7 gün içinde diyabet diyetime uymamı beklemektedir.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
9	**Önümüzdeki 7 gün içinde diyabet diyetime uyup uymama kararı tamamen bana bağlıdır.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
Bölüm III. Bu bölümde size sağlıklı bir şekilde kilonuzu korumaya ve sağlıklı kilo almaya yönelik planlarınızla ile ilgili sorular sorulmaktadır.							
10	**Sağlıklı kilomu korumaya yönelik isteğimi şu şeklide tanımlayabilirim…**						
	Sağlıklı vücut ağırlığımı korumak için çok güçlü bir isteğim yok			Ne istekli ne de isteksizim			Sağlıklı vücut ağırlığımı korumak için çok güçlü bir isteğim var
	1	2	3	4	5	6	7
11	**Sağlıklı kilo almaya yönelik belirli planlarım var.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7

12	**Diyabetimi kontrol altına almayı düşündüğüm zaman benim için sağlıklı kilo almak….**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
13	**Ailem, arkadaşlarım ve sağlık uzmanları benden sağlıklı kilo almamı beklemektedir.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
14	**Sağlıklı kilo alma kararı tamamen bana bağlıdır.**						
	Kesinlikle katılıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Kısman katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5. Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi

Aşağıda diyabetle ilişkili öz-bakım aktivitelerinizi belirlemek için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak son 7 gün içinde bu aktiviteleri uygulama durumunuzu sorunun altında yer alan rakamların üstünde işaretleyerek belirtiniz. Eğer son 7 günü hasta olarak ya da olağandışı bir durum (seyahat, misafir ağırlama, çok yoğun is temposu gibi) yaşayarak geçirdiyseniz lütfen soruları ondan önceki bir haftayı düşünerek cevaplayınız

DİYET

1. Son 7 günün kaç gününde sağlıklı bir beslenme planı izlediniz?

0	1	2	3	4	5	6	7

2. Geçen ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?

0	1	2	3	4	5	6	7

3. Son 7 günün kaç gününde beş porsiyon ya da daha fazla meyve ve sebze yediniz?

0	1	2	3	4	5	6	7

4. Son 7 günün kaç gününde kırmızı et veya tam yağlı süt ürünleri gibi yüksek yağ içeren besinler tükettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7

EGZERSİZ

5. Son 7 günün kaç gününde en az 30 dakikalık fiziksel bir aktivitede bulundunuz? (yürüme dahil olmak üzere ara vermeksizin, sürekli ve düzenli yapılan aktivitelerin dakika olarak toplamı)

0	1	2	3	4	5	6	7

6. Son 7 günün kaç gününde evde veya isinizde yaptıklarınızın dışında ayrıca yüzme, bisiklete binme ve yürüme gibi egzersizler yaptınız?

0	1	2	3	4	5	6	7

KAN GLİKOZU TESTİ

7. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi ölçtünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7

8. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi sağlık ekibinizin önerdiği sıklıkta ölçtünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7

AYAK BAKIMI

9. Son 7 günün kaç gününde ayaklarınızı kontrol ettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7

10. Son 7 günün kaç gününde ayakkabılarınızın içini gözden geçirdiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7

SİGARA

11. Son 7 gün içinde sigara içtiniz mi? (bir nefes bile olsa)

0- Hayır 1- Evet (Cevabınız evet ise günde ortalama kaç adet sigara içtiniz?)

Günde içilen sigara sayısı: .....

Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma, gestasyonel diyabetik gebelere sürekli ebelik modeline dayalı verilen evde ebelik bakımının gebelerin tutum ve öz bakımları üzerine etkilerinin belirlenmek amacıyla ön test-son test şeklinde planlanmıştır. Araştırmaya Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanelerinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri 'ne başvuran, gestasyonel diyabet tanısı konulmuş ve bu hastaneler de takiplerine devam eden, evde takibi yapılan gebeler katılacaktır. Araştırma kapsamında ev ziyaretini kabul eden gebeler ile ev ziyareti için takvim oluşturularak, sürekli ebelik bakım modeline temellendirilmiş eğitim modülünün gestasyonel diyabetli gebenin evde bakım ve danışmanlık (glikoz takibi ve kontrolü, diyet, egzersiz, fetal sağlığın değerlendirilmesi vb.) sağlanacaktır.

Sizden araştırmacılar tarafından hazırlanan ve sizin sosyo-demografik özelliklerinizi, diyabete ilişkin tutumunuzu değerlendirmek için Gestasyonel Diyabette Niyet, Tutum ve Davranış Ölçeği (GDNTD-Ö) ölçeğini ve öz bakımlarınızı belirlemeye yönelik Diyabet Öz-Bakım Aktiviteleri Anketi – DÖBA) sorularından oluşan formları doldurmanız istenecektir.

Araştırmaya katılmama ve istediğiniz zaman ayrılma hakkınız vardır. Araştırmadan ayrıldığınız takdirde teşhis-tedavi süreciniz aksamayacaktır. Araştırma giderleri size veya sosyal güvenlik kurumuna yansıtılmayacaktır. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

Cemile ONAT KÖROĞLU, Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ,
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı, Tarih, İmza

Ek 7. Etik Kurul İzin Belgesi

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
127		4 Kasım 2022

KARAR NO 37– Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü yönetiminde Öğr. Gör. Cemile Onat Köroğlu tarafından yürütülmesi öngörülen, "Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Gebelere Verilen Evde Ebelik Bakımının Tutum ve Öz Bakımları Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	[redacted]
ÜYELER	[redacted]

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek 8. Kurum İzin Belgesi (Ç.Ü.)

22/12/2023-883829

T.C.
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-94155051-044-883829 22/12/2023
Konu : Tez Çalışması Kurum İzni Hk. (Cemile ONAT KÖROĞLU) hk.

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 18649120 - 12/12/2023 tarihli, 873630 sayılı ve "Tez Çalışması Kurum İzni Hk. (Cemile ONAT KÖROĞLU)" konulu yazı,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Cemile ONAT KÖROĞLU'nun "Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Gebelere Verilen Evde Ebelik Bakımının Tutum ve Öz Bakımları Üzerinde Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapma talebi uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Süleyman Cansun DEMİR
Anabilim Dalı Başkanı

Ek 9. Kurum İzin Belgesi (H.M.K.Ü.)

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/12/2023-335456

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-14096738-108.99-335456 20/12/2023
Konu : Çalışma (Dr.Öğretim Üyesi Mehmet Burak DAL)

SAYIN ÖĞR.GÖR. CEMİLE ONAT KÖROĞLU
ÖĞRETİM GÖREVLİSİ

İlgi : Öğr. Gör. Cemile ONAT KÖROĞLU 19/12/2023 tarihli, Bila sayılı ve Etik Kurul Başvuru Dilekçesi konulu yazı.

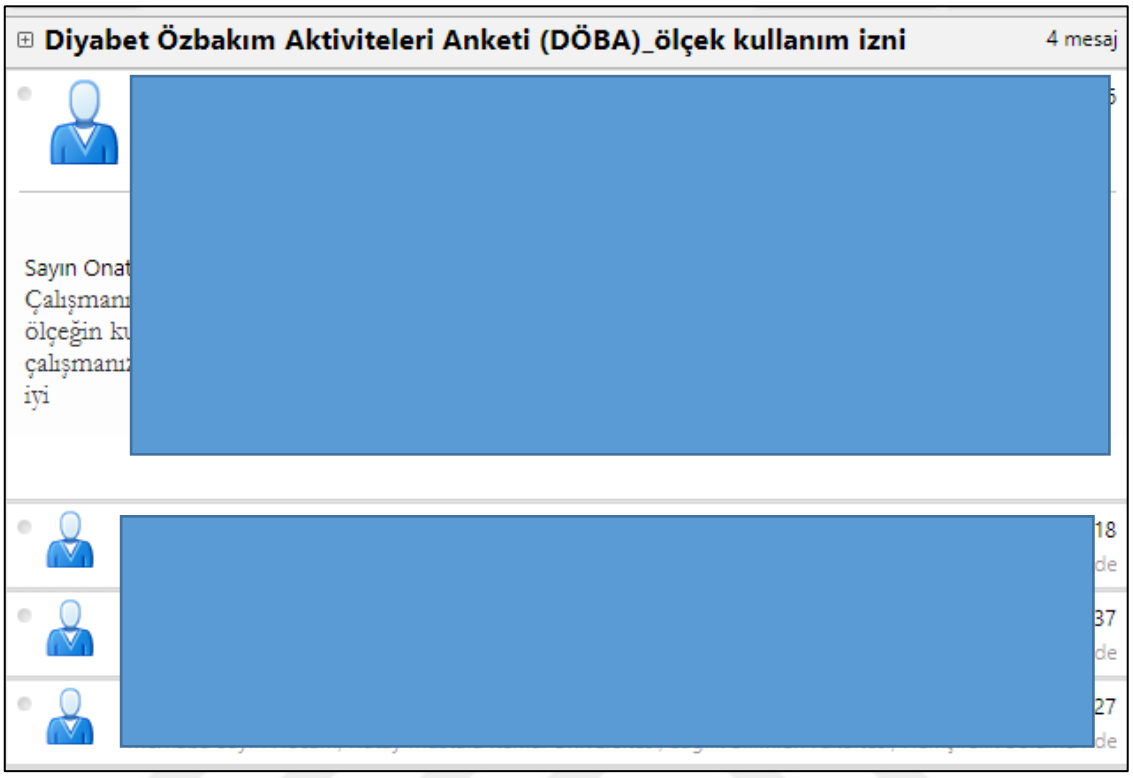
İlgi sayılı dilekçenizde belirtmiş olduğunuz sarf malzemelerin tarafınızca karşılanması durumunda "Gestasyonel Diyabet Tanısı Alan Gebelere Verilen Evde Ebelik Bakımının Tutum ve Öz Bakımları Üzerine Etkisi" isimli çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Hülya PEKER
Başhekim Yardımcısı

Ek:İlgi Dilekçe (1 Sayfa)

Ek 10. Ölçek Kullanım İzinleri





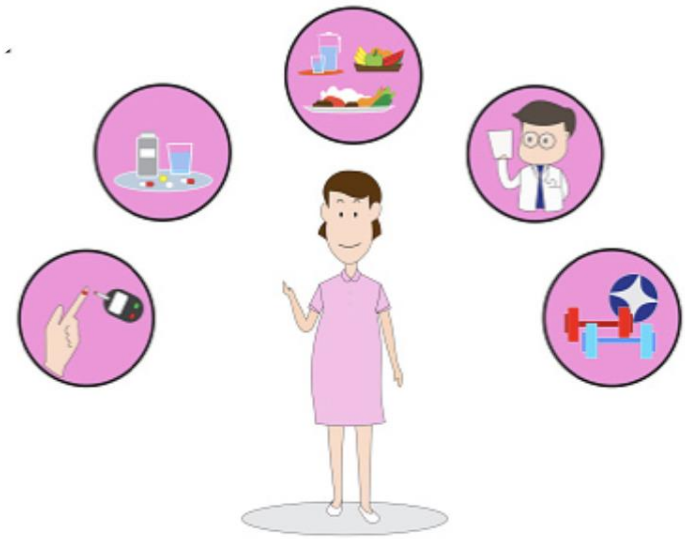
Ek 11. Eğitimci Kitapçığı

T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERE YÖNELİK EBELİK BAKIMI

(EĞİTİMCİ KİTAPÇIĞI)



Hazırlayanlar

Öğr. Gör. Cemile ONAT KÖROĞLU

Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	
DİABETES MELLİTUS	1
GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS	2
Gestasyonel Diabetes Mellitus'un Etiyolojisi	2
Gestasyonel Diabetes Mellitus'un Patofizyolojisi	3
Gestasyonel Diabetes Mellitus'un Risk Faktörleri	4
Gestasyonel Diabetes Mellitus Komplikasyonları	5
GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS TARAMA YÖNTEMLERİ	6
GEBELİKTE GESTASYONEL DİABETES MELLİTUSUN GEBELİTE YÖNETİMİ	8
Glisemik Kontrolün Sağlanması	8
Antenatal İzlem	15
Antenatal Fetal Değerlendirme	15
Kilo Kontrolü ve Diyet	16
Egzersiz	18
Stres Yönetimi	19
Öz Bakım Uygulamaları	19
D Vitamini	19
Alışkanlıklar	20
KAYNAKLAR	21

ÖNSÖZ

Sevgili Ebeler,

İlk kez gebelik döneminde ortaya çıkan veya gebelikte tanısı konulan glikoz intoleransı olarak tanımlanan gestasyonel diabetes mellitus (GDM), anne ve fetüs için hem kısa ve hem de uzun vadede komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra diyabetin sık görüldüğü toplumların büyük bir kısmını da GDM'li gebeler oluşturmaktadır.

Ebeler düzenli olarak gestasyonel diyabetli kadınlarla temas halindedir ve bu süreçte gebelere sağlanacak bakımı etkilemede önemli bir role sahiptirler. Ebeler GDM tanısı almış bu gebelere verecekleri bakım ve izlemleri sayesinde mevcut gebelik süreçleri iyileşerek, maternal ve fetal sağlık korunması sağlanacaktır. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrası GDM'ye bağlı oluşabilecek olası komplikasyonların oluşması engellenecektir.

Hazırladığımız bu eğitim modülü ebelere GDM tanısı almış gebelerin gebelik sürecinde ihtiyacı olan ve standart bir bakım ve danışmanlığın sağlaması için gerekli olan bilginin edinilmesinde kapsamlı bir anlayış sağlayacaktır.

Bu modülün sonunda siz ebelerin aşağıdakileri konularda bilgi sahibi olması beklenilmektedir;

- Diabetes mellitusun türleri
- Gestasyonel diabetes mellitusun etiyolojisi ve patofizyolojisi
- Gestasyonel diabetes mellitusun risk faktörleri ve komplikasyonları
- Gestasyonel diabetes mellitus tarama yöntemleri
- Gebelikte gestasyonel diabetes mellitusun yönetimi

Ek 12. Hasta Rehberi

T.C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GESTASYONEL DİYABETLİ GEBELERE YÖNELİK EBELİK BAKIMI

(HASTA REHBERİ)



Hazırlayanlar

Öğr. Gör. Cemile ONAT KÖROĞLU

Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	
Şeker (Diyabet) Hastalığı	1
Gebelik Şekeri	1
Gebelik Şekerinin Nasıl Oluşur?	2
Gebelik Şekeri İçin Risk Faktörleri Nelerdir?	4
Gebelik Şekerinin Anne ve Bebek Üzerine Etkileri Nelerdir?	4
Gebelik Şekeri Tanısı	6
Şeker Yükleme (OGTT) Testi Nedir?	7
Kan Şekeri Kontrolünün Sağlanması	7
Gebelik İzlemlerinin Zamanında ve Eksiksiz yapılması	16
Anne Tarafından Bebek Hareketlerinin Takibi	16
Kilo Kontrolü ve Diyet	17
Egzersiz	22
Takviye (D Vitamini) Alımı	24
Sağlıklı Alışkanlıkların Kazanılması	24
Değerlendirme	25
Kaynaklar	28

ÖNSÖZ

Sevgili Gebeler,

İlk kez gebelikte yaşadığınız veya bu dönemde tanısı konulan kan şekeri düzeyinde yüksekliğe neden olan gebelik şekeri (GŞ), siz ve bebeğiniz için hem kısa hem de uzun vadede sağlık problemlerine sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra şeker hastalığının sık görüldüğü toplumların büyük bir kısmını da GŞ'li gebeler oluşturmaktadır.

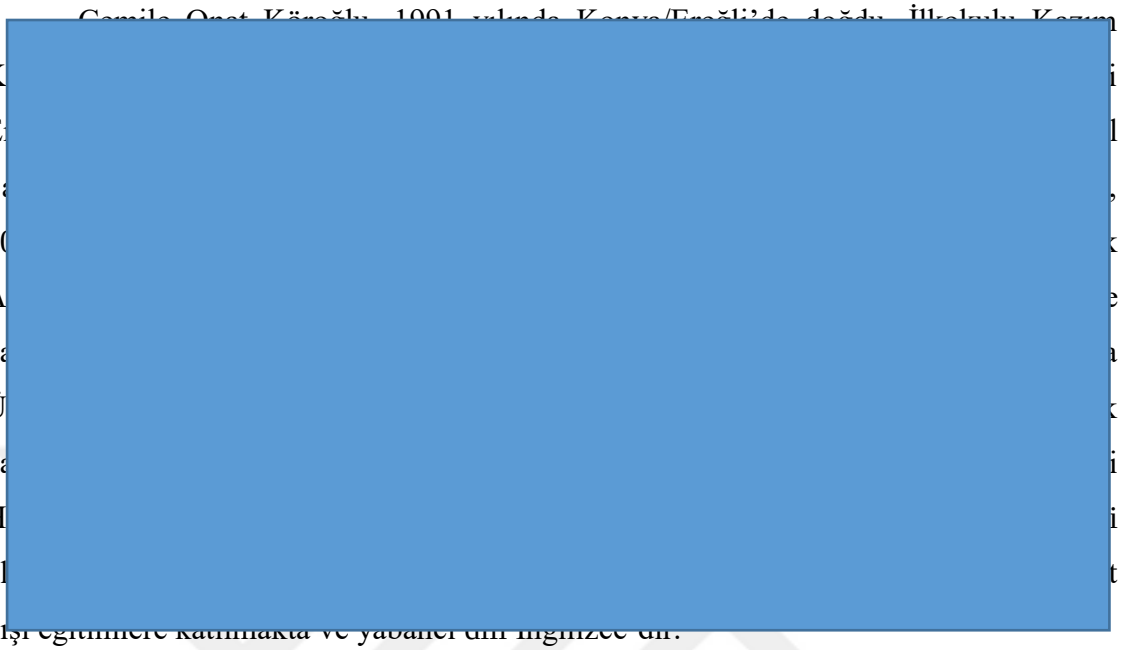
Gebeliğin sürprizlerle dolu bir dönem olması ve bu dönemde almış olduğunuz gebelik şekeri tanısı hem kendi sağlığınız hem de bebeğinizin sağlığı için sizi endişelendiriyor olabilir. Yine muhtemel ki bu sürece ilişkin korkularınız ve bilmedikleriniz bu endişenizi daha da artırmaktadır. Ancak iyi haber şu ki, gebelik şekerinizi yöneterek sağlıklı bir gebelik ve doğum geçirmemeniz için hiçbir neden yok. Bu dönemde size yardım edecek, bakım ve danışmanlık sağlayacak ebeniz sayesinde mevcut gebelik süreciniz iyileşerek, sizin ve bebeğinizin sağlık korunması sağlanacaktır. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrası GŞ'ye bağlı oluşabilecek olası komplikasyonların oluşması engellenecektir.

Bu dönemde sizlere sağlayacağımız bakım ve danışmanlık yanı sıra gebelik sürecinde ihtiyacınız olan ve gebelik şekerine ilişkin birçok konuda bilgi edinebileceğiniz bu eğitim kitapçığını hazırladık.

Bu eğitim kitapçığı ile siz gebelerin aşağıdakileri konularda bilgi sahibi olması beklenilmektedir;

- Şeker hastalığı nedir? Türleri nelerdir?
- Gebelik şekeri nedir?
- Gebelik şekeri risk faktörleri nelerdir?
- Gebelik şekerinin anne ve bebeğe etkileri nelerdir?
- Gebelik şekeri tanısı nasıl konulur?
- Sağlıklı bir gebelik için gebelik şekeri olan gebe neler yapmalıdır?

ÖZGEÇMİŞ



Cemile Onat Köroğlu, 1991 yılında Konya/Ereğli'de doğdu. İlkokulu Kazım K[redacted] E[redacted] S[redacted] 20[redacted] A[redacted] ba[redacted] Ü[redacted] ba[redacted] H[redacted] ol[redacted] dışı eğitimlere katılmakta ve yabancı dili İngilizce dir.