

2017

YÜKSEK LİSANS

EBELİK ANABİLİM DALI

Cevriye OCAKTAN



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**İNSÜLİNE BAĞIMLI DİYABETİ OLAN VE
DİYABETİ OLMAYAN KADINLARIN
EMZİRMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE
UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

CEVRİYE OCAKTAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR

AYDIN-2017

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İNSÜLİNE BAĞIMLI DİYABETİ OLAN VE
DİYABETİ OLMAYAN KADINLARIN
EMZİRMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI

CEVRİYE OCAKTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR

AYDIN-2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Cevriye OCAKTAN tarafından hazırlanan “İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamalarının Karşılaştırılması” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

Üye (Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR ADÜ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER ADÜ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT ADÜ

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü eğitim-öğretim ve sınav yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu yönetim kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezime yorumlarıyla katkıda bulunan, akademisyen olmam konusunda beni cesaretlendiren, bu süreçte bana akıl veren, her konuda yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR'a,

Tez komitesinde yer alarak değerli görüşlerini esirgemeyen hocalarım Yrd. Doç. Dr. Sibel ŞEKER ve Yrd. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'A,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm annelere,

Uludağ Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne,

Eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen hocalarım Yrd. Doç. Dr. Selda YÖRÜK, Öğr. Gör. Gonca BURAN, Öğr. Gör. Elif ERKANLI ve arkadaşım Arş. Gör. Ayla İrem AYDIN'a ve ayrıca Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ hocama,

Hayatım boyunca bana emek veren ve eğitim sürecimde desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan çok sevdiğim annem Şükran OCAKTAN, babam Şeref OCAKTAN, kardeşim Av. Sema OCAKTAN ve arkadaşım Vildan IŞIK AYNACI'ya,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Emzirme ve Emzirmenin Önemi	5
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Durumu	7
2.3. Laktasyon Fizyolojisi	8
2.3.1. Mammogenezis Fazı.....	9
2.3.2. Laktogenezis Fazı	10
2.3.3. Galaktopoiezis Fazı	11
2.3.4. İnvölüsyon Fazı	11
2.4. Diyabet	11
2.4.1. Diyabetin Fizyopatolojisi	12
2.4.2. Diyabetin Sınıflandırılması	13
2.4.2.1. Tip 1 Diyabet.....	14
2.4.2.2. Tip 2 Diyabet.....	15

2.4.2.3. Diğer Özgün Diyabet Tipleri.....	16
2.4.2.4. Gestasyonel Diyabet.....	17
2.4.2.4.1. Gebelikte Karbonhidrat Metabolizması.....	17
2.4.2.4.2. Gebeliğin Diyabete Etkisi.....	18
2.5. Diyabet ve Emzirme	18
2.5.1. Diyabetin Yenidoğana Etkisi.....	18
2.5.2. Diyabetin Emzirmeye Etkisi.....	19
2.5.3. Emzirmenin Anne ve Yenidoğan Metabolizmasına Etkisi	20
2.6. Diyabet ve Emzirmede Ebenin Rolü	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri	26
3.5. Araştırmaya Dahil Etme ve Dahil Etmeme Kriterleri	29
3.6. Araştırma Veri Toplama Araçları.....	30
3.6.1. Soru Formu.....	30
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	33
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
3.11. Araştırmanın Güçlükleri	35
4. BULGULAR	36
4.1. Tanıtıcı Özellikler.....	36
4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	36
4.1.2. Obstetrik Özellikler	37

4.1.3. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Diyabete İlişkin Özellikleri	39
4.2. Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamaları	40
4.2.1. Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüşleri	40
4.2.2. Kadınların Emzirmeye İlişkin Uygulamaları	42
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR.....	61
EKLER	71
ÖZGEÇMİŞ.....	83

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Alt-Üst	:	Alt-Üst Değer
AS	:	Anne Sütü
BKİ	:	Beden Kütle İndeksi
CVI	:	Content Validity İndeks (İçerik Geçerlik İndeksi)
DM	:	Diyabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GDM	:	Gestasyonel Diyabetüs Mellitüs
hPL	:	Human Plasental Laktojen
IDF	:	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
NST	:	Nonstres Test
Ort.	:	Ortalama
SAS	:	Sadece Anne Sütü
SS	:	Standart Sapma
Tip 1 DM	:	Tip 1 Diyabetes Mellitus
Tip 2 DM	:	Tip 2 Diyabetes Mellitüs
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	:	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
X ²	:	Ki Kare

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Zamanı.....	28
Şekil 2. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Örnekleme Alınma Süreci	29
Şekil 3. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Şekil 4. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınlarda İlk 6 Ay Bebek Beslenmesi	46
Şekil 5. Gruplara Göre Bebek Emzirme Sürelerinin Dağılımı	47
Şekil 6. Gruplara Göre Bebeği Yeterli Süre Emzirme Durumlarının Dağılımı	48
Şekil 7. Gruplara Göre Emzirme Başarı Değerlendirmelerinin Dağılımı	50

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Soru Formu'nun Uzman Görüşüne Göre CVI Değerleri (N=8)	32
Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	36
Tablo 3. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı.....	37
Tablo 4. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	39
Tablo 5. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 6. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	41
Tablo 7. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi	43

EKLER DİZİNİ

EK 1. Soru Formu.....	71
EK.2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u Ön Onayı.....	79
EK 3. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İzin Yazısı	80
EK 4. Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı	81
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u Son Onayı	82



ÖZET

İNSÜLINE BAĞIMLI DİYABETİ OLAN VE DİYABETİ OLMAYAN KADINLARIN EMZİRMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ocaktan C. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2017.

Bu araştırmanın amacı; insüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarını karşılaştırmaktır.

Bu araştırma; karşılaştırılmalı-tanımlayıcı çalışma olarak planlandı. Araştırmanın evrenini, Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin kadın-doğum kliniklerine başvuran, insüline bağımlı diyabeti olan 19 ve diyabeti olmayan 57 kadın oluşturdu. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test (Yates' düzeltilmeli Ki-kare) kullanıldı.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların diyabeti olmayan annelere göre bebeğe ilk yarım saat içinde emzirmeye başlama oranının düşük olduğu (%42.1; %61.4, $p= 0.064$), ilk verilen besin olarak mama verme(%36.8; %19.3; $p=0.398$) oranının yüksek olduğu, altı aydan az emzirme oranının (%26.3; %5.3; $p=0.043$) yüksek olduğu, altı aydan az emzirenlerde süt yetersizliği oranının yüksek (%60; %33.3; $p= 0.043$), emzirmeye ilişkin görüş puanlarının (83.11 ± 10.25 ; 88.89 ± 9.72 ; $p=0.019$) daha düşük olduğu belirlendi.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların emzirmeye geç başladığı ve altı aydan az emzirme oranının yüksek olduğu tespit edildi. İnsülin kullanan kadınların emzirme yönelik eğitim programlarının içinde yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Emzirme, İnsülin, Ebelik Bakımı

ABSTRACT

COMPRASION OF BREASTFEEDING VIEW AND PRACTICES OF INSULIN DEPENDENT DIABETIC AND NON-DIABETIC WOMEN

Ocaktan C. Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Department Master Thesis, Aydın, 2017.

The aim of this study was to compare opinions and practices of women with insulin dependent diabetes and those without insulin dependent diabetes about breastfeeding.

This is a descriptive, comparative study. The study sample included 19 women with insulin dependent diabetes and 57 women without insulin dependent diabetes presenting to maternal and obstetrics clinics of Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (an education and training hospital) and Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (a research and practice center), both of which are state hospitals in Bursa, Turkey. Data were obtained with a questionnaire developed by the researcher in light of the literature. Obtained data were analyzed with descriptive statistics and comparisons between the groups were made with Fisher-Freeman-Halton test, Fisher's Exact test and Yates' Continuity Correction test.

A significantly lower rate of the women with insulin dependent diabetes started breastfeeding in the first 30 minutes of giving birth (42.1% vs. 61.4%, $p=0.064$). A significantly higher rate of the women with insulin dependent diabetes gave formula to their babies as the first food (36.8% vs. 19.3%; $p=0.398$), breastfed their babies for shorter than six months (26.3% vs. 5.3%; $p=0.043$) and got low scores for their opinions about breastfeeding (83.11 ± 10.25 vs. 88.89 ± 9.72 ; $p=0.019$). A significantly higher rate of the women with insulin dependent diabetes breastfeeding for less than six months had insufficient breastmilk (60% vs. 33.3%; $p=0.043$).

Women with insulin dependent diabetes start breastfeeding late and breastfeed their babies for shorter than six months. It can be recommended that breastfeeding among women using insulin should be incorporated into nursing and midwifery curricula.

Key Words: Breastfeeding, Diabetes, İnsülin, Midwifery Care

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, pankreasın yeterli insülin üretmediği ya da vücudun üretilen insülini etkili kullanmadığı kronik bir hastalıktır. İnsülin kan şekerini düzenleyen bir hormondur. Hiperglisemi ya da artan kan şekeri, kontrolsüz diyabetin yaygın bir etkisidir ve özellikle sinir ve kan damarları olmak üzere vücut sistemlerinin çoğunda ciddi hasarlara yol açar (World Health Organization, 1999).

Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association: ADA)'ne göre (2013) diyabet; Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabet olarak sınıflandırılmaktadır. Tip 1 diyabet (önceleri insüline bağımlı, çocukluk ya da çocukluk çağı başlangıcı olarak bilinen) insülin üretim eksikliği ile karakterizedir ve insülinin günlük yönetimini gerektirir. Tip 1 diyabetin sebebi bilinmeyebilir ve şu anki bilgiyle önlenemeyebilir. Semptomlar poliüri, polidipsi, sürekli açlık, kilo kaybı, algı değişiklikleri ve yorgunluğu içerir (Sağlık Bakanlığı, 2011; American Diabetes Association, 2013; World Health Organization, 1999). Tip 2 diyabet (önceleri insüline bağımlı olmayan ya da başlangıcı yetişkinlikte başlayan) insülini vücudun etkisiz kullanımından kaynaklanır. Tip 2 diyabet dünyadaki diyabetli insanların %90'ını içerir ve aşırı kilo alımı ve fiziksel aktivite yetersizliğinin bir sonucudur. Yakınmalar tip 1 diyabetin yakınmalarıyla benzer olabilir. Fakat bu yakınmalar sıklıkla daha az belirgindir. Sonuç olarak, önce komplikasyonlar artmaya başlar ve hastalık başladıktan birkaç yıl sonra da tanı koyulur. Bu zamana kadar, diyabetin bu tipi sadece yetişkinlerde görülürken şimdi çocuklarda da görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011; American Diabetes Association, 2013; World Health Organization, 1999). Gestasyonel diyabet, kan glikoz değerlerinin normalin üzerinde olmasıdır ve ilk kez gebelik sırasında başlar ve gebelik boyunca devam eder. Gestasyonel diyabetli kadınlarda gebelik boyunca ve doğumda komplikasyonların riski ve gelecekte tip 2 diyabet riski artmaktadır. Gestasyonel diyabet, rapor edilen semptomlardan ziyade prenatal taramayla tanımlanır. Gebeliklerin %2-4'ünde GDM (Gestasyonel Diabetes Mellitus) görülmektedir. Yapılan araştırmalara göre, GDM'li annelerde ilerde Tip 2 diyabet görülme oranı %80'dir (Sağlık Bakanlığı, 2011; World Health Organization, 1999).

Dünya'da ve ülkemizde kronik hastalıkların sayısı ve çeşitliliği her geçen gün artmaktadır. Buna paralel olarak gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda yaşam tarzındaki

değişimlerle birlikte nüfus artışı, yaşlanma, obezite, cinsiyet, ırk, beslenme alışkanlıkları, hareket azlığı, sanayileşme gibi nedenlerle diyabet prevalansı da hızlı bir artış göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011; <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?loc=DropDownDB-stats,23.12.2013>; http://www.diabetcemiyeti.org/Bilinmesi_Gerekenler.asp?ID=65,24.10.2013).

Dünya’da 2014 yılı itibari ile erişkin (20-79 yaş) nüfustaki diyabet prevalansının %8.3 olduğu, 2035 yılında bu değer %10.1’e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Farklı ülkeler ve bölgelerdeki diyabet prevalanslarını karşılaştırmak için dünya nüfusunun standart yaş grubu dağılımına göre diyabet prevalansı hesaplamaları yapılarak Diyabet Atlası oluşturulmuştur. Diyabeti olan yetişkin sayısı 415 milyon iken bu sayının 2040’a kadar 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>, 04.06.2017).

Ülkemizde erişkin (20-79 yaş) nüfustaki diyabet hastalarının sayısı 1998 yılında 2,5 milyon kişiye iken 2013 yılında ise 7 milyon kişiye ulaşmıştır. Türkiye’de yaklaşık 3,7 milyon kişide bozulmuş glikoz toleransı vardır. Uluslararası Diyabet Federasyonu’nun tahminlerine göre Türkiye’de diyabetli bireylerin sayısı 2035 yılı itibariyle yaklaşık 12 milyona ulaşacaktır (<https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>, 04.06.2017).

Yapılan bu araştırmalar Türkiye’de diyabet prevalansında önemli bir artış olduğunu göstermekte ve bu artış doğurganlık çağındaki kadınlara da yansımaktadır. Dolayısıyla emziren diyabetli annelerin oranı artmakta, fakat bu konuda yapılmış yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır (Soltani ve ark, 2008; Soltani ve Arden, 2009; Üstün, 2013; Cordero ve ark 2014).

Diyabetik kadınlarda gecikmiş laktogenezis, müdahaleli doğumlar, enfeksiyonların artışı emzirme kapasitesinin azalmasında önde gelen faktörler olarak düşünülmektedir (Soltani ve ark, 2008). Diyabeti olan kadınlarda emzirme genellikle tercih edilmesine rağmen yapılan klinik araştırmalar bu popülasyonda emzirmeye ilişkin sorunların bulunduğunu belirtmektedir. Diyabeti olan kadınlarda, Laktogenezis II’nin (laktasyonun devamı) yaklaşık iki saat geciktiği belirtilmektedir. Bu durum; kadınlarda laktasyonun ve emzirmenin geç başlamasına, yenidoğanda ise hipoglisemi riskinin artmasına neden olmaktadır (Matias ve ark, 2014; Soltani ve ark, 2008; Üstün ve Aluş Tokat, 2011).

İnsülin meme bezi hücrelerinin membranlarındaki insüline özgü reseptörlere bağlanarak bu hücrelere glikoz girişini artırır. İnsülin eksikliğinde; bu hücrelerde enerji kaynağı olarak kullanılan glikozun hücreye girişi azalır ve kanda glikoz seviyesi yükselir. İnsülin miktarının dengesiz olması laktasyonun başlamasını (laktogenezis I) ve devamını (laktogenezis II) olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Laktogenezis I'in başlayabilmesi için; prolaktin hormonunun yanısıra insülin ve hidrokortizon hormonu, laktogenezis II'in başlaması için; prolaktin, büyüme hormonu, insülin ve kortizolün yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Laktogenezisin gerçekleşebilmesi için alveolar hücrelerin yüzeyinde insülin reseptörlerinde yeterli insülin bulunması gerekir. Bu nedenle hiperglisemi gibi insülin direnci gelişen durumlarda laktogenezis olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hiperglisemi durumunda norepinefrin hormonu salgılanmakta, norepinefrin periferik vasküler direnci arttırmakta, insüline duyarlı dokulara giden kan akımı azalmaktadır. Süt yapımı loblara giden kan akımının azalması sonucu olumsuz etkilenmekte ve azalmaktadır (Schwarz, 2010; Soltani ve Arden, 2009; Stuebe ve ark, 2009; Üstün ve Aluş Tokat,2011).

Stuebe ve ark (2009)'nın yaptığı sistematik derlemeye göre Kjos ve ark gestasyonel diyabet tanısı alan Latin 809 kadında glikoz toleransı çalışıldı. Postpartum dört ve 12 haftalarda yapılan ölçümlerde emziren kadınlar biberonla besleyen kadınlardan glikoz toleransı ve daha düşük açlık kan şekeri gelişti. Bu da emzirmenin kadınların kan glukozunu düzenlediğini açıklamaktadır.

Gestasyonel diyabetli (GDM) kadınların emzirme oranı daha düşüktür (Matias, 2013) ve diyabeti olmayan kadınlara göre daha kısa süre emzirirler (Chertok ve ark, 2009; Soltani ve Arden, 2009). Yine de emziren GDM'li kadınlar doğumdan sonraki ilk üç ay yağ ve şeker metabolizması üzerine tolerans geliştirirler. Emzirmenin doğum sonrası kan şekeri üzerinde sadece kısa dönem etkisi olmayabileceğini aynı zamanda GDM'li kadınlar arasında uzun süreli tip 2 diyabet gelişimini erteleyebileceği öne sürülmektedir (Ziegler ve ark, 2012).

Soltani ve Arden (2009)'in postpartum ilk altı ay boyunca diyabetli annelerde emzirmeyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmasında diyabetli annelerde erken postpartum dönemde emzirmeye başlama oranı yüksek iken, altıncı ayın sonuna gelindiğinde emzirmenin önemli oranda düştüğü görülmektedir.

Emzirme, farklı popülasyonda farklı sıklıkla uygulanmakta ve birçok ülkede emzirme sıklığı ve süresinin artırılması amaçlanmaktadır. Emzirilmeyen diyabetli kadınların

çocuklarında, neonatal hastalık ve kan glikoz değerlerindeki değişkenlikler nedeniyle emzirme süresi azalabilmektedir (Finkelstein ve ark, 2013). Diyabetli kadınların emzirme alışkanlıklarıyla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Yapılan araştırma verileri Türkiye’de diyabet prevalansında önemli bir artış olduğunu göstermektedir (<https://www.idf.org/e-library/welcome.html>, 04.07.2017). Bu artış aynı zamanda doğurganlık çağındaki kadınlara yansımaktadır. Buna paralel olarak emziren diyabetli kadınların da oranı artmaktadır. Bu nedenle annedeki diyabetin emzirmeyi etkileyebileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, insüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarını karşılaştırmaktır.

1.3. Araştırma Soruları

1. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüşleri nelerdir?
2. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye yönelik ilişkin uygulamaları nelerdir?

3. GENEL BİLGİLER

2.1. Emzirme ve Emzirmenin Önemi

Emzirme, en yalın ifadeyle anne sütünün bebeğe transferi anlamına gelmektedir. Anne sütünün bebeğe verilmesi için kullanılan farklı yöntemler vardır. Bu yöntemlerden birisi olan en doğal yöntem ise emzirmedir. Yani emzirme anne sütünün bebeğe verilme yöntemidir. Dünyaya gelen her yeni canlı için emzirme, en iyi başlangıçtır. Emzirme, aynı zamanda anne ve bebeğin temasını sağlayan ortak noktadır. Emzirme, bir bebeğin hayatına en iyi şekilde başlaması için atacağı ilk adımdır.

Eski Mısır'da papirüs yapraklarında M.Ö. 1500'lü yıllarda önerilen emzirme süresi üç yıldır. Babiller baş tanrıçaları İştâr'ı bebeğini emzirirken tasvir ederek anne sütünün önemini vurgulamışlardır. Yakut Türkleri analık tanrıçası Ayzıt'ın bebeğine süt damlatarak can verdiğine inanmaktaydılar (Samur, 2008).

Yaşamın ilk altı ayında bebeklerin emzirilmeleri hemen hemen bütün farklı toplumlarda ve kültürlerde en üstün beslenme şekli olarak benimsenmiştir. Doğal ve en basit beslenme şekli olan emzirmenin öneminin ailelere anlatılması, benimsetilmesi, annenin emzirme konusunda desteklenmesi bebeğin sağlığını olumlu etkilemesi açısından oldukça önem taşımaktadır (Ratfisch, 2012; Dinçtürk,2006).

UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)'in belirttiğine göre; anne sütü (AS) ile beslenmeyen bebeklerdeki ölüm oranları, AS ile beslenen bebeklere göre 4-6 kat daha fazladır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) araştırma sonuçlarına göre emzirme oranları yüksek olsaydı yılda 1.5 milyon bebeğin hayatı kurtulacaktı. Türkiye'de de binlerce bebek ilk altı ay sadece AS ile beslenerek yaşama bağlanabilir (<http://www.unicef.org/turkey/pc/mc20.html>, 14.10.2013).

Birleşmiş Milletler genel kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde onaylanan "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme"nin 24/2-e maddesi: Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle: "Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, AS ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına

yardımcı olunması” amacıyla uygun önlemleri alırlar demektir (http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23b.html, 05.06.2017).

Barselona Deklerasyonu’nda yer alan Anne Hakları’nın 10. maddesi “**Bütün kadınlar emzirmenin yararları ile ilgili bilgilendirilme ve doğumdan hemen sonra emzirmeye başlamak için özendirilme hakkına sahiptir. Ancak bütün kadınlar sosyal ya da kültürel olarak ön yargı ile karşı karşıya kalmaksızın istediği süt verme biçimini özgürce seçme hakkına sahiptir.**” demektir (Atasay ve Arslan, 2001).

Barselona Deklerasyonu’nda yer alan Yenidoğan Hakları’nın 7. Maddesi ise; “**Her yenidoğan büyümesini garanti altına alacak doğru beslenme hakkına sahiptir. Annenin süt vermesi kolaylaştırılmalı ve desteklenmelidir. Anneye ait kişisel, fiziksel ya da psikolojik nedenlerle AS verilmesinin mümkün olmadığı durumlarda doğru, yapay beslenme sağlanmalıdır.**” demektir (Atasay ve Arslan, 2001). Anne ve Yenidoğan Hakları’nda da emzirmenin öneminde açıkça söz edilmektedir.

DSÖ ve UNICEF, her bebeğin doğumdan itibaren altı aya kadar yalnızca emzirilmesini, bundan sonra da ek besinlerle birlikte en az iki yaşına kadar emzirmenin devam ettirilmesini önermektedirler (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2017; Gökçay, 2008; <http://www.unicef.org/turkey/pc/mc20.html>, 14.10.2013). Emzirme, anne sağlığının korunmasında etkin rol oynar. Çünkü emzirme; memedeki sütün tam olarak boşaltılmasını sağlar ve memede süt yapımını kolaylaştırır, uterusun involüsyonunu, doğum sonu kanamasının çabuk kesilmesini ve yeni bir gebeliğin gecikmesini sağlar, over, endometrium ve meme kanserine yakalanma riskini azaltır, ileride ortaya çıkacak osteoporozdan korur, kilo vermeyi kolaylaştırır, anne-bebek ilişkisinin kurulmasını ve güçlenmesini sağlar, annelik duygusunun gelişmesine yardımcı olur, doğal bir sakinleştirici rolüne sahiptir ve strese karşı tolerans gelişmesini sağlar, süt üretimini olumlu yönde etkiler ve annenin kendine olan güvenini artırır. Emzirme, annelerin bebeklerine daha şefkatli davranmalarına yardımcı olur. Ayrıca emzirme annelerin, bebeklerinin bakımı, gece beslenmesi ve onları çok meşgul ettiği konusunda yakınmalarını önler. Emziren annelerin diğer annelere göre çocuklarını terk etme ya da ihmal etme olasılığı daha azdır (http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/11-%20emzirme_danismanligi_el_kitabi.pdf, 2017; Taşkın, 2016).

Emzirme, bebek sağlığının korunmasında da etkin rol oynar. Çünkü emzirme; anne-bebek ilişkisinin kurulmasını ve güçlenmesini sağlar, anne-bebek arasındaki ten tene temas hormonal tepkileri uyarır ve süt miktarının artmasına yardımcı olur, mekanik emzirme ve sık emme-yutma eşğüdümüyle östaki borusu içine süt akışını azaltır ve bebekte otitis mediayı önler, bebekte göz-el koordinasyonunun oluşumuna yardımcı olur, ani bebek ölümleri sendromu riskini azalttığı bilinmektedir, bebeklerde kontaminasyona bağlı gelişebilecek birçok hastalıkların (enfeksiyonel hastalıkları, diare gibi) oluşmasını önler, bebek biberon emziğini emmek için gerekenden daha hareketli bir şekilde emeceği için emzirilen bebeklerin çene, damak ve diş gelişimi daha iyidir, emzirme sırasında bebekler anne memesinden sütü boşaltmada aspirasyon gücünü oluşturmak için enerji harcar ve yorgun düşer, böylece uykuya eğilimleri artar ve emzirme sakinleştirici bir etki yapar. Bu nedenle emzirme, anne ve bebek sağlığının korunması açısından önemlidir (http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/11-%20emzirme_danismanligi_el_kitabi.pdf, 2017; Taşkın, 2016).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Emzirme Durumu

DSÖ ve UNICEF, her bebeğin doğumdan itibaren altı ayliğa kadar yalnızca emzirilmesini, bundan sonra da ek besinlerle birlikte en az iki yaşına kadar emzirmenin devam ettirilmesini önermektedirler (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2017; Gökçay, 2008; UNICEF, 2003). Dünya’daki erken emzirme oranı %42, ilk altı ay AS alma oranı %39, altıncı ayda ek besine başlama oranı %59, 24 ay emzirme oranları %57, az gelişmiş ülkelerdeki erken emzirme oranı %51, ilk altı ay AS alma oranı %48, altıncı ayda ek besine başlama oranı %67, 24 ay emzirme oranları %63’dir (http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html, 29.12.2013).

DSÖ’nün 2013 yılı sağlık istatistiklerinde ilk altı ayda emzirme oranı dünyada %36 olarak belirtilmektedir. Aynı raporda bu oran Afrika Bölgesi için %35, Güney Doğu Asya Bölgesinde %47, Avrupa Bölgesinde %27 ve Doğu Akdeniz Bölgesinde %35 olarak belirtilmektedir. Ülkelerin gelir düzeylerine göre ise bu oranlar; düşük gelir düzeyindeki ülkelerde %47, orta gelir düzeyi ve altındaki ülkelerde %38, ve yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde %18 olarak değişmektedir (World Health Statistic, 2013).

Türkiye’de yıllara göre emzirme oranlarına bakıldığında, ilk üç ay yalnızca emzirilen bebeklerin oranı 1993’te %10,3 iken 2008 yılında %42,0 olup dört kat arttığı görülmektedir. İlk altı ay yalnızca emzirilen bebeklerin oranının 1993 yılında %4,3’ten 2008 yılında %23,6’a yükseldiği ancak yıllar içerisinde ilk üç aylık periyoddaki emzirme oranının ilk altı aylık periyoda önemli oranda azaldığı görülmektedir. Bir süre emzirilen çocukların oranı 1993-2003 yılları arasında %95,2 iken 2008 yılında %96,7’dir (Kurtuluş Yiğit ve ark, 2008).

Malatya’da üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada bebeklerin sadece AS ile beslenme oranları birinci ayda %65,3, dördüncü ayda %60,0, altıncı ayda ise %28,0’dır (Kaya ve Pirinçci, 2009). Benzer şekilde Samsun’da üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada sadece AS ile beslenme oranı, dört aydan önce %33,0, dört-altı ayda ise %3,7’dir (Tunçel ve ark, 2006). Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi araştırmasına göre; ilk dört ay sadece AS alma oranı %17,7’dir (Gölbaşı ve Koç, 2008).

Ülke genelinde yapılan çalışmalarda da AS ile beslenme oranları yüksek görünmekle birlikte ilk altı ayda sadece AS alma oranlarının düştüğü görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine benzer olarak ülkemizde yapılan pek çok çalışmada, AS ile beslenme oranları istenilen düzeyde değildir (Kurtuluş Yiğit ve ark, 2008).

Emzirme Türkiye’de yaygın olmasına rağmen, çocuklarda sadece anne sütü (SAS) ile beslenme TNSA-2008’de %42 iken, TNSA 2013’te %30’a düşmüştür; dolayısıyla SAS ile beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Buna rağmen, doğumdan sonraki ilk saatte ve ilk günde emzirme TNSA-2013’te (sırasıyla %50 ve %70) TNSA-2008’dekinden (sırasıyla %39 ve %73) daha yaygındır. Bebek maması ve diğer sıvılara erken başlama pratiklerine sıkça rastlanmıştır ve biberon ile besleme de yaygın bir biçimde tercih edilmektedir. TNSA-2013’te bebeklerin %12’si altıncı aydan önce ek gıda alırken, bu oran TNSA-2008’de %8’dir. Emzirmenin yaygınlaştırılması konusunda uygulanacak politikalar gelecekte de sürdürülmelidir (Akadlı Ergöçmen ve ark, 2013).

2.3. Laktasyon Fizyolojisi

Gebelik sırasında salgılanan hormonlar; süt kanalları ve süt bezlerinin/alveollerin gelişimini destekler. Gebeliğin ikinci yarısında, süt üretimini başlatan prolaktin hormonu salgılanmaya başlar. Bebek doğduğunda, sütün gelişini bebeğin emişi belirleyeceği için,

doğumdan sonraki yarım saat içinde bebeğin emzirilmeye başlanması gerekmektedir (Akkuzu, 2016; Eryılmaz, 2008) .

Doğumdan sonra plazma östrojen, progesteron ve plasental laktojen hormon düzeyleri düşmeden laktasyon başlamaz. Hipofiz ön lob hormonlarından prolaktin bebeğin emmeye başlamasıyla kana karışır. Bebek ne kadar fazla emerse o kadar fazla süt yapımı olur. Laktasyon fizyolojisinde 4 aşama gerekir:

1. Mammogenezis: Meme gelişimi ve büyümesi,

2. Laktogenezis: Süt sekresyonunun başlaması,

3. Galaktopoezis: Süt sekresyonunun devamı,

4. İnvölüsyon: Süt salgısının azalarak durması

(Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008; Peker Gürel, 2009; Akkuzu, 2016).

2.3.1. Mammogenezis Fazı

Mammogenez; meme başı, kanalların ve alveollerin genişleyerek fonksiyonel duruma gelmesidir. Gebeliğin oluşmasından sonra memede bir dizi değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik sürecinde plasentadan salgılanan ve meme gelişimini stimule eden hormonlar, meme dokusunu laktasyona hazırlamakta ve memelerde süt sentezleyebilme yeteneği başlamaktadır. Gebelikte meydana gelen bu değişikliklerden sorumlu olan hormonlar; human plasental laktojenik (hPL) hormon, prolaktin, östrojen, progesteron, human koryonik gonadotropin hormon (hCG) insülin ve kortizol'dür. Gebelikle birlikte plasentadan giderek artan miktarda salgılanan estrojen, progesteron ve hPL hormonun etkisiyle, meme dokusu laktasyon dönemine hazırlanır. Estrojen kanalların, progesteron lobüllerin gelişiminden, prolaktin lobüler, alveolar ve kanal gelişiminden sorumludur (Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008).

Gebeliğin ikinci ayında estrojenin etkisiyle areola ve meme başı büyümeye başlar, montgomery tüberkülleri daha belirgin hale gelir, areola ve meme başı koyulaşır, meme başı koyulaşır ve dikleşir. Progesteronun etkisiyle hiperemi, alveollerde hipertrofi meydana gelir, epitel hücreleri salgı faaliyetine hazırlanır. Gebeliğin 2. trimesterinde hPL hormonu,

kolostrum sekresyonunu stimüle eder ve meme ve alveolar büyümei sağlar. Gebelikte memelerin boyutundaki artış her kadında farklı olmaktadır. Meme boyutundaki büyüme ile emzirme kapasitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Doğuma yakın memelere olan kan akımı yaklaşık iki katına çıkar. Kanalların, alveollerin dilatasyonu ve kısmen kolostrum ile dolmaları, bağ dokusu ve myoepitelyal hücrelerde hipertofi, deri altı yağ dokusunda artma, sıvı-elektrolit tutulumu sonucu memelerin hacminde artış olmaktadır. Östrojen hormonu, sıvı retansiyonuna ve yağ dokusunda artmaya neden olmaktadır. Artan sıvı retansiyonu ve yağ dokusundaki artış meme dokusunda büyümeye neden olur ve ağırlaşır. Gebelikte meme uçlarının çevresindeki, areola adı verilen bölgenin rengi koyulaşır ve genişler. Alveollerin olgunlaşmasında hPL, prolaktin ve progesteron hormonları sorumludur (Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008).

2.3.2. Laktogenezis Fazı

Laktogenezis fazı; laktogenezis-I ve laktogenezis-II olmak üzere iki fazdan oluşmaktadır. Laktogenezis I fazı, gebeliğin 12. haftasından itibaren başlar ve doğumdan sonra ikinci haftanın başlangıcına kadar devam eder. Laktogenezis I fazında az miktarda kolostrum salgılanır ve kolostrumun salgılanması postpartum ikinci güne kadar sürer. Laktogenezis II fazı, plasentanın doğmasından sonra progesteron ve östrojen hormonlarının hızlı bir şekilde düşmesi sonucunda postpartum 3-9.günler arasında devam eder. Prolaktin salgısı bazı annelerde doğumdan hemen sonra, bazı annelerde ise postpartum dördüncü günden itibaren salgılanmaya başlar. Tip 1 diyabeti olan annede ilk 24 saat içerisinde süt yapımı gecikebilir. Annenin kendi gereksinimi olan glukoz miktarı ile laktasyonun başlaması için gerekli olan glukozu düzenlemede insülin düzeyinde geçici bir dengesizlik görülebilir. Diyabetik annelerin doğumdan sonraki ilk üç gün bebeklerini 24 saat içinde 12-14 kez emzirmeleri önerilerek bu geçici durumu düzenlemede yardımcı olunmalıdır. Tip 1 diyabetik anneler emziriyorsa ara öğünleri düzenlenmelidir. Gebelik sırasında insülin kullanmaya başlamış olan Tip 2 diyabetik annelerin karbonhidrat metabolizması doğumdan sonra, gebelik öncesine benzer biçimde diyetle ya da oral antidiyabetik ilaçlar ile idame edilmektedir. Ancak anne emziriyorsa oral antidiyabetik ilaçlar AS'ne geçtiği için insülin kullanılmalıdır. Çünkü insülin AS'ne geçmemektedir (Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008; Tanır, 2006; Akkuzu, 2016).

2.3.3. Galaktopoiezis Fazı

Postpartum 10. günden itibaren matür süt üretiminin başladığı fazdır. Postpartum 10. günde prolaktin seviyesi en yüksek düzeydedir. Laktasyon denilen bu dönemde matür süt yapımı gerçekleşmektedir. Laktasyon süresince prolaktin seviyesi normal sınırların üstünde yer alır. Doğumdan sonra yaklaşık 10. Günde başlayan bu devrede süt yapımında endokrin kontrolden otokrin kontrol ile üretime geçiş vardır. Annenin bebeğini yeterli ve etkili emzirmesi otokrin kontrolü sağlar (Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008; Akkuzu, 2016).

2.3.4. İnvölüsyon Fazı

İnvölüsyon fazı; son emzirme ile yaklaşık 40 gün sonrasında ki süreci kapsamaktadır ve üç aylık süreden daha uzun sürebilir. İnvölüsyonda, süt üretiminin azalması, laktasyonun durması ve meme büyüklüğünde azalma meydana gelir (Aluş Tokat, 2009; Eryılmaz, 2008; Akkuzu, 2016).

2.4. Diyabet

Diyabet veya Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin eksikliğindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, yaşam boyu tıbbi bakım gerektiren, akut ve kronik komplikasyonların eşlik ettiği bir metabolizma bozukluğudur (Sağlık Bakanlığı, 2011; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016; Amerikan Diabetes Assosation, 2013; International Diabetes Federation, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre DM, insülin sekresyonundaki ve/veya insülin etkisindeki bozukluğa bağlı olarak oluşan hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat, lipid ve protein metabolizmasında bozukluklar ile seyreden bir grup metabolik hastalıktır (WHO, 1999). Başka bir tanıma göre; DM, hiperglisemi, dislipidemi, glikozüri ve bunlara eşlik eden birçok klinik ve biyokimyasal bulgu ile seyreden sistemik kronik bir metabolizma hastalığıdır. Yaygın bir hastalık olan DM'da akut metabolik komplikasyonlarının yanı sıra,

uzun dönemde vasküler, renal, retinal ya da nöropatik bozukluklara yol açan, morbidite ve erken mortalite riski yüksektir (Gürler, 2009).

Diabetes eski Yunanca'da "sifon" anlamına gelir ve aşırı idrar yapımını anlatır. Mellitus ise yine Yunanca'da "bal" anlamına gelen "mel" kelimesinden geliştirilmiştir (Gürler, 2009). Milattan önce 400 yılında eski Hint hekimleri, bu hastaların idrarlarına karınca ve sineklerin üşüşüğünü görerek idrarın tatlı olduğundan şüphelenmişler ve bu hastalığa tatlı idrar anlamına gelen "madhumeh" adını vermişlerdir (Akboğa, 2009; Gürler, 2009).

Milattan sonra dokuzuncu yüzyılda islam hekimi Razi ve 10-11. yüzyıl islam hekimi İbn-i Sina, bu hastaların idrarının tatlı olduğundan ve susuzluk hissinden söz etmişler, 18. yüzyılda William Cullen, "diabetes" kelimesinin yanına, tatlı veya ballı, anlamına gelen "Mellitus" kelimesi eklenmiş, 1815'de Chevreul, idrardaki bu şekerin "glikoz" olduğunu açıklamış, 19. yüzyılda Claude Bernard, glikozun karaciğerde glikojen olarak depolandığını tespit etmiş, 1869'da Paul Langerhans, pankreastaki adacık hücrelerini tanımlamış, 19. yüzyılın sonlarında Kussmaul, komanın klinik belirtilerini tanımlamış ve "asidoz" terimini yerleştirmiş, 1889'da Oskar Minkowski, DM'den sorumlu organın pankreas olduğunu kanıtlamış, 1921'de Banting ve Best, insülini keşfetmiş, 1936'da Kimmelstiel ve Wilson, "diabetik nefropati" tablosunu tanımlamış, 1955'de oral antidiabetik ilaçlar (tolbutamid), diabet tedavisi için kullanılmaya başlanmıştır, 1973'de Danimarka'da Nova ve Leo firmaları saflaştırılmış ve antikor oluşturmeyen insülin tiplerini geliştirmiş ve günümüzde "Recombinant DNA" teknolojisi ile tamamen sentez ürünü olan insan insülini üretilmeye başlamıştır (Akboğa, 2009; Gürler, 2009).

2.4.1. Diyabetin Fizyopatolojisi

Diyabetüs mellitus, hiperglisemi ile karakterize bir hastalıktır. Hiperglisemi ise insülin aktivitesinin fonksiyonel eksikliğine bağlı gelişen bir patolojidir. İnsülin yeterli olmadığı zaman glikozun hücrelere yeterli miktarda taşınmasını önler ve kanda anormal miktarda glikoz birikir. Hücre açıklığından dolayı, vücut enerji ihtiyacını karşılamak için proteinleri (glikogenezis) ve yağları (ketogenezis) kullanmaya başlar. Proteinlerin yıkılması ile idrarda nitrojen, kanda aminoasit görülür ve negatif nitrojen dengesi ortaya çıkar. Bu da sodyum ve potasyum kaybına yol açar. Yağların yıkılması ile kanda ve idrarda keton görülür ve bu tabloya diyabetik ketoasidoz denir. Kadının tampon sistemi bu durumu kompanse

edemezse bu da metabolik asidoza yol açar. Kandaki aşırı glikoz ve keton cisimlerindeki artış ozmotik güç oluşturarak suyun hücrelerden kana çekilmesine ve sıvı elektrolit kaybı ile ozmotik diürece yol açar. Sonuçta volüm kaybı ve sellüler dehidratasyon görülür. Kanda yüksek konsantrasyonda olan glikoz, idrara da geçerek glukozüri ortaya çıkar. İdrardaki glikozun ozmatik etkisi, suyun böbrek tübüllerinden reabsorbsiyonunu önler ve ekstrasellüler dehidratasyon görülür (Taşkın, 2016; Çoban, 2008; Gilbert ve Harmon, 2002).

Glikozun ozmotik aktivitesi nedeni ile renal tübüllerden suyun reabsorbe olamaması nedeniyle “sık idrara çıkma” (poliüri), poliüriden kaynaklanan dehidratasyon nedeniyle “aşırı susama” (polidipsi), hücrelerin kan glikozunu kullanmadaki yetersizliği nedeniyle “aşırı acıkma” (polifaji), glikoz hücre içine girip kullanılmayınca yağ ve kas dokularının enerji için yıkılması nedeniyle “kilo kaybı” ortaya çıkar. İnsüline bağımlı ya da tip 1 diyabette daha sık görülür (Taşkın, 2016; Çoban, 2008).

2.4.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet ve glukoz metabolizması bozukluklarının tanı ve sınıflamasında son 10 yılda değişiklikler yapılmış ve Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association: ADA) 1997 yılında, yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayınlamış, 1999’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu kriterleri küçük revizyonlarla kabul etmiş, 2003 yılında, bozulmuş açlık glukozu tanısı için ADA tarafından küçük bir revizyon yapılmış, DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından 2006 yılı sonlarında yayınlanan raporda 1999 kriterlerinin korunması benimsenmiştir. ADA’ya göre Diabetes Mellitus’un etyolojik sınıflandırması aşağıda verilmektedir:

1. Tip 1 DM (Genellikle mutlak insülin noksanlığına sebep olan beta hücre yıkımı vardır)
 - a. Bağışıklık yanıtına bağlı diyabet
 - b. Nedeni bilinmeyen
2. Tip 2 DM (İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterizedir)

3. GDM (Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet)

4. Diğer Özgün tipler

a. β - hücre fonksiyonlarının genetik defekti (monogenik diyabet formları)

b. İnsülin etki mekanizmasına ilişkin genetik bozukluklar

c. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları

d. Endokrin sistem bozuklukları (Endokrinopatiler)

e. İlaç ya da kimyasal maddelere bağlı diyabet

f. İmmun aracılıklı nadir diyabet

g. Diyabetle ilişkili olabilen genetik sendromlar

h. Enfeksiyonlar

ADA'nın yaptığı diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan üçü (Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet ve GDM) primer, diğeri (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir.

2.4.2.1. Tip 1 Diyabet

İnsuline bağımlı diyabet veya genç/juvenil tip diabet olarak da isimlendirilen Tip 1 DM bağışıklık yanıtına bağlı diyabettir. Tip 1 DM, çocukluk yaş grubunda sık görülen T-hücrelerinin aracılık ettiği, insülin üretiminde görev alan pankreasın beta hücrelerinin süregelen otoimmün veya otoimmün dışı nedenlerle harap olması sonucu gelişen, insülopeni ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Duyarlı bireylerde T ve B hücrelerinin aracılık ettiği immün sistemin anormal aktivasyonu sonucu gelişen bir insulitis tablosudur. Klinik bulgular, immünolojik bozuklukların ortaya çıkışından aylar-yıllar süren bir prodromal dönemi takiben ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir yaş grubunda görülmekle beraber en sık görüldüğü yaş grubu 7–15 yaşlarıdır. Diyabet hastalarının %5-10'u Tip 1 diyabetlidir Otoimmunitenin varlığına göre tip 1a ve tip 1b olarak ikiye ayrılmaktadır (Abacı ve ark, 2007; ADA, 2013; WHO, 2002; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tip 1A diyabet; virüsler, toksinler emosyonel stres gibi çevresel faktörlerden, genetik yatkınlığı olan kişilerde otoimmüniteden etkilenir ve ilerleyici beta hücreleri hasarı başlar. Beta hücre rezervi %80-90 oranında azaldığı zaman klinik diyabet semptomları ortaya çıkar. Tip 1A diyabette başlangıçta kanda adacık otoantikörleri bulunur (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2013).

Tip 1B diyabet; otoimmünite dışındaki nedenlerden etkilenir ve buna bağlı mutlak insülin eksikliği sonucu gelişir. Tip 1B diyabette kanda adacık otoantikörleri bulunmaz (Abacı ve ark, 2007; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016).

Tip 1 diyabet genellikle 30 yaşından önce başlar, okul öncesi (6 yaş civarı), puberte (13 yaş civarı) ve geç adölesan (20 yaş civarı) olmak üzere üç ayrı dönemde pik yapar ve diyabetik ketoasidoza yatkındır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016).

Tip 1 diyabette; hiperglisemi, ketonüri, düşük ya da tanımlanamayan serum insulin ve peptid C seviyesi, pankreas beta hücrelerine karşı insulin üretimi, ağız kuruluğu, çok su içme, sık idrara çıkma, sürekli açlık hissi, kilo kaybı, bulanık görme, yorgunluk ve halsizlik bulguları ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016).

Hastalar genellikle normal kilodadır ve son yıllarda fenotip açısından Tip 2 diyabete benzeyen kilolu/ obez kişilerde görülen “Duble diyabet”, “Hibrid diyabet” veya “Tip 3 diyabet” olarak adlandırılan Tip 1 diyabet formu da tanımlanmıştır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016).

2.4.2.2. Tip 2 Diyabet

İnsüline bağımlı olmayan diyabet veya erişkin diyabet olarak da isimlendirilen Tip 2 DM diyabetin en sık görülen ve nedeni bilinmeyen tipidir. Tüm dünyada tanı konulan diyabet vakalarının %90'dan fazlasını Tip 2 diyabet oluşturmaktadır (Silbernagl ve Lang, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tip 2 diyabette genetik yatkınlık Tip 1 diyabetten daha fazladır. Tip 2 DM'a neden olan özel moleküler bozukluklar halen bilinmemektedir. Bu hastalığın heterojen ve poligenik olmasından kaynaklanmaktadır. Tip 2 DM, uzun süreli insülin direnci üzerine eklenen ilerleyici beta hücre yetmezliği sonucunda gelişir. İnsülin salınması normal hatta artmış

olmasına karşın hedef organların insüline duyarlılığı azalmıştır. İnsülin direnci sendromu; santral obezite, hipertansiyon, dislipidemi, hiperinsülinemi, plazminojen aktivatör inhibitör faktör 1 (PA-1) artışını içeren ve büyük damarlarda hastalık gelişme riskini artıran bir metabolik anormallik grubu ile birlikte bulunur (Aktunç ve ark, 2002; Karataş, 2006; Silbernagl ve Lang, 2011).

Tip 2 diyabet çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkmakta, son yıllarda çocukluk veya adölesan dönemde obezitenin artışı sonucu olarak tip 2 diyabet vakaları artmaktadır. Ailedeki genetik yatkınlık arttıkça gelecek kuşaklarda diyabet riski artmakta ve diyabet daha erken yaşta görülmektedir. Pek çok hastada semptom yoktur ve hastalığın seyri sessizdir. Hastaların çoğu bulanık görme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme nedeniyle başvurmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2016).

2.4.2.3. Diğer Özgün Diyabet Tipleri

Nadir diyabet formlarıdır. Diyabetlilerin %1'den azını oluştururlar. Beta hücre fonksiyonlarının bozulmasına bağlı genetik defektler (örneğin MODY gibi), gençlerde görülen erişkin tip monogenik diyabet formları, insülin etkilerinde bozulmaya yol açan nadir genetik defektler (örneğin tip A insülin direnci sendromu), ekzokrin pankreas hastalıkları (pankreatit, pankreatektomi, kanser, kistik fibroz), endokrinopatiler (akromegali, **Cushing** sendromu, glukagonoma, feokromositoma, hipertiroidi, somatostatinoma, aldosteronoma), ilaç ve kimyasal ajanlara bağlı gelişen diyabetler (pentamidin, nikotinik asid, glukokortikoidler, tiroid hormonu, diazoksid, β -adrenerjik agonistler, tiyazidler, fenitoin, α -interferon), enfeksiyonlar (örneğin konjenital rubella, sitomegalovirus), immun kaynaklı nadir diyabet formları (Stiff-man sendromu, anti-insülin reseptör antikoları) ve diyabetle birlikte görülebilen bazı genetik sendromlar (Down sendromu, Klinefelter sendromu, Turner sendromu, Wolfram sendromu, Friedreich ataksisi, Huntington koresi, Laurence-Moon-Biedl sendromu, miyotonik distrofi, porfiriya, Prader- willi sendromu, Alström sendromu) bu tip diyabete yol açar (Sağlık Bakanlığı, 2011; ADA,2013).

2.4.2.4. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel diabetes mellitus ilk kez gebelik sırasında başlamış veya saptanmış olan çeşitli derecelerdeki karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanır. Tüm Dünya'da ve ülkemizde GDM oranı artmaktadır. Gebeliklerin %2-4'ünde GDM görülmektedir. Artan beden kitle indeksi ve ileri anne yaşı bilinen risk faktörleridir. GDM'li annelerde ilerde Tip 2 diyabet görülme oranı % 80'dir (Akboğa, 2009; Kutay ve ark, 2013; Thompson ve ark, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.4.2.4.1. Gebelikte Karbonhidrat Metabolizması

Yağ metabolizması, protein ve karbonhidrat metabolizmasında değişiklikler tüm gebeliklerde görülür. Gebeliğin 1. trimesterinde, östrojen, progesteron ve diğer hormon seviyelerinin artması pankreasın beta hücrelerinde hiperplaziye ve insülin üretiminin artmasına ve glikoz kullanımını hızlandırarak açlık kan glikoz düzeyinin azalmasına neden olur. Açlığın artması ve karbonhidratın yağa dönüşmesi hızlı değişimin olduğunu göstermektedir. Gebeliğin 2. trimesterinde human plasental laktojen (hPL), progesteron, prolaktin, kortizol fetüsa gerekli glikozu sağlamak için insülin gereksinimini azaltırlar. İnsüline rezistans artar ve glikoz toleransı azalır. Gebelikte, kanda yeterli insülin hormonu olmaması, buna karşın glikoz gereksiniminin artması nedeniyle katabolik bir durumla sonuçlanır. Anne dolaşımında artan aminoasit ve glikozlar fetüsa yöneleceği için açlık metabolize olması, gebe olmayan bir kişiye göre daha hızlı olur. Bu durum hızlandırılmış açlık olarak sınıflandırılır. Gebelikte normal açlık glukozu düşük, keton cisimcikleri ve serbest yağ asitleri yüksektir. Bunun sonucu idrarda keton cisimleri bulunur (Çoban, 2008; Taşkın, 2016; Şen, 2011; www.turkdiab.org, 24.10.2013; Thompson ve ark, 2013).

Büyüyen fetüsün metabolizma üzerinde yaptığı baskı nedeniyle glikoz üretimi ve kullanımı arasındaki hassas denge kolayca bozulur. Pankreas gebeliğin ek talebini karşılayamaz ve gebeliğin diyabetojenik etkisi olarak ortaya çıkar. Karbonhidrat metabolizmasında daha önceden varolan asemptomatik bozukluğu gebelik bu bozukluğu artırır. Diyabete eğilim artarak GDM ortaya çıkar. Normal bir gebelikte glikozüri glomerular filtrasyon sonucu ortaya çıkar. Glikozüri görülen kadın aksi kabul edilene kadar diyabetik kabul edilmelidir. Açlık kan şekeri ve glikoz tolerans testi ile kesin tanı konmalıdır (Taşkın, 2016; Çoban, 2008).

2.4.2.4.2. Gebeliğin Diyabete Etkisi

İnsülin gereksinimi ilk trimesterde sıklıkla azalır. Bir insülin antagonisti olan hPL'nin düzeyi düşüktür ve fetüsün glikoz gereksinimi minimal düzeydedir. Gebelikte, hPL ve estriolün glikoz toleransını azaltması, plasental insülinaz vb. nedenlerle diyabete eğilim artar ve hiperglisemik bir ortam oluşur. Bu nedenle de gebelikten önceki latent diyabet belirginleşir veya mevcut diyabet kontrol dışına çıkabilir. Ancak bu dönemdeki bulantı ve kusmalar kadının daha az besin tüketmesine neden olur. Bu durum kadının beslenmesinde değişime neden olabilir ve hipoglisemiye yatkınlığı artırır (Şen, 2011).

İkinci trimesterde maternal ve fetal glikoz kullanımı ve glikoz depolanması arttığı için insülin gereksinimi artmaya başlar. Gebelikte, hPL ve estriolün glikoz toleransını azaltması, plasental insülinaz vb. nedenlerle diyabete eğilim artar ve hiperglisemik bir ortam oluşur. Bu nedenle de gebelikten önceki latent diyabet belirginleşir veya mevcut diyabet kontrol dışına çıkabilir (Çoban, 2008; Taşkın, 2016; Şen, 2011).

Gebeliğin sonuna doğru ise plasental matürasyon ve hPL üretiminin sonucu olarak insülin gereksinimi iki hatta dört katına çıkabilir. Doğum eylemi sırasında artan enerji ihtiyacını karşılamak için kullanılan intravenöz glikoz solüsyonunu dengelemede daha fazla insüline gereksinim olabilir. Plasentanın doğumundan sonra hPL'nin maternal dolaşımdan çekilmesi ile insülin gereksinimi hızla düşer (Çoban, 2008; Taşkın, 2016; Şen, 2011).

Diyabetli bir gebede ilk düşünülmesi gereken kan glikoz düzeyinin kontrol altına alınmasıdır. Eğer kan glikoz düzeyi kontrol edilebilir ve sürdürülebilirse gebelikte diyabet genellikle sorun yaratmaz (Çoban, 2008; Taşkın, 2016; Şen, 2011; www.turkdiab.org, 24.10.2013).

2.5. Diyabet ve Emzirme

2.5.1. Diyabetin Yenidoğana Etkisi

Diyabetik anneden doğan bebeklerin pankreası doğumdan sonra yüksek düzeyde insülin salgılamaya devam eder. Bu durum ise yenidoğanda hipoglisemi oluşmasına yol açar (Thompson ve ark, 2013; Aydın Selçuk, 2011; Kaya, 2007).

Diyabeti olan ve olmayan kadınlar arasında AS'ndeki farklılıkların bebeğin aşırı büyümesini ve aşırı kilo almayı etkilemektedir. Diyabeti olan kadınların çocuklarının büyümeleri, doğumdan sonra ve yaşamın ilk iki yılında genellikle yavaştır ve daha sonra hızla kilo alırlar. Çocukluk çağındaki aşırı kilolara karşı korumada, uzun süreli emzirmenin etkili olduğu bildirilmektedir (Aydın Selçuk, 2011; Feig ve ark, 2011; Gunderson, 2007; Kaya, 2007).

Yenidoğanın vücudundaki yağların artışına bağlı olarak total vücut yüzeyi artar. Bunun sonucunda yenidoğanın ısı kontrolü güçleşir. Yağ dokusunun artması yenidoğanda dehidratasyon eğilimini artırır. Dehidratasyona bağlı olarak polisitemi gelişebilir. Yenidoğanda sıvı ve elektrolit dengesini korumak için aldığı çıkardığı mayi takibi ve dehidratasyon olasılığına karşı hemoglobin ve hematokrit düzeyleri izlenmelidir. Diyabetik annelerin bebeklerinde hipokalsemi % 20-30 oranında görülebilir. Erken doğum olmuşsa yenidoğanda prematürelkte surfaktan üretimi için gerekli olan bazı fetal enzimlerin yüksek düzey fetal insülin tarafından baskılanması sonucu yenidoğanda solunum sıkıntısı görülebilir. Polisitemi ve prematürelliğe bağlı hiperbilirubinemi riski artmıştır (Çoban, 2008; Taşkın, 2016).

2.5.2. Diyabetin Emzirmeye Etkisi

Diyabeti olan annelerde emzirme genellikle tercih edilmesine rağmen yapılan klinik araştırmalar bu popülasyonda emzirmeye ilişkin sorunların bulunduğunu belirtmektedir. Diyabeti olan kadınlarda, Laktogenezis II'nin yaklaşık iki saat geciktiği belirtilmektedir. Bu durum; annelerde laktasyonun ve emzirmenin geç başlamasına, yenidoğanda ise hipoglisemi riskinin artmasına neden olmaktadır (Üstün ve ark, 2011; Matias ve ark, 2014).

İnsülin miktarının dengesiz olması laktasyonun başlamasını (laktogenezis I) ve devamını (laktogenezis II) olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Laktogenezis I'in başlayabilmesi için; prolaktin hormonunun yanı sıra insülin ve hidrokortizon hormonu, laktogenezis II'in başlaması için; prolaktin, büyüme hormonu, insülin ve kortizolün yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Laktogenezisin gerçekleşebilmesi için alveolar hücrelerin yüzeyinde insülin reseptörlerinde yeterli insülin bulunması gerekir. Bu nedenle hiperglisemi gibi insülin direnci gelişen durumlarda laktogenezis olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hiperglisemi durumunda norepinefrin hormonu salgılanmakta, norepinefrin periferik vasküler

direnci arttırmakta, insüline duyarlı dokulara giden kan akımı azalmaktadır. Süt yapımı loblara giden kan akımının azalması sonucu olumsuz etkilenmektedir (Schwarz, 2010; Stuebe ve ark, 2009; Üstün ve ark, 2011).

Stuebe ve ark'nın yaptığı araştırmada Latin Amerika'da gestasyonel diyabet tanısı alan kadınlarda postpartum dört ve 12 haftalar arasında izleyen testlerde emzirme glukoz toleransı ve emzirmeyen kadınlarda açlık glukozunda artış olduğu gözlemlendi (Stuebe, 2009).

Emzirme, farklı popülasyonda farklı sıklıkla uygulanmakta ve birçok ülkede programlarla emzirme sıklığı ve süresinin artırılması amaçlanmaktadır. Diyabetli kadınlarda yüksek olasılıkla emzirmeyen çocuklar, neonatal hastalık yüzünden ve kan glikoz değerlerindeki değişkenlikler nedeniyle emzirme süresi azalabilmektedir. Diyabetli annelerin emzirme alışkanlıklarıyla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır (Finkelstein ve ark, 2013).

GDM'li annelerin emzirme oranı daha düşüktür ve diyabetsiz annelere göre daha kısa süre emzirirler. Yine de emziren GDM'li kadınlar doğumdan sonraki ilk üç ay yağ ve şeker metabolizması üzerine tolerans geliştirirler. Emzirmenin doğum sonrası kan şekeri üzerinde sadece kısa dönem etkisi olmayabileceğini aynı zamanda GDM'li kadınlar arasında uzun süreli tip 2 diyabet gelişimini erteleyebileceği öne sürülmektedir (Ziegler ve ark, 2012).

2.5.3. Emzirmenin Anne ve Yenidoğan Metabolizmasına Etkisi

Emzirmenin kadınların metabolik ve kardiyovasküler sağlığı üzerinde süttten kesmeden çok sonra bile kalıcı pozitif etkileri olduğu belirtilmektedir (Gunderson ve ark, 2007). Laktasyon süresinin uzamasıyla metabolik sendrom riskinde azalma olduğu bulunmuştur. Emziren annenin sindirim sistemi daha iyi çalışır, besin emilimi artar. Emzirme, kadının günlük enerji gereksinimi yaklaşık 500-600 kalori artırır. Laktasyon, sırasında kadınlar enerji harcadığından ve süt üretimi için bölgesel yağ dokusu kullanıldığından, uzun vadede kilo alımının düzenlenmesini etkileyebilir. Emzirmenin koruyucu etkileri için ileri sürülen diğer mekanizmalar; vücut yapısı ve yağ kütlesi dağılımındaki değişiklikler, laktasyondaki kadınlarda daha olumlu lipid profilleri ve düzelen insülin sensitivitesidir (Gunderson, 2007). Dolayısıyla emzirmenin anne metabolizmasını hızlandırdığı düşünülmektedir.

Maternal postpartum glukoz toleransı, GDM'li kadınlarda laktasyonda artmaktadır. Laktasyondaki kadınlarda, laktasyonda olmayanlara kıyasla yüksek oranlarda glukoz üretimi ve lipolizle birlikte, kan glukozu ve insülin konsantrasyonları düşük düzeydedir. Metabolik sendromun belirleyicisi olan diğer faktörler siyah ırk, daha az eğitim ve ailede diyabet öyküsüdür (Gilbert and Harmon, 2002; Gunderson, 2012; Schwarz ve ark, 2010; Trout ve ark, 2011).

Laktasyonun anne metabolizmasına olan olumlu etkisinin bir göstergesi de;

- Laktasyonun GDM'li bayanlarda Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler rahatsızlığı önlemesi
- Laktasyonun, gestasyonun diyabetojenik ve aterojenik etkilerini tersine çevirmesidir.

Bu nedenle laktasyon pankreatik beta hücreleri üzerindeki yükü azaltarak gelecekteki hastalık riskini etkiler. Gebelikte %200 ve 300 daha fazla trigliserid artışı ve insülin dayanıklılığı vardır. Laktasyon sırasındaki metabolik adaptasyonlar gestasyonun diyabetojenik ve aterojenik etkilerini tersine çevirebilirler.

Doğumdan sonraki ilk yıl süresince laktasyonun anne kardiyometabolik risk faktörleri üzerine olumlu etkileri:

- Azalmış kan lipitleri
- Artan insülin hassasiyeti
- Daha fazla oranda kilo kaybı
- Yağ metabolizması azalmasını içerir.

Laktasyon boyunca annede;

- Bazal metabolik oranlar ve
- Yağ depolarının hareketi artar.

Etkili emziren kadın için 24 saatte ilave olarak 400-500 kcal, doğumdan sonra ilk altı ay süresince süt üretimi için, gereklidir. Anne doğumdan sonraki ilk 6 ay süresince süt üretimi için harcadığı enerjide % 15 ile %25 arasında değişen bir artış gösterir. Laktasyonu

desteklemek için artan besin ihtiyacı, annenin besin alımından, kullanılan yağ depolarından ve/veya azalan fiziksel aktiviteden elde edilir (Gunderson, 2014).

Laktasyondaki metabolik adaptasyonlar, süt üretiminde gerekli olan lipitler ve glikoz metabolitleri için daha fazla ihtiyacı karşılamada, belirgindir. Her 24 saatte yaklaşık 50 gr glukoz, laktogenezis için insülin aracılığıyla meme glandları tarafından dağıtılır. Metabolik yakıt dağıtımı, emziren kadında gözlemlenen daha yüksek glikoz üretimi ve lipolizis oranlarına rağmen, daha düşük anne kan glikozu, insülin ve yağ konsantrasyonları sonucudur (Gunderson, 2014).

Emziren annede; glikoz üretimi ve lipolizis oranları daha yüksek oranda gözlemlenmesine rağmen, kan glikozu, insülin ve yağ konsantrasyonları daha düşük orandadır. Laktasyon, meme bezlerinin glikozu öncelikli kullanımı ile tutarlı, solunumda yükselme ve daha yüksek karbonhidrat kullanımı ile de karakterizedir. Artan insülin duyarlılığı, doğumdan sonraki erken dönem süresinde laktasyonlu bayanlarda rapor edildi. Gunderson'un belirttiğine göre; Tigas ve ark emziren ve emzirmeyen kadınları karşılaştırdığında açlık durumunda; süt üretimi için artmış glikoz ihtiyacını karşılamada glikogenolizisin %50 daha yüksek oranda katkıda bulunduğu, glikoz üretiminin % 33 daha fazla olduğunu buldu (Gunderson, 2014).

Gebelik diyabetojenik bir etkiye sahipken, emzirme anti-diyabetojenik bir etkiye sahiptir. Bu nedenle diyabetik annenin emzirmesi önerilmektedir. Süt üretiminde karbonhidratların kullanılması nedeniyle emziren annede kan glikoz düzeyi azalır. Buna bağlı olarak insülin gereksinimi daha az olur. Bu nedenle emziren diyabetik anneler daha fazla yemesine rağmen daha düşük dozda insülin kullanırlar. Kısacası laktasyon insülini düşürür (Eryılmaz, 2008; Gilbert and Harmon, 2002).

Obez veya diyabetik olan annelerin infantlarının makrozomik olma (doğumda >4 kg veya gestasyon yaşı için >90'lık dilimde) ve doğum hasarına maruz kalmaları daha muhtemeldir. Bu infantlarda, maternal hiperglisemiye yanıt olarak fetal hiperinsülinemiden kaynaklanan ve yaygın bir komplikasyon olan fetal hipoglisemi riski de yüksektir. GDM'li annelerin 84 infantında yapılan prospektif bir çalışmada, Chertok ve ark erken emzirilen infantların (doğumun ilk 30 dakikası içinde) erken postpartum dönemde emzirilmeyen çocuklara kıyasla "borderline hipoglisemi" (1.93–2.48 mmol/L–1 arasında kan glukoz ölçümü) geçirmelerinin daha az muhtemel olduğunu buldular (%10' a karşı %28). İlaveten,

emzirilen bebeklerde, hazır mamayla beslenen bebeklere kıyasla kan glukoz düzeyleri anlamlı ölçüde normal sınırlarda daha yüksektir. Bu durum, diyabetik annelerin yenidoğanlarında emzirmenin kan glukoz stabilitesine yardım ettiğini düşündürmektedir (Chertok ve ark, 2009; Gunderson, 2007; Trout, 2011).

2.6. Diyabet ve Emzirmede Ebeğin Rolü

Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi sürecinde, anne ve bebek ile en çok karşılaşan, sorun olduğunda ilk danışılan kişiler olan ebelere, doğum öncesi dönemden itibaren önemli görevler düşmektedir.

Emzirme diyabeti olan kadınlar için iyidir. Emzirme nedeniyle, kan şekerinin düşmesini önlemek için, emzirmeden önce ve emzirme sırasında aperatif yiyecekler yemesi, yeterli sıvı (emzirirken bir bardak su veya kafeinsiz içecek kullanımı) almalıdır. Ebe, hemşire, kan şekeri düşmesini önlemek için, beslenmeyi devam ettirmeli, düşük kan şekerini tedavi edecek bir şey bulundurmalıdır. Emzirmeni aynı zamanda, annenin hamilelik döneminde aldığı kiloları vermesine yardımcı olacağını söyleyerek diyabetik anneleri emzirmeye teşvik etmelidir. Bebeğini emziren annenin, protein, vitamin ve mineralleri doğru miktarda alması önemlidir. Diyetisyen ile çalışmak, diyabetli annenin yavaş yavaş kilo kaybını sağlamak ve başarılı emzirme için annenin gereksinimlerini karşılayacak yemek planı geliştirmek gerekir. Eğer Tip 1 ya da Tip 2 diyabet ve insülin veya oral antidiyabetiklerden birini kullanıyorsa, emzirme sırasında bu ilaçların güvenliği önemlidir. Diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlar, güvenli bir şekilde emzirme sırasında kullanılabilir (Akkuzu, 2016; Eryılmaz, 2008; Taşkın, 2016).

Annenin doğum sonu dönemde düzenli izleminin yapılması, emzirme konusunda verilen eğitimlerin uygulamaya geçip geçmediğinin kontrolü ve annenin sorularının yanıtlanması oldukça sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri ne olursa olsun, bebeğin beslenme durumu mutlaka sorulmalı, emziren annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirmeleri gözlenmeli ve emzirmenin sürdürülmesi yönünden desteklenmelidir. Emzirmede zorluk çeken anne ve bebeğe mutlaka yardım edilmelidir. Eğer emzirmeyi engelleyecek önemli yanlışlar yoksa ve emzirme genel olarak başarılı ise emzirmeye müdahale edilmemeli, ancak anne bebeğini emzirdiği için övülmelidir. Bu emzirmenin sürdürülmesi için unutulmaması gereken önemli bir husustur (Eryılmaz, 2008).

Klinisyenler, emzirme davranışını gelişirmek için bu çalışmaların bulgularını ve emzirmeyi etkileyecek psikososyal faktörleri entegre etmelidir. Prenatal dönemdeki her karşılaşmada ve doğumdan hemen sonra, obez kadınlarda ve GDM’li olan kadınlarda emzirmeyi geliştirmeyi hedefleyen sağlık bakım personeli emzirmenin faydalarını vurgulamalıdır. Aynı zamanda, aile içinde veya yakınlarındaki destek kaynaklarını tespit edebilmek için hasta ile işbirliği yapmalılar, hastanın mevcut destek ve eğitim programlarıyla iletişimini sağlamalılar ve annenin bebeğini emzirme becerisine güvendiklerini hissettirmelidirler (Hummel ve ark, 2006; Trout ve ark, 2011).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada, “İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamalarının Karşılaştırılması” amaçlandı.

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, karşılaştırılmalı-tanımlayıcı tipte bir araştırmadır (Erdoğan ve ark, 2014).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı eski adı ile Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü.

Araştırmanın yürütülebilmesi için yapılan etik kurul başvurusunda yer alan kurumlar arasında Çekirge Devlet Hastanesi de bulunmaktaydı. Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden araştırmanın Çekirge Devlet Hastanesi'nde uygulayabilme oluru 03.09.2015 tarih ve 18932 sayılı yazı ile alındı. Ancak kurum izni alındıktan sonra Çekirge Devlet Hastanesi Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi ile birleştirildi. Yapılan bu kurumsal değişiklikten sonra Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi ile görüşüldü. Hastanenin veri işletim sisteminin değişmesi sebebiyle arşiv kayıtlarına ulaşılamayacağı belirtildi. Buna bağlı olarak Çekirge Devlet Hastanesi'nin vakalarına ulaşılamadı. Bu nedenle Çekirge Devlet Hastanesi çalışmaya dahil edilemedi.

Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Anabilim Dalı Doğum Kliniği gebe polikliniği ve jinekoloji polikliniği olmak üzere toplam iki poliklinikten oluşmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; 36 yatak kapasiteli olup iki profesör, bir doçent, iki yardımcı doçent ve 10 araştırma görevlisi, 4 ebe, 19 hemşire görev yapmaktadır. Hem serviste hem de poliklinikte birer emzirme hemşiresi annelere emzirme eğitimi vermektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 1 gebe polikliniği, jinekoloji polikliniği ve 2 yataklı non-stres test odası (NST) bulunmaktadır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için yazışmaların yapıldığı ve eski adı ile Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan yeni adı ile Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Anabilim Dalı, 3 kadın doğum kliniği, 1 jinekoloji kliniği, 1 antenatal kliniği, 1 doğum salonu bulunmakta ve 12 doktor, 73 ebe, 19 hemşire, 4 personel, 2 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 12 poliklinik ve 2 yataklı bir NST odası, gebe izlem, gebe sınıfı bulunmaktadır. Her iki hastane “Bebek Dostu Hastane” sertifikasına sahiptir.

Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Şekil 1'de gösterildi.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı eski adı ile Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme ve Örneklem Özellikleri



















Araştırmanın planlanması aşamasında örneklem hacminin belirlenmesinde güç analizinden yararlanıldı. Yapılan güç analizinde; dört gözlü ki-kare testine göre; $w=0,3$, (yanılgı düzeyi) $\alpha=0,05$, evreni temsil gücü %80 ve $Df=1$ alındığında araştırmanın örneklem büyüklüğü n_1 (insüline bağımlı diyabeti olan)=44 ve n_2 (diyabeti olmayan)=44 olmak üzere toplam 88 kadın örnekleme oluşturacak en az vaka sayısı olarak kabul edildi (Soltani ve Arden 2009). Araştırmanın yürütülmeye başladığı tarihten itibaren son bir yıl içerisindeki insüline bağımlı diyabeti olan ve en az altı aylık bebeği olan tüm kadınlar araştırmaya dahil edildi. Ancak insüline bağımlı diyabeti olan ve araştırmaya dahil edilen kadınların sayısı 19 olarak belirlendi (Şekil 2).

Araştırmanın yürütülmesi sürecinde insüline bağımlı diyabeti olan kadınların sayısı hesaplanan örneklem büyüklüğünden daha düşük olarak elde edildi. Araştırmanın gücünü arttırmak amacı ile diyabeti olmayan kadınların sayısı insüline bağımlı diyabeti olan kadınların sayısının üç katı olarak alındı. Araştırmanın sonunda, emzirmeye ilişkin

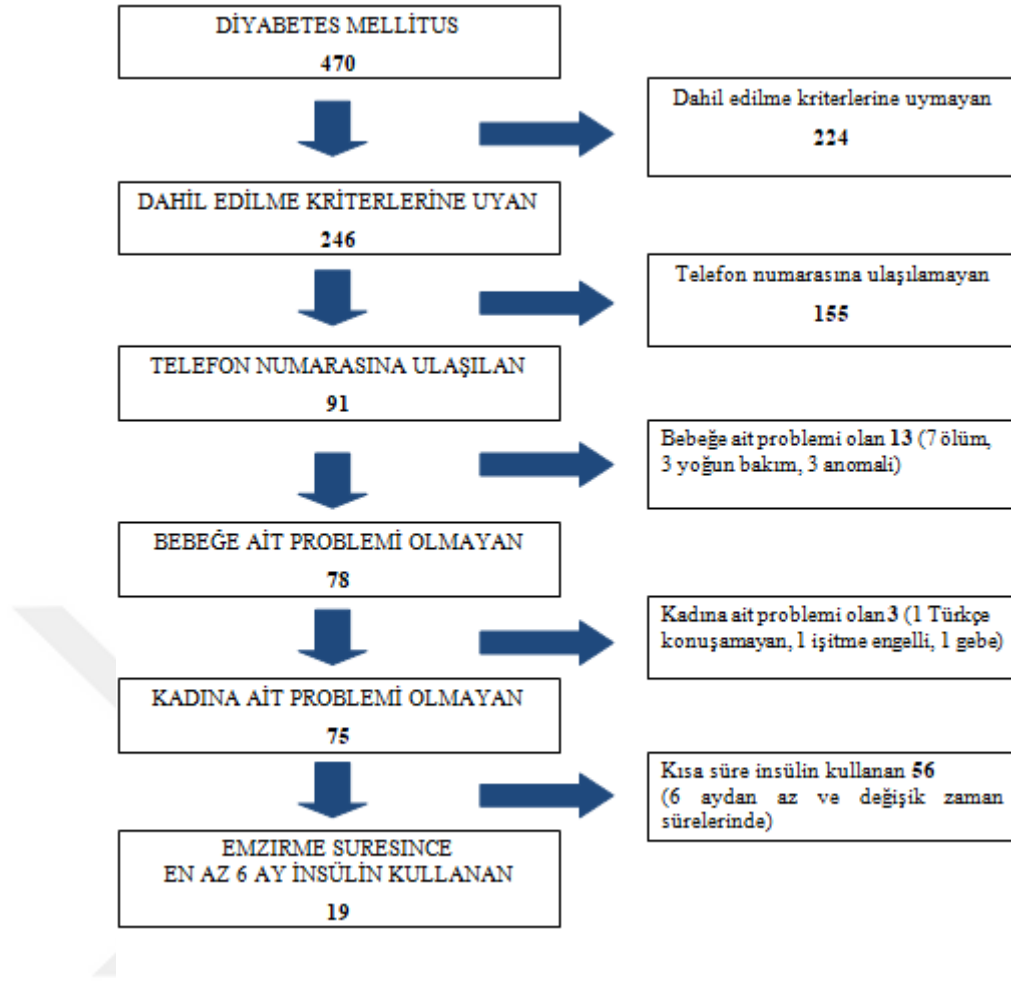
görüşlerinin karşılaştırılmasından elde edilen ortalama ve standart sapma verilerinden yararlanılarak (Tablo 5) araştırmanın gücü yeniden hesaplandı. Buna göre insüline bağımlı diyabeti olan 19 kadın ve diyabeti olmayan 57 kadın olmak üzere örneklem hacmi 76 kadından oluşan bu çalışmada etki gücü $w=0.59$, yanılğı düzeyi $\alpha=0,05$ ve $Df=74$ alındığında evreni temsil gücü %60 olarak bulundu. Bir çalışmanın gücü %50'den düşük olduğunda sonuçları genellikle yanlış yorumlandığı için, elde edilen evreni temsil gücü kabul edilebilirdir (Çapık C, 2014).

Diyabetli kadınların belirlenmesinde hastane kayıtlarından yararlandı. Toplam 470 DM'li kadın tespit edildi. Hastane kayıtlarına göre dahil edilme kriterlerine uyan kadınların sayısı 246, fakat telefon numarasına ulaşılan kadınları sayısı 91 olarak belirlendi. Bebeğe ait problemi olmayanların 78 kadından, problemi olmayan kadınların sayısının 75 olduğu görüldü. Bu 75 kadından emzirme süresince en az altı ay insülin kullanan kadınların sayısı 19 olarak belirlendi (Şekil 2). Sonuçta araştırmanın örneklemine insüline bağımlı diyabeti olan 19 kadın ile diyabeti olmayan 57 kadın ($n_1=19$; $n_2=57$) oluşturdu.

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi veri sisteminden, diyabeti olmayan ilk 200 kadının telefon numaraları alındı. Bu 200 kadın listenin en başından sırasıyla telefon ile arandı. Araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra görüşmeyi kabul eden ve diyabeti olmayan 57 kadın örnekleme dahil edildi. Böylece araştırmanın karşılaştırma grubu oluşturuldu. Telefon ile görüşmeyi kabul etmeyen, telefon ile ulaşılamayan ve kriterlere uymayan kadınlar araştırmaya dahil edilmedi.

Faaliyetler	Kasım 2013	Aralık 2013	Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs 2015	Haziran 2015	Temmuz 2015	Ağustos 2015	Ocak 2016	Temmuz 2017
Konu Seçimi										
Literatür Taraması										
Tez Önerisi ve Soru Formunun Hazırlanması										
Tez Önerisi Sunumu										
Soru Formunun Uzman Görüşüne Sunulması										
Etik Kurul ve Kurum İzininin Alınması										
Ön Uygulama										
Verilerin Toplanması										
Veri Analizi ve Değerlendirme										
Araştırma Raporunun Yazımı ve Teslim										

Şekil 1. Araştırma Zamanı



Şekil 2. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Örnekleme Alınma Süreci

3.5. Araştırmaya Dahil Etme ve Dahil Etmeme Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınlar ve Diyabeti Olmayan Kadınlar İçin;

- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Doğumdan sonra bebeğiyle bir arada kalabilen,
- Doğum sonrası dönemi en az altı aylık olan kadınlar araştırmaya dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınlar İçin;

- Diyabeti diyetle kontrol edilen,
- Diyabeti oral anti-diyabetik ile kontrol edilen,
- Bebeğinde emzirmeye engel anomalisi olan,
- Doğumdan sonra bebeği yenidoğan yoğun bakımda olan,
- Verilerin toplandığı tarihte kadın ya da bebeği ölen,
- Doğumdan sonra tıbbi nedenlerle emzirmeyi bırakan,
- Hekim kontrolü olmadan insülin kullanmayı bırakan kadınlar araştırmaya dahil edilmedi.

Diyabeti Olmayan Kadınlar İçin;

- Doğumdan sonra bebeğini emzirmeyen,
- Bebeği yenidoğan yoğun bakımda olan kadınlar araştırmaya dahil edilmedi.

3.6. Araştırma Veri Toplama Araçları

3.6.1. Soru Formu

Literatür bilgisine uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan “Soru Formu” tanımlayıcı özellikler ve emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalar olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (Üstün, 2013; Hummel ve ark, 2006; Chertok ve ark, 2009; Cordero ve ark, 2014; Soltani, 2009). “Soru Formu”nun tanımlayıcı özellikler bölümü; sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve diyabete ilişkin özellikleri içermektedir. “Soru Formu”nun emzirme ile ilgili özellikler bölümü, emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalardan oluşmaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi aşamasında soru formu telefon ile görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu.

Uzman görüşünde, Polit ve Beck (2006)’in belirttiği gibi, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanıldı. Bu indekse göre uzmanlar her bir maddeyi “1” ve “4” arasında değişen puanlarla (1=Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3=Uygun, ancak küçük değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) değerlendirdiler.

Uzmanlar tarafından her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek üzere (3) ve (4) seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her bir maddenin CVI değeri Tablo 1’de verildi. Her bir maddenin CVI değeri toplanıp ölçekteki madde sayısına bölündü ve ölçek CVI=0,97 olarak hesaplandı. CVI’nın içerik geçerliliği en az 0,80 olması gerektiğinden 12. ve 25. madde soru formundan çıkartıldı. Ölçme derecesi 3 olan 3, 4, 10, 11, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34 ve 35. maddelerde uzman görüşleri doğrultusunda düzeltmeler yapıldı ve soru formu yeni maddeler eklendi. Elde edilen bu CVI değeri ölçeğin içerik geçerliliğinin yeterli olduğunu gösterdi.

Emzirmeye ilişkin görüşlere verilen cevapların toplamından “Emzirmeye İlişkin Toplam Görüş Puanı’nın” elde edilmesi düşünüldü. Bunu yaparken emzirme görüşlerini içeren 12 soruya verilen cevaplar en yüksek 2 puan, en düşük 0 puan biçiminde değerlendirildi. Puan ağırlıkları aşağıda gösterilmektedir:

Verilen Ağırlık	Seçenek
0	Katılmıyorum
1	Kararsızım
2	Katılıyorum

Tablo 1. Soru Formu'nun Uzman Görüşüne Göre CVI Değerleri (N=8)

Maddeler	Uygun değil (1)	Maddenin uygun şekle dönüştürülmesi gerekir (2)	Uygun, ancak küçük değişiklikler gerekir (3)	Çok uygun (4)	CVI
Madde 1	0	0	0	8	1,00
Madde 2	0	0	0	8	1,00
Madde 3	0	0	4	4	1,00
Madde 4	0	0	4	4	1,00
Madde 5	0	0	0	8	1,00
Madde 6	0	0	0	8	1,00
Madde 7	1	0	0	7	0,88
Madde 8	0	0	0	8	1,00
Madde 9	0	0	0	7	1,00
Madde 10	0	0	1	7	1,00
Madde 11	0	0	1	7	1,00
Madde 12	2	0	0	6	0,75
Madde 13	0	0	0	8	1,00
Madde 14	0	0	0	8	1,00
Madde 15	0	0	0	8	1,00
Madde 16	0	0	0	8	1,00
Madde 17	0	0	1	7	1,00
Madde 18	1	0	1	6	0,88
Madde 19	0	0	0	8	1,00
Madde 20	0	0	2	6	1,00
Madde 21	0	0	0	8	1,00
Madde 22	0	0	0	8	1,00
Madde 23	0	0	1	7	1,00
Madde 24	0	0	2	6	1,00
Madde 25	4	0	1	3	0,50
Madde 26	0	0	3	5	1,00
Madde 27	0	0	3	5	1,00
Madde 28	0	0	1	7	1,00
Madde 29	1	0	1	6	0,88
Madde 30	0	0	0	8	1,00
Madde 31	0	0	1	7	1,00
Madde 32	0	0	0	8	1,00
Madde 33	0	0	2	6	1,00
Madde 34	0	0	4	4	1,00
Madde 35	0	0	3	5	1,00
Madde 36	1	0	0	7	0,88
Madde 37	1	0	0	6	0,88
Madde 38	0	0	0	8	1,00
Madde 39	0	0	0	8	1,00
Ölçeğin İçerik Geçerlik İndeksi (CVI)					0,97

Veri toplama formunda yer alan “doğumdan sonra bebeğin kan şekerinin düşmemesi için mama verilmelidir” sorusu, ters çevrilerek değerlendirilmeye alındı. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüşlerinin puanı elde edildi. Buna göre elde edilen en düşük puan 0, en yüksek puan 24’tür.

Elde edilen bu puanın yüzölçek skalaya çevrilerek değerlendirilmesi daha anlaşılır bulunduğundan; her olgunun aldığı toplam puan yüzölçek skalaya çevrildi. Buna göre elde edilen puan Tablo 5’de görülmektedir.

Ön Uygulama

Uzmanların görüşleri doğrultusunda iki madde çıkartılarak, bazı maddelerde düzeltmeler yapılarak ve yeni maddeler eklenerek son şekli verilen Soru Formu’nun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için, doğum yapan 10 kadın ile görüşülerek ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında soru formunda değişiklik yapma gereği duyulmadı. Bu nedenle uygulama kapsamına alınan anneler araştırmanın örnekleme dahil edildi.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak, telefon ile görüşmeyi kabul eden kadınlar ile görüşüldü. Kadınlar ile soru formunun doldurulması 12-17 dakika sürdü. Araştırmanın verileri 01.10.2015-31.10.2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırma süreci aşağıda gösterildi:

Kadın doğum kliniğinde doğum yapan insüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların telefon bilgilerine ulaşıldı.



Telefon bilgilerine ulaşılan bu kadınlar telefonla arandı.



Araştırma hakkında bilgi verildi ve kadının araştırmaya katılması için onayı alındı.



Öncelikle araştırmaya dahil edilme kriterlerini belirleyen sorular yöneltildi.



Araştırmaya dahil edilmesine karar verilen kadına Soru Formu’nun devamında yer alan sorular yöneltildi.



Daha sonra görüşme sonlandırıldı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalar

Bağımsız Değişkenler:

- İnsüline bağımlı diyabetin olması
- Diyabetin olmaması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), normal dağılım göstermeyen nicel parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test (Yates' düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Çalışmadan sonra güç analizi (post hoc) yapıldı. $p < 0.05$ düzeylerinde anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için;

- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.07.2015 tarih ve 56989545/050-252 sayılı izni,
- Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin 06.10.2015 tarih ve 73115338-819/25980 sayılı kurum izni
- TC Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği Sekreterliği'nin 03.09.2015 tarih ve 88553808/774.99 sayılı kurum izni,
- Kadınlardan görüşmenin yapıldığı tarihte sözel izin alındı.

3.11. Araştırmanın Güçlükleri

Hastanelerin veri tabanları sisteminin değişmesi nedeniyle vakalara ulaşılamaması, dahil edilme kriterlerine uygun olan tüm vakaların örnekleme oluşturması, vakaların il değiştirmiş olması, telefon ile görüşmek için arandığında vakaların numaralarının; değişmiş olması, kullanılmamakta olması, sistemde eşlerinin yada yakınlarının telefon numaralarının kayıtlı olması nedenleri ile vakaların tümüne ulaşılamaması, ortaokul ve üzeri eğitim seviyesinde olan kadınlara göre ilkokul eğitim seviyesinde olan kadınların sayı olarak fazla olması araştırmanın güçlüğünü oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Araştırma bulguları; tanımlayıcı özellikler ve emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalar olmak üzere iki grupta sunuldu.

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	p
Yaş	Ort±Ss	34.63±5.35	34.93±4.7	34.85±4.85	^a 0.818
Eğitim durumu	İlkokul	12 (63.2)	29 (50.9)	41 (53.9)	^b 0.876
	Ortaokul	3 (15.8)	11 (19.3)	14 (18.4)	
	Lise	3 (15.8)	10 (17.5)	13 (17.1)	
	Üniversite	1 (5.3)	7 (12.3)	8 (10.5)	
Eş eğitim durumu	İlkokul	5 (26.3)	19 (33.3)	24 (31.6)	^b 0.817
	Ortaokul	5 (26.3)	12 (21.1)	17 (22.4)	
	Lise	6 (31.6)	14 (24.6)	20 (26.3)	
	Üniversite	3 (15.8)	12 (21.1)	15 (19.7)	
Çalışma durumu	Çalışmayan	17 (89.5)	47 (82.5)	64 (84.2)	^c 0.719
	Çalışan	2 (10.5)	10 (17.5)	12 (15.8)	
Eş çalışma durumu	Çalışmayan	2 (10.5)	3 (5.3)	5 (6.6)	^c 0.594
	Çalışan	17 (89.5)	54 (94.7)	71 (93.4)	
Sosyal güvence varlığı	Yok	4 (21.1)	7 (12.3)	11 (14.5)	^c 0.452
	Var	15 (78.9)	50 (87.7)	65 (85.5)	
Aylık gelir değerlendirmesi	Gelir giderden az	11 (57.9)	25 (43.9)	36 (47.4)	^b 0.373
	Gelir gidere denk	8 (42.1)	27 (47.4)	35 (46.1)	
	Gelir giderden fazla	-	5 (8.8)	5 (6.6)	

^aMann Whitney U Test ^bFisher Freeman Halton Test

^cFisher's Exact Test

Yaş ortalamalarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$), (Tablo 2).

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde; %53,9'u ilkökul, %18,4'ü ortaokul, %17,1'i lise ve %10,5'i üniversite mezunu ve kadınların eşlerinin %31,6'sı ilkökul, %22,4'ü ortaokul, %26,3'ü lise ve %19,7'si üniversite mezunudur. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların ve kadınların eşlerinin eğitim durumları benzerdi ($p>0,05$), (Tablo 2).

Kadınların %15,8'i gelir getiren bir işte çalışmakta, %84,2'si ise çalışmamakta ve kadınların eşlerinin %93,4'ü çalışmakta, %6,6'sı ise çalışmamaktadır. Kadınların ve kadınların eşlerinin çalışma durumu açısından gruplar benzerdi ($p>0,05$), (Tablo 2).

Kadınların %85,5'inin sosyal güvencesi bulunurken, %14,5'inin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sosyal güvence varlığına göre grupların benzer olduğu görüldü ($p>0,05$), (Tablo 2).

Gelir durumları incelendiğinde; %47,4'ünün geliri giderinden az, %46,1'inin geliri giderine eşit ve %6,6'sının geliri giderinden fazladır. Gelir durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$), (Tablo 2).

4.1.2. Obstetrik Özellikler

Tablo 3. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı

Obstetrik Özellikler		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
Gebelik sayısı	1-2	6 (31.6)	24 (42.1)	30 (39.5)	^b 0.851
	3	6 (31.6)	15 (26.3)	21 (27.6)	
	4	4 (21.1)	10 (17.5)	14 (18.4)	
	5-11	3 (15.8)	8 (14.0)	11 (14.5)	
	ORT±SS	3.10±1.41	3.07±1.69	3.08±1.61	
Yaşayan çocuk sayısı	1	5 (26.3)	11 (19.3)	16 (21.1)	^b 0.636
	2	5 (26.3)	24 (42.1)	29 (38.2)	
	3	6 (31.6)	16 (28.1)	22 (28.9)	
	4	3 (15.8)	6 (10.5)	9 (11.8)	
	ORT±SS	2.37±1.06	2.26±0.87	2.29±0.92	
Doğum sayısı	1	5 (26.3)	10 (17.5)	15 (19.7)	^b 0.571
	2	5 (26.3)	24 (42.1)	29 (38.2)	
	3	6 (31.6)	17 (29.8)	23 (30.3)	
	4	3 (15.8)	6 (10.5)	9 (11.8)	
	ORT±SS	2.37±1.06	2.28±0.86	2.30±0.91	
Son doğum şekli	Vajinal doğum	8 (42.1)	20 (35.1)	28 (36.8)	^d 0.784
	Sezaryen doğum	11 (57.9)	37 (64.9)	48 (63.2)	
Bebek cinsiyeti	Kız	8 (42.1)	29 (50.9)	37 (48.7)	^d 0.691
	Erkek	11 (57.9)	28 (49.1)	39 (51.3)	
Bebeğin doğum haftası	Ort±SS	38,53±0,9	38,26±1,88	38,33±1,68	^a 0.873
Bebeğin yaşı (ay)	Ort±Ss	18±6,17	15,46±5,62	16,09±5,82	^a 0.108
Bebeğin doğum kilosu (gr)	Ort±Ss	3245,64±553,35	3482,10±499,49	3166,82±551,90	^a 0.044

Tablo 3. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı (devamı)

Obstetrik Özellikler		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	p
Bebeğin şu anki kilosu (gr)	Ort±Ss	11823,68±2723,17	10227,19±2171,61	10626,31±8±2405,25	^a 0.010
Planlı gebelik durumu	Hayır	8 (42.1)	19 (33.3)	27 (35.5)	^d 0.678
	Evet	11 (57.9)	38 (66.7)	49 (64.5)	
İstenen gebelik durumu	Hayır	1 (5.3)	2 (3.5)	3 (3.9)	^c 1.000
	Evet	18 (94.7)	55 (96.5)	73 (96.1)	

^aMann Whitney U Test ^bFisher Freeman Halton Test ^cFisher's Exact Test
^dYates' Continuity Correction Test *p<0,05

Tablo 3 incelendiğinde; kadınların %39,5'i 1-2 kez, %27,6'sı 3 kez, %18,4'ü 4 kez ve %14,5'i 5-11 kez gebe kaldığı belirlendi. Gebelik sayılarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Kadınların %21,1'i 1, %38,3'ü 2, %28,9'u 3 ve %11,8'i 4 çocuğa sahiptir. Çocuk sayılarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Kadınların %19,7'sinin 1 kez, %38,2'sinin 2 kez, %30,3'ünün 3 kez ve %11,8'inin 4 kez doğum yaptığı belirlendi. Doğum sayılarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Vajinal doğum yapma oranı %36,8 ve sezaryen doğum oranı %63,2 olarak bulundu. Doğum şekillerine göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Bebek cinsiyetleri incelendiğinde; %48,7'si kız bebek ve %51,3'ü erkek bebektir. Bebek cinsiyet dağılımlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Bebeklerin doğum haftaları 38 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalama 38,33±1,68 haftadır. Doğum haftalarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05), (Tablo 3).

Bebeklerin yaş ortalaması 16,09±5,82 aydır. Bebek yaş ortalamalarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05), (Tablo 3).

Bebeklerin doğum kilolarının ortalaması 3269,72±554,13 gr'dır. Bebeklerin doğum kilolarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken (p=0,044; p>0,05); bebeklerin doğum kilolarının diyabetli grupta yüksek olması anlamlılığa yakın bulundu (Tablo 3).

Bebeklerin şu anki kilo ortalaması 10623,68±2406,61 gr'dır. Bebeklerin şu anki kiloları, diyabetli grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,010; p<0,05), (Tablo 3).

Kadınların %64,5'inin gebeliğini planladığı ve %96,1'inin bebeğini istediği saptandı. Gebeliğini planlama ve isteyerek gebe kalma durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05), (Tablo 3).

4.1.3. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Diyabete İlişkin Özellikleri

Tablo 4. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan Kadınların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

DM (+) (n=19)		Alt-Üst (Medyan)	Ort±Ss
Gebelik öncesi kilo (kg)		49-128 (72)	79.52±24.30
Boy (cm)		154-170 (160)	161.37±4.94
Gebelik öncesi BKİ (kg/cm ²)		20.6-50 (27.5)	30.40±8.59
Gebelikte alınan kilo (kg)		0-23 (10)	9.95±6.24
Gebelik sonrası BKİ (kg/cm ²)		24.9-52 (32.7)	34.27±7.81
		n	%
Gebelik öncesi DM	Olmayan	4	21,1
	Olan	15	78,9
DM tipi	Tip 1 diyabet	4	21,1
	Tip 2 diyabet	12	63,1
	Gestasyonel diyabet	3	15,8
Doğum sonrası kan şekeri düzeyinde sorun durumu	Hayır	11	57,9
	Evet, düştü	6	31,6
	Evet, yükseldi	2	10,5
Doğum sonrası ilk 6 ayda insülin dozunda değişiklik durumu	Değişiklik yapılmayan	10	52,6
	Dozu azaltılan	7	36,9
	Dozu arttırılan	2	10,5
Gebelikte diyabetli kadınların emzirmesi ile ilgili eğitim alma durumu	Eğitim almayan	17	89,5
	Eğitim alan	2	10,5
Doğum sonrası diyabetli kadınların emzirmesiyle ilgili eğitim alma durumu	Eğitim almayan	17	89,5
	Eğitim alan	2	10,5

*BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4 incelendiğinde; kadınların gebelik öncesi kilo ölçümleri 49 ile 128 kg arasında değişmekte ve ortalama 79,52±24,30 kg; boy ölçümleri 154 ile 170 cm arasında değişmekte ve ortalama 161,37±4,94 cm ve gebelik öncesi BKİ ölçümleri 20,6 ile 50 kg/cm²n arasında değişmekte ve ortalama 30,40±8,59 kg/cm²,dir.

Gebelikte alınan kilo ölçümleri 0 ile 23 kg arasında değişmekte ve ortalama $9,95 \pm 6,24$ kg, gebelik sonrası BKİ ölçümleri 24,9 ile 52 kg/cm^2 arasında değişmekte ve ortalama $34,27 \pm 7,81 \text{ kg/cm}^2$ 'dir.

Gebelik öncesi diyabet, olguların %78,9'unda görülmektedir. Kadınların %21,1'inde tip 1 diyabet, %63,1'inde tip 2 diyabet ve %15,8'inde gestasyonal diyabet olduğu saptandı.

Kadınların %57,9'unda doğum sonrası kan şekeri düzeyinde sorun olmazken; %31,6'sının kan şekerinde düşme, %10,5'inin kan şekerinde yükselme olduğu ve %52,6'sının doğum sonrası ilk 6 ayda insülin dozunda değişiklik yapılmazken; %36,9'unun insülin dozunun azaltıldığı, %10,5'inin insülin dozunun artırıldığı tespit edildi.

Gebelikte diyabetli kadınların emzirmesiyle ilgili eğitim alma oranının %10,5 olduğu, doğum sonrası diyabetli kadınların emzirmesiyle ilgili eğitim alma oranının %10,5 olduğu ve eğitim alan kadınların verilen eğitimi yeterli bulduğu saptandı.

4.2. Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamaları

4.2.1. Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüşleri

Tablo 5. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Emzirmeye İlişkin Görüş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	DM (+) (n=19)	DM (-) (n=57)	Total	p
<i>Min-Maks</i>	66.7-100 (83.3)	41.7-100	41.7-100 (91.6)	
<i>Görüş Puanı (Medyan)</i>		(91.7)		0.019*
<i>Ort±Ss</i>	83.11±10.25	88.89±9.72	87.44±10.10	

^aMann Whitney U Test

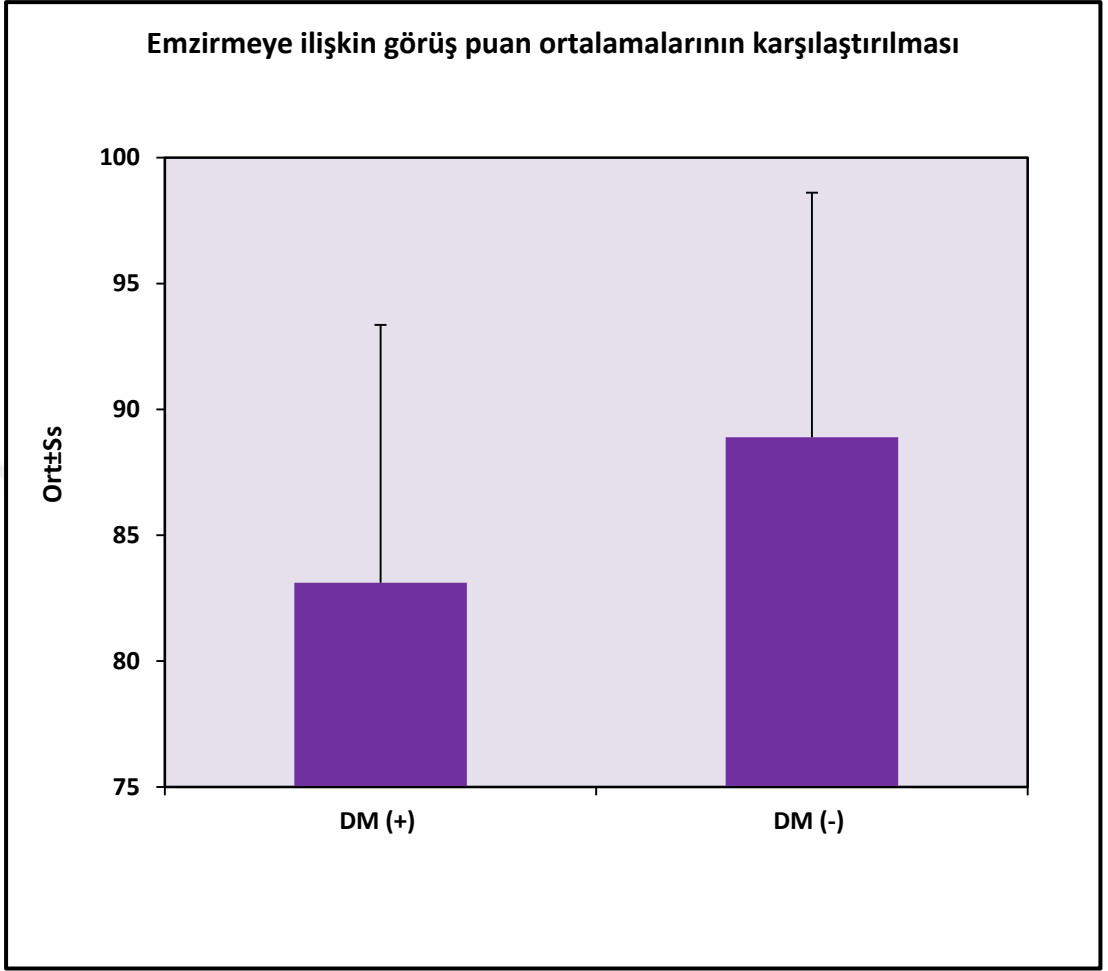
* $p < 0,05$

Emzirmeye ilişkin toplam görüş puanı ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,019$; $p < 0,05$). İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların emzirmeye ilişkin görüş puanları diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş puanlarından anlamlı düzeyde düşük bulundu (Tablo 5, Şekil 3).

Tablo 6. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüşlerinin Dağılımı n (%)

Emzirmeye İlişkin Görüşler		DM (+)	DM (-)	Total (%)
		(n=19) (%)	(n=57) (%)	
(Diyabetli) Kadınlar bebeklerini emzirmeli	Katılmıyorum	1 (5.3)	-	1 (1.3)
	Kararsızım	4 (21.1)	8 (14.0)	12 (15.8)
	Katılıyorum	14 (73.7)	49 (86.0)	63 (82.9)
AS bebeğin kan şekerini düzenler	Katılmıyorum	2 (10.5)	-	2 (2.6)
	Kararsızım	7 (36.8)	24 (42.1)	31 (40.8)
	Katılıyorum	10 (52.6)	33 (57.9)	43 (56.6)
(Diyabetli) Kadınlar bebeklerini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmelidir	Katılmıyorum	1 (5.3)	-	1 (1.3)
	Kararsızım	3 (15.8)	4 (7.0)	7 (9.2)
	Katılıyorum	15 (78.9)	53 (93.0)	68 (89.5)
İlk altı ay SAS bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun besindir	Katılmıyorum	-	1 (1.8)	1 (1.3)
	Katılıyorum	19 (100)	56 (98.2)	75 (98.7)
Emzirmek, bebeği hastalıklardan korur	Katılmıyorum	-	1 (1.8)	1 (1.3)
	Katılıyorum	19 (100)	56 (98.2)	75 (98.7)
(Diyabetli) Kadınlar bebeklerine SAS vermelidir	Katılmıyorum	5 (26.3)	7 (12.3)	12 (15.8)
	Kararsızım	4 (21.1)	9 (15.8)	13 (17.1)
	Katılıyorum	10 (52.6)	41 (71.9)	51 (67.1)
Kadının yeterli miktarda sıvı alması sütün miktarını artırır	Katılmıyorum	3 (5.3)	1 (5.3)	4 (5.3)
	Kararsızım	1 (1.8)	1 (5.3)	2 (2.6)
	Katılıyorum	53 (93.0)	17 (89.5)	70 (92.1)
Doğumdan sonra bebeğin kan şekerinin düşmemesi için bebeğe mama verilmelidir	Katılmıyorum	30 (52.6)	7 (36.8)	37 (48.7)
	Kararsızım	7 (12.3)	5 (26.3)	12 (15.8)
	Katılıyorum	20 (35.1)	7 (36.8)	27 (35.5)
AS yeterli ise bebeğe altı ay boyunca ek gıda verilmez	Katılmıyorum	4 (7.0)	2 (10.5)	6 (7.9)
	Kararsızım	-	1 (5.3)	1 (1.3)
	Katılıyorum	53 (93.0)	16 (84.2)	69 (90.8)
Gece emzirmeleri AS'nü artırır	Katılmıyorum	2 (3.5)	-	2 (2.6)
	Kararsızım	4 (7.0)	3 (15.8)	7 (9.2)
	Katılıyorum	51 (89.5)	16 (84.2)	67 (88.2)
Bebeğin memenin çevresini tamamıyla kavrayarak emmesi meme ucu çatlaklarını önler	Katılmıyorum	2 (3.5)	-	2 (2.6)
	Kararsızım	5 (8.8)	4 (21.1)	9 (11.8)
	Katılıyorum	50 (87.7)	15 (78.9)	65 (85.5)
(Diyabetli) Kadınların bebeklerini emzirmede başarılı olduğunu düşünüyorum	Katılmıyorum	-	1 (5.3)	1 (1.3)
	Kararsızım	10 (17.5)	5 (26.3)	15 (19.7)
	Katılıyorum	47 (82.5)	13 (68.4)	60 (78.9)

İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 6’da verildi.



Şekil 3: İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.2.2. Kadınların Emzirmeye İlişkin Uygulamaları

İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi Tablo 7’de verildi.

Tablo 7. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Emzirmeye İlişkin Uygulamalar		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	p
Gebelikte emzirme ile ilgili bilgi alma durumu	Eğitim almayan	10 (52.6)	27 (47.4)	37 (48.7)	
	Eğitim alan	9 (47.4)	30 (52.6)	39 (51.3)	
Emzirme bilgisi alınan yer	Basın-yayın	1 (11.1)	7 (23.3)	8 (20.5)	^d 0.895
	Sağlık çalışanı	8 (88.9)	20 (66.7)	28 (71.8)	
	Komşu, akraba	-	3 (10.0)	3 (7.7)	
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı	İlk yarım saat içinde	8 (42.1)	35 (61.4)	43 (56.6)	^b 0.064
	İlk 1 saat içinde	1 (5.3)	10 (17.5)	11 (14.5)	
	İlk 2 saat içinde	4 (21.1)	5 (8.8)	9 (11.8)	
	2 saatten daha geç	6 (31.6)	7 (12.3)	13 (17.1)	
Doğum sonrası bebeğin ilk durumu	Derin uykuda	1 (5.3)	3 (5.3)	4 (5.3)	^b 0.503
	Uykulu	5 (26.3)	13 (22.8)	18 (23.7)	
	Sessiz ve uyanık	7 (36.8)	27 (47.4)	34 (44.7)	
	Ağlıyordu	5 (26.3)	14 (24.6)	19 (25.0)	
	Hatırlamıyorum	1 (5.3)	-	1 (1.3)	
Doğum sonrası bebek kan şekeri ölçüm durumu	Hayır	-	24 (42.1)	24 (31.6)	^b 0.001**
	Evet	18 (94.7)	28 (49.1)	46 (60.5)	
	Hatırlamıyorum	1 (5.3)	5 (8.8)	6 (7.9)	
Doğum sonrası bebek kan şekeri düşmemesi için bilgisi alma durumu	Hayır	8 (42.1)	34 (59.6)	42 (55.3)	^d 0.287
	Evet	11 (57.9)	23 (40.4)	34 (44.7)	
Doğum sonrası bebek kan şekerinin düşmemesi için yapılanlar	Emzirme	13 (68.4)	46 (80.7)	59 (77.6)	^b 0.412
	Mama verme	6 (31.6)	10 (17.5)	16 (21.1)	
	Şekerli su verme	-	1 (1.8)	1 (1.3)	

^bFisher Freeman Halton Test

^dYates' Continuity Correction Test

*p<0,05

**p<0,01

Kadınların %51,3'ünün gebelikte emzirme ile ilgili bilgi aldığı, bu bilginin %20,5'inin basın-yayıncıdan, %71,8'inin sağlık çalışanından ve %7,7'sinin komşu, akrabadan alındığı ve emzirmeye yönelik bilgi alma durumuna göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi (p>0,05).

Doğum sonrası, kadınların %56,6'sının bebeğini ilk yarım saat içinde, %14,5'inin ilk 1 saat içinde, %11,8'inin ilk 2 saat içinde ve %17,1'inin 2 saatten daha geç sürede emzirdiği saptandı. Bebeği ilk kez emzirme zamanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,064; p>0,05); ilk yarım saat içinde bebeği emzirme oranının insüline bağımlı diyabeti olan grupta düşük olması anlamlı değildir.

Doğum sonrası bebeğin ilk durumları incelendiğinde; derin uykuda olma oranı %5,3, uykulu olma oranı %23,7, sessiz ve uyanık olma oranı %44,7 ve ağlama oranı %25,0 olarak saptanırken; olguların %13'ü bebeğinin ilk durumunu hatırlamamaktadır. Doğum sonrası bebeğin ilk durumuna göre gruplar istatistiksel benzerdi ($p>0,05$).

Doğum sonrası bebek kan şekeri ölçüm oranı %60,5'tir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Fisher Freeman Halton Testi ikili karşılaştırmalara göre; doğum sonrası bebek kan şekeri ölçümünü yaptırma oranının diyabeti olmayan grupta ($p=0,002$) ve doğum sonrası bebek kan şekeri ölçümünü yaptırma oranının diyabeti olan grupta ($p=0,001$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$). Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Kadınların %44,7'sinin doğum sonrası bebek kan şekerinin düşmemesi için bilgi aldığı ve gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Doğum sonrası bebek kan şekerinin düşmemesi için, kadınların %77,6'sının bebeğini emzirdiği, %21,1'inin mama verdiği ve %1,3'ünün şekerli su verdiği tespit edildi. Bebek kan şekerinin düşmemesi için yapılan uygulamalar açısından gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Diyabet ve emzirmeye yönelik eğitimi gebelik sırasında almak isteyenlerin oranı %84,2, doğum sonrası eğitim almak isteyenlerin oranı %10,5 iken; eğitim hakkında fikir sahibi olmayanların oranı %5,3 olarak bulundu. Şeker hastalığı ve emzirmeye yönelik eğitim alma durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Tablo 7. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi (devam)

Emzirmeye İlişkin Uygulamalar		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	P
Bebeğe ilk verilen besin	SAS	12 (63.2)	41 (71.9)	53 (69.7)	^b 0.398
	Mama	7 (36.8)	11 (19.3)	18 (23.7)	
	Şekerli su	-	3 (5.3)	3 (3.9)	
	Diğer	-	2 (3.5)	2 (2.6)	
İlk 6 ay bebek beslenmesi	SAS	2 (10.5)	25 (43.9)	27 (35.5)	^b 0.005**
	AS+ (mama, ek gıda, su, keçi sütü)	17 (89.5)	32 (56.1)	49 (64.5)	
SAS süresi	<i>Ort±Ss</i>	3.38±2.42	4.18±2.32	3.98±2.36	
Bebeği emzirme süresi	<i>Ort±Ss</i>	12,28±8,31	13,06±6,09	12,87±6,67	^a 0,674
Bebeği emzirme süresi	6 aydan az	5 (26.3)	3 (5.3)	8 (10.5)	^b 0.043*
	6 ay	-	2 (3.5)	2 (2.6)	
	6 aydan fazla	14 (73.7)	52 (91.2)	66 (86.8)	
6 aydan az emzirme nedeni n	Bebeğin emmek istememesi	2 (40.0)	2 (66.7)	4 (50.0)	^b 0.043*
	Süt yetersizliği	3 (60.0)	1 (33.3)	4 (50.0)	
Bebeğe yalancı meme ya da emzik verme durumu	Hayır	8 (42.1)	34 (59.6)	42 (55.3)	^d 0.287
	Evet	11 (57.9)	23 (40.4)	34 (44.7)	
Bebeği beslemek için ek bir yapay ürün kullanma	Silikon meme ucu	3 (15.8)	4 (7.0)	7 (9.2)	^b 0.330
	Biberon	13 (68.4)	36 (63.2)	49 (64.5)	
	Kaşık	3 (15.8)	17 (29.8)	20 (26.3)	
Emzirme sonrası hissedilen durum	Halsizlik	5 (26.3)	7 (12.3)	12 (15.8)	^b 0.404
	Rahat ve huzurlu	12 (63.2)	40 (70.2)	52 (68.4)	
	Diğer	2 (10.5)	10 (17.5)	12 (15.8)	
	(mutlu,susuz, açlık, uykusuzluk, terlemenin artması, uykulu)				
Bebeği yeterli süre emzirme düşüncesi	Hayır	12 (63.2)	17 (29.8)	29 (38.2)	^d 0.020*
	Evet	7 (36.8)	40 (70.2)	47 (61.8)	

^aMann Whitney U Test ^bFisher Freeman Halton Test ^dYates' Continuity Correction Test

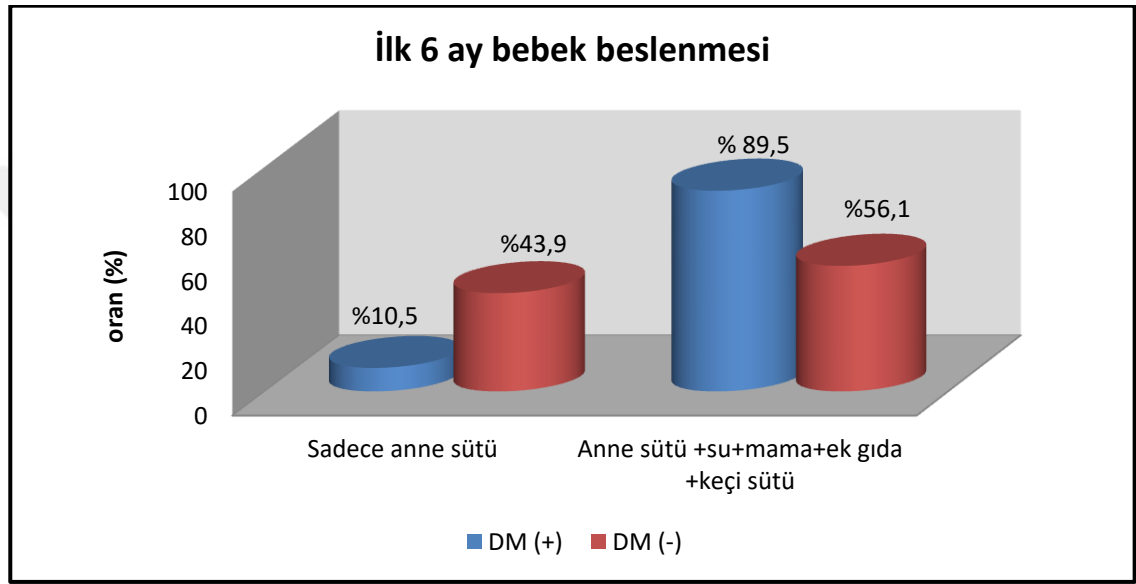
* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tablo 7 incelendiğinde; bebeğe ilk besin olarak SAS verme oranı %69,7, mama verme oranı %23,7, şekerli su verme oranı %3,9 ve diğer gıdaları verme oranı %2,6 olarak bulundu. Bebeğe verilen ilk besine göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p > 0,05$).

Kadınların ilk 6 ay boyunca bebeğine %35,5'inin SAS, % 64,5'inin AS+ek gıda(mama, su, keçi sütü) verdiği ve ilk 6 ay bebek beslenmesine göre gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,005$; $p<0,01$).

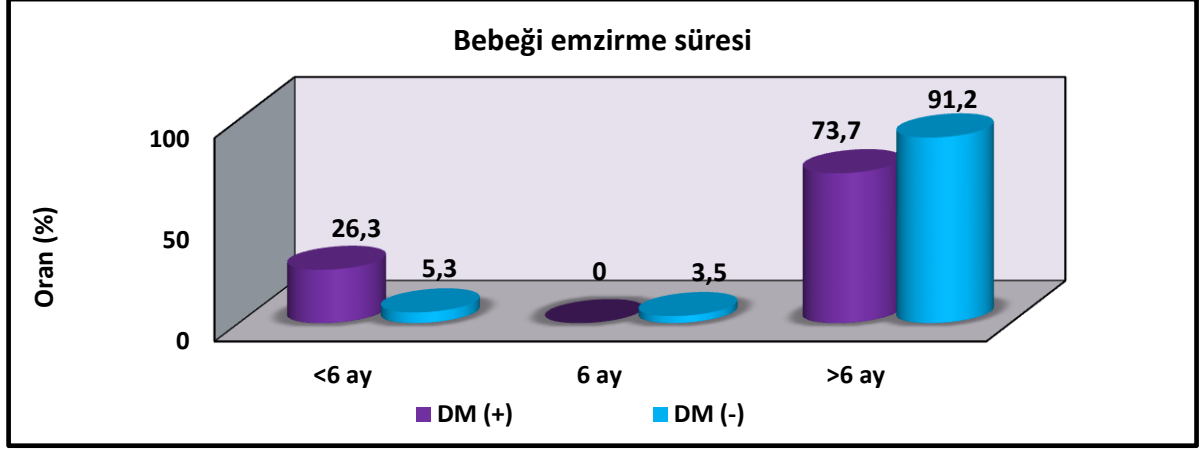
Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Fisher Freeman Halton Testi analizinde ikili karşılaştırmalara göre; bebeğine SAS verenlerin oranı diyabeti olmayan grupta ($p=0,013$) anlamlı düzeyde düşük bulundu. Diğer ikili karşılaştırmalarda benzerdi ($p>0,05$), (Şekil 4).



Şekil 4. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınlarda İlk 6 Ay Bebek Beslenmesi

SAS verme süresi 0 ile 8 ay arasında değişmekte olup, ortalama $3,98\pm 2,36$ aydır. SAS verme sürelerine göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Kadınların %10,5'inin bebeğini 6 aydan kısa süre, %2,6'sının 6 ay ve %86,8'inin 6 aydan daha uzun süre emzirdiği saptandı. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlarda 6 aydan daha kısa süre bebek emzirme oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,043$), (Tablo 7, Şekil 5).



Şekil 5. Gruplara Göre Bebek Emzirme Sürelerinin Dağılımı

Tablo 7. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Annelerin Emzirmeye İlişkin Uygulamalarının Değerlendirilmesi, n (%), (devam).

Emzirmeye İlişkin Uygulamalar		DM (+) (n=19) n (%)	DM (-) (n=57) n (%)	Total n (%)	p^b
(Diyabet ve) Emzirmeye yönelik eğitim almak isteme zamanı	Gebelikte	17 (89.4)	47 (82.4)	64 (84.2)	0.856
	Doğum sonrası	1 (5.3)	7 (12.3)	8 (10.5)	
	Bilmiyorum	1 (5.3)	3 (5.3)	4 (5.3)	
(Diyabet ve) Emzirmeye yönelik eğitim almak istenilen kişi	Eğitim almak istemiyor	-	1 (1.8)	1 (1.3)	0.673
	Fikrim yok	-	4 (7.0)	4 (5.3)	
	Sağlık personeli	19 (100)	52 (91.2)	71 (93.4)	
(Diyabet nedeni ile) Emzirmede sorun yaşama durumu	Hayır	15 (78.9)	53 (93.0)	68 (89.5)	0.103
	Evet, bebek ile ilgili	1 (5.3)	2 (3.5)	3 (3.9)	
	Evet, kendim ile ilgili	3 (15.8)	2 (3.5)	5 (6.6)	
Emzirmede yaşanan sorunları çözümlemede destek alınan kişi (n=6)	Destek almamış	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (33.3)	
	Eşim	2 (66.7)	-	2 (33.3)	
	Anne	-	1 (33.3)	1 (16.7)	
	Akraba	-	1 (33.3)	1 (16.7)	
Yaşanan sorunları çözümü şekli (n=4)	Emzirme	-	1 (50.0)	1 (25.0)	
	Beslenme	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (50.0)	
	Öğünleri planlama	1 (50.0)	-	1 (25.0)	
	Doğru beslenmeli	4 (21.1)	9 (15.8)	13 (17.1)	
(Diyabetli) Kadınların sorun yaşamamak için neler yapması gerektiği	Bilgilendirilmeli	5 (26.3)	15 (26.3)	20 (26.3)	0.990
	Desteklenmeli	2 (10.5)	5 (8.8)	7 (9.2)	
	Emzirmeli	1 (5.3)	5 (8.8)	6 (7.9)	
	Fikrim yok	7 (36.8)	23 (40.4)	30 (39.5)	
(Diyabet nedeni ile) Diğer çocuklarda emzirme sorunu yaşama durumu	Hayır	16 (100)	46 (92.0)	62 (93.9)	0.665
	Evet	-	4 (6.1)	4 (8.0)	
Emzirmede başarı değerlendirilmesi	Çok kötü	1 (5.3)	-	1 (1.3)	0.021*
	Kötü	3 (15.8)	1 (1.8)	4 (5.3)	
	Orta	3 (15.8)	10 (17.5)	13 (17.1)	
	İyi	9 (47.3)	22 (38.6)	31 (40.8)	
	Çok iyi	3 (15.8)	24 (42.1)	27 (35.5)	

^bFisher Freeman Halton Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

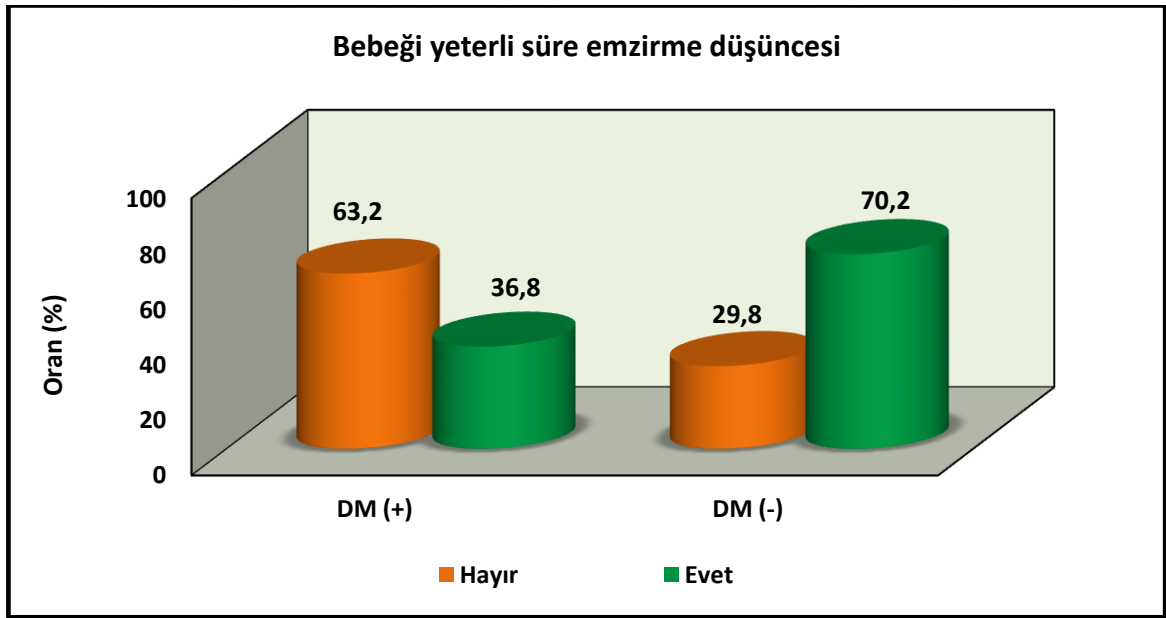
Tablo 7'ye göre;

Kadınların bebeğe yalancı meme ya da emzik verme oranı %44,7'dir. Yalancı meme ya da emzik verme durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Bebeği beslemek için kullanılan ek bir yapay ürün kullanma durumu incelendiğinde; silikon meme ucu kullanma oranının %9,2, biberon kullanma oranının %64,5 ve kaşık kullanma oranının %26,3 olduğu görülmektedir. Yapay ürün kullanma durumuna göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Kadınların %15,8'inin emzirme sonrası kendini halsiz hissettiği, %68,4'ünün rahat ve huzurlu hissettiği ve %15,8'inin mutlu, susuz, açlık, uykusuzluk, terlemenin artması, uykulu gibi diğer duyguları yaşadığı belirlendi. Emzirme sonrası hissedilen durumlara göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Kadınların %61,8'i bebeğini yeterli sürede emzirdiğini düşünürken, %38,2'si yeterli sürede emziremediğini düşünmektedir. Bebeğini yeterli sürede emziremediğini düşünen insüline bağımlı diyabeti olan kadınların oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,020$), (Tablo 7, Şekil 6).



Şekil 6. Gruplara Göre Bebeği Yeterli Süre Emzirme Durumlarının Dağılımı

Diyabet ve emzirmeye yönelik bilgi alınmak istenilen kişi oranlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

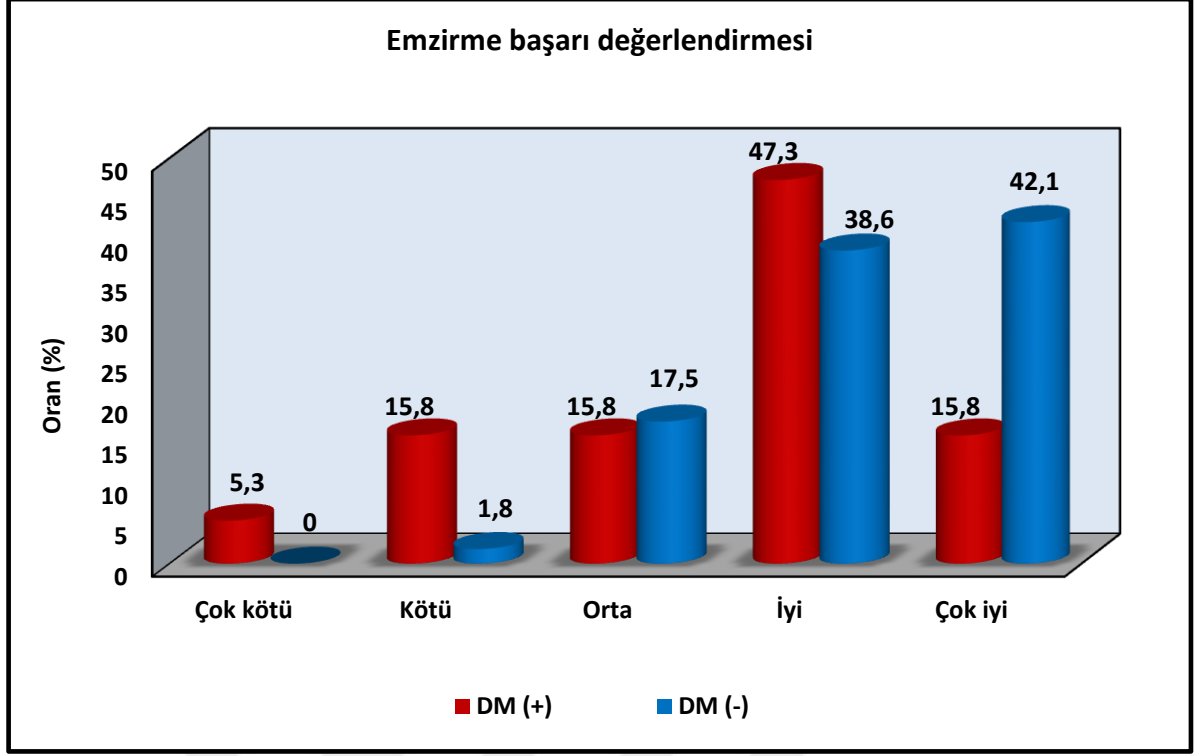
Diyabet nedeni ile emzirmede sorun yaşamama oranı %89,5, bebek ile ilgili sorun yaşama oranı %3,9 ve süt gelmediği için sorun yaşama oranı %6,6 olarak saptandı. Diyabet nedeni ile emzirmeyle ilgili sorun yaşama durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Kadınların %1,3'ü diyabet ve emzirme hakkında bilgi almak istemediğini, %5,3'ü fikrinin olmadığını, %93,4'ü ise sağlık personelinin bilgi almak istediğini belirtmektedir.

Diyabetli kadınlar emzirmede sorun yaşamamak için %17,1'i doğru beslenmesi, %26,3'ü bilgilendirilmesi, %9,2'si desteklenmesi ve %7,9'u emzirmesi gerektiğini, %39,5'i ise konu hakkında fikir sahibi olmadığını belirtmektedir. Gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Diyabet nedeni ile diğer çocuklarda emzirme sorunu yaşamama oranı %81,6 ve sorun yaşama oranı %5,3'tür. Diyabet nedeni ile diğer çocuklarda emzirme sorunu yaşama durumlarına göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$).

Emzirme başarısını, kadınların %1,3'ü çok kötü, %5,3'ü kötü, %17,1'i orta, %40,8'i iyi ve %35,5'i çok iyi olarak değerlendirmektedir. Emzirme başarısı değerlendirmelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,021$). Farklılık yaratan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalara göre; emzirme başarısını kötü değerlendirme oranının insüline bağımlı diyabeti olan grupta yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,046$). Diğer ikili karşılaştırmalara göre gruplar istatistiksel olarak benzerdi ($p>0,05$), (Tablo 7, Şekil 7).



Şekil 7. Gruplara Göre Emzirme Başarı Değerlendirmelerinin Dağılımı

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, insüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarının karşılaştırılması amacıyla, tanımlayıcı-karşılaştırılmalı (Erdoğan ve ark, 2014) olarak, Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde, 76 kadın ile yürütüldü.

Araştırmada cevabı aranan sorular doğrultusunda, bulgulara göre başlıca sonuçlar aşağıda özetlenmektedir:

1. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüşleri nelerdir?
2. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye yönelik ilişkin uygulamaları nelerdir?

Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulgular mevcut literatüre dayalı olarak tartışıldı.

Bu araştırmada birkaç sınırlılık bulunmaktadır. Araştırmanın Bursa İlinde iki hastanede yürütülmesi, örneklemin olasılıklı örneklem yöntemlerine uygun olarak seçilmemesi, soru formunda cevabı aranan soruların telefon ile görüşme tekniği yöntemi ile toplanması, araştırmaya katılan kadınların verdikleri cevapların doğruluk ve tutarlılığının bilinmemesi araştırmanın sınırlılığıdır. Ayrıca veri toplama sürecinde hastanedeki veri işletim sisteminin değişmesi ve veri toplama sürecinin sonuna gelinmesi sebebi ile ulaşılmaması planlanan insüline bağımlı diyabeti olan 44 kadın sayısının 19'da kalması da bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları, tüm kadınlar için genellenemez, sadece güncel araştırmadaki örneklem grubuna genellenebilir. Daha geniş bir örneklem ile çalışma yapılması planlanmalıdır.

Bu çalışmaya dahil edilen insüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların yarısından fazlasının doğum şekli sezaryen doğumdur.

Akadlı Ergöçmen ve ark (2014)'nın, TNSA 2013 yılı verilerine göre doğumların %48'inin, 2008 yılı verilerine göre %37'sinin sezaryen doğum olduğu bunun yanısıra Fata (2014)'in çalışmasında kadınların % 85,3'ünün, Gökbulut (2015)'un çalışmasında %56'sının,

ancak Kurnaz (2014)'ın çalışmasında %29.8'inin, Aslan (2017)'in çalışmasında ise %40'ının sezaryen doğum yaptığı belirtilmektedir. Anne Dostu Hastane Programı, anne sağlığı hizmetlerinin niteliği ve niceliğini arttırarak anne adaylarının güvenli, kaliteli doğum hizmetine ulaşmalarını sağlamak amacı ile normal doğumu özendirmeyi, müdahale oranlarını azaltmayı hedeflemektedir (<http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/803-anne-dostu-hastane-program%C4%B1.html>). Bu araştırmadan elde edilen verilerin yapılan diğer araştırma verileri ile benzerlik gösterdiği ancak Anne Dostu Hastane Programı'nın hedeflerini karşılamadığı görülmekte ve istenmeyen olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmaya dahil edilen bebeklerin doğum haftaları 38 ile 41 arasında değişmektedir.

Doğum haftaları; Fata (2014)'ın yaptığı çalışmada 38.70 ± 0.77 , Gökçeoğlu (2014)'nun çalışmasında 39.07 ± 1.33 , Yeygel Özcan (2014)'in 39.24 ± 0.69 , Chertok ve ark (2009)'nın çalışmasında 39 ± 1 'dir. Bebeğin ağızdan beslenebilmesi için soluk alma, emme ve yutma koordinasyonunu tam olarak sürdürebilmesi gerekir. Emme refleksi ile birlikte bu koordinasyon anne karnında gebeliğin 32-34. haftalarında gelişmeye başlar ve uyanık durumda dördüncü, uyur durumda yedinci aya kadar devam eder (Akyüz, 2008; Taşkın, 2016). Gebelik haftasına göre emme davranışı olumlu yönde etkilenmektedir. Çalışmadaki bebeklerin gestasyon yaşının emme refleksi için uygun olması emzirmeyi etkileyen olumlu bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan gruptaki kadınların bebeklerinin doğum kilosu diyabeti olmayan gruba göre daha yüksektir.

Simmons ve ark (2004)'ın yaptığı çalışmada Tip 2 DM annelerin bebekleri 3220 ± 720 gr ve GDM'li annelerin bebeklerinin doğum kilosu 3760 ± 640 gr iken, Maayan-Metzger ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada glikoz seviyesi <47 mg/dl bebeklerin kilosu 3445 ± 510 gr, >47 mg/dl bebeklerde 3393 ± 458 gr, Chertok ve ark (2009)'in çalışmasında emziren kadınların bebekleri 3220 ± 354 gr ve emzirmeyenlerde 3320 ± 383 gr, Gürarlan Baş (2014)'ın çalışmasında deney grubunda 3250.66 ± 433.94 gr ve kontrol grubunda 3210.00 ± 482.32 gr'dır. Annedeki glikoz seviyesinin artmasına paralel olarak fetüsteki glikoz seviyesi de artmaktadır. Bu durum fetusta aşırı insülin salınmasına neden olan fetal pankreastan insülin üretimini stimüle eder. Aşırı insülin salınımı makrozomiye yol açan büyümeyi ve yağ depolarını arttırır. Makrozomik yenidoğanlarda doğum travması, omuz distosisi, brakial pleksus yaralanmaları,

fasial sinir yaralanmaları ve asfiksi gibi riskler varken araştırmaya dahil edilen annelerde doğum şeklinin abdominal yolla olması bu riskleri dışlamakta ancak doğum kilolarının ylık olması gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır (Taşkın, 2016). Yapılan araştırmada bebeklerin doğum kilolarının ylık olması beklenen fakat istenmeyen olumsuz bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan gruptaki kadınların en son ki gebelikleri planlı ve istenen gebeliktir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 yılı verilerine göre gebeliklerin %71'inin 2013 yılı verilerine göre %74'ünün istenen, Bostancı (2015)'nin çalışmasında %96'sının, Kurnaz (2014)'in çalışmasında %71.70'inin istenen %90.10'unun planlı gebelik olması yapılan araştırma verilerini destekleyen olumlu bir sonuçtur.

Bu çalışmaya dahil edilen insüline bağımlı diyabeti olan kadınların geneli aşırı kilolu ve obezdir.

Feig ve ark (2011)'in çalışmasında Tip 1 DM 25.9 kg/cm², Tip 2 DM 34.3 kg/cm² ve GDM 30.7±6.7, Üstün (2013)'in çalışmasında GDM'lilerde 28.2±5.5, Simmons ve ark (2004) alışmasında emzirenlerde 33,9 ±6,7 ve emzirmeyenlerde 35,0 ±7,6, Chertok ve Sherby (2016)'in çalışmasında GDM'lilerde %27.6 ve GDM olmayanlarda %23.8, Morrison ve ark (2014) alışmasında 26.5± 6.4 kg/cm² ve %51 aşırı kilolu ve obez'dir. Emziren annelerde metabolizma hızlı olduğu için sindirim sistemi daha iyi çalışır, besin emilimi artar. Emzirme, kadının günlük enerji gereksinimini yaklaşık 500-600 kalori artırır. Dolayısıyla, emzirme sırasında kadınlar enerji harcadığından ve süt üretimi için bölgesel yağ dokusu kullanıldığından, emzirme uzun vadede kilo alımının düzenlenmesini etkileyebilir (Gunderson 2014). Bu nedenle tüm annelerde olduğu gibi aşırı kilolu ve obez annelerde de uzun vadede kilo alımının düzenlenmesine yardımcı olmak için emzirmenin desteklenmesi gerekmekte ancak annelerin kilo alımının BKİ'ne göre ortalamadan fazla olması emzirmeyi olumsuz etkileyen istenmeyen bir sonuçtur (Taşkın, 2016).

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların doğum sonrası kan şekeri düzeyinde sorun olmadığı olumlu bir sonuç olarak değerlendirildi.

Gebelik diyabetojenik bir etkiye sahip olmakla birlikte emzirme anti-diyabetojenik bir etkiye sahiptir. Anne vücudunda karbonhidratlar süt üretiminde kullanılması ve bu da emziren annede kan glikoz düzeyini düşürür. Buna bağlı olarak insülin gereksinimi daha az

olur. Bu nedenle emzirme anti-diyabetojenik bir etkiye sahiptir (Çoban, 2008). Ancak; yapılan araştırmada insüline bağımlı diyabeti olan kadınların yarısından fazlasında doğum sonrası ilk 6 ayda insülin dozunda değişiklik yapılmamış olması, kadınların bebeklerini yeterli emzirmedeğini gösterdiğinden istenmeyen bir durum olarak değerlendirildi. Bu nedenle tüm kadınlarda ve özellikle de insüline bağımlı diyabeti olan kadınlarda, emzirmenin metabolizmayı hızlandırması ve insülin gereksinimini azaltması nedeniyle, emzirme teşvik edilmelidir.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların emzirmesiyle ilgili eğitim alma oranının çok düşük olduğu görülmekte ve eğitim alan kadınlar aldığı eğitimi yeterli bulmaktadır. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlar doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi sürecinde kadını yakından takip eden ebelere önemli görevler düşmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelikte emzirme ile ilgili bilgi aldığı ve emzirme bilgisinin yarısından fazlasını sağlık çalışanından aldığı görüldü.

Emzirmeyle ilgili bilgi alma durumu Yılmaz (2016)'ın çalışmasında eğitim grubunda %16.7 ve kontrol grubunda %18.3, Gözükara (2012)'in çalışmasında müdahale grubunda %64.5 ve kontrol grubunda %71'i, Aslan ve Ege (2016)'nin çalışmasında %91.7'dir. Annelerin emzirme ile ilgili eğitim alma oranları beklenen düzeyde değildir. Yılmaz (2016)'ın çalışmasında eğitim grubunda %45.1 ve kontrol grubunda %54.3, Yenil ve ark (2013)'in çalışmasında %48.6, Işıl Koç ve Tezcan (2005)'in yaptığı çalışmada %61,0'i, Bolat ve ark (2011)'in çalışmasında sadece AS alanlarda %60.7 ve AS ve mama/ek gıda alanlarda %39.3'ü sağlık personelinde eğitim aldığı görüldü.

Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre gebeliğin 28-32. ve 36-38. haftalarında yapılan üçüncü ve dördüncü izlemlerde AS ve emzirme konusunda bilgilendirme ve danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinin bilgilendirme ve danışmanlık konuları göz önünde bulundurulduğunda AS ve emzirme konusunda bilgi verilmediği düşünülmektedir. Yapılan araştırmada doğum sonrası kadınların yarısından fazlası bebeğini ilk yarım saat içinde, insüline bağımlı diyabeti olan kadınlar diyabeti olmayan kadınlara göre emzirmeye daha geç başlamaktadır.

Yapılan araştırmada doğum sonrası kadınların yarısından fazlası bebeğini ilk yarım saat içinde, insüline bağımlı diyabeti olan kadınlar diyabeti olmayan kadınlara göre emzirmeye daha geç başlamaktadır.

Fata (2014)'nın çalışmasında %52.63, Chertok ve ark (2009)'nın çalışmasında ilk emzirme zamanının bir buçuk saat olduğu, Chertok ve Sherby (2016)'ın çalışmasında algılanan gecikmiş laktogenezis II GDM'u olmayanlarda %8.6 ve GDM olanlarda %31.3, Simmons ve ark (2004)'nın çalışmasında %68'i ilk emzirmeyi gerçekleştiremediği, Kirkwood ve ark (2007)'in çalışmasında %42'dir. Diyabetli kadınlarda laktogenezis II'nin yaklaşık iki saat geciktiği belirtilmektedir. Bu durum; kadınlarda laktasyon ve emzirmenin geç başlamasına neden olmaktadır (Üstün, 2013; Matias ve ark, 2014). İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların emzirmeye geç başlanması istenmeyen olumsuz bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlar, bebeklerinin doğum sonrası dönemde ilk durumunun genel olarak sessiz ve uyanık olduğunu belirtti.

Üstün (2013)'ün çalışmasında, kadınlar bebeklerini emzirmek için ilk kucağına aldığında gestasyonel diyabeti olan anne bebeklerinin %13.5'inin derin uykuda, %27.6'sının uykulu olduğu, gestasyonel diyabeti olmayan anne bebeklerinin ise %7.1'inin derin uykuda olduğu belirtilmektedir. Bebeklerdeki uykuya eğilim hipoglisemiye yatkınlığın belirtisidir. Yapılan araştırmada bebeklerin sessiz ve uyanık olmaları hipoglisemiyi desteklemeyen ancak istenen olumlu bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlarda doğum sonrası bebek kan şekeri ölçüm oranının daha yüksek olduğu ve kadınlara doğum sonrası bebek kan şekerinin düşmemesi için bilgi verildiği belirlendi.

Simmons ve ark (2004)'ın çalışmasında bir saatlik topuk kanı glucose emzirilen bebeklerde 2.9 mmol/l ve emzirilmeyen bebeklerde 3.1 mmol/l, Maayan-Metzger ve ark (2009)'ın çalışmasında %48.8'si 47mg/dl'den düşük %4'ünde 30 mg/dl'den düşük, Chertok ve ark (2009)'ın çalışmasında emzirilen bebeklerde sınırdaki hipoglisemi %9 ve mama ile beslenen bebeklerde %46'dır. Çalışmada insüline bağımlı diyabeti olan kadınlar doğumdan sonra bebeklerinin kan şekerinin ölçüldüğünü fakat sonucunu hatırlamadığını ifade etti. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların hastanelerde bebeklerini emzirmesi teşvik edildi. Kadınlar doğumdan sonra bebeklerin kan şekerinin düşmemesi için bebeklerini emzirdiği görüldü.

Yapılan araştırmada, doğumdan sonra kadınların büyük çoğunluğu bebeklerine ilk besin olarak AS vermektedir.

Bostancı (2015)'nin çalışmasında doğumdan sonra bebeğe ilk olarak AS verme oranı %96.6, Bolat ve ark (2011)'in çalışmasında erken AS başlayanlar %60,7, AS ve mama/ek gıda 39.3, Morrison ve ark (2015)'in çalışmasında üç aydan az emziren kadınlarda AS verme oranı %17.1, üç aydan az emzirmeyenlerde %34.8, TNSA 2013 verilerine göre sadece anne sütü 0-5 ay %30.1 ve 6-9 ay %2.4 olduğu belirtilmektedir. Kolostrum hastalıklara karşı yenidoğanı korumaktadır. Bu durum yenidoğanın AS ile beslenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Doğumdan sonra AS verme TNSA 2013 verilerinden düşük olması olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilirken, DSÖ, UNICEF, Sağlık Bakanlığı emzirme politikasına göre istenmeyen olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada ilk altı ayda SAS verilme oranı düşük, AS'ne ilave ek besinler verilme oranı yüksektir.

Ekşioğlu (2016)'nun çalışmasında SAS ile besleme müdahale grubunda %58.6, kontrol grubunda %18.3, TNSA 2013'te bebeklerin %12'si altıncı aydan önce ek gıda alırken, bu oran TNSA 2008'de %8'dir. Yapılan araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir. SAS verme oranı çok düşük ve erken dönemde bebeklere AS'ne ilave ek besinler verilmeye başlanması olumsuz bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların altı aydan az emzirme nedeni anne sütünün yetersizliğinden kaynaklanmakla birlikte kadınların çoğunluğunun bebeklerini altı aydan fazla emzirdiği görüldü.

Delikanlı (2015)'nin çalışmasında ilk alt aylık dönemde anne sütü dışında herhangi bir besin veya içecek veren annelerin oranı %53.2 ve bunun nedeni ise %59.6 oranı ile anne sütünün yetersiz olması veya hiç olmamasındır. Simmons ve ark (2004) alışmasında annelerin %17.2'sinin mamayla birlikte emzirmeye devam ettiğini belirtmektedir. Sorkio ve ark (2010) alışmasında ilk üç ay boyunca bebeklerin SAS ile beslenme oranı Tip 1 DM olanlarda %55.6, Tip 1 DM olmayanlarda %83.7'dir. Kadınlar ilk altı ay bebeklerine AS dışında ek gıda vermeye erken dönemde başlamakta, çalışmada tamamlayıcı besinlerle birlikte AS ile beslenmesi önemli bir sonuçtur.

Çalışmada insüline bağımlı diyabeti olan kadınlar bebeklerinde yalancı meme ve biberon kullanmaktadır.

Delikanlı (2015)'nin çalışmasında ilk altı ayda emzik kullananların oranı %47.6'dır. Dört-altı aylık bebeklerin %62.5'i emzik kullanmaktadır. Biberon kullanan anneler %50.8 oranındadır ve bu oran sıfır-üç aylık bebeklerde %12.5'dir. Bostancı (2013)'nin çalışmasında emzik verme oranı %57.3, Fata (2014)'nin çalışmasında doğum sonrası sekizinci haftada emzik-biberon kullanmayan annelerin, kullananlara göre postnatal emzirme özyeterlilik ölçeği puan ortalamaları 67.79 ± 4.23 , TNSA 2013 verilerine göre altı aydan küçük çocuklar arasında biberon kullanımı %40'tır. Bu düzey 8-9 aylık çocuklarda en yüksek değere ulaşarak %64'e çıkmaktadır. Kadınların bebeklerinde emzik ve biberon kullanmaları, emzirmeyi olumsuz etkileyen önemli bir faktördür.. Ayrıca biberon kullanan bebekler gastrointestinal sistem hastalıklarını daha fazla yaşamaktadır Yapılan diğer araştırma verileri ile benzerlik gösteren bu çalışmada annelerin yalancı meme ve biberon kullanması emzirmeyi olumsuz etkileyen önemli bir sonuçtur ve DSÖ ve UNICEF'in başarılı emzirme için 10 adım bildirisine de ters düşmektedir.

Emzirmeden sonra kadınlar kendilerini rahat ve huzurlu hissettiklerini ifade ettiler. Yeygel Özcan (2014)'in çalışmasında annelerin % 71.4'ü kısmen huzurlu ve %22.9'u huzursuz, Tatarlar (2015)'in çalışmasında emzirmeden sonra $45,86 \pm 8,61$ 'i huzurlu, $50,26 \pm 8,00$ 'i huzursuzdur. Annelerde emzirme öncesinde ve/veya sırasında aşk hormonu olan oksitosin ve emzirme sonrasında relaksasyon sağlayan prolaktin hormonu salgılanır (Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, 2017). Bu hormonların fizyolojik etkilerinden dolayı emzirmenin anneyi olumlu yönde etkilemesi kaçınılmaz olacaktır.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların bebeklerini emzirmede yaşadıkları sorunları çözümlenmede en çok eşlerinden destek aldığı belirlendi.

Hunter ve Cattelona (2014)'nin çalışmasında eşlerin %45.9'u emzirmeyi desteklediği ve %54.1'inin emzirmeyi desteklemediği, Özlüses (2014)'in çalışmasında babanın emzirme sürecinde anneye destek olma durumu anne grubunda %82.1, anne baba grubunda %97.4, kontrol grubunda %69.2 emzirmeyi desteklediği görülmektedir. Yalnızca emzirmeye yönelik yaşanan sorunlarda değil annelerin yaşadığı diğer tüm sorunların çözümlenmesinde eş desteğinin önemi yadsınamaz. Kadınların emzirme ile ilgili yaşadıkları sorunların çözümlenmesinde eşlerinden destek almaları istenen olumlu bir sonuçtur.

İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlar, bebeğini emzirmede sorun yaşadıklarında, beslenmesini ve öğünlerini planlayarak çözümlediklerini ifade ettiler. Ancak kadınların genelinin emzirmede sorun yaşamaması için neler yapmaları gerektiğini bilmedikleri görüldü. Bunun nedeninin, kadınların çoğunluğunun eğitimlerinin ilkokul seviyesinde olmasından kaynaklandığı düşünüldü.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarını karşılaştırmak amacıyla 76 kadın ile yürütülen çalışmadan elde edilen başlıca sonuç ve öneriler aşağıda özetlenmektedir.

1. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlar diyabeti olmayan kadınlara göre daha düşük görüş puanına sahiptir.

- İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların da doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde emzirmeye başlaması sağlanmalı,
- İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınlarda da süt salınımının artması için memenin uyarılması için kadının bebeğini sık emzirmesi sağlanmalı,
- Bebek hipoglisemi riskine karşı gözlemlenmeli,
- Gece emzirmelerinin anne sütünü arttırdığı bu nedenle gece emzirmenin önemi vurgulanmalı,
- Aile içinde veya yakınlarındaki destek kaynaklarını tespit edebilmek için kadın ile işbirliği yapmalı,
- Kadınların olumlu emzirme davranışları geliştirebilmesi için sosyal destek olunmalıdır.

2. İnsüline bağımlı diyabeti olan kadınların diyabeti olmayan kadınlara göre uygulamalarının oranı daha azdır.

- Emzik ve biberon kullanımının emzirmeyi olumsuz yönde etkilediği kadınlara anlatılmalıdır. Bebeğin beslenmesinde yapay ürün kullanmaması için teşvik edilmeli,
- Emzirmeyi engelleyecek önemli yanlışlar yoksa ve emzirme genel olarak başarılı ise emzirmeye müdahale edilmemeli, ancak anne bebeğini emzirdiği için övülmeli,
- Emzirme nedeniyle, kan şekerinin düşmesini önlemek için, emzirmeden önce ve emzirme sırasında aperatif yiyecekler yemeli, yeterli sıvı (emzirirken bir bardak su veya kafeinsiz içecek) almalı,
- Diyabet tedavisinde kullanılan insülinin, güvenli bir şekilde emzirme sırasında kullanılabilceği açıklanmalı,
- İnsüline bağımlı diyabeti olan kadının emzirme destek ve eğitim programlarıyla iletişimi sağlanmalı,

- Uzun vadede emzirmenin sürdürülmesi için insüline bağımlı diyabeti olan kadınların emzirme eğitimlerinin emzirme programlarının içinde yer alması gerekmektedir.



KAYNAKLAR

- Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A.** Tıp 1 Diyabet, Güncel Pediatri, 2007, 5: 1-10.
- Akadlı Ergöçmen B, Çavlin A, Abbasoğlu Özgören A.** Üreme Sağlığı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2013, Türkiye 2014.
- Akboğa S.** Gebeliğin 24-28. Haftalarında Yapılan Oral Glukoz Tolerans Testi Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2009, 1-49.
- Akkuzu G.** Yenidoğan Beslenmesi, In. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Taşkın L, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2016, s 573-603.
- American Diabetes Assosation** Standards of Medical Care in Diabetes Care, Diabetes Care, 2013, 36(1) pp: 11-46.
- Aslan Y, Ege E.** Breastfeeding self-efficacy of mothers and relationship with depression risk. Journal of Human Sciences, 2016, 13(2), 3160-3172.
- Atasay A, Arslan S.** Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklerasyonu, Sted, 2001, 10(12): 457-459.
- Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, Cömert S, Nuhoğlu A.** İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi 2011, 11(1), 5-13.
- Bostancı G.** Bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin ve bebeklerini emzirme durumlarının değerlendirilmesi. HSP 2015, 2 (3), 260-270.
- Chertok RA, Raz I, Shoham I, Haddad H, Wiznitzer A.** Effects Of Early Breastfeeding On Neonatal Glucose Levels Of Term Infants Born To Women With Gestational Diabetes, Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2009, 22: 166- 169.
- Chertok RA, Sherby E.** Breastfeeding Self-efficacy of Women With and Without Gestational Diabetes, Wolters Kluwer Health, 2016, 173-178.
- Chouinard-Castonguay S, Weisnagel SJ, Tchernof A, Robitaille J.** Relationship between lactation duration and insulin and glucose response among women with prior gestational diabetes, Eur J Endocrinol, 2013, 15;168(4):515-23. doi: 10.1530/EJE-12-0939.

Cordero L, Thung S, Landon MB, Nankervis CA. Breast-feeding Initiation in Women With Pregestational Diabetes Mellitus, Clin Pediatr, 2014, 53(1):18-25, doi: 10.1177/0009922813496455.

Coşkun MA. Doğum sonu dönem, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012,s.273-278.

Çapık C. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014, 17:4.

Çoban A. Riskli gebelikler, Ahsen Şirin, Kadın Sağlığı, 1. Baskı, Bedray Yayıncılık, İstanbul, 2008, s. 522-560

Delikanlı G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'ne Başvuran 0-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Emzirme Ve Bebek Beslenmesi Konusundaki Bilgi Düzeyleri İle Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 101.

Devecioğlu E, Gökçay G. Tamamlayıcı Beslenme, Çocuk Dergisi, 2012,12(4):159-163.

Dinçtürk C. Bir Ve Birden Fazla Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2006, 6-26.

Duran S. Ebe Ve Hemşirelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2008, 3-25

Eksiöğlu A. Postpartum Dönemde Annelere Verilen Emzirme Destek Programının Sadece Anne Sütü İle Beslenme Süresi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2016, 101.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, 103.

Eryılmaz G. Laktasyon ve Emzirme, Ahsen Şirin, Kadın Sağlığı, 1. Baskı, Bedray Yayıncılık, İstanbul, 2008, ss. 759-787

Fata S. Doğum Sonrası Dönemde Annelerdeki Yorgunluğun Emzirme Öz-Yeterliliğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2014, 69.

Feig DS, Lipscombe LL, Tomlinson G, Blumer I. Breastfeeding Predicts The Risk Of Childhood Obesity In A Multi-Ethnic Cohort Of Women With Diabetes, *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2011, 24(3): 511–515.

Finkelstein SA, Keely E, Feig DS, Tu X, Yasseen SA, Walker M. Research: Care Delivery, Breastfeeding In Women With Diabetes: Lower Rates Despite Greater Rewards. A Population-Based Study, *Diabetic Medicine*, 2013, 30: 1094–1101.

Forster DA, McEgan K, Ford R, Moorhead A, Opie G, Walker S. Diabetes and antenatal milk expressing: a pilot project to inform the development of a randomised controlled trial, *Midwifery*, 2009, 27:209-14.

Funk LJ. Endokrin Pankreas Bozuklukları, Çoban E, Süleymanlar G (Çev. Ed.), Hastalıkların Patofizyolojisi, Ankara 2006,s: 502- 530.

Gilbert SE, Harmon SJ. Gebeliği Etkileyen Sağlık Sorunları, Taşkın L (Çev. Ed.), Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, Ankara 2002, s:218-272.

Gökbulut N. Kadınların Doğumdan Memnuniyetlerinin Emzirme Öz Yeterliliğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,2015, 24.

Gökçay G. Beslenme, Yaşamın İlk 2 Yılında Çocuk Sağlığı ve Bakım, İstanbul, 2008, s:64-114.

Gökçeoğlu E. Annelerin Emzirme Özyeterlilikleri ile Sütün Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014,35.

Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008, 16-31.

Gözükara F. Ebeveynlere Emzirmeye Yönelik Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerinin Emzirme Davranışına Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012, 7-20.

Gunderson PE. Breastfeeding After Gestational Diabetes Pregnancy, *Diabetes Care*, 2007, 30(2), pp:161-166.

Gunderson PE. Impact of breastfeeding on Maternal Metabolism Implacations for Women With Gestasyonel Diabetes, *Cur Diab Rep*, 2014, 14,pp 460.

Gunderson PE, Crites Y, Chiang V, Walton D, Azevedo RA, Fox G, Elmasian C, Young S, Salvador N, Lum M, Hedderson MM, Quesenberry CP, Lo JC, Ferrara A, Sternfeld B. Influence Of Breastfeeding During The Postpartum Oral Glucose Tolerance Test On Plasma Glucose And İnsulin, *Obstet Gynecol*, 2012, 120(1):136-43. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825b993d.

Gürarlan Baş N. Sezaryen İle Doğum Yapan Annelere Verilen Emzirme Danışmanlığının Yenidoğanın İlk Emzirilme Zamanına Vücut Isısına Ve Emme Başarısına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 43.

Gürler M. Subklinik Diyabetliler İle Yeni Tespit Tip 2 Diyabetli Kişilerde Serum Visfatin Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2009, 3-29.

Güven A, Aydın M. Beş Yaşından Önce Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanısı Alan Çocuklarda Etiyopatogenezde Rol Alan Faktörler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2005, 48: 295-300.

Hummel S, Winkler C, Schoen S, Knopff A, Marienfeld S, Bonifacio E, Ziegler AG. Breastfeeding Habits In Families With Type 1 Diabetes, *Diabetic Medicine*, 2006, 24, 671–676.

Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding Initiation and Duration in First-Time Mothers: Exploring the Impact of Father Involvement in the Early Post-Partum Period, *Health Promotion Perspectives*, 2014, Vol. 4, No. 2, P: 132-136.

Işık Koç G, Tezcan S. Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 1-13.

Kaya D, Pirinççi E. 0–24 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8 (6), 479-484.

Kaya H. Gebelerde Gestasyonel Diabetes Mellitus Taramasında Bozulmuş Açlık Glukozunun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 2007, 3-38.

Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, Soremekun S, Weobong B, Gyan T, Danso S, Kingston D, Dennis C, Sword W. Exploring breastfeeding self-efficacy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 2007, 21, 207-215.

Koç IG, Tezcan S. Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, s 1-13.

Kurnaz D. Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2016, 63.

Kurtuluş Yiğit E, Tezcan S, Tunçkanat H. Üreme Sağlığı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etkileri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2008, Türkiye 2009.

Kutay GN, Gönenç G, İşçi H, Yiğiter BA, Dünder İ. Gestasyonel Diabetes Mellitus Riskinin Maternal Yaş Ve Gebeliğin Başlangıcındaki Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 40 (3): 406-409.

Maayan-Metzger A, Schushan-Eisen I, Lubin D, Moran O, Kuint J, Mazkereth R. Delivery room breastfeeding for prevention of hypoglycaemia in infants of diabetic mothers, *Fetal Pediatr Pathol*, 2014, 33(1):23-8. doi: 10.3109/15513815.2013.842271.

Matias SL, Dewey KG, Quesenberry CP Jr, Gunderson EP. Maternal Prepregnancy Obesity And İnsulin Treatment During Pregnancy Are İndependently Associated With Delayed Lactogenesis İn Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus, *Am Journal Clinical Nutrition*, 2014, 99(1):115-21, doi: 10.3945/ajcn.113.073049.

McManus RM, Cunningham I, Watson A, Harker L, Finegood DT. Beta-cell function and visceral fat in lactating women with a history of gestational diabetes, *Metabolism*, 2001, 50:715–719.

Morrison M.K., Collins C.E., Lowe J.M., Giglia R.C. Factors associated with early cessation of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Women and Birth* 2015, 28, 143-147.

NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA)

O'Reilly M, Avalos G, Denedy MC, O'Sullivan EP, Dunne FP. Breast-Feeding İs Associated With Reduced Postpartum Maternal Glucose İntolerance After Gestational Diabetes, *Ir Med J*, 2012,105(5 Suppl):31-6.

Özlüses E. Ebeveynlere Verilen Doğal Besleme Öğretiminin, Tek Başına Anne Sütü Verme Süresine, Bebeklerin Büyüme Parametrelerine, Hastalanma Oranlarına Ve Ebeveyn-Bebek Bağlanmasına Etkisi, Doktora Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, 2014,51.

Gürel P. Polikliniğimize Başvuran 6ay- 12ay Arası Çocukların Annelerinin; Anne Sütü ile Beslenme ve Emzirme Konusunda Bilgi Düzeyinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi , Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, 2009, 49.

Polit DF, Beck CT. The content validity index are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006, 29 (5), 489-97.

Rathfisch G. Doğum sonrası doğal yaklaşım:Hoşgeldin bebeğim, Doğal Doğum Felsefesi, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2012, ss.209-222.

Sağlam H, Kirel B, Dirican M, Tarım Ö. Anne Sütünde Adiponektin, Güncel Pediatri Dergisi, 2007, (5): 28- 30.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, Eylem Planı, Ankara, 2011.

Samur EG. Anne Sütü, Baskı 2, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2012

Samur G. Anne sütü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1. Baskı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008, s 19.

Samur G. Anne Sütü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008, 1-7.

Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, Stuebe A, McCluere CK, Van Den Eeden SK, Thom D. Lactation and Maternal Risk of Type-2 diabetes: a Population- based Study, Am J Med, 2010, 123(9): 863.e1–863.e6. doi:10.1016/j.amjmed.2010.03.016.

Selçuk ŞA. Gebe Kadınlarda Kilo Alım Düzeyinin Gestasyonel Diyabeti Oluşturma Riski Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011, 5-28.

Silbernagl S, Lang F. Hormonlar, Özgünen T, Kozanoğlu İ, Özgünen TK (Çev. Ed.), Renkli Fizyopatoloji, Adana, 2011, ss:308-312.

Simmons D, Conroy C, Thompson CF. In-Hospital Breast Feeding Rates Among Women With Gestational Diabetes And Pregestational Type 2 Diabetes In South Auckland, Diabetes UK. Diabetic Medicine, 2004, 22: 177–181.

Soltani H, Arden M. Factors Associated With Breastfeeding Up To 6 Months Postpartum in Mothers With Diabetes, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2009 , 38: 586-594.

Soltani H, Dickinson FM, Kalk J, Payne K. Breastfeeding practices and views among diabetic woman: a retrospective cohort study, Midwifery, 2008, 24:471-479.

Sorkio S, Cuthbertson D, Barlund S, Reunanen A, Nucci MA, Berseth LC, Koski K, Ormison A, Savilahti E, Uusitalo U, Ludvigsson J, Becker DJ, Dupre J, Krischer JP, Knip P, Akerblom HK, Virtanen SM. Breastfeeding patterns of mothers with type 1 diabetes: results from an infant feeding trial, Diabetes/Metabolism Research And Reviews, 2010, 26: 206–211.

Stuebe MA, Rich-Edwards WJ. The Reset Hypothesis: Lactation and Maternal Metabolism, Am J Perinatol, 2009, 26(1): 81–88. doi:10.1055/s-0028-1103034.

Şahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balcı E, Sağıroğlu M, Öztürk A. Kayseri’de İki Toplum Sağlığı Merkezine Başvuran Annelerde Emzirme Sorunları Ve Risk Etmenleri, Türk Pediatri Arşivi, 2013, 48: 145-151.

Şen E. Gestasyonel Diyabet Eğitiminin Maternal Sağlık Davranışları, Öz Etkililik Düzeyi ve Neonatal Sonuçlar Üzerindeki Etkisi, Doktora Tezi , Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011, s.8-71.

Tanır F. Bebekleri 0-2 Yaş Arasında Olan Bir Grup Annenin Emzirmeye İlişkin İnanç ve Tutumları, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2006, 6-27.

Taşkın L. Riskli Gebelikler, In. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Taşkın L, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2016, s 259-266.

Taşkın L. Gebelikte Beslenme, In. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı, Taşkın L, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2016, s 203-212.

Tatarlar A, Aluş Tokat M. Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016, 15 (2), 83-91.

Thompson D, Berger H, Feig D, Gagnon R, Kader T, Keely E, Kozak S, Ryan E, Seriver M, Vinokuroff C. Clinical Practice Guidelines: Diabetes and Pregnancy, Canadian Journal of Diabetes (Electronic Journal),2013, 37, pp: 168-183.

Trout KK, Averbuch T, Barowski M. Promoting Breastfeeding Among Obese Women and Women with Gestational Diabetes Mellitus, *Curr Diab Rep*, 2011, 11:7–12.

Tunçel KE, Dünder C, Canbaz S, Pekşen Y. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran 0-24 Aylık Çocukların Anne Sütü ile Beslenme Durumlarının Saptanması, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10 (1), 1-6.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Ankara, 2013, ss 15-24.

Ural S. Erciyes Üniversitesi Yenidoğan Ve Sosyal Pediatri Polikliniklerine Başvuran 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirme Ve Anne Sütünü Artırmaya Yönelik Geleneksel Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2011, 4-23.

Üstün G. Gestasyonel Diyabeti Olan/Olmayan Kadınların Emzirme Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013,1-69.

Üstün G, Aluş Tokat M. Gestasyonel Diyabet Emzirme Sonuçları İçin Ne Kadar Önemli, *Perinatoloji Dergisi*, 2011, 19 (3): 123- 129.

Watt J, Mead J. What pediatricians need to know about breastfeeding, *Paediatrics and Child Health*, 2013, 23 (8) pp.362-366.

WEB_1. (2017). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/11-%20emzirme_danismanligi_el_kitabi.pdf (04.06.2017).

WEB_2. (2017). International Diabetes Federation <https://www.idf.org/e-library/welcome.html> (04.06.2017).

WEB_3. (2017). International Diabetes Federation 2nd Edition, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html> (04.06.2017).

WEB_4. (2017). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği http://www.turkendokrin.org/files/pdf/diabetes_klvz2011_web.pdf (05.06.2017).

WEB_5. (2017). Laboratory Diagnosis and Monitoring of Diabetes Mellitus file:///C:/Users/toshiba/Downloads/WHO_Laboratory_Diagnosis_Diabetes_2002.pdf (05.06.2017).

WEB_6. (2017). İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü, <http://www.unicef.org/turkey/pc/mc20.html> (05.06.2017).

WEB_7. (2017). UNICEF ÇHDS - Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Erişim: http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23b.html (05.06.2017).

WEB_8. (2017). Anne Dostu Hastane Programı <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/803-anne-dostu-hastane-program%C4%B1.html> (06.06.2017).

WEB_9. (2017). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> (23.06.2017).

WEB_10. (2017). WHS World Health Statistics 2013. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/ (05.06.2017).

WEB_11. (2013). Diabetes Statistics, <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?loc=DropDownDB-stats> (23.12.2013).

WEB_12. (2013). Diyabet sıklığının artma nedenleri, <http://www.diabetcemiyeti.org/BilinmesiGerekenler.asp?ID=65> (24.10.2013).

WEB_13. (2013). Diabetes and Lactation, <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/women/pregnant-women/after-delivery.html> (14.12.2013).

WEB_14. (2013). Diyabet sıklığının artma nedenleri, <http://www.diabetcemiyeti.org/BilinmesiGerekenler.asp?ID=65> (24.10.2013).

WEB_15. (2013) . Diyabet ve gebelik ,www.turkdiab.org, (24.10 2013).

WEB_16. (2013). UNICEF Child Nutrition: Progress. http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html, (9.12.2013).

WHO Consultation Group. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, 2nd ed. Part1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, Geneva, 1999, 1–59.

WHO Laboratory Diagnosis and Monitoring of Diabetes Mellitus, Geneva, 2002.

Yenal K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, Çeçe Ö, Bakılan Abalın F. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2013, 10 (2), 14-19.

Yeyğel Özcan Ç. Vajinal Doğumda Oksitosin İndüksiyonu Alan Ve Almayan Annelerin Emzirme Sonuçlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014, 56-70.

Yılmaz C. Doğum Sonrası Erken Dönemde Ebeveynlere Verilen Emzirme Eğitiminin Bebeklerin İlk Altı Ay Anne Sütü Alma Durumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2016, 4-45.

Yurdakök K. Çocuk Hakları Sözleşmesi, Katkı Pediatri Dergisi, 2003, 25(11):37-43.

Ziegler A, Wallner M, Kaiser I, Rossbauer M, Harsunen MH, Lachmann L, Maier J, Winkler C, Hummel S. Long-Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus, Diabetes, 2012, (61):3167–3171.

EKLER

EK 1. Soru Formu

Bu araştırma “İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamalarının Karşılaştırılması” amacıyla planlandı. Soru formunda yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar; sadece araştırma için kullanılacak, bir başkası ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Soru formunda yer alan her soruyu cevaplamanız çalışmanın amacına ve sonucuna önemli katkı sağlayacaktır. Araştırmaya sağladığınız katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Cevriye OCAKTAN

Yüksek Lisans Öğrencisi

Veri toplama tarihi:

Adınız – Soyadınız:

Grup 1. İnsüline bağımlı diyabeti olan

Tel:

2. İnsüline bağımlı diyabeti olmayan

BÖLÜM I: TANITICI ÖZELLİKLER

I.I. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Doğum yaptığınız tarih: Bebeğin yaşı: ay

2. Bebeğiniz kaç kilo doğdu?.....

3. Bebeğinizin şu anki kilosu nedir?.....

4. Kaç yaşındasınız?.....

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise veya dengi okul mezunu
- 6) Önlisans
- 7) Lisans mezunu
- 8) Lisans üstü

6. Eşinizin eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlkokul mezunu

- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise veya dengi okul mezunu
- 6) Önlisans
- 7) Lisans mezunu
- 8) Lisans üstü

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Hayır, çalışmıyorum
- 2) Evet, çalışıyorum (Belirtiniz.....)

8. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1) Hayır, çalışmıyor
- 2) Evet, çalışıyor (Belirtiniz.....)

9. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Yok
- 2) Var (Belirtiniz.....)

10. Aylık gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir –gidere eşit
- 3) Gelir giderden fazla

I.II. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

11. Kaç kez gebe kaldınız?

12. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

13. Kaç kez doğum yaptınız?

14. En son doğumunuzu nasıl yaptınız?

- 1) Normal doğum
- 2) Sezaryen doğum

15. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?

16. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- 1) Kız
- 2) Erkek

17. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız?

- 1) Hayır
- 2) Evet (Belirtiniz.....)

18. Bu bebeğinizi istiyor muydunuz?

- 1) Hayır

2) Evet (Belirtiniz.....)

I.III.ŞEKER HASTALIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

19. Gebe kalmadan önce kaç kiloydunuz?

20. Boy uzunluğunuz kaç cm?

21. Gebe kalmadan önceki Beden Kitle İndeksi (BKİ):

22. Gebeliğinizde toplam kaç kilo aldınız?

23. Gebe kaldıktan sonraki Beden Kitle İndeksi (BKİ):

24. Gebe kalmadan önce şeker hastalığınız var mıydı?

1) Hayır / Olmayan

2) Evet / Olan

25. Şeker hastalığınızın tipi nedir?

1) Tip I diyabet

2) Tip II diyabet

3) Gestasyonel diyabet

26. Doğum sonrası kan şekeri düzeyinizde herhangi bir sorun oldu mu?

1) Hayır, olmadı

2) Evet, kan şekeri düştü (Ne zaman?.....)

3) Evet, kan şekeri yükseldi (Ne zaman?.....)

27. Doğumdan sonraki altı aylık dönemde insülin dozunuzda bir değişiklik yapıldı mı?

1) Hayır, değişiklik yapılmadı

2) Evet, dozu azaltıldı

3) Evet, dozu arttırıldı

28. Gebelik döneminde şeker hastası kadınların emzirmesi ile ilgili eğitim aldınız mı?

1) Eğitim almayan (30. Sorudan devam ediniz)

2) Eğitim alan

29. Gebelik döneminde şeker hastası kadınların emzirmesi ile ilgili aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1) Hayır, yeterli değildi

2) Evet, yeterliydi

30. Doğum sonrası dönemde şeker hastası kadınların emzirmesi ile ilgili eğitim aldınız mı?

1) Eğitim almayan (32. Sorudan devam ediniz)

2) Eğitim alan

31. Doğum sonrası dönemde şeker hastası kadınların emzirmesi ile ilgili aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Hayır, yeterli değildi
- 2) Evet, yeterliydi

BÖLÜM II: EMZİRMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

II. I. KADINLARIN EMZİRMEYE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Emzirmeye İlişkin Görüşler	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
32. (Şeker hastası) Kadınlar bebeklerini emzirmelidir.			
33. Anne sütü bebeğin kan şekerini düzenler.			
34. (Şeker hastası) Kadınlar bebeklerini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmelidir.			
35. İlk altı ay sadece anne sütü bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun besindir.			
36. Emzirmek, bebeği hastalıklardan korur.			
37. (Şeker hastası) Kadınlar bebeklerine sadece anne sütü vermelidir.			
38. (Şeker hastası) Kadının yeterli miktarda sıvı alması sütün miktarını artırır.			
39. Doğumdan sonra bebeğe kan şekerinin düşmemesi için mama verilmelidir.			
40. Anne sütü yeterli ise bebeğe altı ay boyunca ek gıda verilmez.			
41. Gece emzirmeleri anne sütünü artırır.			
42. Bebeğin memenin çevresini tamamıyla kavrayarak emmesi meme ucu çatlaklarını önler.			
43. (Şeker hastası) Kadınların bebeklerini emzirmede başarılı olduğunu düşünüyorum.			

II. II. KADINLARIN EMZİRMEYE İLİŞKİN UYGULAMALARI

44. Gebelik döneminde emzirme ile ilgili bilgi aldınız mı?

- 1) Eğitim almayan (35. Sorudan devam ediniz)
- 2) Eğitim alan

45. Emzirme ile ilgili bilgiyi nereden/kimden aldınız? (BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

- 1) Basın-yayın (TV, internet, gazete, dergi, kitap)
- 2) Sağlık çalışanı (Ebe, hemşire, doktor)
- 3) Yakın komşu, akraba
- 4) Diğer (Belirtiniz.....)

46. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz/ anne sütü verdiniz? (... dk sonra)

- 1) Hiç emmedi
- 2) İlk yarım saat içinde
- 3) İlk 1 saat içinde
- 4) İlk 2 saat içinde
- 5) Diğer (Belirtiniz.....)

47. Doğumdan sonra bebeğinizi ilk emzirmek için kucağınıza aldığınızda nasıl görünüyordu?

- 1) Derin uykuda idi
- 2) Uykuluydu
- 3) Sessiz ve uyanıktı
- 4) Ağlıyordu
- 5) Diğer (Belirtiniz.....)

48. Doğumdan sonra bebeğinizin kan şekeri ölçüldü mü?

- 1) Hayır
- 2) Evet (..... mg/dl)
- 3) Hatırlamıyorum

49. Doğumdan sonra bebeğinizin kan şekerinin (şeker hastalığınızdan dolayı düşebileceği konusunda bilgi verildi mi?

- 1) Hayır
- 2) Evet

50. Doğumdan sonra bebeğinizin kan şekerinin düşmemesi için ne yaptınız? (BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

- 1) Emzirdim
- 2) Mama verdim
- 3) Şekerli su verdim
- 4) Diğer (Belirtiniz.....)

51. Bebeğinize ilk verilen besin neydi?

- 1) Sadece anne sütü
- 2) Mama
- 3) Su
- 4) Şekerli su
- 5) Diğer (Belirtiniz.....)

52. İlk altı ay bebeğinizi ne ile beslediniz?

- 1) Sadece anne sütü
- 2) Anne sütü + diğer (mama, ek gıda, su, keçi sütü)

53. Bebeğinize ne kadar süre sadece anne sütü verdiniz?

54. Bebeğinizi toplam ne kadar süre emzirdiniz? (Süre:

- 1) < altı ay (57. sorudan devam ediniz)
- 2) Altı ay
- 3) > altı ay

55. Bebeğinizi altı aydan az emzirme nedeniniz? (BİR DEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

- 1) Bebeğim emmek istemedi
- 2) Sütüm yetersizdi
- 3) Meme başı çatlağımın geç iyileşmesi
- 4) Emzirme problemleri (Meme başı ağrısı, meme tıkanıklığı, mastit gibi)
- 5) Çok zamanımı alıyordu
- 6) İşe geri döndüm
- 7) Şeker hastası olmam
- 8) Şeker hastalığımın dışında başka hastalığım vardı
- 9) Kalabalık ortamda emzirmek istemedim
- 10) Mama ile beslemek daha kolaydı
- 11) Bebeğimin kilo alımı yavaşladı ya da kilo kaybetti
- 12) Doğal bir süreç

13) Bebeğimin hasta olması

14) Diğer (Belirtiniz.....)

56. Bebeğinize yalancı meme ya da emzik verdiniz mi?

1) Hayır

2) Evet

57. Bebeğinizi beslenmesine yardımcı olması için ek bir yapay ürün kullandınız mı?

(BİRDEN FAZLA SEÇENEK İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ)

1) Silikon meme ucu

2) Biberon

3) Kaşık

4) Diğer (Belirtiniz.....)

58. Emzirmeden sonra kendinizi nasıl hissediyordunuz/hissediyorsunuz?

1) Halsiz

2) Rahat ve huzurlu

3) Diğer (Belirtiniz.....)

59. Bebeğinizi yeterli süre emzirdiğinizi düşünüyor musunuz?

1) Hayır

2) Evet

60. (Şeker hastalığı) ve emzirmeye yönelik eğitimi ne zaman almak istersiniz?

1) Gebelik döneminde

2) Doğum sonrası dönemde

3) Diğer (Belirtiniz.....)

61. (Şeker hastalığı) ve emzirmeye yönelik eğitimi kimden almak istersiniz?.....

62. (Şeker hastalığınız nedeni ile) Bebeğinizi emzirmede sorun yaşadınız mı?

1) Hayır, yaşamadım

2) Evet, bebeğim ile ilgili sorun yaşadım (Belirtiniz.....)

3) Evet, kendim ile ilgili sorun yaşadım (Belirtiniz.....)

63. (Şeker hastalığınız nedeni ile) Bebeğinizi emzirmede yaşadığınız sorunları çözümlmek için kimden destek aldınız?

64. (Şeker hastalığınız nedeni ile) Bebeğinizi emzirmede yaşadığınız sorunları nasıl çözümlediniz?

65. (Şeker hastası olan) Kadınların sorun yaşamaması için neler yapılmalı?

66. (Şeker hastalığınız nedeni ile) Diğer çocuklarınızı emzirmede sorun yaşadınız mı?



(1'den fazla çocuğu olanlar cevaplandıracaktır.).....

67. Emzirme başarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Çok kötü
- 2) Kötü
- 3) Orta
- 4) İyi
- 5) Çok iyi



EK 2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u Ön Onayı

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

Sayı : 56989545/050.04- *252*
Konu : Çalışmanız hk.

10.07.2015
AYDIN

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hale UYAR HAZAR
Aydın Sağlık Yüksekokulu

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.07.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KTYLİOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 6



Protokol No : 2015/632
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hale UYAR HAZAR
Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Hale UYAR HAZAR'ın "İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadımların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarının karşılaştırılması" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy çokluğuyla karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü - Kepez Mevki- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

EK 3. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı

 T.C. **ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü 

Sayı: 73115338-819/25980 06/10/2015
Konu: Cevriye OCAKTAN'ın tez çalışması

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 28.08.2015 tarihli ve 5752 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Cevriye OCAKTAN'ın, "İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamalarının Karşılaştırılması" konulu tez çalışması yapma talebi uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

imza
Prof. Dr. Ahmet Sami BAYRAM
Başhekim Yardımcısı

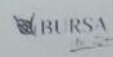
DAĞITIM :
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜNE
SUAM Hastane Başhemşireliğine

Yazı İşleri Müdürlüğü GELEN EVRAK	
Tarih	26.10.2015
Dosya No.	605
Kayıt No.	15943
Havale Edildiği Birim	Sağlık Bilim Merkezi


28.10.2015
1661
300

Bu evrakin 5070 sayılı kanun gereğince e-İmza ile imzalandığı tasdik olunur.
06 Ekim 2015 Fulya DEMİRTAS
Evrak Kayıt Görevlisi

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.
Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ayrıntılı Bilgi: Başhekimlik Yazı İşleri
Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA Tel: 0224 295 01 41-42-44 Faks: 0224 295 00 99
e-posta: yzislari@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?oCQ-IP0GnEaf9V-ekr6BKw



EK 4. Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KAMU EĞİTİM BİRLİĞİ
01.09.2015 09:55 33913008 11.09.2015
00013228307

Sayı : 88553808/774.99
Konu : Cevriye OCAKTAN'ın Tez
Araştırma İzin Onayı

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 28.08.2015 tarih ve 31906847/605.01 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız doğrultusunda; Üniversiteniz Ebelik Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans öğrencisi Cevriye OCAKTAN'ın "İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamaların Karşılaştırılması" başlıklı çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi ve Çekirge Devlet Hastanesinde uygulayabilme talebi ile ilgili Genel Sekreterlik Makamının 03.09.2015 tarih 18932 Olur'u yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

Gereği
Be

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Bağkanı

11.09.2015
605
13966
Sağlık B.İ. E.Ü.İ.İ.İ.

EK: Makam Oluru (1 sayfa).

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nülüfer/BURSA
F.DOĞAN Tel: 0 224 6003300-1152 e_Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b4e4c7f2-f12b-44e1-9610-ee66b116d415 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5.Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u Son Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/08/2017-E.44830



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd. Doç. Hale UYAR HAZAR
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.08.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 38 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzadır
Doç.Dr. Tolga ÜNÜVAR
Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 38

Protokol No : 2015/632
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hale UYAR HAZAR
ADÜ Sağlık Bilimleri Fak./Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 09.07.2015 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hale UYAR HAZAR'ın "İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadımların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarının karşılaştırılması" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 31.07.2017 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Ayrıca kurum izin onay belgesi alınarak dosyaya konulmuştur.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Cevriye OCAKTAN

Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti

Doğum Yeri ve Tarihi : Kepsut, 16.09.1990

Telefon : 0 541 450 99 90

E-mail : ocaktancevriye@gmail.com

Yabancı Dil : İngilizce

YÖKDİL: 75

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Xxx	
Yüksek Lisans	Xxx	
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu	2012

BURSLAR ve ÖDÜLLER

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/ Kurum	Unvan
2014- 2016	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	Araştırma Görevlisi
2017-devam ediyor	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER
2. PROJELER
3. BİLDİRİLER