



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GESTASYONEL DİYABETLİ KADINLARDA YORGUNLUĞUN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

TİCEN ALTIN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA-2016



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİCEN ALTIN
YÜKEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

Yrd.Doç.Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

(Tez Danışmanı)

Yrd.Doç.Dr. NAZMİYE ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU

(Jüri Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. SELDA İLDAN ÇALIM

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2016

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

TİCEN ALTIN

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığım süresince bana yol gösteren, tez konumun belirlenmesinde ve planlanmasında destek olan, çalışmamın her safhasında karşıma çıkan zorluklarda hem bilimsel olarak hem de manevi olarak beni her zaman destekleyen ve ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi birikimini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI'ya,

Hayatım boyunca yanımda olan, maddi ve manevi her konuda desteklerini esirgemeyen, varlıklarıyla her zaman bana güç veren canım aileme ve özellikle bu sürecin her aşamasında yanımda olan eşim Tolga ALTIN'a ve onlarla geçireceğim zamanı kısıtlayarak hadi anne sen de dersine çalış diyen oğlum Tolga Mustafa ve kızım Deniz Pelin'e

Ve isimlerini sayamadığım emeği geçen herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞVEAMAÇ.....	3
TANIMLAR.....	4
Gestasyonel Diyabet.....	4
Yorgunluk.....	4
Yaşam Kalitesi.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Gestasyonel Diyabet.....	5
2.1.1 Gestasyonel Diyabetin Tanımı.....	5
2.1.2 Gestasyonel Diyabetin Fizyopatolojisi.....	6
2.1.3 Gestasyonel Diyabetin Epidemiyoloji.....	6
2.2.Gestasyonel Diyabet İçin Belirlenen Risk Faktörleri.....	7
2.3. Tarama İçin Uygun Adaylar.....	7
2.4. GD'in Yönetimi.....	9
2.4.1.Ağırlık kazanımı.....	9
2.4.2.Gestasyonel Diyabeti için Tanı ve Tarama Testleri.....	10
2.4.3.GDM Olgularında Tarama Programları.....	11
2.5. GDM'li Kadınlarda Yorgunluk	12
Yorgunluğun Tarihçesi.....	12
Yorgunluğun Tanımı.....	12
2.6. GDM'li kadınlarda yaşam kalitesi.....	14

2.7. GDM de Ebenin Rolü	15
2.7.1.Diyabette gebelik öncesi bakım	15
2.7.2.Diyabette doğum öncesi bakım	16
2.7.3.Gestasyonel Diyabetli doğum eyleminde bakım.....	17
2.7.4.Gestasyonel Diyabette doğum sonrası bakım.....	18
2.7.5. Diyabetli Anne Bebeği ve Bakımı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırmanın Tipi Yeri ve Zamanı.....	19
3.2.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	19
3.2.1.Araştırmaya dahil olma kriterler.....	19
3.3.Hipotezler.....	20
3.4.Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler.....	20
3.5.Varsayımlar.....	20
3.6.Verİ Toplama Araçları.....	21
3.6.1.Sosyo-demografik Form.....	21
3.6.2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği.....	21
3.6.3.Yorgunluk Etki Ölçeği.....	21
3.6.4. EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi....	21
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	22
3.8.Verilerin Toplanması.....	22
3.9.Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	22
3.10.Etik Açıklamalar.....	23
3.11.Süre ve Olanaklar.....	23
4. BULGULAR.....	25
4.1. Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	25
4.2.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet, Egzersiz, ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma, Gebelik Öykülerin Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	27
4.3.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Dağılımına, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alan Puan	

Ortalamalarının Dağılımına Ve WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	34
4.4.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye ait Bulguların İncelenmesi.....	36
4.5.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet, Egzersiz, ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma, Gebelik Öykülerin Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerin Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların İncelenmesi.....	38
4.6. Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye ait Bulguların İncelenmesi.....	47
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1.Sonuç.....	65
6.2.Öneriler.....	65
7.KAYNAKLAR.....	67
8.EKLER.....	78
Ek-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	78
Ek-2:Gestasyonel Diyabetli Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (Sosyo-demografik Form)	81
Ek-3: Yorgunluk Şiddet Ölçeği.....	84
Ek-4: Yorgunluk Etki Ölçeği.....	85
Ek-5: EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi.....	87
Ek-6: Etik Kurul Onay Belgesi.....	88
Ek-7: Tez Uygulama İzin Yazısı.....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	92

KISALTMALAR

- ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists
- ADA:** American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
- AKŞ:** Açlık Kan Şekeri
- BKI:** Beden Kütle İndeksi
- DCCT:** The Diabetes Control and Complications Trial (Diyabet Kontrol Ve Komplikasyonları Çalışması)
- DM:** Diabetes Mellitus
- EUROHIS-QOL:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi
- GD:** Gestasyonel diyabet
- GDM:** Gestasyonel Diabetes Mellitus
- HAPO:** Hyperglisemia and Ad verse Pregnancy Outcome (Hiperglisemi ve Gebelikteki İstenmeyen Sonuçları Çalışması)
- HPL:** Plasental Laktojen Hormonu
- IOM:** Institute of Medicine
- KŞ:** Kan Şekeri
- LGA:** Large Gestasyonel Age
- NANDA:** Nort American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
- ND DG:** The National Diabetes Data Group (Ulusal Diyabet Veri Grubu)
- NST:** Non Stres Testi
- OGTT:** Oral Glikoz Tolerans Testi
- SGA:** Small Gestasyonel Age
- SPSS:** Package for the Social Sciences (analiz proğramı)
- UKPDS:** United Kingdom Prospective Diabetes Study (Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması)
- USG:** Ultasonografi
- VKI:** Vücut Kitle İndeksi
- WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Gebelerin GDM açısından risk değerlendirmesi.....	10
Şekil 2: Farklı BKİ gruplarına göre IOM tarafından yapılan ağırlık kazanımı önerileri.....	9
Şekil 3: Zaman Çizelgesi.....	24

TABLolar DİZİNİ

1. Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)'lu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
2. GDM'li Kadınların Diyabet İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılım.....	27
3. GDM'li kadınların egzersiz yapma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı.....	39
4. GDM'li kadınların ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma özelliklerine göre dağılım.....	30
5. GDM'li Kadınların Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı.....	31
6. Araştırmaya Katılan GDM li Kadınların Kronik Hatalık Öykülerine Göre Dağılımı.....	33
7. GDM'li Kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
8. GDM'li Kadınların Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
9. GDM'li Kadınların WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
10. GDM'li kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	36

11. GDM’li Kadınların Diyabetlerine ilişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	38
12. GDM’li Kadınların Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	40
13. GDM’li Kadınların İlaç ve zararlı madde kullanımlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	42
14. GDM’li Kadınların Gebelik Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	43
15. GDM’li Kadınların Kronik Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	45
16. Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	47

GESTASYONEL DİYABETLİ KADINLARDA YORGUNLUĞUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

TİCEN ALTIN

Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI

Anabilim Dalı: Ebelik

ÖZET

Amaç:GDM’li kadınların, ebeler ve sağlık profesyonelleri açısından diyabet yönetimlerinin sağlanmasında, yorgunluğun saptanması ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, GDM’li kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran, yasal izinler ilgili kurumlardan alındıktan sonra Mart 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında, 80 gestasyonel diyabetli kadınla yürütülmüştür.

Veri toplama araçları olarak sosyo-demografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan 26 soruluk bir form, 9 sorudan oluşan likert tipi "Yorgunluk Şiddet Ölçeği", 40 sorudan oluşan likert tipi "Yorgunluk Etki Ölçeği" ve yaşam kalitesini değerlendirmek için likert tipi 8 maddeden oluşan "EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi" kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde korelasyon, ANOVA, İndependite Simple T Testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular:Araştırmaya katılan GDM’li kadınların yaş ortalaması 30,30±4,84 (min:19, max:39) olarak belirlenmiştir. Kadınların %46,1’i ilköğretim mezunu, %83,8’i çalışmamaktadır. Kadınların %50,0’sinin ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %5,0’inin gebelik öncesi diyabetinin olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Gestasyonel diyabetes mellitusun kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi ile arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. GDM’li kadınlarda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel Diyabet, Yorgunluk, Yaşam Kalitesi

INFLUENCE OF FATIGUE TO LIFE QUALITY ON WOMEN WITHOUT GESTATIONAL DIABETES

ABSTRACT

Object: Providing management of diabetes, detecting their fatigue and assesment of life quality of women with GDM have great importance for health care providers and midwives. In this study its aimed to examine the effect of fatigue of women with GDM to their life quality.

Material and Method: This resarch is conducted between March 2015 – September 2015after obtaining the necessary regultory approvals from related institution, with 148 women with gestational diabeteswho were chosen by randomize sampling that given information and given approval which were applied to Policlinic of Internal Diseases and of Gynaecology of Turgutlu State Hospital that is attached to General Secretary of Manisa County Public Hospital Association of Turkey Public Hospital Institution of T.R. Ministry of Health.

A form that prepared in the direction of literature which consists of 26 questions;likert style “fatigue intensify scale” which consists of 9 question; and likert style “fatigue impact scale” which consists of 40 question and "EUROHIS-QOL – World Health Organisation Survey for Life Quality” that consists of likert scale 8 article to assess life qualityapplied as data collection tools for obtain socio-demografical informations. SPSS 15.00 for Windows program is applied for analyzing data. Corelation, ANOVA, Independite Simple T Test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Tests were applied for assessing data.

Findings:Average age of women with GDM who involved research is calculated as $30,30 \pm 4,84$ (min:19, max:39) 46,1 % of women are primary school graduated, %83,8 of women are unemployed. Family of 50,0 % of them have diabetes history, 5,0 % of them have pre-pregnancy diabetes.

Result:In this study it's detected that Fatigue and Life Quality have negative and significant relationship on women with Gestational Diabetes Mellitus. Life quality decreases by increasing fatigue on women with GDM.

Key words: Gestational diabetics, Fatigue, Life Quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur (Göksun 2003, Ulukavak 2004, Karakurt ve ark. 2009, Sönmez ve Kutlu 2010, Metin, Cengiz 2015). Gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir; çünkü literatürdeki veriler çalışmaların yapıldığı topluma ve tanı kriterlerine göre değişiklikler arz etmektedir (Karakurt ve ark. 2009).

Gebelik sırasında, büyüme hormonu ve kortizol düzeylerindeki yükselme, insan plasental laktojen hormonunun (HPL) varlığı, plasentadan insülinaz salınımı ve artmış östrojen ve progesteron düzeyleri sebebiyle insülin direnci görülme ihtimali doğar. Annenin artmış adipoz depoları, egzersiz kısıtlanması ve artmış kalori alımının da glukoz intoleransına katkısı bulunmaktadır (Karakurt ve ark. 2009).

Diyabette çoğunlukla yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, bulanık görme gibi spesifik olmayan şikâyetler klinik tabloyu meydana getirir (Azak ve ark. 2008). Bu belirtiler içinde yorgunluk, olasılıkla azalmış glikoz kullanımına bağlı oluşabileceği gibi aşırı sıvı kaybının sonucu olarak da gizli elektrolit düzensizliklerinden kaynaklanabilmektedir. Bunun yanında yorgunluğun diyabet ile direkt ilişkisi, hipoglisemi ve hiperglisemi gibi semptomların oluşturduğu fiziksel süreçten kaynaklanabilmektedir (Bayram 2010).

Yorgunluk, günlük hayatı etkileyen, her zaman herkes tarafından deneyimlenebilen bir yakınmadır. Yorgunluk kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Yurtsever 2000).

GDM’li kadınların yaşadıkları kan şekeri düzeylerini etkileyerek yaşam kalitelerinde değişikliklere neden olmaktadır. GD’li kadınların diyabet yönetimi ve sağlık çalışanları tarafından verilecek, etkin bir sağlık bakım danışmanlığı gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi, sonlandırılması açısından önem taşımaktadır. GD’li kadınların, ebeler ve sağlık profesyonelleri açısından diyabet yönetimlerinin sağlanmasında, yaşadıkları yorgunluğun saptanması ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi büyük

önem taşımaktadır. Bu çalışmada, GD'li kadınların yorgunluk ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

TANIMLAR

Gestasyonel Diyabet: Gestasyonel diyabetes Mellitus (GDM) ilk defa gebelikte saptanan glikoz tolerans bozukluğudur (Candeğer ve ark. 2003, Metin ve Göksun 2003, Karakurt ve ark. 2009, Sönmez ve Kutlu 2010, ADA 2011, Sertkaya 2011 Özkaya ve Köse 2014, Arabacı ve Tavşanlı 2013, Cengiz 2015).

Yorgunluk: Yorgunluk 1988 yılında Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA yorgunluğu; " *dinlenmekle geçmeyen , fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama*" olarak tanımlamıştır (Ulukavak 2004 Azak ve ark. 2008, Güven 2009, Güven 2010, Bozkurt 2011).

Yaşam Kalitesi: Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel anlamda "iyi olma durumu" olarak kullanılan terimdir. Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak ifade edilmiştir (Özer 2007, Aydemir 1999).

2. GENEL BİLGİLER

2.1.GESTASYONEL DİYABET

Gestasyonel diyabet (GDM) gebelikte başlayan veya ilk kez gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur (Metin ve Göksun 2003, ADA 2011, Sertkaya 2011, Özkaya ve Köse 2014, Cengiz 2015). Sıklığı toplumdan topluma değişmekle beraber, günümüzde sıklığı giderek artmaktadır. Bunun en önemli nedeni dünya çapında artan obezite insidansı ve tanı testlerindeki eşik değerlerindeki değişmedir (ACOG 2013, Özkaya ve Köse 2014).

2.1.1. Gestasyonel Diyabetin Tanımı

Gestasyonel diyabet (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur (NDDG 1979, Metin ve Göksun 2003, Karakurt ve ark. 2009, ADA 2011, Cengiz 2015). Gebelik sırasında, büyüme hormonu ve kortizol düzeylerindeki artış, insan plasental laktojen hormonunun (HPL) varlığı, plasentadan insülinaz salınımı ve artmış östrojen ve progesteron düzeyleri nedeniyle insülin direnci görülme artabilir. Annenin artmış adipoz depoları, egzersiz kısıtlanması ve artmış kalori alımının da glukoz intoleransına katkısı bulunmaktadır (Karakurt ve ark. 2009).

Diyabet ile komplike olmuş gebelikler hem maternal hem fetal açıdan yakın takip gerektirir. Yeterli glisemik kontrol sağlanamadığı zaman bebekte konjenital malformasyonlardan intrauteri ölüme, annede hipoglisemiden diabetik ketoasidoza, retinopati ve nefropatide artışa kadar değişik spekturumda morbidite ve mortaliteye neden olabilen metabolik bir bozukluktur (Kuhl 1995, Aydın 2013).

Gestasyonel diyabet ilk olarak 1964 yılında O'Sullivan ve Mahan tarafından oral glukoz tolerans testi kriterleri belirlenerek tanımlanmıştır (Cheung ve Wong 2012, Aydın 2013, Özkaya ve Köse 2014). Bu kriterler yıllar içerisinde Carpenter ve Coustan, Amerikan Diyabet cemiyeti ve ulusal diyabet cemiyetleri tarafından düzenlemiştir. 2008 yılında HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) çalışmasının sonuçları yayınlanmış ve 2010 yılında bu çalışmanın sonuçlarına dayanılarak yeni kriterler belirlemiştir (Özkaya ve Köse 2014).

2.1.2.Gestasyonel Diyabetin Fizyopatolojisi

Gebelik, kompleks endokrin-metabolik adaptasyonlarla karakterize olan bir durumdur. Bozulmuş insülin duyarlılığı, artmış β -hücre yanıtı, kan glukoz düzeylerinde yükselme -özellikle yemek sonrası- ve dolaşımdaki serbest yağ asitleri, kolesterol, trigliseritler ve fosfolipit düzeylerinde değişiklik gibi adaptasyonlar gerçekleşir. Bu değişiklikler patolojik bir durum olduğunu ifade etmemektedir. Tersine, bu durum fetüsün enerji ihtiyacını karşılamak, gebeyi doğuma hazırlamak ve laktasyon için gerekli hatta olağan bir durumdur. Bu değişiklikler sonucu ortaya çıkan insülin direnci, ikinci ve üçüncü trimesterde meydana gelir. İnsülin duyarlılığının bozulması gebeliği diyabetojenik bir durum haline sokar. Ancak tüm gebelerde bu fizyolojik değişiklikler olmasına rağmen sadece bir kısmında (%7) GDM ortaya çıkar (Di Cianni ve ark. 2003, Cengiz 2015).

2.1.3.Gestasyonel Diyabetin Epidemiyolojisi

DM, günümüzün en önemli sağlık problemlerindendir. Tüm dünyada çok sayıda insan etkisi altındadır (WHO 1998, Güven 2009, Cengiz 2015). Birçok ülkede ölüme neden olan ilk 5 hastalık içerisinde yeri vardır. GDM tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %7'sinde görülmekte ve yıllık olarak 200.000'den fazla vakaya rastlanılmaktadır. Görülme sıklığı çalışılan popülasyona ve kullanılan tanı kriterine göre %1 ile 14 arasındadır (Cengiz 2015). Türkiye'de görülme sıklığı incelendiğinde ise tüm ülkeyi temsil edecek nitelikte örnek büyüklüğüne sahip bir çalışma olmamakla birlikte farklı zamanlarda ve gruplarda yapılan çalışmalarda bu oran % 1.2-9.2 aralığında bulunmaktadır (Erem ve ark. 2003, Özyurt ve ark. 2013 Cengiz 2015). DM'ye ölüm raporları içerisinde yer verilemediğinden mortaliteye etkisi olduğundan daha az hesaplanmaktadır (Finch ve Zimmet 1998, Güven 2009).

2.2.GESTASYONEL DİYABET İÇİN BELİRLENEN RİSK FAKTÖRLERİ

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

- Yaş >25
- >35 yaş gebelik
- Beden Kitle indeksi >25 ya da >27
- Gestasyonel diyabetin sık görüldüğü etnik köken
- Birinci derece yakınlarında GDM ya da Tip 2 diyabet
- Önceki gebeliklerde GDM öyküsü
- Polikistik over sendromu
- Hipertansiyon varlığı
- Makrozomik fetüs doğum öyküsü(4000 gr üstü)
- Çoğul gebelik
- Açıklanamayan ölü doğum öyküsü
- Gizli şeker öyküsü
- Şişman ya da çok düşük kilolu bebek doğurmuş olmak
- Kortikosteroid kullanımı
- Gebelik öncesi ağırlığının ideal vücut ağırlığından %10 daha fazla olması veya beden kitle indeksinin 30 kg/m² den fazla olması veya erken erişkin dönemde yada gebelikler arasında belirgin kilo alımı.
- Annenin doğum ağırlığının 4.0 kg den fazla 2.7 kg dan az olması

(Şen ve ark. 2008, Karakurt ve ark. 2009, Sönmez ve Kutlu 2010, Arabacı ve Tavşanlı 2013, Özkaya ve Köse 2014, Mesçi 2014)

2.3.TARAMA İÇİN UYGUN ADAYLAR

GD açısından kimlerin taranması gerektiği ile ilgili farklı fikirler vardır. Bu görüşlerden birisi de gebeleri düşük, orta ve yüksek risk kategorilerine sokmak ve sadece orta ve yüksek risk kategorilerini taramaktır (Karakurt ve ark. 2009, Sönmez ve Kutlu 2010, Arabacı ve Tavşanlı 2013, Mesçi 2014).

Şekil 1: Gebelerin GDM açısından risk değerlendirmesi

Düşük risk: Aşağıdaki özelliklerin hepsi varsa kan glikozunun bakılmasına gerek yoktur.	Orta risk: 24.-28. hafta arası tüm gebelere kan şekeri testi yapılmalıdır.	Yüksek risk: Aşağıdakilerden bir veya daha fazlası varsa en kısa zamanda kan kan şekeri testi yapılır
• 1.derecede akrabalarda diyabetin olmaması • BKM<25 kg/m² • 25 yaşın altı • Gebelik öncesi normal kiloda olma • Doğumda normal ağırlık • Anormal kan şekeri metabolizmasının olmaması • Kötü obstetrik öykü olmaması	• BKM≥25 kg/m² ve aşağıdakilerden biri • Hareketsiz yaşam • Aile öyküsü • İri bebek • Hipertansiyon • Kan yağlarında artış • Polikistik over sendromu • İnsülin direnci	• Ciddi obezite • Ailede yoğun tip 2 diyabet öyküsü • Geçmişte gestasyonel diyabet öyküsü, • Bozulmuş kan şekeri toleransı

2.4. GD'İN YÖNETİMİ

Gestasyonel Diyabetli gebeler için kan şekeri takibi önemlidir. DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial) ve UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) çalışmaları komplikasyonların önlenmesi, geciktirilmesi ve hafif seyretmesinde sıkı kan şekeri ölçümünün yararlı olduğu gösteren kesin kanıtlar sağlamıştır (Arabacı ve Tavşanlı 2013).

2.4.1. Ağırlık kazanımı

GDM'li kadınların ağırlık kazanımı ile ilgili ayrıca bir öneri bulunmamakla birlikte sağlıklı gebeler için yapılan önerilerin takip edilmesinde de bir sakınca olmadığı düşünülmüştür (Cengiz 2015).

Gebelikte ağırlık kazanımı ile ilgili 1990 yılında ilk defa öneri geliştiren otorite Tıp Enstitüsü; Institute of Medicine (IOM)dir. Günümüzde de halen 2009 yılında revize edilmiş haliyle bu öneriler uygulanmaktadır. Bebek doğum kilosu ile annenin gebeliğe başlangıç beden kütle indeksi (BKI) arasında belirgin bir ilişki olduğu bilinmektedir (Cengiz 2015).

İlk muayenede gebelik öncesi ağırlığa göre BKI değerleri hesaplanmalı ve önerilecek ağırlık kazanımı hedefleri buna göre yapılmalıdır (Cengiz 2015).

Şekil 2: Farklı BKI gruplarına göre IOM tarafından yapılan ağırlık kazanımı önerileri;

Gebelik Öncesi BKI Kategorisi	Toplam Ağırlık Kazanımı (kg)	İkinci ve Üçüncü Trimester* (ortalama (aralık) kg/hafta)
Zayıf (<18.5)	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
Normal (18.5-24.9)	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
Hafif Şişman (25-29.9)	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
Obez (>30)	5-9	0.22 (0.17-0.27)

*İlk trimesterdeki ağırlık kazanımı 0.5-2 kg olarak hesaplanmaktadır.

2.4.2.Gestasyonel Diyabeti için Tanı ve Tarama Testleri

Gebelik esnasında uygulanan tarama testlerinin amacı diyabetes mellitus tanısı koymak değil, risk altındaki grubun erken teşhisini sağlamaktır. Gebelik esnasında diyabet tarama testlerinin gerekli olup olmadığı ve kimlere uygulanması koşulu konusunda farklı fikirler vardır. Son yıllarda dünyada kabul gören genel yaklaşım ilk antenatal kontrolde risk değerlendirilmesinin yapılması ve belirlenen riske uygun olarak tarama yönteminin seçilmesidir (Platt ve ark. 2002, Aydın 2013)

İlk kontrolde;

- AKŞ,
- Hba1C,
- Tokluk kan şekeri bakılır.

Tekrarlayan 2 ölçümde

- AKŞ>92 mg/dl
- Hba1C>%6.5
- KŞ>200

Gestasyonel diyabet tanısı alır (Mesçi 2014).

GDM için tanı ve tarama testleri gebeliğin 24–28. haftaları arasında yapılması uygundur. Çünkü bu haftalar arasında gebeliğin diyabetojenik etkileri ortaya çıkmıştır ve anne ya da bebekte görülebilecek etkileri tedavi edebilmek için yeterli süre vardır (Benjamin ve ark. 1986, Karakurt ve ark. 2009).

Diyabet şüphesi olduğunu gösteren önemli belirti ve bulgular varsa ilk prenatal muayenede de tarama yapılabilir. Tarama için en sık 50 gr oral kan şekeri tolerans testidir kullanılmaktadır. Taramada pozitif çıkan olgulara günümüzde sıklıkla 100 gr kan şekeri tolerans testi yapılmaktadır. (Arabacı ve Tavşanlı 2013).

2.4.3. GDM Olgularında Tarama Programları

1. Tek basamaklı tarama: 50 gr glikoz tarama testi yapılmadan direkt 100gr oral glikoz tolerans testi uygulanabilir. 1972 yılında bu tarama testi için 75 gr 2 saatlik oral glikoz tolerans testi uygun görülmüştür (Orr ve ark. 2007, Aydın 2013).

2. İki basamaklı tarama: Başlangıçta 50 gr glikoz tarama testi, sonuç belirlenen eşik değerin üzerinde bulunursa 100 gr oral glikoz tolerans testi uygulanır.

50 gram glikoz tarama testi: Günün herhangi bir saatinde 50 gr oral glikoz verilmesinden sonra 1.saat'te plazma glikoz düzeyi ölçümü yapılır. Plazma glukoz düzeyinin 140 mg/dl (7,8mmol/L) veya üzerinde tespiti ile riskli grup belirlenir ve bu testle GDM olgularının yaklaşık %80'inde tanı konulur. Eşik değer olarak 130 mg/dl alınırsa tanı konan GDM olguları oranı %90'ları bulur (Aydın 2013). Kabul edilen eşik değerler enzimatik yöntemle plazma glikozu için 142 mg/dL kabul edilir. ACOG ve ADA plazma glikoz için eşik değer olarak 140 mg/dL kabul etmektedir (Martinez-Frias ve ark. 1999, Platt ve ark. 2002, Aydın 2013).

100 gram oral glikoz tolerans testi: Hastaya 100 gram oral glikoz verilmeden önce 0.saat plazma glikoz düzeyi ölçümü yapılır, 100 gram oral glikoz alımını takiben 1., 2. ve 3. saat plazma glikoz düzeyleri ölçülür. Bu 4 değerden iki tanesi belirlenen eşik değerinin üstündeyse GDM tanısı konulur. 100 gram oral glikoz testinin yapılabilmesi için hastanın aşağıdaki koşulları taşıyor olmasına bakılır.

- Sınırlanmamış fiziksel aktivite yapmışlığı,
- Test yapılırken sigara içmemek ve oturur durumda olmak,
- 8-14 saat açlık,
- En az 3 gün öncesinde 150 gram/gün'den daha fazla karbonhidratlı gıda almış olmak,

İlk olarak O'Sullivan ve Mahan tarafından 1964 yılında 100 gram OGTT tanı kriterlerini belirtmişlerdir (O'Sullivan ve Mahan 1964, Cheung ve Wong 2012, Aydın 2013, Özkaya ve Köse 2014). Ulusal Diyabet Veri Grubu (NDDG) 1979'da bu değerleri yeniden düzenlemişler ve Carpenter ve Coustan 1982 yılında sınır

değerleri düzenlemişlerdir (Aydın 2013). Carpenter ve Coustan tarafından belirlenen değerler NDDG'nin değerlerinden 5-10 mg/dl daha düşüktür. 1998 yılında yapılan Dördüncü Uluslararası GDM toplantısında Coustan ve Carpenter değerlerinin kriter alınması talep edilmiştir (Aydın 2013).

2.5. GDM'Lİ KADINLARDA YORGUNLUK

Yorgunluğun Tarihçesi

Yorgunluk kavramı, I. Dünya Savaşı zamanlarından günümüze kadar çeşitli bilim dalları tarafından ilgi çekici olmuştur. Yorgunluk üzerine ilk çalışmalar endüstriyel alanda olmuş ve üretkenlik üzerine yorgunluğun etkilerini belirlemeye yönelik yapılmıştır. Benzer şekilde araştırmalar II. Dünya Savaşı döneminde özellikle savaştaki pilotlar üzerindeki yorgunluğu belirlemeye odaklanmıştır. Bu alandaki araştırmalar 1950'lere kadar devam edip, sonuçta havacıların yaşamış oldukları yorgunluğu belirlemeye yönelik bir kontrol listesi haline gelmiştir. Bu kontrol listesi, yaklaşık olarak aynı zamanlarda, hemşireler tarafından da kullanılmaya başlanmıştır (İstek 2008, Güven 2010).

Yorgunluğun Tanımı

Yorgunluk 1988 yılında Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA yorgunluğu," dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama" olarak ifade etmiştir (Azak ve ark. 2008, Güven 2009, Güven 2010, Bozkurt 2011, Ulukavak 2004).

Yorgunluğun sözlüğe ilişkin tanımları; İngilizcede yorgunluk "fatigue" kelimesi ile aynı anlamdadır. The Oxford Dictionary of English Etymology (1966)'e göre, Latince "fatigare" ve Fransızca "Fatiguer" kelimelerinden türemiştir. Anlamı, çalışarak enerji harcama sonucu tükenmek, bitkin duruma gelmektir. Yorgunluk kelimesine sözcüklerde değişik şekillerde anlam yüklendiği görülmektedir. Mosby's Dictionary of Medical Nursing and Allied Health'de ise emosyonel ya da fiziksel

aktiviteyi izleyen dönemde güçteki azalma sonucunda ortaya çıkan “tükenmişlik” olarak ifade etmektedir (İstek 2008, Güven 2010).

Yorgunluk kelimesinin isim olarak kullanımı; Collins English Dictionary’de yorgunluk, “çaba sarfetme sonucu ortaya çıkan fiziksel ve mental tükenmişlik” olarak belirtilirken, The Oxford English Dictionary’de, “bir çaba sonucu ortaya çıkan mental ve bedensel tükenmişlik” olarak tanımlanmaktadır (Güven 2010 , İstek 2008).

Yorgunluk kelimesinin fiil olarak kullanımı; Collins English Dictionary’de yorgunluk, “çok yorgun olmak”, The Oxford English Dictionary’de, “Çaba sarfederek yorulmak, kas ve organlardaki güçsüzlük durumundaki artma” şeklinde tanımlanmaktadır (Güven 2010 , İstek 2008).

Yorgunluk kelimesinin fizyolojik olarak tanımlanması; Collins English Dictionary’de, “aşırı aktivite sonucu uyarana karşı, bedenin yanıt verme yeteneğindeki geçici yetersizlik.” The Oxford English Dictionary’de, uzun süre devam eden aktivite ya da uyaran periyodunu izleyen dönemde hücre, organ ve kasların duyarlılığı ve gücündeki azalma durumudur.” şeklinde tanımlanmıştır (İstek 2008, Güven 2010).

Yukarıda sözlük tanımlarında görüldüğü gibi yorgunluğun farklı tanımları yapılmış olmasına karşın benzer özellikler vardır. Bu özellikler sonucu olarak;

- Bir çaba sonucu ortaya çıkar,
- Fiziksel ya da mental güçsüzlük ve tükenmişlik ile ilgilidir,
- Sıkıntılı ve hoş olmayan duyguları kapsar,
- Sıklıkla geçici olan fonksiyonel durumda azalmaya neden olur.

Günümüzde tıp ve teknolojiye hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresi artmış, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmaya başlamıştır (T.C. Sağlık İstatistikleri, 1993). Bu nedenle, kronik hastalıklarda ortaya çıkan belirtiler kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlamasına yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır. Birçok çalışmada, semptomların kontrol altına alınmasıyla bireyin yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir. Yorgunluk, kontrol

altına alınmadığı zaman bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Yurtsever S 2000, Güven 2010).

Yorgunluğa neden olabilecek en önemli kronik ve metabolik hastalıklardan biri de Diabetes Mellitustur. Ayrıca insülin hormonuna direnç oluşması sonrasında gelişen ve metabolik sendrom dediğimiz durumda da kan şekerinde ani düşmeler olur. İnsülin hormonundaki ani yükselmeye reaksiyonlar olarak özellikle yoğun yenilen bir yemek sonrasında kan şekerinde düşme olmaktadır. Reaktif hipoglisemi dediğimiz bu durum yorgunluk sebebi olmaktadır (Azak ve ark. 2008, Güven 2010).

2.6. GDM'Lİ KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

Kaliteli Yaşam, senelerce felsefecilerin tartıştığı temel bir konu olmuştur. Tatarkiewicz mutluluğu zamanımızdan 2000 yıl önce, önceleri yalnızca başarı ifadesi ile eş, antik ve orta çağda insanın mükemmel hali ya da üst düzeyde erdem ve güzelliklere sahip olması olarak yaygınlaştığını, modern dönemde ise, bunlar için mutluluğun yeterli olmayacağını belirtilmiştir. Tatarkiewicz, mutluluk kavramına ilişkin daha önce ortaya atılan düşünceleri yok saymaksızın, mutluluğun doyumun bir türü olduğunu ifade etmiştir. Bu tanım şimdi ki yaşam kalitesi kavramının tanımını da vermektedir (Tatarkiewicz 1976, Güven 2009, Aydın 2013).

Yaşam kalitesi insanın içinde bulunduğu kültür ve değerler doğrultusunda, beklentileri, standartları ve ilgileriyle ilişkili olarak yaşamdaki durumunu algılaması şeklinde ifade edilebilir. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş içerikli bir kavramdır. Yaşam kalitesi kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla iç içe bulunmaktadır (Kılıçarslan 2008, Aydın 2013).

1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalarda şekil alan yaşam kalitesi kavramının o yıllardan sonra kullanımı artmaya başlamıştır (Campbell 1970, Bilgin 1985, Güven 2009, Aydın 2013).

Son yıllarda sağlık alanında kullanılan ölçme ve değerlendirme parametrelerinin alanını genişletme açısından gittikçe artan bir ilgiyle, artık klinisyenlerin insan ömrünü uzatma, hastalığın ilerleyişini yavaşlatma ve fiziksel semptomları kontrol altında tutma gibi geleneksel tedavi başarı şekillerinin yanında, yeni arayışlar yolları içinde olduklarını, özellikle kronik hastalıklarda tıp alanında gelişmeyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine odaklandıklarını görmekteyiz (Fitzpatrick 1992, Güven 2009, Aydın 2013).

Sağlık yalnızca hastalığın olmayışı olarak ifade edilemeyeceği gibi, yaşam kalitesi de sadece şikayetlerin olmayışı olarak tanımlanamamaktadır (Güven 2009, Aydın 2013).

Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin hiperglisemi, yaş, diyabet süresi, insülin tedavisi, kadın cinsiyet, diyabetik komplikasyonlar ve görülebilecek diğer hastalıkların varlığı ile ilişkili olacağı belirtilmiştir (Mayou 1990, Aydın 2013).

GD'li kadının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının bilinmesi ebenin ve hekimin, hastalarının hastalıkları ile ilgili en çok hangi yönden etkilendiklerini kavrayıp, tedavilerini yönlendirmelerine, tedavi protokollerinde değişiklikler yapmalarına, hasta-sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin güçlenmesine ve ebe tarafından uygulanan girişimlerin hastanın yaşam kalitesini ne yönde etkilediğinin görülmesine olanak sağlamaktadır (Özer 2007).

2.7. GESTASYONEL DİYABETUS MELLİTUS'TA EBENİN ROLÜ

2.7.1.Diyabette gebelik öncesi bakım

Daha önce diyabeti olan kadının gebelik öncesi kan glikoz seviye kontrolünün yapıyor olması gerekmektedir. Kadınların çoğu ilk gebelik haftalarında gebeliklerinin farkında olmadıkları için fetüsün gelişimi (organogenez dönemi) bu durumdan olumsuz etkilenir. İnsüline bağımlı diyabetik gebelerde kan glukoz seviyesinin kontrol altına alınmış olması gerekir (Aydın 2013).

Diyabetli kadınların plansız bir gebelikle karşılaşmaması için bu kişilere üreme sağlığı eğitimleri düzenlenmeli ve ebelere de verilecek eğitimlerde aktif rol sağlanmalıdır.

Diyabetli kadınlara gebeliğin kendilerine ve bebeklerine verebileceği sıkıntılar bakımından bilgi verilmelidir. Gebelik öncesi şeker takibinin iyi yapılması ve bunun gebelikle birlikte de devam etmiş olmasının, yaşanacak bazı riskleri azaltacağı söylenmelidir; ancak bu risklerin tamamen ortadan kalkmayacağı ifade edilmelidir (Taşkın 2007, Aydın 2013). Adolesan diyabetik gebelere, planlanmamış gebeliklerden kaçınılması gerekliliği belirtilmelidir. Gebelik öncesi korunma yolları hakkında bilgi almaları sağlanmalıdır. Kontrasepsiyonu bırakmadan önce kesinlikle danışmanlık almaları gerekliliği ifade edilmelidir. Verilen tüm eğitimlerin yanında gebeliğinde yaşayabilecekleri sorunlar karşısında hazırlıklı olması vurgulanmalıdır (Aydın 2013).

2.7.2.Diyabette doğum öncesi bakım

GDM'li kadınların doğum öncesi bakımında fetal kalp sesleri 18-20. haftalarda izlenmeli, ultrason (USG) gebeliğin tespit edildiği haftadan itibaren bakılmalı, biyofiziksel profil ise 32. haftadan itibaren takip edilmelidir. Proteinürinin varlığı, intrauterin gelişme geriliğinin ya da hipertansiyonun eşlik ettiği ve diyabetin ilerlediği durumlarda biyofiziksel profil ile izlem 26-28. haftaya alınmalıdır. İnsülin kullanan GDM'lerde 32-36 haftalarda, haftada bir, sonra ise haftada iki kez Non Stres Testi (NST) bakılmalı ve amnion sıvı indeksi ölçümü yapılmalıdır. Diyetle kontrol altına alınan GDM'lerde haftalık NST ölçümleri 36. gebelik haftasında yapılmaya başlanmalıdır.

İnsülin kullanımı ile ilgili eğitim verilmelidir. Yaşayabileceği hipoglisemik reaksiyonlar ve bu reaksiyonlar görüldüğünde şekerli su takviyesi anlatılmalıdır. Gebelerin idrar testi yapması sağlanmalıdır. İdrar örneğini sabah aç karnına, öğlen ve akşam yemeklerden sonra olmalıdır. Yorgunluğun kan şekeri düşmesine neden olacağından zararlı olacağı belirtilmelidir. Gebelikte sık karşılaşılabilen yorgunluk problemine karşı, kısa aralarla dinlenmeleri önerilmelidir.

Uterusun üreterler üzerine baskı uygulaması ve progesteronun düz kasları üzerine yaptığı fizyolojik etki sebebiyle gebeler üriner sistem enfeksiyonlarına karşı hassastır (Taşkın 2007, Kaya 2007, Aydın 2013) ve diyabetli gebelerde idrarda glikoz varlığı üriner sistem enfeksiyon riskini ortaya çıkarır. İdrar yolu enfeksiyonların önlenmesinde gebenin kişisel hijyen eğitimi önemlidir. Gebelikte alınacak kiloyu düşürmek ve şekeri azaltmak için gebenin hafif egzersizler yapması uygun olur. Sezaryen ile doğum olma ihtimali yüksek olduğundan gebenin hastasını bu yönde hazırlaması gerekir. Hastaneye yatış yapıldığında nedenine uygun bakım yapılmalıdır. Gebe oluşabilecek komplikasyonlar sebebiyle obstetrik şartlar açısından izlenmeli (örn:preklemisi), beslenmesi, fundus yüksekliği, egzersizleri değerlendirilmelidir (Arslan 2002, Şirin 2005). Gebelerin bebekleri ya da kendilerinde diyabet dışında sağlık sorunu gelişmesi ek yorgunluğa sebep olabilir. Bu durumda gebenin yaşam kalitesi bozulabilir.

2.7.3.Gestasyonel Diyabetli doğum eyleminde bakım

Komplikasyonu olmayan, takipleri yapılmış diyabetik bir kadının fetüsü makrozomik değil ise ve biofiziksel profili normal ise gebeliğin zamanından önce sonlandırılması gerekmez. Fetal sıkıntılar oluşabileceği sebebiyle gebeliğin 40. haftasından sonraya spontan doğum için kalmaması gerekir. İndüksiyon uygulanması durumunda ya da spontan eylem süresince aralıklarla subkutan insülin gerekebilir ya da sürekli insülin infüzyonu yapılabilir. Bu aşamada maternal glikoz seviyesinin normal değerlerde kalmasını sağlamak için gebeye 0.5-1 U/saat insülinle tampona %5 dextroz 100 ml/saat infüzyonu uygulanabilir. Sezaryen düşünülüyorsa gece insülin dozu yapılmalı, sabah dozu yapılmamalıdır (Özer 2000, Taşkın 2007, Aydın 2013).

İndüksiyon başlamadan önce ve bir kez eylem sırasında kan şekeri bakılması uygun olur. Gebeden idrar kültürü alınması faydalı olabilir. Gebenin idrarı, şeker ve aseton açısından takip edilmelidir. Fetal kalp atımlarının sık kontrolü hayati önem taşır. Sıvı ve elektrolit dengesi korunmaya çalışılmalıdır. Hiperglisemi ve hipoglisemi yönünden dikkatli olunmalıdır. Her şey yolunda gidiyor ve normal vajinal doğum bekleniyorsa bile doğumu gerçekleştirecek ekip, her zaman sezaryen için hazır olmalıdır (Arslan 2002, Şirin 2005, Taşkın 2007, Aydın 2013).

2.7.4. Gestasyonel Diyabette doğum sonrası bakım

Diyabetli gebelerde toksemi rastlanan en önemli komplikasyondur. Doğum sonunda da bu komplikasyon riskinin devam etmesi sebebiyle en az 48 saat ebe tarafından vital semptomların izlenmelidir. Diğer bir komplikasyon ise doğum sonu kanamalardır. Hidroamnios ve iri bebek nedeni ile fazla gelişmiş uterus, atoniye yatkın olacağından kanama görülme ihtimali artar. Uterus masajı uygulanmalı ve oksitosin yapılmalıdır. Anneler emzirmeye özendirilmelidirler. Sütten kesme sırasında, glikoz düzeyinde dalgalanma görülebilmektedir. Bu nedenle glikoz izleminin dikkatle sürdürülmesi konusunda hastaya bilgilendirilmelidir. Annede gelişebilecek mastit ve meme ucu enfeksiyonu riskine karşı izlem yapılmalıdır (Taşpınar 2006).

Diyabetik kadınların kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilenmeleri sağlanmalı, istenmedik gebelikleri önleme konusunda kadınların eğitilmelerini sağlamada ebelerin aktif rol almaları sağlanmalıdır (Aydın 2013).

2.7.5. Diyabetli Anne Bebeği ve Bakımı

Apgar skoru bebek doğduğunda hemen hesaplanmalıdır. Gebelik haftası kaydedilmelidir. Göbek kord kanı alınarak laboratuvar testlerine yapılmalıdır. Hiperbilirubinemi diyabetik annelerin karaciğeri immatür olan bebeklerinde görülür. Bebek hiperbilirubinemi yönünden takip edilmelidir. Bebeğe uyku durumu olabilir. Yeni doğanda kalsiyum ve magnezyum düzeyinde düşüklük bulunması halinde irritabilite, titreme, seyirme ve konvüzyon görülme olasılığı artar (Taşpınar 2006, Aydın 2013).

Yeni doğanda asfiksi görülebilmesi sebebiyle hemen ağzı ve boğazı aspire edilmeli, solunum yolu açılmalıdır. Konjenital anomaliler yönünden muayenesinin yapılması gerekir. Makrosomili yenidoğanın vücut yüzeyi artması ve yağ dokusunun fazla olması sebebiyle dehidratasyon riski vardır. Bebeğin sıvı elektrolit dengesini korumaya yönelik hareket edilmelidir. Bebek prematüre ise ebe bebeğin beslenmesini sağlamalı, vücut ısını korumalı ve bebeğin solunumunu takip altına almalıdır (Şirin 2005, Taşkın 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma; yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kadın Doğum polikliniklerine başvuran oral glukoz tolerans testi ile gestasyonel diyabet tanısı alan hastalardan gönüllüler ve kriterlere uyanlar araştırmaya alınmıştır.

Araştırma Mart 2015 –Eylül 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi'nde 2014 yılında Kadın Doğum polikliniklerine başvuran oral glukoz tolerans testi ile gestasyonel diyabet tanısı alan gebeler (N:148) oluşturmuştur.

Araştırmaya oral glukoz tolerans testi ile gestasyonel diyabet tanısı alan hastalardan gönüllü olanlar alınmıştır. Araştırmanın örneklemini gerekli yasal izinler (Etik Kurul onayı, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği izni, bilgilendirilmiş onamları) alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan araştırmaya katılmaya gönüllü basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş GD'li 80 kadın oluşturmuştur (n:80).

Araştırmaya dahil olma kriterler:

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden,
- Gestasyonel diyabet tanısı almış,
- Nörolojik, mental bir hastalığı ve fiziksel (bir kolun sakat olması vs) bir engellilik durumu olmayan,

- Diyabetli bireyin görme ve işitme sorununun olmaması, sözel iletişim kurulabilmesi,
- En az okur-yazar düzeyde veya ilkokul düzeyinde eğitim almış olması,
- Diyabetli gebenin Turgutlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde izlenmesi.

3.3. HİPOTEZLER

H0= Gestasyonel diyabetes mellituslu kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi düzeyine etkisi yoktur.

H1= Gestasyonel diyabetes mellituslu kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır.

3.4.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bu araştırmanın;

Bağımlı Değişkeni: EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi,

Bağımsız Değişkenleri: Yorgunluk Etki Ölçeği, Yorgunluk Şiddet Ölçeği, yaş, eğitim durumu, mesleği, beden kitle indeksi, gelir durumu, düzenli doktora gitme durumu, kronik hastalıkları, ailede DM olma durumu, daha önceki gebeliklerinde GDM olma durumu, 4 kg bebek dünyaya getirme durumu, gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği, canlı doğum sayısı, kullanılan ilaçlar, alkol ve sigara kullanma durumu, egzersiz yapma vb değişkenlerdir.

3.5. VARSAYIMLAR

Bu çalışmada Gestasyonel Diyabetes Mellitus'un, gebe kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesini düzeylerini etkilediği varsayılmıştır. Kullanılan veri toplama araçlarının yorgunluğu ve yaşam kalitesi düzeylerini doğru olarak ölçtüğü varsayılmaktadır. Araştırmada ele alınan değişkenlerin araştırmayı yansıttığı düşünülmektedir. Örneklemenin evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan gestasyonel diyabetli kadınların veri toplama araçlarına doğru ve objektif yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik form: Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak sosyo-demografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan 26 sorudan oluşmaktadır. Formda, gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra obstetrik özellikleri, gebelerin o anki gebelik özellikleri, ilaç ve zararlı madde kullanımı, egzersiz yapma durumları ile ilgili sorular bulunmaktadır (**Ek:2**).

Yorgunluk Şiddet Ölçeği: Yorgunluğu değerlendiren çoğu çalışmada Yorgunluk Şiddet Ölçeği kullanılmaktadır. Ölçek 9 sorudan oluşmaktadır. Her soru 7 puandan oluşur. Yüksek skorlar yorgunluğu gösterir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise 2007 yılında Armutlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Türkçe versiyonu da geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçekler doldurulduğu günü de kapsayarak son 1 ay içerisindeki yorgunluk durumunu sorgulamaktadır (Alğantekin 2013) (**Ek:3**).

Yorgunluk Etki Ölçeği: Ölçek 40 sorudan oluşmaktadır. İlk 10 madde kognitif durumu, ikinci 10 madde fiziksel durumu, üçüncü 20 madde ise psikolojik durumu değerlendirmektedir. Her soruya 0 (problem yok) 4 (maksimum problem) arasında puan verilmiştir. En yüksek skor 160'tır. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yine 2007 yılında Armutlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Türkçe versiyonu da geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Yüksek skorlar yorgunluğu göstermektedir (Alğantekin 2013) (**Ek:4**).

EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi: Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için oluşturulmuş sekiz soruluk bir ölçektir. Ölçek puanının artması yaşam kalitesinin iyileştiği anlamında yorumlanmaktadır (**Ek:5**).

3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmada örneklem olarak TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran gestasyonel diyabeti olan kadınların tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde belirtilen polikliniklere başvurmayan, tanıyı aldıktan sonra takiplerinin Üniversite hastanelerinde yaptıran gestasyonel diyabetes mellituslu kadınlara ulaşılamamıştır. Ayrıca araştırmaya katılmak istemediğini belirten gestasyonel diyabetli kadınlar örnekleme alınamamıştır.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, araştırmanın yapıldığı TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran, yasal izinler ilgili kurumlardan alındıktan sonra Mart 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında araştırma hakkında bilgi verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamları alınan gestasyonel diyabetli kadınlardan toplanmıştır. Muayene ve kontrolleri yapılan gebelerin, rahat, stresten uzak olabilecekleri ortam sağlanarak yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, SPSS 15.00 for Windows paket programında değerlendirilmiştir.

Yapılan analizlerde iki kategorinin karşılaştırılması amacıyla verilerin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak Kruskal Wallis testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla kategori olduğunda yine verilerin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak Tek yönlü varyans analizi ANOVA, ikili kategorini varlığında ise İndependite Simple T Testi kullanıldı. Sürekli

değişkenlere ait tanımlayıcı istatistiklerde ortalama (minumum-maksimum) ve standart sapma, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistiklerde ise sayı ve yüzde kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.10. ETİK AÇIKLAMALAR

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

3.11. SÜRE VE OLANAKLAR

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

Şekil 3: Zaman Çizelgesi

Tarihler					
Yapılan Çalışmalar	Ocak 2015	Şubat-Mayıs 2015	Mart-Eylül 2015	Ekim-Aralık 2015	Ocak-Mart 2016
Literatür İnceleme ve konu seçimi					
Tez Konusu Bildirimi					
İzinlerin Alınması					
Veri Toplama Aşaması					
Verilerin Kodlanması ve analizi					
Literatür inceleme					
Tez yazımı					

4.BULGULAR

Araştırmamızda elde edilen bulgular altı bölümde incelenmiştir.

4.1.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Tablo 1: Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)' lu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş Grupları		
19-24 yaş	10	12,5
25-29 yaş	21	26,2
30-34 yaş	32	40
35-39 yaş	17	21,3
Yaş ortalaması	30,30±4,84	Min:19 Max:39
Eğitim Durumu		
Okuryazar	5	6,3
İlkokul mezunu	37	46,1
Ortaokul mezunu	13	16,3
Lise mezunu	12	15,0
Yüksek öğretim mezunu	13	16,3
İş Durumu		
Çalışan	13	16,2
Çalışmayan(E. Hanımı)	67	83,8
Gelir Durumu		
Gelir-giderden az	13	16,2
Gelir-gidere eşit	58	72,5
Gelir-giderden fazla	9	11,3
Toplam	80	100,0

Tablo 1'de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamında ki gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde gebelerin %12,5'inin 19-24 yaş grubunda, %26,2'sinin 25-29 yaş grubunda, %40,0'inin 30-34 yaş grubunda, %21,3'ünün 35-39 yaş grubunda ve yaş ortalamasının $30,30 \pm 4,84$ olduğu en düşük yaşı 19 en yüksek yaşı da 39 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamında ki gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %6,3'ünün okur-yazar olduğu, %46,1'inin ilkokul mezunu, %16,3'ünün orta okul mezunu, %15,0'inin lise mezunu, %16,3'ünün ise yüksek öğretim olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamında ki gebelerin,%16,2'sinin çalıştığı, %83,8'inin çalışmayıp ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %16,2'sinin gelirinin giderden az, %72,5'inin gelirini gidere eşit, %11,3'ünün ise gelirinin giderden fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

4.2.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet, Egzersiz, ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma, Gebelik Öykülerin Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Tablo 2: GDM’li Kadınların Diyabet İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Diyabet İle İlgili Özellik	n	%
Ailede Diyabet		
Var	40	50,0
Yok	40	50,0
Gebelik öncesi diyabet varlığı		
Evet	4	5,0
Hayır	76	95,0
Diyabet Tedavisine uyum		
İyi	48	60,0
Orta	26	32,4
Kötü	6	7,6
Diyete uyum durumu		
İyi	37	46,2
Orta	37	46,2
Kötü	6	7,6
Diyabet kontrolü için ne sıklıkla doktora gittiği		
Doktor kontrolüne gitmeyen	5	6,3
Ayda 1 kez giden	44	55,0
2 ayda 1 kez giden	1	1,3
Diğer(2 haftada 1, ayda 2, hastalandığında, her hafta, kendini kötü hissedince)	30	37,4
İnsülin kullanma durumu		
Evet	20	25,0
Hayır	60	75,0
Toplam	80	100,0

Tablo 2'de araştırmaya katılan Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların diyabet ile ilgili özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin ailelerinde diyabet olup olmama durumlarına bakıldığında, gebelerin %50'sinin ailesinde diyabet varlığı, %50'sinin ailesinde diyabet olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırma kapsamında ki gebelerin gebelik öncesi diyabet varlığına bakıldığında gebelerin, %5'inde gebelik öncesi diyabet varlığı, %95'inde ise gebelik öncesi diyabet olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırma kapsamında ki gebelerin tedaviye uyum durumlarına bakıldığında gebelerin, %60'ının tedaviye uyumun iyi, %32,4'ünün tedaviye uyumunun orta, %7,6'sının ise tedaviye uyumun kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırma kapsamında ki gebelerin diyetle uyum durumuna bakıldığında gebelerin, %46,2'sinin diyetle uyum durumunun iyi, %46,2'sinin diyetle uyum durumunun orta, %7,6'sının diyetle uyum durumunun kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırma kapsamında ki gebelerin diyabet kontrolü için ne sıklıkla doktora gittiğine bakıldığında %6,3'ünün diyabet için kontrole gitmediği, %55,0'ının ayda bir kez diyabet kontrolüne gittiği, %1,3'ünün iki ayda bir kez diyabet kontrolüne gittiği, %37,4'ünün ise diğer (2 haftada 1, ayda 2, her hafta, hastalandığında, kendini kötü hissedince) şekilde diyabet kontrolüne gittiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamında ki gebelerin insülin kullanma durumuna bakıldığında %25,0'ının insülin kullandığı, %75,0'ının ise insülin kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: GDM’li kadınların egzersiz yapma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Egzersiz İle İlgili Özellikler	n	%
Egzersiz yapma durumu		
Evet	44	55,0
Hayır	36	45,0
Toplam	80	100
Eğer egzersiz yapıyorsa ne tür egzersiz yaptığı		
Yürüyüş	41	93,19
Aerobik hareketler	1	2,27
Diğer(plates)	2	4,54
	44	100
Ne sıklıkla egzersiz yapıldığı		
Her gün	20	45,45
Haftada 1-2 kez	9	20,45
Düzensiz	15	34,10
Toplam	44	100

Tablo 3'te araştırmaya katılan Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların egzersiz yapma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin egzersiz yapma durumlarına bakıldığında, %55,0'ının egzersiz yaptığı, %45'inin egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırma kapsamında ki gebelerin ne tür egzersiz yaptıklarına bakıldığında %93,19'unun yürüyüş, %2,27'ünün aerobik hareketler, %4,54'ünün ise diğer bazı egzersizleri (plates) yaptığı saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırma kapsamında ki gebelerin ne sıklıkla egzersiz yaptıklarına bakıldığında %45,45'inin her gün, %20,45'inin haftada 1-2 kez, %34,10'unun ise düzensiz egzersizleri yaptığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4: GDM'li kadınların ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma özelliklerine göre dağılımı

İlaç ve zararlı madde kullanımı ile ilgili Özelliklerin Dağılımı	n	%
Kullanılan diğer ilaçlar		
Alfamet	2	2,6
Sadece demir preparatları	30	37,5
Demir+guatr	1	1,3
Sadece vitamin	6	7,6
Demir preparatı + vitamin	4	5,2
Hiç ilaç kullanmayan	37	45,8
Gebelikte sigara kullanma durumu		
Evet	10	12,5
Hayır	63	78,7
Bırakmış	7	8,8
Gebelikte alkol kullanma durumu		
Evet	1	1,3
Hayır	79	98,7
Toplam	80	100

Tablo 4'te araştırmaya katılan Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamında ki gebelerin ilaç kullanma durumlarına bakıldığında gebelerin %2,6'sının Alfamet kullandığı, %37,5'inin sadece demir preparatı kullandığı, %1,3'ünün demir+guatr ilacı kullandığı, %7,6'sının sadece vitamin kullandığı, %5,2'sinin demir+vitamin kullandığı, %45,8'inin ise hiç ilaç kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Araştırma kapsamında ki gebelerin sigara ve alkol kullanma durumlarına bakıldığında ise gebelerin, %12,5'inin gebelikte sigara kullandığı, %78,5'inin gebelikte sigara kullanmadığı, %8,8'inin gebelikte sigara bıraktığı, %1,3'ünün gebelikte alkol kullandığı, %98,7'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: GDM'li Kadınların Gebelik Öykülerine Göre Dağılımı

Gebelik Öyküsü	n	%
Önceki gebeliklerinde		
GDM var olma durumu		
Var	16	20,0
Yok	64 (19 gebenin ilk gebeliği)	80,0
4 kg üstü bebek doğurma durumu		
Var	7	8,8
Yok	73(19 gebenin ilk gebeliği)	91,2
Gebelik haftası		
Birinci Trimester	0	0
İkinci Trimester	4	5,0
Üçüncü Trimester	76	95,0
Gebelik sayısı		
İlk Gebelik	19	23,8
2 -3 gebelik	44	55,5
4 ve üstü gebelik	17	21,7
BKİ	32,2±4,8	Min:24,57 Max:48,83
Gebelik öncesi BKİ	29,08±5,20	Min:19,47 Max:44,92
Toplam	80	100,0

Tablo 5'te araştırmaya katılan Gestasyonel Diyabetes Mellituslu kadınların gebelik öykülerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin önceki gebeliklerinde GDM varlığına bakıldığında gebelerin, %20'sinde gestasyonel diyabetin varlığı, %80'inde gestasyonel diyabetin olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin 4 kg üstü bebek doğurma durumuna bakıldığında gebelerin, %8,8'inin 4 kg üstü bebek dünyaya getirdiği, %91,2'ünün 4 kg üstü bebek dünyaya getirmediği saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftasına bakıldığında gebelerin, % 0'ının birinci trimesterde olduğu, %5,0'ının ikinci trimesterde olduğu, % 95,0'ının ise üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik sayılarına bakıldığında %23,8'inin ilk gebelikte olduğu, %55,5'inin 2 veya 3. gebeliklerinde olduğu, %21,7'sinin ise 4 ve üstü gebeliklerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Araştırma kapsamındaki gebelerin o anki BKI'larının ortalamasının $32,2 \pm 4,8$, en düşük BKI'nın 24,57, en yüksek BKI'larının 48,83, gebelik öncesi BKI'larının $29,08 \pm 5,20$, en düşük BKI'nın 19,47, en yüksek ise 44,92 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: GDM'li Kadınların Kronik Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	n	%
Gebelik öncesi Diyabet varlığı		
Evet	4	5,0
Hayır	76	95,0
Hipertansiyon var olma durumu		
Evet	2	2,5
Hayır	78	97,5
Proteinüri var olma durumu		
Evet	15	18,8
Hayır	65	81,2
Tiroid hastalığı var olma durumu		
Evet	9	11,2
Hayır	71	88,8
Over kisti var olma durumu		
Evet	9	11,2
Hayır	71	88,8
Toplam	80	100,0

Tablo 6'da araştırmaya katılan GDM'li kadınların kronik hastalık öykülerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamında ki gebelerin, gebelik öncesi diyabet varlığına incelendiğinde gebelerin, %5'inin gebelik öncesi diyabetinin varlığı, %95'inin gebelik öncesi diyabetinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırma kapsamında ki gebelerin, hipertansiyon öyküleri incelendiğinde gebelerin, %2,5'inde hipertansiyon varlığı, %97,5'inin hipertansiyon öyküsünün olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırma kapsamında ki gebelerin, proteinüri varlığı incelendiğinde gebelerin, %18,8'inde proteinüri varlığı, %81,2'sinde olmadığı tespit edilmiştir (istatistiksel veriler hastaların sözel verdikleri cevaplar doğrultusunda oluşmuştur) (Tablo 6).

Araştırma kapsamında ki gebelerin, troid hastalığı varlığı incelendiğinde gebelerin, %11,2'sinde troid hastalığı varlığı, %88,8'inde troid hastalığı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

Araştırma kapsamında ki gebelerin, over kisti varlığı incelendiğinde gebelerin, %11,2'sinde over kisti varlığı, %88,8'ünde over kisti olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

4.3.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Dağılımına, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımına ve WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Tablo 7: GDM'li Kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	X	Ss	En düşük puan	En yüksek puan
YŞÖ Toplam	37,17	13,13	13	61

Tablo 7'de gestasyonel diyabetli kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımı verilmiştir. Ölçeğin en düşük puanı 9, en yüksek puanı ise 63'tür. Gebelerin aldığı toplam puan ortalaması 37,17, standart sapma 13,13, en düşük puan 13 ve en yüksek puan 61 hesaplanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: GDM’li Kadınların Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları	X	Ss	En düşük puan	En yüksek puan
Kognitif Alan	8,53	7,59	0	29
Fiziksel Alan	14,10	8,91	0	35
Psikolojik Alan	20,28	16,77	0	71

Tablo 8’de gestasyonel diyabetli kadınlarda Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kognitif Alanın en düşük puanı 0, en yüksek puanı ise 40’tır. Gebelerin Kognitif Alandan aldığı toplam puan ortalaması 8,53, standart sapma 7,59, en düşük puan 0 ve en yüksek puan 29 bulunmuştur (Tablo 8).

Fiziksel Alanın en düşük puanı 0, en yüksek puanı ise 40’tır. Gebelerin Fiziksel Alandan aldığı toplam puan ortalaması 14,10, standart sapma 8,91, en düşük puan 0 ve en yüksek puan 35 bulunmuştur (Tablo 8).

Psikolojik Alanın en düşük puanı 0, en yüksek puanı ise 80’dir. Gebelerin Psikolojik Alandan aldığı toplam puan ortalaması 20,28, standart sapma 16,77, en düşük puan 0 ve en yüksek puan 71 bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9: GDM’li Kadınların WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	X	Ss	En düşük puan	En yüksek puan
WHOQOL 8 YK	28,23	4,07	17	38

Tablo 9'da gestasyonel diyabetli kadınların WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımı verilmiştir. Ölçeğin en düşük puanı 8, en yüksek puanı ise 40'tır. Gebelerin aldığı toplam puan ortalaması 28,23, standart sapma 4,07, en düşük puan 17 ve en yüksek puan 38 bulunmuştur (Tablo 9).

4.4.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye ait Bulguların İncelenmesi

Tablo 10: GDM'li kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort+ss	Yorgunluk etki kognitif Ort+ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort+ss	Yorgunluk etki psikolojik Ort+ss	YKtoplam Ort+ss
Yaş **						
19-24 Arası	10	28,90±9,32	6,10±5,76	9,90±6,91	14,60±7,33	31,40±3,74
25-29 Arası	21	38,76±10,21	9,95±6,81	16,42±6,88	23,66±14,06	27,23±3,34
30-34 Arası	32	39,71±13,81	8,25±7,98	13,34±10,54	17,37±15,94	28,62±3,99
35 ve üstü	17	35,29±15,48	8,76±8,81	15,11±8,38	24,94±23,31	26,88±4,38
		$\chi^2=6,05$ P=0,10	$\chi^2=2,99$ P=0,39	$\chi^2=6,75$ P=0,08	$\chi^2=3,80$ P=0,28	$\chi^2=8,68$ P=0,03
Eğitim Durumu**						
Okuryazar	5	50,40±4,09	13,60±7,09	18,40±11,08	20,00±11,22	25,80±1,92
İlkokul	37	35,08±13,29	7,32±6,08	10,89±6,60	15,48±14,93	27,81±3,68
Ortaokul	13	25,53±7,22	7,07±5,42	14,69±6,51	22,00±12,01	30,53±4,33
Lise	12	45,33±10,73	13,41±9,83	15,50±11,09	24,75±20,22	26,58±3,67
Yüksek öğretim	13	42,15±10,76	7,00±9,46	19,69±10,98	28,23±21,41	29,61±4,73
		$\chi^2=22,06$ P=0,00	$\chi^2=9,81$ P=0,04	$\chi^2=8,79$ P=0,06	$\chi^2=9,95$ P=0,04	$\chi^2=10,85$ P=0,02
Çalışma Durumu*						
Çalışıyor	13	44,61±10,89	9,38±9,29	21,15±11,27	29,00±21,12	29,00±5,09
Çalışmıyor	67	35,73±13,11	8,37±7,28	12,73±7,76	18,59±15,41	28,08±3,87
		$z=-2,12$ P=0,03	$z=-0,02$ P=0,98	$z=-2,49$ P=0,01	$z=-1,95$ P=0,05	$z=-0,40$ P=0,68
Gelir Durumu **						
Gelir giderden az	13	29,69±14,06	9,30±7,08	13,30±9,39	22,76±17,39	26,23±4,28
Gelir gider fazla	58	37,56±12,62	8,46±7,70	13,70±7,85	19,13±16,45	28,48±3,75
Gelir gidere eşit	9	45,44±10,12	7,88±8,29	17,77±13,97	24,11±18,92	29,55±5,17
		$\chi^2=7,36$ p=0,02	$\chi^2=0,25$ p=0,88	$\chi^2=0,23$ p=0,89	$\chi^2=2,00$ p=0,36	$\chi^2=2,96$ p=0,22

* Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis

Tablo 10'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM'li kadınların yaşı ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM'li Kadınların yaşları azaldıkça yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği saptanmıştır ($p=0,03$ $\chi^2=8,68$).

GDM'li Kadınların yaşı ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 10).

GDM'li kadınların eğitim durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar, lise ve yüksek öğretim düzeyinde eğitime sahip olanların ilköğretim ve ortaokul düzeyindeki kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,00$ ve $\chi^2=22,06$). GDM'li kadınların eğitim durumları ile yorgunluk etki ölçeği alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar ve lise düzeyinde eğitime sahip olan kadınların diğer eğitim düzeylerine göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,04$ ve $\chi^2=9,81$), okur-yazar ve yükseköğretim düzeyinde eğitime sahip olan kadınların diğer eğitim düzeylerine göre fiziksel alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,06$ ve $\chi^2=8,79$), kadınların eğitim düzeyleri arttıkça psikolojik alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,04$ ve $\chi^2=9,95$). GDM'li kadınların eğitim durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,02$ ve $\chi^2=10,85$) (Tablo 10).

GDM'li kadınların çalışma durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Çalışan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,03$ ve $z=2,12$). GDM'li kadınların çalışma durumları ile yorgunluk etki ölçeği alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların çalışma durumları ile kognitif alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışan GDM'li kadınların yorgunluk etki ölçeği fiziksel ve psikolojik alt alan puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$ ve $z=-2,49$; $p=0,05$ ve $z=-1,95$). GDM'li kadınların çalışma durumları ile yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

GDM'li kadınların gelir durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir gidere eşit ve fazla olan kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının gelir giderinden az olan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,02$ ve $\chi^2=7,36$). GDM'li kadınların gelir durumları ile yorgunluk etki ölçeği alt alanlarından kognitif, fiziksel, psikoloji ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

4.5.Gestasyonel Diyabetes Mellituslu Kadınların Diyabet, Egzersiz, ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma, Gebelik Öykülerin Ve Kronik Hastalık İle İlgili Özelliklerin Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların İncelenmesi

Tablo 11: GDM'li Kadınların Diyabetlerine ilişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort+Ss	Yorgunluk k etki kognitif Ort+Ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort+Ss	Yorgunluk k etki psikolojik Ort+Ss	YK toplam Ort+Ss
Ailede Diyabet *						
Var	40	37,17±13,23	6,50±7,38	13,27±9,00	17,72±16,33	28,62±4,65
Yok	40	37,17±13,20 z=-0,00 p=1,00	10,57±7,32 z=-2,82 p=0,00	14,92±8,86 z=-1,04 p=0,29	22,85±17,01 z= -1,84 p=0,06	27,85±3,40 z=-0,91 p=0,36
Gebelik Öncesi Diyabet *						
Var	4	45,00±0,00	14,50±0,57	11,50±4,04	11,75±4,50	24,00±0,00
Yok	76	36,76±13,35 z=-1,32 p=0,18	8,22±7,66 z=-2,03 p=0,04	14,23±9,09 z=-0,28 p=0,77	20,73±17,07 z= -0,84 p=0,40	28,46±4,05 z=-2,40 p=0,01
Diyabet Tedavisine Uyum**						
İyi	48	36,83±15,50	6,20±4,83	13,16±8,85	16,81±13,94	28,58±3,91
Orta	26	38,61±15,35	13,65±9,77	17,07±9,24	29,50±19,37	27,76±4,74
Kötü	6	33,66±16,62 x ² =0,67 P=0,71	5,00±3,09 x ² =10,06 P=0,00	8,66±1,03 x ² =4,68 P=0,09	8,16±2,48 x ² =14,72 P=0,00	27,50±1,64 x ² =1,44 P=0,48
Diyete Uyum Durumu* *						
İyi	37	37,75±10,79	5,21±4,85	13,21±8,70	15,51±13,57	29,00±3,56
Orta	37	34,97±15,22	11,94±8,78	14,78±8,90	25,81±18,75	27,72±4,64
Kötü	6	47,16±7,75 x ² =4,83 p=0,08	8,00±4,09 x ² =12,30 p=0,00	15,33±11,36 x ² =0,10 p=0,94	15,66±12,84 x ² = 8,83 p=0,01	26,66±2,42 x ² =2,54 p=0,28
Diyabet Kontrolü İçin Ne Sıklıkla Doktora Gittiği **						
Hiç Doktora gitmeyen	5	36,40±13,20	6,60±7,76	7,40±7,50	6,80±7,12	25,80±2,04
Ayda 1 Kez	44	38,43±13,99	8,56±7,49	15,81±9,25	22,52±16,46	28,50±4,22
2 Ayda 1 Kez	1	30,00±0,00	1,00±0,00	10,00±0,00	10,00±0,00	28,00±0,00
Diğer	30	35,70±12,21 x ² =1,00 p=0,80	9,06±7,90 x ² =2,89 p=0,40	12,83±8,20 x ² =3,98 p=0,26	19,60±17,73 x ² = 6,24 p=0,10	28,26±4,11 x ² =2,94 p=0,40
İnsülin Kullanma Durumu *						
Evet	20	40,65±13,98	10,10±8,74	17,80±8,70	28,80±19,43	25,65±4,46
Hayır	60	36,01±12,74 z=-1,391 p=0,16	8,01±7,16 z=-1,176 p=0,23	12,86±8,70 z=-2,171 p=0,03	17,45±14,90 z=-2,586 p=0,01	29,10±3,57 z=-2,607 p=0,009

* Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis

Tablo 11'de GDM'li kadınların diyabetlerine ilişkin özellikleri ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. GDM'li Kadınların ailede diyabet durumu

ile yorgunluk şiddet ölçeği, arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li kadınların ailede diyabet yokluğu olanlarla, ailede diyabet varlığı olanların yorgunluk etki ölçeği alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kognitif alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00$ ve $z=-2,82$). Kadınların ailede diyabet durumları ile fiziksel alt alan ve psikolojik alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). GDM'li kadınların ailede diyabet varlığı durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların ailede diyabet durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

GDM'li Kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk etki ölçeği alt alan arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik öncesi diyabet var olan kadınların diyabeti olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,04$ ve $z=-2,03$), GDM'li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM'li kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları gebelik öncesi diyabeti olmayanların, gebelik öncesi diyabeti olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$ ve $z=2,40$) (Tablo 11).

GDM'li Kadınların diyabet tedavisine uyum durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel alt alanı ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li kadınların diyabet tedavisine uyum durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif ve psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diyabet tedavisine uyumu orta olanların puan ortalamaları ile diyabet tedavisine uyumu iyi ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00$ ve $\chi^2=10,06$, $p=0,00$ ve $\chi^2=14,72$) (Tablo 11).

GDM'li Kadınların diyetle uyum durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel alt alanı ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li kadınların diyetle uyum durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif ve psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diyetle uyumu orta olanların puan ortalamaları ile diyabet tedavisine uyumu iyi ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00$ ve $\chi^2=12,30$, $p=0,01$ ve $\chi^2=8,83$) (Tablo 11).

GDM'li Kadınların diyabet kontrolü için ne sıklıkla doktora gittiği ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam

kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

GDM'li Kadınların insülin kullanma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li Kadınların insülin kullanma durumu ile yorgunluk etki ölçeği fiziksel ($p=0,03$ ve $z=-2,17$) ve psikolojik alt alanı ($p=0,01$ ve $z=-2,58$) puan ortalamaları ve yaşam kalitesi ($p=0,00$ ve $z=-2,60$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: GDM'li Kadınların Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort+Ss	Yorgunluk etki kognitif Ort+Ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort+Ss	Yorgunluk etki psikolojik Ort+Ss	YK toplam Ort+Ss
Egzersiz Yapma durumu *	44	34,81±12,99	8,90±7,47	12,65±8,71	20,38±17,74	28,56±4,97
Evet	36	40,05±12,89	8,08±7,80	15,86±8,96	20,16±15,74	27,83±2,60
Hayır		$z=-1,51$ $p=0,13$	$z=-0,65$ $p=0,51$	$z=-1,61$ $p=0,10$	$z=-0,09$ $p=0,92$	$z=-0,20$ $p=0,84$
Eğer Egzersiz Yapıyorsa Ne Tür Egzersiz Yaptığı **	41	34,13±11,72	7,62±6,72	11,41±7,27	17,00±12,80	29,06±4,51
Yürüyüş	1	20,00±0,00	12,00±0,00	18,00±0,00	55,00±0,00	17,00±0,00
Aerobik Hareketler	2	60,00±0,00	26,00±0,00	34,50±0,70	70,50±0,70	23,00±0,00
Diğer (plates)		$\chi^2=7,19$ $p=0,02$	$\chi^2=6,11$ $p=0,04$	$\chi^2=6,53$ $p=0,03$	$\chi^2=8,02$ $p=0,01$	$\chi^2=6,68$ $p=0,03$
Ne Sıklıkla Egzersiz Yaptığı **	20	28,95±11,06	5,25±5,00	8,25±4,51	10,30±7,05	31,35±4,65
Hergün	9	28,22±6,90	8,33±6,51	13,55±9,59	24,00±20,72	28,44±5,10
Haftada 1-2 Kez	15	46,05±9,68	12,44±8,61	17,83±9,61	29,83±18,14	25,16±2,54
Düzensiz		$\chi^2=20,41$ $P=0,00$	$\chi^2=6,65$ $P=0,03$	$\chi^2=10,61$ $P=0,00$	$\chi^2=15,69$ $P=0,00$	$\chi^2=15,16$ $P=0,00$

* Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis

Tablo 12'de görüldüğü gibi GDM'li kadınların egzersiz yapma durumlarına ilişkin özellikleri ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).

GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,02$ ve $x^2=7,19$). GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,04$ ve $x^2=6,11$), diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınlara göre fiziksel alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,03$ ve $x^2=6,53$), kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$ ve $x^2=8,02$), GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların yürüyüş yapanlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,03$ ve $x^2=6,68$) (Tablo 12).

GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde düzensiz egzersiz yapanların hergün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,00$ ve $x^2=20,41$). GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,03$ ve $x^2=6,65$), düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınlara göre fiziksel alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,00$ ve $x^2=10,61$), kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$ ve $x^2=15,69$). GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların her gün egzersiz yapanlarının, haftada 1-2 kez ve düzensiz egzersiz yapanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$ ve $x^2=15,16$) (Tablo 12).

Tablo 13: GDM’li Kadınların İlaç ve zararlı madde kullanımlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyo-demografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort±Ss	Yorgunluk etki kognitif Ort±Ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort±Ss	Yorgunluk etki psikolojik Ort±Ss	YK toplam Ort±Ss
Gebelikte Kullandığı İlaçlar**						
Alfamet	2	45,00±0,00	15,00±0,00	15,00±0,00	8,50±0,70	24,00±0,00
Sadece Demir Preparatı	30	38,16±12,97	9,33±7,80	15,13±8,18	22,63±15,62	28,56±4,91
Demir+Guatr	1	31,00±	4,00±	20,00±	56,00±	28,00±
Sadece Vitamin	6	23,33±10,59	4,16±1,32	9,00±2,00	11,83±15,62	30,83±3,65
Demir+Vitamin	4	42,25±13,50 $\chi^2=7,94$ P=0,15	10,50±12,79 $\chi^2=4,03$ P=0,54	14,25±11,08 $\chi^2=3,64$ P=0,60	27,00±25,72 $\chi^2=7,18$ P=0,20	27,25±5,31 $\chi^2=5,60$ P=0,34
Sigara Kullanma Durumu *						
Evet	10	44,60±6,46	5,60±3,92	9,70±2,49	13,30±8,45	27,30±3,26
Hayır	63	34,68±12,93 z=-2,30 p=0,02	8,80±7,63 z=-0,99 p=0,31	13,15±8,24 z=-0,98 p=0,32	18,84±15,28 z=-0,94 p=0,34	28,52±4,26 z=-0,62 p=0,53
Alkol Kullanma Durumu *						
Evet	1	43,00±0,00	4,00±0,00	5,00±0,00	12,00±0,00	28,00±0,00
Hayır	79	37,10±13,20 z=-0,39 p=0,69	8,59±7,62 z=-0,43 p=0,66	14,21±8,91 z=-1,28 p=0,20	20,39±16,85 z=-0,28 p=0,77	28,24±4,09 z=-0,02 p=0,98

* Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis

Tablo 13'te GDM’li Kadınların İlaç ve zararlı madde kullanımlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki verilmiştir. GDM’li kadınların gebelikte kullandığı ilaçlar durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 13).

GDM’li kadınların sigara kullanma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanan GDM’li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının sigara kullanmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,02 ve z=-2,30). GDM’li kadınların sigara kullanma durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) fakat sigara kullanmayan kadınların kullanan kadınlara oranla 1 puan da olsa biraz daha yüksek yaşam kalitesi puan ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 13).

GDM’li kadınların alkol kullanma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği

arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: GDM'li Kadınların Gebelik Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyo-demografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort+Ss	Yorgunluk k etki kognitif Ort+Ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort+Ss	Yorgunluk k etki psikolojik Ort+Ss	YK toplam Ort+Ss
Önceki Gebeliklerinde GDM Var Olma Durumu *						
Var	16	40,25±14,70	9,43±8,68	15,37±11,40	19,81±20,33	28,37±3,32
Yok	64	36,40±12,72 z=-1,06 p=0,28	8,31±7,35 z=-0,54 p=0,58	13,78±8,25 z=-0,31 p=0,75	20,40±15,94 z=-0,85 p=0,39	28,20±4,26 z=-0,60 p=0,54
4 Kg Üstü Bebek Doğurma Durumu*						
Evet	7	46,85±8,47	9,28±8,80	15,14±7,35	23,57±13,25	28,71±1,60
Hayır	73	36,24±13,16 z=-2,02 p=0,04	8,46±7,52 z=-0,00 p=0,99	14,00±9,08 z=-0,57 p=0,56	19,97±17,11 z=-1,06 p=0,28	28,19±4,23 z=-0,67 p=0,50
Gebelik Haftası**						
Birinci Trimester	0					
İkinci Trimester	4	32,50±6,35	10,50±12,12	14,25±4,34	28,75±15,88	25,00±3,46
Üçüncü Trimester	76	37,42±13,13 x ² =-0,81 P=0,41	8,43±7,38 x ² =-0,17 P=0,85	14,09±9,10 x ² =-0,42 P=0,67	19,84±16,79 x ² =-1,32 P=0,18	28,40±4,05 x ² =-1,53 P=0,12
Gebelik sayısı* *						
İlk Gebelik	19	36,21±7,19	7,89±7,29	14,42±7,15	17,47±10,15	29,36±4,32
İki veya Üçüncü Gebelik	44	39,11±14,26	9,59±7,61	13,93±10,23	21,36±18,66	28,22±4,31
Dört ve Üzeri	17	33,23±14,78 x ² =3,18 p=0,20	6,52±7,79 x ² =4,72 p=0,09	14,17±7,28 x ² =1,43 p=0,48	20,64±17,98 x ² =0,03 p=0,98	27,00±2,78 x ² =1,58 p=0,45
BKI						
Normal	3	25,00±3,46	1,66±0,57	11,00±0,00	8,00±0,00	32,66±1,15
Fazla kilolu	24	31,79±12,61	9,45±8,94	13,95±9,99	23,95±19,78	29,29±4,94
Şişman(1.derece)	30	39,03±13,48	8,53±7,65	15,33±9,07	22,66±16,99	27,63±3,73
Şişman(2.derece)	19	40,57±11,94	7,63±6,50	10,84±6,61	13,68±11,98	28,00±2,96
Şişman(3.derece)	4	48,50±6,55 x ² =8,39 P=0,03	12,50±1,73 x ² =4,52 P=0,21	23,50±7,68 x ² =1,69 P=0,63	21,00±12,72 x ² =7,34 P=0,06	24,25±2,62 x ² =5,62 P=0,13
Gebelik öncesi BKI						
Normal	19	29,78±9,79	6,21±7,16	11,00±7,85	14,89±8,52	31,26±4,12
Fazla kilolu	26	41,50±12,31	9,76±9,67	17,61±10,45	29,57±20,89	27,00±3,74
Şişman(1.derece)	25	34,52±14,50	9,16±6,32	11,80±7,11	17,±15,10	28,08±3,80
Şişman(2.derece)	7	44,71±7,49	6,14±3,38	13,00±3,46	7,57±2,69	26,57±2,14
Şişman(3.derece)	3	51,00±5,19 x ² =11,85 P=0,008	13,00±1,73 x ² =4,24 P=0,23	25,00±8,66 x ² =4,83 P=0,18	24,33±13,27 x ² =13,23 P=0,004	25,00±2,64 x ² =11,04 P=0,01

* Mann Whitney U testi ** Kruskal Wallis

Tablo 14'te görüldüğü gibi GDM'li kadınların gebelik öyküleri durumlarına ilişkin özellikleri ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği alt alanları ve

yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. GDM'li kadınların önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

GDM'li kadınların 4 kg üstü bebek doğurma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 4 kg üstü bebek doğuran GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının doğurmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,04$ ve $z=-2,02$) GDM'li kadınların 4 kg üstü bebek doğurma durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

GDM'li kadınların gebelik haftası durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

GDM'li kadınların gebelik sayısı durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

GDM'li kadınların BKİ durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; BKİ'si yüksek olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının BKİ'si düşük kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,03$ ve $x^2=8,39$). Kilo arttıkça yorgunluk artmaktadır. GDM'li kadınların BKİ durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

GDM'li kadınların gebelik öncesi BKİ durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik öncesi BKİ'si yüksek olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının gebelik öncesi BKİ'si düşük kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,008$ ve $x^2=11,85$). GDM'li kadınların gebelik öncesi BKİ durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM'li kadınların gebelik öncesi BKİ durumu ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanı ($p=0,004$ ve $z=13,23$) puan ortalamaları ve yaşam kalitesi ($p=0,01$ ve $z=11,04$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Kilo azaldıkça yaşam kalitesi yükselmektedir (Tablo 14).

Tablo 15: GDM’li Kadınların Kronik Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyodemografik Özellik	N	Yorgunluk şiddet toplam Ort+Ss	Yorgunluk etki kognitif Ort+Ss	Yorgunluk etki fiziksel Ort+Ss	Yorgunluk etki psikolojik Ort+Ss	YK toplam Ort+Ss
Gebelik Öncesi Diyabet*	4	45,00±0,00	14,50±0,57	11,50±4,04	11,75±4,50	24,00±0,00
Var	76	36,76±13,3	8,22±7,66	14,23±9,09	20,73±17,07	28,46±4,05
Yok		5	z=-2,03	z=-0,28	z= -0,84	z=-2,40
		z=-1,32	p=0,04	p=0,77	p=0,40	p=0,01
		p=0,18				
Hipertansiyon Var Olma Durumu *	2	45,00±0,00	15,00±0,00	15,00±0,00	8,50±0,70	24,00±0,00
Var	78	36,97±13,2	8,37±7,61	14,07±9,02	20,58±16,87	28,34±4,06
Yok		4	z=-1,51	z=-0,61	z= -1,15	z=-1,67
		z=-0,92	p=0,13	p=0,53	p=0,24	p=0,09
		p=0,35				
Proteinüri Varlığı	15	46,86±5,68	10,00±4,44	17,40±10,34	18,13±9,28	26,93±2,73
Durumu*						
Var	65	34,93±13,3	8,20±8,13	13,33±8,45	20,78±18,08	28,53±4,28
Yok		7	z=-2,04	z=-1,39	z= -0,32	z=-1,67
		z=-3,35	p=0,04	p=0,16	p=0,74	p=0,09
		p=0,00				
Troid Hastalığı Varlığı Durumu*	9	37,22±6,79	6,11±5,37	15,00±7,29	23,00±16,99	29,33±2,95
Var	71	37,16±13,7	8,84±7,80	13,98±9,13	19,94±16,83	28,09±4,18
Yok		6	z=-0,71	z=-0,55	z= -0,67	z=-1,07
		z=-0,00	p=0,47	p=0,57	p=0,50	p=0,28
		p=1,00				
Over Kisti Varlığı Durumu*	9	43,66±4,30	8,77±8,39	13,33±5,91	20,11±6,64	27,00±1,58
Var	71	36,35±13,6	8,50±7,54	14,19±9,25	20,30±17,67	28,39±4,26
Yok		5	z=-0,03	z=-0,09	z=-1,04	z=-1,33
		z=-1,59	p=0,97	p=0,92	p=0,29	p=0,18
		p=0,11				

* Mann Whitney U testi

Tablo 15’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan GDM li kadınların kronik hastalık öykülerine ilişkin özellikleri ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM’li Kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). GDM’li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk etki ölçeği alt alan arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik öncesi diyabet var olan kadınların diyabeti olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu

belirlenmiştir ($p=0,04$ ve $z=-2,03$), GDM'li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; GDM'li kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları gebelik öncesi diyabeti olmayanların, gebelik öncesi diyabeti olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$ ve $z=2,40$) (Tablo 15).

GDM'li Kadınların hipertansiyon var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

GDM'li kadınların proteinüri varlığı durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; proteinüri var olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının proteinüri olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,00$ ve $z=-3,35$). GDM'li kadınların proteinüri varlığı durumu ile yorgunluk etki ölçeği alt alan arasındaki ilişki incelendiğinde; proteinüri var olan kadınların proteinüri olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,04$ ve $z=-2,04$), GDM'li kadınların proteinüri varlığı durumu ile yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

GDM'li kadınların troid hastalığı var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

GDM'li Kadınların over kisti varlığı durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

4.6. Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye ait Bulguların İncelenmesi

Tablo 16: Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

		YK toplam
Yorgunluk Şiddet Toplam	r	-0,412(*)
	p	0.000
Yorgunluk etki kognitif	r	-0,519(*)
	p	0.000
Yorgunluk etki fiziksel	r	-0,393(*)
	p	0.000
Yorgunluk etki psikolojik	r	-0,453(*)
	p	0.000

* Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 16’da yaşam kalitesi ile yorgunluk şiddet ve yorgunluk etki ölçeği arasındaki ilişki yer almaktadır.

GDM’li kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ve zayıf derecede bir ilişki vardır ($r=-0,412$ $p=0,00$).

Kadınların Yorgunluk Etki Ölçeği Kognitif Alt Boyutu puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ve orta derecede bir ilişki vardır ($r=-0,519$ $p=0,00$).

Yorgunluk Etki Ölçeği Fiziksel Alt Boyutu puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ve zayıf derecede bir ilişki vardır ($r=-0,393$ $p=0,00$).

Yorgunluk Etki Ölçeği Psikolojik Alt Boyutu puan ortalamaları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ve zayıf derecede bir ilişki vardır ($r=-0,453$ $p=0,00$).

5.TARTIŞMA

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), tanısı ilk kez gebelikte konulan herhangi bir düzeydeki glukoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır. Bu geniş tanım hamilelik öncesi tanı almamış diyabeti olan, insülin kullanan veya insülin kullanmayıp sadece diyet tedavisi alan, diyabetin doğum sonrasında da kalıcı olduğu tüm kadınları kapsamaktadır (ADA 2013, Cengiz 2015).

GDM tüm gebelikler içinde yaklaşık olarak %7'sinde görülmekte ve yıllık olarak 200.000'den fazla vakaya rastlanılmaktadır. Görülme sıklığı çalışılan popülasyona ve kullanılan tanı kriterine göre % 1-14 arasında değişmektedir (ADA 2013). Son yıllarda GDM prevalansının belirli bir popülasyon ya da etnik gruptaki Tip 2 DM prevalansına paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir (ACOG 2013).

Yorgunluk, diyabetli bireylerin iyilik hallerini, günlük yaşam aktivitelerini, aile, içi ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (Azak 2008, Bayram 2010)

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. “Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” gibi basit bir soru, yaşam kalitesini, resmi olmasa da bir ölçme yoludur. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti görevlileri genellikle yaşam kalitesini anketler kullanarak ölçerler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve zihinsel belirtiler, ağrı ve günlük yaşam etkinlikleri gibi birkaç konuyla ilgili sorular içerir. (Güler 2006, Aydın 2013) Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Son yıllarda özellikle kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik

alışmalar artmıştır (Uğuz 2006, Aydın 2013). Ancak riskli gebeliklerde yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalar yetersiz kalmaktadır.

5.1.Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)'lu Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımının tartışılması.

Bu bölümde GDM'li kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesi düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

GDM'li kadınlar üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında Yurdagöl'ün (2011) yaptığı çalışmada 'Egzersizin Gestasyonel Diyabetli Gebe Kadınların Kan şekeri Profilleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi' isimli çalışmasında yaş ortalaması $33,0\pm4,1$ bulunmuştur. Cengiz'in (2015) yaptığı çalışmada yaş ortalaması $32,95\pm3,98$, İnan'ın (2011) yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması $30,9\pm3,6$ bulunmuştur. Çalışmamızda yaş ortalaması $30,30\pm4,84$ olup yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bulgular GDM'nin yaş ilerledikçe görölme oranının arttığını kanıtlamaktadır.

Bayram (2010) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki kadınların %6,7'sinin okur yazar, %54,2'sinin ilkokul mezunu, %10,8'inin ortaokul mezunu, %15'inin lise mezunu, %8,3'ünün üniversite mezunu olduğunu belirtmektedir. Aydın'ın (2013) yaptığı çalışmada kadınların %7'sinin okur yazar, %24'5'inin ilkokul mezunu, %18'inin ortaokul mezunu, %33,5'inin lise mezunu, %17'sinin üniversite mezunu olduğunu belirtmektedir. GDM'li kadınlar üzerinde yapılan çalışmamızda %6,3'ünün okur yazar, %46,1'inin ilkokul mezunu, %16,3'ünün ortaokul mezunu, %15'inin lise mezunu, %16,3'ünün yüksek öğretim mezunu olup çalışmaların geneliyle benzerlik göstermektedir.

Aydın'ın (2013) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki hastaların %30,5'inin çalışıyor, %69,5'inin alışmıyor olduğunu belirlemiştir. Ulukavak'ın (2004) yaptığı çalışmada ise %19'unun çalışıyor, %81'inin alışmıyor olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda %16,2'sinin çalışıyor, %83,8'inin alışmıyor olması Ulukavak'ın yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. GDM'nin kadınlarda çalışma performansını olumsuz yönde etkilediğı düşünölmektedir.

Yine Aydın'ın (2013) yaptığı çalışmada %10 oranında gelir durumu giderden daha az, %73 oranında gelir durumu giderine eşit, %17 oranında gelir durumu giderinden daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. Altıparmak'ın (2006) 296 gebe ile yaptığı 'Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi' çalışmasında %32,1 oranında gelir durumu giderden daha az, %67,9 oranında gelir durumu giderine eşit olduğu saptanmıştır. Bayram'ın (2010) yaptığı çalışmada %18,4 oranında gelir durumu giderden daha az, %65,8 oranında gelir durumu giderine eşit, %15,8 oranında gelir durumu giderinden daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. GDM'li kadınlarla yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar ise %16,2 oranında gelir durumu giderden daha az, %72,5 oranında gelir durumu giderine eşit, %11,3 oranında gelir durumu giderinden daha fazla olduğu bulunup yapılan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir .

5.2.GDM'li Kadınların Diyabet İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımının tartışılması

Ailede diyabet öyküsünün varlığı gestasyonel diyabet için zemin hazırlayan bir faktör olduğu bilinmektedir. Taşpınar'ın (2006) yaptığı "pregestasyonel ve gestasyonel diabetes mellitusda takip-tedavi protokollerimiz ve maternal-perinatal sonuçları" isimli çalışmasında ailede diyabet varlığını %56,7, ailede diyabet yokluğunu %43,3 olarak tespit edilmiştir. Bayram (2010) diyabetli gebeler üzerinde yaptığı çalışmasında ailede diyabet varlığını %61,3, ailede diyabet yokluğunu %38,7 olarak bulmuştur. Ulaşılan sonuç çalışmamızdan çıkan sonucu desteklemektedir.

Mecdi'nin (2013) "Gebelikte Gestasyonel Diyabetes Mellitus Gelişen Gebelerin Postpartum Süreçte Diyabet Taramasına Gitmelerini Etkileyen Faktörler" isimli çalışmasında gebelik öncesi diyabet varlığına evet %19,8 iken hayır cevabı %80,2 çıkmıştır. Çalışmamızda ulaşılan sonuç ile yakınlık göstermektedir.

Bayram (2010) yaptığı çalışmada tedaviye uyum sağlayanların oranını %81, uyum sağlamayanları ise %39 bulmuştur. Bayramın yaptığı bu çalışma sonucu çalışmamızı desteklemektedir.

Cengiz (2015) yaptığı çalışmada diyetle uyum sağlayanların oranını %33,3, uyum sağlamayanları ise %66,7 bulmuştur. Bayramın yaptığı bu çalışma sonucu çalışmamızı desteklememektedir.

Çıtıl ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada araştırma grubunun % 53,1'i düzenli olarak doktor kontrolüne gitmekte, %46,9 u düzenli dr. kontrolüne gitmemektedir. Çalışmamızda ayda 1 kez doktor kontrolüne giden %55,0 değişik zamanlarda giden %37,4 ve doktora gitmeyen ise %6,3'tür. Elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Gestasyonel Diyabetli Gebelerin insülin kullanma durumlarını incelediğimizde %25'inin insülin kullandığı, % 75'inin ise insülin kullanmadığı tespit edilmiştir.

5.3.GDM'li kadınların egzersiz yapma ile ilgili özelliklerine göre dağılımın tartışılması

GDM tedavisinde hastanın diyetinin düzenlenmesi birinci aşamadır. Diyet tedavisinin temel amacı normal glukoz seviyesini sağlarken bebek büyümesi ve anne sağlığı için gerekli olan besin öğelerini de karşılayabilmektir. İkincil amacı ise annenin fazladan kilo almasına engel olmaktır (Cheung NW. 2009). Gebelik öncesi ve gebelik döneminde kadınların diyetlerinin düzenlenmesinin gebelik, doğum ve doğum sonrası anne ve bebek sağlığı üzerine önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Literatürde GDM'li kadınlar için önerilen optimal ağırlık artışı ile ilgili kesin veri bulunmamaktadır (Yurdagül 2011) fakat IOM'nin ağırlık kazanımı ile ilgili hazırladığı bir tablo mevcuttur. Ancak gebe kadın genellikle tavsiye edilen kilo alımını başaramamakta, önerilen sınırların üstünde ağırlık artışları görülmektedir (Daşikan ve Kavlak 2009).

Gebelik süresince kazanılan ağırlık miktarının hem kısa hem de uzun dönemde anne ve bebeğin sağlığını etkilemesi olağandır. Ağırlık kazanımı ile güçlü kanıtlarla

desteklenen sonuçlar; preterm doğum, düşük doğum ağırlığı (<2500 g), makrozomi, yaşına göre büyük bebekler (LGA), yaşına göre küçük bebeklerdir (SGA). Orta düzey kanıtlarla desteklenen sonuçlar ise sezaryen doğumdur. Orta vadede kanıtlarla desteklenen sonuçlar ise (3 ay-3 yıl) gebelikte kazanılan ağırlığın kaybedilememesi olarak belirlenmiştir (Cengiz 2015, Köken ve Yılmaz 2007)

ADA diyetle önlem alınamayan GDM'li hastalarda egzersizin yardımcı bir tedavi olarak kullanılabileceğini onaylamıştır (ADA 2004). Egzersizin yeni doğan üzerine olumsuz etkilerini gösteren bazı çalışmalar bulunsun da, kan şekeri düşürme üzerine olumlu etkisi nedeniyle medikal veya obstetrik açıdan herhangi bir engeli bulunmayan tüm gebelere GDM tedavisinin bir parçası olarak orta şiddetli bir egzersiz programına başlamaları veya daha evvelen egzersiz yapıyorlar ise yaptıkları egzersize devam etmeleri tavsiye edilmektedir (ADA 2003).

Yurdagül'ün (2011) "Egzersizin Gestasyonel Diyabetli Gebe Kadınların Kan Şekeri Profilleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli çalışmasında egzersiz yapıyor musunuz sorusuna %51,7 kişi evet, %48,3 kişi hayır dediği tespit edilmiştir. Çalışmamızda %55,0 kişi evet, %45,0 kişi hayır cevabı vermiştir. Yurdagül'ün çalışması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Egzersiz dokularda insülin duyarlılığını artırarak kan şekerinin düzenlenmesine katkıda bulunur. Genellikle, haftada 3 kez, 15-30 dakika egzersiz yapılması önerilmektedir (Karakurt ve ark. 2009). Yurdagül'ün (2011) çalışmasında gestasyonel diyabetli kadınların %48,3'ü egzersiz yapmadığı, %10,3'ü her gün egzersiz yaptığı, %17,2'si haftada 3 gün yaptığı, %13,8'i haftada 4 gün yaptığı, %6,9'u haftada 5 gün yaptığı, , %3,4'ü haftada 6 gün egzersiz yaptığı saptanmıştır. Çalışmamızda %45,45'inin her gün egzersiz yaptığı, %20,45'inin haftada 1-2 gün yaptığı %34,10'unun egzersiz yapmadığı bulunmuştur. Egzersiz yapmayan gebe yüzdesi yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermektedir, egzersiz yapma oranları yakınlık göstermektedir.

5.4.GDM’li kadınların ilaç kullanma ve zararlı madde kullanma özelliklerine göre dağılımının tartışılması

Cengiz'in (2015) "Gestasyonel Diyabetli bireylerin diyetle uyumu ve bazı biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi" isimli çalışmasında 81 GDM'li kadınla yaptığı çalışmasında ilaç kullanma ile ilgili oranlara baktığımızda vitamin kullanan %96,3, demir kullanan %61,7, D-vit kullanan %2,5, folik asit kullanan oranının %3,7 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızla yakınlık göstermemektedir.

Dünya genelinde kadınların %12'si sigara içmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında sigara içme alışkanlığı giderek artış göstermektedir. Marakoğlu ve Sezer'in (2003) yaptıkları çalışmada. %9'u sigara içmekte, %74'ü hiç sigara içmemiş, %16'sı ise sigarayı bırakmıştır. Sigarayı bıraktığını belirtmiş olan 87 kişinin 43'ü (%49,4) sigarayı gebelik döneminde bırakmıştır. Gebeliklerinde sigara içen annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı görülme oranı %12 olarak bulunmuştur (Marakoğlu ve Sezer 2003). İnan'ın (2011) yaptığı çalışmada sigara kullanım oranı %15,9, kullanmayanların oranı ise %84,1 olduğu tespit edilmiştir. Arabacıoğlu (2012) sigara kullanım oranını %11,7, kullanmayanların oranını %64,1 ve bırakanların oranını ise %24,2 olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Gebelikte alkol tüketen kadınların çocuklarında disleksi, öğrenme bozuklukları ve minimal beyin hasarı görülme riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/ozel_durumlar.pdf). Güven'in (2007) yaptığı çalışmada alkol kullanımına evet diyenlerin oranı %2,3, alkol kullanımına hayır diyenlerin oranı %97,7 tespit etmiştir. Çıkan sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5.5.GDM’li Kadınların Gebelik Öykülerine Göre Dağılımının tartışılması

Cengiz'in (2015) yaptığı çalışmasında önceki gebeliğinde GDM varlığı durumu %21,1 iken önceki gebeliğinde GDM olmayanların oranı %78,9 tespit edilmiştir. Mecdi'nin (2013) yaptığı çalışmasında önceki gebeliğinde GDM varlığı durumu

%19,8, önceki gebeliğinde GDM olmayanların oranını ise %80,2 tespit etmiştir. Çalışmamızla çok yakınlık göstermektedir.

Sağlam ve arkadaşlarının (2004) "Yenidoğan Hipoglisemisinde Hiperinsülinizmin Yeri" isimli 111 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %25'nin düşük doğum ağırlığına (SGA), %42'si yüksek doğum ağırlığına (LGA) sahip bebek dünyaya getirdikleri tespit edilmiştir. Yavuz ve arkadaşlarının (2015) Temmuz 2012-Mart 2013 tarihleri arasında yaptığı "Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı ve Perinatal Sonuçları" isimli çalışmada 4000 gr. bebek doğuran oranını birinci grupta %10, ikinci grupta ise %13 tespit etmiştir. Sağlam ve arkadaşlarının çalışması çalışmamıza benzerlik göstermemekte, Yavuz ve arkadaşlarınınki benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik haftası olarak 1. trimesterde gebe bulunmamaktadır, 2. trimesterde %5 oranında, 3. trimesterde ise %95 oranında GDM'li kadın bulunmaktadır. Sönmez'in (2015) yaptığı çalışmada 1. trimesterde gebe %16,8, 2. trimesterde %39,6 oranında, 3. trimesterde ise %44,4 oranında gebe bulunmaktadır. Gebelik haftası durumuyla benzerlik göstermemektedir.

Gürel'in (2008) yaptığı 'Gestasyonel Diyabet Tanısında Homeostatik İnsülin Sensitivite İndekslerinin Kullanımı ve Sonuçlarının 100 gram Oral Glukoz Tolerans Testi ile Karşılaştırılması' isimli çalışmada gebelerin 1. gebelik sayısı oranı %26, 2. ve 3. gebelik sayısı oranı %23, 4. ve üzeri gebelik sayısı oranı ise %9 tespit edilmiştir. Gebelerin %42'si nullipardır. Çalışmamızla 1. gebelik oranı benzemekte diğer oranlar benzememektedir.

Cengiz'in (2015) yaptığı çalışmada gebelik öncesi BKİ alt sınır 17,42, üst sınır 35,3 BKİ ortalaması $23,38 \pm 3,59$ ve gebelikte alt sınır 18,59, üst sınır 39,23 BKİ ortalaması $26,48 \pm 4,07$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda BKİ alt sınır 24,57, üst sınır 48,83 BKİ ortalaması $32,2 \pm 4,8$ ve gebelik öncesi alt sınır 19,47, üst sınır 44,92 BKİ ortalaması $29,08 \pm 5,20$ olarak bulunmuştur. Cengiz'in çalışması rakamsal açıdan çalışmamızla yakınlık göstermemekle birlikte gebelikte birlikte BKİ'ların yükselmesi bakımından çalışmamızı desteklemektedir.

5.6.GDM'li Kadınların Kronik Hatalık Öykülerine Göre Dağılımının tartışılması

Gebelik diyabetojen bir faktör olup, sık hamilelik ve doğum, diyabete yatkın kadınları diyabete götürür. Dengesiz ve düzensiz beslenme, aşırı ve yetersiz beslenme diyabet sıklığını etkiler. Enfeksiyonlar, ameliyat ve anestezi stresleri, sık hamilelik, bilinçsiz ilaç kullanma da diyabet sıklığını etkilediği düşünülen çevresel faktörlerdir (Güven 2007).

Bostancı ve Taşkesen'in (2011) 'Gebelikte tiroid fonksiyon bozuklukları ve sonuçlarının değerlendirilmesi' isimli çalışmasında GDM'li kadınların %9,76'sının hipotroidisinin olduğu, %6,31'sinin ise hipertansiyonunun olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %1,26'sına preeklamsi tanısı konulmuş ama proteinürü bakımından bir yüzde mevcut değildir. Çalışmamızla çok yakınlık göstermemektedir. Sönmez'in (2015) yaptığı çalışmada gebelikte hipertansiyon varlığı %1,9 çıkmış ve çalışmamızı destekler durumdadır.

5.7.GDM'li Kadınların Yorgunluk Şiddet Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Ulukavak'ın (2004) yaptığı 'Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk düzeylerinin Belirlenmesi' isimli çalışmasında Yorgunluk için Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F) kullanmış. 2. trimesterde olanların yorgunluk puan ortalamasını $68,24 \pm 21,4$ ve 3. trimesterde olanların yorgunluk puan ortalamasını ise $70,47 \pm 20,0$ bulmuştur.

Alğantekin'in (2013) yaptığı 'Multipl Sklerozlu Hastalarda Yorgunluğun Denge Üzerine Etkisi' isimli çalışmasında 'Yorgunluk Şiddet Ölçeği' puan ortalamasını ve standart sapmasını $4,76 \pm 1,6$ bulmuştur. Çalışmamızda ise $37,17 \pm 13,13$ oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Yorgun'un (2010) yaptığı çalışmasında $40,98 \pm 11,41$ bulunmuştur. Çalışmamızı desteklemektedir.

5.8. GDM'li Kadınların Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Yorgun'un (2010) 'Multipl Skleroz Hastalarında Menstruel Dönemdeki Hormonal Değişikliklerin Nörolojik Durum Üzerine Etkisi' isimli çalışmasında Yorgunluk Etki Bilişsel (kognitif) puan ortalaması ve standart sapması $7,30 \pm 5,50$, Yorgunluk Etki Fiziksel puan ortalaması ve standart sapması $8,66 \pm 6,86$, Yorgunluk Etki Sosyal (psikolojik) puan ortalaması ve standart sapması $14,52 \pm 12,98$, Yorgunluk Etki Toplam puan ortalaması ve standart sapması $30,48 \pm 23,30$ bulunmuştur. Çalışmamızda ise Kognitif alan puan ortalaması ve standart sapması $8,53 \pm 7,59$, Fiziksel alan puan ortalaması ve standart sapması $14,10 \pm 8,91$, Psikolojik alan puan ortalaması ve standart sapması $20,28 \pm 16,77$ bulunmuştur. Çalışmamızla yakınlık göstermektedir.

5.9. GDM'li Kadınların WHOQOL 8 Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Literatür taramasına SF36 yaşam kalitesi ölçeği, WHOQOL-BREF ve WHO-5 yaşam kalitesi ölçeğine rastlanmıştır. Arabacıoğlu'nun (2012) yaptığı çalışmasında WHOQOL-BREF (TR) boyutlarının ortalama puan değerleri incelendiğinde, Bedensel Alan için $13,96 \pm 2,35$ (Dağılım: 8,019,43), Ruhsal Alan için $14,42 \pm 2,63$ (Dağılım: 7,33-20,0), Sosyal İlişkiler Alanı için $14,21 \pm 2,65$ (Dağılım: 6,67-20,0), Çevre Alanı için $14,28 \pm 2,01$ (Dağılım: 10,5-19,0), Ulusal Çevre Alanı için $14,22 \pm 1,93$ (Dağılım: 10,67-19,11) bulunduğu, ölçek puanları doğrultusunda, gebelerin yaşam kalitesinin birçok boyutunun orta düzeyde etkilendiği tespit edilmiştir. Gökpınar'ın (2015) yaptığı çalışmasında iyi yaşam %58,4, kötü yaşam ise %41,6 olduğu tespit edilmiştir. WHOQOL 8 yaşam kalitesi ölçeği ile aldığımız sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

5.10.GDM'li kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda yaşın artmasıyla yorgunluk şiddet ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları arasında bir ilişki bulunamamış fakat yaş artmasıyla yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Altıparmak'ın 259 gebe ile "gebelerde Sosyo-demografik Özellikler, öz-bakım gücü Hakkında ve Yaşam kalitesi ilişkisi"ni belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında ise yaşam kalitesi fiziksel, fonksiyon ve ağrı açısından düşük bulunmuştur. Çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

GDM'li kadınların eğitim durumları ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları arasındaki ilişki ise değişken bir dağılıma sahiptir. Çalışmamızı destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GDM'li kadınların çalışanlarında Yorgunluk Şiddet Ölçeği sonuçları çalışmayanlara oranla yüksek, Çalışan GDM'li kadınların yorgunluk etki ölçeği fiziksel ve psikolojik alt alan puan ortalamalarının çalışmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzerlik taşıyan çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışma durumu ile Yorgunluk Etki Ölçeği kognitif alan ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

GDM'li kadınların gelir durumu azaldıkça Yorgunluk Şiddet Ölçeği puanları artmaktadır. Gelir durumu ile Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki anlamlı değildir. Literatür taramasında çalışmamızla yakınlık gösteren çalışmaya rastlanmamıştır.

5.11.GDM' li Kadınların Diyabetlerine ilişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda GDM'li Kadınların ailede diyabet durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, fiziksel alt alan puan ortalamaları, yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. GDM'li kadınların ailede diyabet yokluğu olanlarla, ailede diyabet varlığı olanların yorgunluk etki ölçeği alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kognitif ve psikolojik alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ailesinde diyabet öyküsü olmayanların yorgunluk etki ölçeği kognitif ve psikolojik alt alan puanları yüksek çıkmıştır. Çalışmamızla benzerlik taşıyan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GDM'li Kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. GDM'li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk etki ölçeği alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik öncesi diyabet var olan kadınların diyabeti olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek ve yaşam kalitesi ölçek puanının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzerlik gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

GDM'li kadınların diyabet tedavisine uyumu orta olanların puan ortalamaları ile diyabet tedavisine uyumu iyi ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diğer puan ortalamaları ile bir fark saptanmamıştır. Literatür taramasında çalışmamızı destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GDM'li kadınların diyet uyum durumu diyet uyumu orta olanların puan ortalamaları ile diyet iyi ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diğer puan ortalamaları ile bir fark saptanmamıştır. Literatür taramasında çalışmamızı destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GDM'li Kadınların diyabet kontrolü için ne sıklıkla doktora gittiği ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam

kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla yakınlık gösteren bir çalışma bulunamamıştır.

GDM'li Kadınların insülin kullanma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. İnsülin kullanma durumu olanlarda yorgunluk etki ölçeği fiziksel ve psikolojik alt alanı puan ortalamalarının yükseldiği ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının düştüğü bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Çalışmamızla yakınlık gösteren bir çalışma bulunamamıştır. Güven'in (2007) yaptığı "Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depreyon Etkisinin Araştırılması" konulu çalışmasında da diabetli hastalar ve yaşam kalitesi arasında yakınlık gösteren bir çalışmaya rastlamadığını ifade etmiştir.

5.12.GDM'li Kadınların Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki de egzersiz (plates) yapanların, yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınlara göre fiziksel alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, kadınların egzersiz yapma durumları ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; diğer egzersiz (plates) yapanların yürüyüş ve aerobik hareket yapan kadınların puan

ortalamlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. GDM'li kadınların egzersiz yapma durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların yürüyüş yapanlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları ile yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde düzensiz egzersiz yapanların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları yorgunluk etki ölçeği kognitif alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınlara göre fiziksel alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,00$ ve $\chi^2=10,61$), kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; düzensiz egzersiz yapan kadınların her gün ve haftada 1-2 kez yapan kadınların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. GDM'li kadınların ne sıklıkla egzersiz yaptığı durumları yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların her gün egzersiz yapan kadınların yaşam kalitesinin haftada 1-2 kez ve düzensiz egzersiz yapan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatür taramasında çalışmamızla yakınlık gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.13.GDM'li Kadınların İlaç ve zararlı madde kullanımlarına İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

GDM'li kadınların gebelikte kullandığı ilaçlar durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Sigara kullanan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının sigara kullanmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır; yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. Sönmez (2015) yaptığı çalışmasında gebelikte sigara kullananların %3,8'inin başka herhangi bir sorun da yaşadıklarını ifade etmişlerdir fakat çalışmamızla benzer yanı bulunmamaktadır.

GDM'li kadınların alkol kullanma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. Benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

5.14.GDM'li Kadınların Gebelik Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

GDM'li kadınların önceki gebeliklerinde GDM var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

4 kg üstü bebek doğuran GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının doğurmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınların 4 kg üstü bebek doğurma durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

GDM'li kadınların gebelik haftası durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

GDM'li kadınların gebelik sayısı durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

BKI'sı yüksek olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının BKI'sı düşük kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınların BKI durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Gebelik öncesi BKI'sı yüksek olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının gebelik öncesi BKI'sı düşük kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınların gebelik öncesi BKI durumu ile yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. GDM'li kadınların gebelik öncesi BKI durumu ile yorgunluk etki ölçeği psikolojik alt alanı puan ortalamaları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Kilo azaldıkça yaşam kalitesi yükselmektedir.

Literatür taramasında, edindiğimiz bilgilerle benzer yanları olan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.15.GDM'li Kadınların Kronik Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikleri ile Yorgunluk Şiddet Ölçeği, Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Alanları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

GDM'li Kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir. GDM'li kadınların gebelik öncesi diyabet durumu ile yorgunluk etki ölçeği alt alan arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik öncesi diyabet var olan kadınların diyabeti olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. GDM'li

kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları gebelik öncesi diyabeti olmayanların, gebelik öncesi diyabeti olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

GDM'li Kadınların hipertansiyon var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Proteinüri var olan GDM'li kadınların yorgunluk şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının proteinüri olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. GDM'li kadınlarda proteinüri var olan kadınların proteinüri olmayanlara göre kognitif alt alan puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. GDM'li kadınların proteinüri varlığı durumu ile yorgunluk etki ölçeği fiziksel, psikolojik alt alanları ve yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

GDM'li Kadınların tiroid hastalığı var olma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

GDM'li Kadınların over kisti varlığı durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği, yorgunluk etki ölçeği kognitif, fiziksel, psikolojik alt alanları, yaşam kalitesi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Yaptığımız literatür taramasında çalışmamızla benzer yanları olan bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

5.16.Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Yorgunluk Etki Ölçeği Alt Boyutları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Yaşam kalitesi ile yorgunluk arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Yani yorgunluk arttıkça yaşam kalitesi azalmaktadır. Çalışmamızda gebelerde, yorgunluk ve yaşam kalitesi orta düzeyde saptanmıştır. Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı (2009) "Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi" isimli çalışmasında Major depresif bozuklukta tüm alanlarda yaşam kalitesini bozulduğunu ve

depresyon şiddetlendikçe yaşam kalitesinin daha da düştünü tespit etmişlerdir. Çalışmamızla benzerlik göstermektedir fakat konu benzerliği bulunmamaktadır. Literatür taramasında çalışmamızla benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada;

Egzersiz yapma durumunun, diyabet kontrolü için ne sıklıkla doktora gittiğinin, ilaç kullanımının, sigara ve alkol kullanımının, önceki gebeliğinde diyabet olup olmamasının, bulunduğu gebelik haftasının, gebelik sayısının, gebelik öncesi HT var olma durumunun, troid ve over kisti varlığının yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisi tespit edilememiştir.

İleri yaş gebelik durumunda yaşam kalitesinin azaldığı; çalışan kadınlarda, gelir durumu azlığında yorgunluk şiddet ve etkisinin arttığı tespit edilmiştir. Ailede diyabet varlığı yorgunluk etki ve kognitif alanı etkilemektedir. Gebelik öncesi diyabet olan kadınların yorgunluk etki kognitif alt alan yükselip yaşam kalitesi düşmektedir. Diyet ve diyabete uyum durumu orta derecede olanlarda yorgunluk etkisini arttırmaktadır. İnsülin kullananlarda yorgunluk artmakta yaşam kalitesi azalmaktadır.

Gestasyonel diyabetes mellituslu kadınlarda yorgunluğun yaşam kalitesi düzeyine etkisi bulunmaktadır. GDM'li kadınlarda yorgunluk arttığında yaşam kalitesi düzeyi azalmaktadır. Yorgunluk ve yaşam kalitesinin ters orantılı bir ilişki içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır.

6.2.ÖNERİLER

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'un kadınların yaşadığı yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda GDM'li kadınların yorgunluğunu azaltmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için;

Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonu süreç hakkında bilgilendirilmedirler. Daha önce diyabeti olan kadının gebe kalmadan önce kan glikoz seviye kontrolünün iyi yapılmış olması gerekmektedir. Diyabetli kadınların planlanmamış gebelik yaşamalarını önlemek için riskli gruplara yönelik üreme sağlığı eğitimleri düzenlenmeli ve ebeler verilecek eğitimlerde aktif rol

sağlanmalıdır. Kadınlar gebe kalmadan önce gebeliğin kendilerine ve bebeklerine getirebileceği riskler bakımından bilgilendirilmelidir. Konsepsiyondan önce glisemik kontrolün iyi sağlanması ve bunun gebelikte de devam etmiş olmasının, düşük, ölü doğum, konjenital anomali riskini ve neonatal ölüm riskini azaltacağını belirtilmelidir; ancak bu risklerin tamamen elimine edilemeyeceğinin de anlatılması gerekir. Kiloyu düşürmek ve şekeri azaltmak için gebenin hafif egzersizler yapması uygun olur. Gebelikte sık karşılaşılabilen yorgunluk problemine karşı, kısa aralarla dinlenmeleri sağlanmalıdır. Fazla yorgunluğun kan şekeri düşmesine neden olacağından zararlı olacağı belirtilmelidir. İnsülin kullanan gebelere insülin kullanımı anlatılmalıdır. Bunun yanında gebeye hipoglisemik reaksiyonlar da anlatılmalıdır. Gebe diyabeti kötüleştiren obstetrik şartlar açısından izlenmelidir (preeklamsi gibi), fundus yüksekliği, beslenmesi, egzersizleri değerlendirilmelidir. Gebelerde bebekleri ya da kendilerine ilişkin diyabet dışında sağlık sorunu gelişirse ek yorgunluğa neden olur. Bu durumda gebenin yaşam kalitesi bozulabilir. Doktor kontrolüne düzenli gitmenin önemi ve doktor önerilerini yerine getirmeleri ifade edilmelidir.

Doğum sonunda da bu komplikasyon riskinin devam etmesi sebebiyle en az 48 saat ebe tarafından vital semptomların izlenmelidir. Diyabetik kadınların kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilenmeleri sağlanmalı, istenmedik gebelikleri önleme konusunda kadınların eğitilmelerinde ebelerin aktif rol almaları sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). Practice Bulletin No.137 Gestational diabetes. Obstet Gynecol, 122, 406-16, 2013.

ADA. Position Statement: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 36(1), S67-74, 2013 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Akalın S, Aslan M, Başkal N, ve ark. Diabetes Mellitus 2000. 1. Baskı, İstanbul: Gri Tasarım, 2000: 13-16.

Alğantekin H. multipl sklerozlu hastalarda yorgunluğun denge üzerine etkisi T. C. İstanbul Bilim Üniversitesi sağık bilimleri enstitüsü fizyoterapi ve rehabilitasyon yüksek lisans programı İSTANBUL, 2013 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Ferda DOKUZTUĞ ÜÇSULAR)

Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006, 5(6): 416-423 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010. Diabetes Care; 33:11-61. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

American Diabetes Association (ADA). (2003). Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care, 26 (Suppl 1): S103-S105 (Erişim Tarihi: 25.01.2016).

American Diabetes Association (ADA). (2004). Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care, 27 (Suppl 1): S88-S90. (Erişim Tarihi: 25.01.2016).

American Diabetes Association (ADA). Position Statement: Standards of medical care in diabetes-2013. Diabetes Care, 36(1), S11-66, 2013. (Erişim Tarihi: 08.12.2015)

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2011;34(Suppl 1):S62S69. (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. URL: <http://www.diabetes.org/type-1-diabetes/sex-and-pregnancy/after-delivery.jsp>. August 15, 2009. (Erişim Tarihi: 08.12.2015)

Arabacı F. Tavşanlı N. (2013). Gestayonel Diyabetes Mellitus ve Ebenin Rolü cilt 5, sayı 1, sayfa19-27 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Arabacıoğlu H.C Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı İstanbul 2012 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Ahsen şİRİN)

Arslan H. Diyabet ve gebelik In: Erdoğan S Editor. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler Yüce Reklam, Yayım, Dağıtım Aç, İstanbul: 2002. s. 97-104. (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Aydemir Ö, Ergün H , Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi,Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(3):205-212 (Erişim Tarihi: 04.05.2016)

Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: KısaForm-36 (SF-36). 3 P Dergisi 7 (Ek. 2), 1999,14- 22 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Aydın R. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 2013 (Danışman Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ)

Azak A, Altundağ S, Sert H, Çınar S. Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Akut Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008; 22(2): 73-76. (Erişim Tarihi: 07.04.2015)

Bağrıaçık N. Diabetes Mellitus: tanımı, tarihçesi, sınıflaması ve sıklığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu. İstanbul, 1997: 9-18. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Bayram D. Tip II Diyabetli Hastalarda Uyku kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi, T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2010 (Tez danışmanı Yrd. Doç. Dr Yurdanur DEMİR)

Benjamin F, Wilson SJ, Deutsch S, Seltzer VL, Droesch K, Droesch J. Effect of advancing pregnancy on the glucose tolerance test and on the 50-g oral glucose load screening test for gestational diabetes. Obstet Gynecol 1986;68: 362–65 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Bilgin N. Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi. Seminer 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınlar 1985.

Bilir N. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/sigara_kul_kadin_saglina_etkileri.pdf . (Erişim Tarihi: 25.03.2016)

Bostancı M.S, Taşkesen F. Gebelikte Tiroid Fonksiyon Bozuklukları ve onuçlarının Değerlendirilmesi, Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011; 2 (2): 196-201 (Erişim Tarihi: 05.04.2016)

Bozkurt Ö.D. Doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçlarına etkisi T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir-2011 (Tez Danışmanı Doç. Dr. Oya KAVLAK)

Campbell A. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and satisfactions. Russe Sage (Pub.), New York, 1970. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Campbell A. The Sense of well-being in America. Mac Graw Hill (Pub.), New York, 1981 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Can S. Diyabetli Yaşlıların Bakım Gereksinimleri ve Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2006. (Tez Danışmanı Prof.Dr. Feray GöKDOğAN)

Candeğer Y, Fadıloğlu , etinkalp ř, Değirmenci C. (2003). Diyabet Hemşiresinin El Kitabı. 2.Baskı, Kasım, İzmir, s: 230-249 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Cengiz E. Gestasyonel Diyabetli Bireylerin Diyete Uyumu ve Bazı Biyokimyasal Parametrelerin Değerlendirilmesi Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Gül KIZILTAN)

Cheung KW, Wong SF. Gestational diabetes mellitus update and review of literature. Reprod Syst Sex Disord 2012;S2: 002. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Cheung NW. (2009). The management of gestational diabetes. Vascular Health and Risk Management, 5:153-164. (Erişim Tarihi: 15.01.2016)

Cıtlı R., ztrk Y.,Günay O., Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler 2010, Cilt 32, Sayı 2, Sayfa(lar) 111-122. (Erişim Tarihi: 15.03.2016)

Daşıkkan Z, Kavlak O. Maternal obezite: Gebelik komplikasyonları ve gebe kadının yönetimi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, (2009) 1(1): 39-46. (Erişim Tarihi: 15.02.2016)

Di Cianni G, Miccoli R, Volpe L. Intermediate metabolism in normal pregnancy and in gestational diabetes. Diabetes Metab Res Rev, 19: 259–270, 2003 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Duran E.T, ATAY E , İMER B. 2013 Uluslararası hakemli akademik spor sağlık ve tıp bilimleri dergisi 6(3) S63-S74 (Erişim Tarihi: 20.03.2016)

Erem C, Cihanyurdu N, Deger O. Screening for gestational diabetes mellitus in northeastern Turkey (Trabzon City). Eur J Epidemiol., 18(1):39-43, 2003 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Esen A. Diyabetin Tanımı, Sınıflandırılması ve Risk Faktörleri. Fadiloğlu Ç. Eds. III. Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği. 1. Baskı, İzmir: Meta Basım, 2004: 21-34.

Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi, (2006):1(2):1-5. (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

Finch ZF, Zimmet PZ. Mortality from Diabetes in: Alberti KGMMKral LP. (eds). The Diabetes Annual Amsterdam: Elsevier, 1988: 1-6. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment BMJ 1992;305:1074-1077 (Erişim Tarihi: 08.03.2015)

Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 21, Supplement 1, January 1998. S60-S61 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Gökpmar E. Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku ve Yaşam Kalitesi, T.C Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları

Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2015,Edirne (Tez Yöneticisi Doç. Dr. Özgül EROL)

Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. T. C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık tezi 2006, İstanbul. (Koordinatör: Doç. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ)

Gümüş İ.İ., Karakurt F., Kargılı A., Turhan N.Ö., Uyar M.E., Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi Ve Gebelikte Kilo Alımı İle Perinatal Sonuçlar Arasındaki İlişki. Turk J MedSci 2010; 40 (3): 365-370 (Erişim Tarihi: 05.04.2016)

Gürel C. Gestasyonel Diyabet Tanısında Homeostatik İnsülin Sensitivite İndekslerinin Kullanımı ve Sonuçlarının 100 gram Oral Glukoz Tolerans Testi ile Karşılaştırılması T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 2008,Kayseri (Danışman Doç. Dr. Cem BATUKAN)

Güven T. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, T.C Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,Uzmanlık Tezi, İstanbul 2009. (Şef: Doç. Dr. K.OĞuz KARAMUSTAFALIOĞLU)

Güven N. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam kalitesinin Değerlendirilmesi T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2010 (Danışman Prof. Dr. BİRSEN YÜRÜGEN)

İnan Y. Gestasyonel Diyabet Taramasında 11-14. Gebelik Haftaları Arasında Yapılan 50 gr Glukoz Yükleme Testi ile 24-28. Gebelik Haftaları ArasındaYapılan 50 gr Glukoz Yükleme Testi Sonuçlarının Kaşılaştırılması T.C. Yeditepe Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 2011, İstanbul (Tez Danışmanı: YRD. DOÇ. DR. Gazi YILDIRIM)

İstek E. Kolorektal Kanserli Hastalarda Yorgunluk Düzeyi ve Yorgunluğu Etkileyen Faktörler. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,İzmir, 2008 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayfer Elçigil).

Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, Gümüş İ.İ. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi, Yeni Tıp Dergisi 2009;26: 134-138 (Erişim Tarihi: 10.12.2014)

Kaya H. Gebelerde Gestasyonel diabetes mellitus taramasında bozulmuş açlık glikozunun değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2007. İstanbul. (Erişim Tarihi: 08.02.2016)

Kılıçarslan S, Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Doktora Tezi,2008 Edirne sf:65 (Tez Yöneticisi Yrd. Doç.Dr. E. Melih ŞAHİN)

Köken G, Yılmaz M. (2007). Gebelik ve egzersiz. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17: 385-392. (Erişim Tarihi: 15.03.2016)

Kuhl C. Glucose metabolism during and after pregnancy in normal and gestationaldiabetic woman. Acta Endocrinol 79,709, 1995 (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Marakoğlu K, Sezer R. Sivasta gebelikte sigara kullanımı. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4):157–164. (Erişim Tarihi: 25.03.2016)

Martinez-Frias ML, Bermejo E, Rodri'guez-Pinilla E, Frias JL. Maternal and fetal factors related to abnormal amniotic fluid. J Perinatol 1999;19:514-520. (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin dependent diabetes and a comparison with insulin dependent diabetes. J Psychosom Res, 1990,34:1-11(Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Mesçi B. Gestasyonel Diyabet. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/gest_diyabet.pdf (Erişim Tarihi: 10.12.2014).

Metin A, Göksun A.. Diabetes Mellitusta tanı ve sınıflama. İç Hastalıkları 2. baskı Güneş Kitabevi Sayfa:2279-2331,2003

National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes and other categories of glucose intolerance. Diabetes 1979;28:1039-57. (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

O'Sullivan JB, Mahan CM. Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. Diabetes 1964;13:278-285. (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Orr St, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. J Womens Health (Larchmt), 2007;16 (4):535-42. (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Ögel K. Madde kullanımı ve bağımlılığın nedenleri. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf>. (Erişim Tarihi: 25.03.2016)

Önde M.E, Özçubukçuoğlu A. Diabet ve Depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / 1998, Cilt 8: Sayı 2,s: 69-73. (Erişim Tarihi: 9.12.2014)

Özer E. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Türkiye Diyetisyenler Derneği hizmet içi eğitim sunumları. İstanbul: Gri Tasarım baskı; 2000. s. 37-47.

Özer E. Klinik Uygulamada Diabette Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, 5-7 Nisan 2007, EÜ AKM, İzmir,s: 24-25. (Erişim Tarihi: 14.02.2015)

Özkaya M.O, Köse S.A. Gestasyonel diyabet: Güncel durum. Perinatoloji Dergisi 2014;22(2):105-109

Özyurt R, Aşıcioğlu O, Gültekin T. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı. JOPP Derg. 5(1):7-12, 2013 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Pickup JC, Williams G. Handbook of Diabetes. 3rd Ed., Massachusetts: Blackwell Publishing, 2004: 5-12. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Platt MJ, Stanistreet M, Carson IF, Haward CV, Walkinschaw S, Pennycook S, McKendrik O. San Vincent's declaration 10 years on: outcomes of diabetic pregnancies. DiyabetMed 2002;19:216-220. (Erişim Tarihi: 08.11.2015)

Sağlam H, Köksal N, Tarım Ö, Öztürk B. Yenidoğan Hipoglisemisinde Hiperinsülinizmin Yeri, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004 30 (1): 31-35. (Erişim Tarihi: 05.04.2016)

Sertkaya A.Ç., Gestasyonel Diyabette Tedavi. Perinatoloji Dergisi 2011;19 (Suppl 1). 14-15 (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

Sönmez A., Kutlu M (2010). Gestasyonel Diyabet Güncel Tarama ve tanı Yöntemleri Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics, 3(1):1-5 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Sönmez D.A. Gebelikte Sigara Kullanımı, Gebelikte Sigara Kullanımına Anksiyetenin ve Mutluluğun Etkisinin İncelenmesi Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 2015,Aydın (Danışman Doç. Dr. Hilmiye AKSU)

Şen E, Yağcan H, Dönmez S, Sevil Ü, Şirin A, Gestasyonel Diyabet ve Hemşirelik Bakım Yönetimi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2008 22(2). 140-146 (Erişim Tarihi: 08.08.2015)

Şirin A. Gebelikte diyabet ve bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (2): 77-88. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Taşkın L. Gebelik ve diyabet. In:Taşkın L. Editors. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: 8.basım, Sistem Ofset Matbaacılık; 2007.s. 224- 231 (Erişim Tarihi: 05.03.2016).

Taşpınar B. Pregestasyonel ve Gestasyonel Diabetes Mellitusda Takip Tedavi Protokollerimiz ve Maternal-Perinatal Sonuçları. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2006. İstanbul (Klinik Şefi: Op. Dr. Vedat DAYICIOĞLU)

Tatarkiewicz W. Analysis of Happiness. PWN-Polish Scientific Publishers 1976. (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational diabetes mellitus. Practice Bulletin 2013;122: 406-16. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Uguz F, Dursun R, Kaya N, Çilli AS. Behçet Hastalarında Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:133-139 (Erişim Tarihi: 05.03.2016)

Ulukavak M. Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeyinin Belirlenmesi T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ERZURUM-2004 (Tez Danışmanı Yrd.Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ)

WHO The World Health Report 1998. Life in the 21st Century-a Vision for All. Geneva, Switzerland:1998, WHO. (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Yavuz A, Demirtaş Ö, Terzi H , Işıkkent N.T, Kale A. Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Gebelerde Gestasyonel

Diyabet Sıklığı ve Perinatal Sonuçları. Kocatepe Tıp Dergisi, Ekim 2015 16:244-248 (Erişim Tarihi: 05.04.2016)

Yeşilbalkan Ö.U. Tıp 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Özyeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2001. (Danışman Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN)

Yılmaz T. (2010). Gestasyonel Diyabette Metabolik Değişiklikler ve Sağlık Yönetimi” Türkiye Klinikleri J Endocrin – Special Topics, 3(1):54-58 (Erişim Tarihi: 08.10.2015)

Yorgun G.Y,Multipl Skleroz Hastalarında Menstruel Dönemdeki Hormonal Değişikliklerin Nörolojik Durum Üzerine Etkisi T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji Uzmanlık Tezi 2010,İzmir (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Serkan ÖZAKBAŞ)

Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4(1): 16-20 (Erişim Tarihi: 07.04.2015)

Yücel H. Kadınlarda alkol ve madde kullanımı. http://www.ogelk.net/Dosyadepo/ozel_durumlar.pdf. (Erişim Tarihi: 25.03.2016).

8.EKLER

EK:1

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Şeker Hastası Gebe Kadınlarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Şeker Hastası Gebe kadınların yaşadıkları yorgunluk kan şekeri düzeylerini etkileyerek yaşam kalitelerinde değişikliklere neden olmaktadır. Şeker Hastası Gebe kadınların, ebeler ve sağlık profesyonelleri tarafından şeker hastalığı yönetiminin sağlanmasında, yaşadığı yorgunluğun saptanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, Şeker Hastası Gebe kadınların yorgunluğunun ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Turgutlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Dahiliye Polikliniğine başvuran gebelik şekeri hastalığı tanısı konmuş sizlere, araştırmacı tarafından yaşınız, eğitim ve gelir durumunuz gibi bilgilerin yer aldığı 26 soruluk bir form ve yorgunluğunuzu değerlendiren soruların yer aldığı toplam 57 sorudan oluşan üç ayrı form doldurulacaktır.

CALIşMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Gebeliğiniz boyunca şeker hastalığınızın ve gebeliğin neden olduğu yorgunluğunuz tespit edilecek bunun yaşam kalitenize olan etkisi incelenecektir. Böylece şeker hastalığınızı ynetmeniz ve gebeliği sağlıklı bir şekilde tamamlamanız sağlanacaktır.

KİşİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

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

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAşVURULACAK KİşİLER :

1. Yüksek Lisans ğrencisi / Ebe Ticen ALTIN (0 505 257 14 86)
2. Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVşANLI (0 506 422 83 23)

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeeğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi



EK:2

SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

GESTASYONEL DİYABETLİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz

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

3. Mesleğiniz

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

4. Gelir Durumunuz

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

5. Ailenizde diyabet öyküsü var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

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

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

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

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

8. Gebelik Haftanız nedir?

.....

9. Kaçınıcı gebeliğiniz?

.....

10. Canlı doğum sayınız?

.....

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

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

12. Hipertansiyon öykünüz var mı?

- | | |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

13. Tetkiklerinizde proteinüri tespit edildi mi?

1. Evet 2. Hayır

14. Tiroid hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

15. Yumurtalıklarınızda kist var mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Tedaviniz:

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

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

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

17. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

18. Şu anki mevcut boy ve kilonuz?

Boy:

Kilo:

19. Gebelik öncesi boy ve kilonuz?

Boy:

Kilo:

20. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

21. Alkol kullanıyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

22. Şu anki diyetle uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

23. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

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

1. Yürüyüş

2. Aerobik hareketler

3. Diğer.....

25. Ne sıklıkta egzersiz yapıyor sunuz?

1. Her gün düzenli olarak

2. Haftada 1-2 kez

3. Düzensiz

26. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyor sunuz?

1. Doktor kontrolüne gitmiyorum

2. Ayda bir kez

3. 2 ayda bir kez

4. 3 ayda bir kez

5. 6 ayda bir kez

6. yılda bir kez

7. Diğer.....



EK: 3

YORGUNLUK ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Bugünde dahil olmak üzere geçen ay içerisinde ne derecede yorgun olduğunuzu öğrenmek istiyoruz. Lütfen **tüm ifadeleri dikkatlice** okuyunuz. Size en uygun seçeneği belirtiniz. Her bir madde için uygun gördüğünüz rakamı daire içine alınız. Rakamların anlamları aşağıda verilmiştir.

7. Kesinlikle katılıyorum

6. Katılıyorum

5. Katılma eğilimindeyim

4. Kararsızım

3. Katılmama eğilimindeyim

2. Katılmıyorum

1. Kesinlikle katılmıyorum

1. Yorgun olduğumda motivasyonum azalır.	7	6	5	4	3	2	1
2. Egzersiz beni yorar.	7	6	5	4	3	2	1
3. Kolay yorulurum.	7	6	5	4	3	2	1
4. Yorgunluk fiziksel fonksiyonumu etkiler.	7	6	5	4	3	2	1
5. Yorgunluk benim için sıklıkla problemlere neden olur.	7	6	5	4	3	2	1
6. Yorgunluğum fiziksel fonksiyonumu sürdürmemi engeller.	7	6	5	4	3	2	1
7. Yorgunluk belirli görev ve sorumluluklarımı yerine getirmeyi etkiler.	7	6	5	4	3	2	1
8. Yorgunluk, beni yetersiz bırakan en önemli 3 şikayetten birisidir.	7	6	5	4	3	2	1
9. Yorgunluk, aile ya da sosyal yaşantımı etkiler.	7	6	5	4	3	2	1

Toplam puan:63

EK: 4

YORGUNLUK ETKİ ÖLÇEĞİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen ay içerisinde ne kadar yorgunluk problemi yaşadığınızı öğrenmek istiyoruz. Lütfen **tüm ifadeleri dikkatlice** okuyunuz. **Yorgunluğunuz nedeniyle** aşağıdaki durumlarda ne derecede problem yaşadığınızı seçenekte belirtiniz Her bir madde için uygun gördüğünüz rakamı daire içine alınız. Rakamların anlamları aşağıda verilmiştir.

0.Böyle bir problemim yok

1. Biraz problem yaratıyor

2. Orta derecede problem yaratıyor

3. Önemli problem yaratıyor

4. Çok önemli problem yaratıyor

1. Kendimi daha az uyanık hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. Dikkatimi uzun süre toplamakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
3. Net bir şekilde düşünemediğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
4. Daha fazla unutkan olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
5. Karar vermekte güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
6. Düşünmeyi gerektiren herhangi bir şey yapmak için daha az istekliyim.	0	1	2	3	4
7. Düşünmeyi gerektiren görevleri eskisine göre daha zor tamamlayabiliyorum.	0	1	2	3	4
8.Evde veya işte iş yaparken düşüncelerimi toplamak zor geliyor.	0	1	2	3	4
9. Düşünce hızımın yavaşladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
10. Konsantre olmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
11. Daha sakar ve dağınığım.	0	1	2	3	4
12. Fiziksel aktivitelerimde daha dikkatli olmalıyım.	0	1	2	3	4
13. Fiziksel güç gerektiren herhangi bir işi yapmaya daha az istekliyim.	0	1	2	3	4
14. Fiziksel gücümü uzun süre korumakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
15. Kaslarım olması gerekenden çok daha zayıf.	0	1	2	3	4
16. Fiziksel rahatsızlığım arttı.	0	1	2	3	4
17. Fiziksel güç gerektiren görevleri tamamlamayı daha az becerebiliyorum.	0	1	2	3	4
18. Diğer insanlara nasıl görüldüğüm konusunda endişeliyim.	0	1	2	3	4

19. Fiziksel aktivitelerimi kısıtlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
20. Daha sık aralıklarla veya daha uzun süreyle dinlenmek istiyorum.	0	1	2	3	4
21. Kendimi sosyal ilişkilerden daha fazla soyutlanmış hissediyorum.	0	1	2	3	4
22. İş yükümü veya sorumluluklarımı azaltmak zorundayım.	0	1	2	3	4
23. Daha huysuzum.	0	1	2	3	4
24. Ev içerisinde veya dışarıda çalışma etkinliğim azaldı.	0	1	2	3	4
25. Benim için iş yapmaları veya bana yardım etmeleri için başkalarına daha fazla bel bağlamak zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4
26. Daha sinirliyim ve daha kolay öfkeleniyorum.	0	1	2	3	4
27. Sosyal aktivitelere katılmak için daha az istek duyuyorum	0	1	2	3	4
28. Kendi evimin dışında çok az sosyal ilişkim var.	0	1	2	3	4
29. Normal günlük olaylar bana stres veriyor.	0	1	2	3	4
30. Bana stres verecek durumlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
31. Yeni bir şeylerle ilgilenmek zor geliyor.	0	1	2	3	4
32. İnsanların benden istediklerini karşılayamadığımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4
33. Kendim ve ailem için maddi destek sağlamakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
34. Cinsel aktivitelerle daha az ilgilenemiyorum.	0	1	2	3	4
35. Duygusal konularla daha az ilgilenebiliyorum.	0	1	2	3	4
36. Aile aktivitelerine tam olarak katılmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
37. Aileme olması gerektiği kadar duygusal destek veremiyorum.	0	1	2	3	4
38. Küçük zorluklar gözümde büyüyor.	0	1	2	3	4
39. Aktiviteleri ileriye yönelik planlamakta zorluk çekiyorum, çünkü yorgunluğum aktiviteleri etkileyebilir.	0	1	2	3	4
40. Yorgunluk evimin dışına yolculuk yapmamı kısıtlıyor.	0	1	2	3	4

EK:5

EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
3	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
4	Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
5	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
6	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
7	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
8	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

EK:6
ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	06 / 05 / 2015 / 20478486 - 207				
ARAŞTIRMANIN ADI	Gestasyonel Diyabetes Mellitus'lu Kadınlarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI - CBÜ Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümü				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük. Lisans, Ticen Altın				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	09 / 04 / 2015 / 153 - Tarih ve sayılı Araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası görüşülmüş, Bilimsel ve etik açıdan oy birliği ile UYGUN bulunmuştur.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	☐	☐	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	☐	☐	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	☐	☐
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	☐	☒	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	☐	☐
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	☐	☒	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	☐	☐
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	☐	☒	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☐
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	☐	☐
Nazlı KÜEY Avukat	☐	☐	Derviş KILIÇ Sivil Üye	☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Başkan V.					

EK:7

TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI

TURGUTLU DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE;
TURGUTLU

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü
141336015 nolu Yüksek Lisans öğrencisiyim "Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda
Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmam için gerekli olan
anketlerimi hastanemize başvuran hastalarla yapmak istiyorum.

Gereğini ve olurlarınızı arz ederim.

Kadın Doğum Servisi

26.03.2015

Ticen ALTIN



EK: 10 Sayfa Anket Soruları

NAZLI ÖZ
Okur
faruk

Manisa
Kamu Hast. Bir. Gen. Sek
Turgutlu İlçe Dev. Hast
NAZLI ÖZ
Evrak No 1792
Tarih : 27/03/2015
Eki :

Personel birimini
ost-yem ile Genel Sekreterliğe
gönderilmesi

EK:7
TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 61763929
Konu : Ticen ALTIN/Araştırma Tezi Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 30/07/2015 tarihli ve 760 sayılı yazı.

İlgi tarihli yazıya istinaden; Celal Bayar Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Ticen ALTIN'ın "Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını Sağlık Tesisinizde yapması;

Akademik Çalışma dışında Kamu Hastaneleri Kurumundan izin almaksızın yayınlanmaması kaydı ile uygun görülmüş olup, ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi; sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda, tarafınızdan Kurumumuz bünyesindeki Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğiniz çalışmalara izni verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ
Genel Sekreter

Dağıtım:
Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi Yöneticiliği
Ticen ALTIN

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı no:58
Sadık ÜNLÜ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9a1a30f3-f7f3-4ab0-bb87-af3b7c6a84fd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Kadriye Armutlu

Yanıtla

Kime:

ticen altın <ticenaltin@hotmail.com>;
23.12.2014

Say'ın Altın,
Ölçeği kullanabilirsiniz, başarılar.

Prof. Dr. Kadriye Armutlu

On 12/22/14 11:02 PM, **ticen altın** <ticenaltin@hotmail.com> wrote:

Sn. K. Armutlu Hocam ,
Celal Bayar Üniversitesi Ebelik yüksek lisans öğrencisiyim. Tez aşamasına gelmiş
bulunmaktayım. Tez Çalışmamda Yorgunluk Şiddet Ölçeğini ve Yorgunluk Etki
Ölçeği'nizi kullanmak istiyorum.
Olurunuzu saygıyla arz ederim.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens.
Ebelik Bölümü
Tel: 05052571486

Ticen ALTIN

ÖZGEÇMİŞ

Adı	TİCEN	Soyadı	ALTIN
Doğum Yeri	CEYHAN	Doğum Tarihi	01.01.1977
Uyruğu	T.C	Tel.	05052571486
E-mail	ticenaltin@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	–	–
Yüksek Lisans	–	–
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2013
Önlisans	Erciyes Üniversitesi	1997
Lise	Ceyhan Lisesi	1993

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ebe	Muş-Malazgirt Adaksu Sağlık Ocağı	2001-2003
Ebe	Nevşehir-Uçhisar Sağlık Ocağı	2003-2007
Ebe	Turgutlu Devlet Hastanesi	2007- Devam ediyor

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

	Not
CBÜ Yabancı Diller Bölümü Sınavı	46

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	61,34575	62,25447	61,35245

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Word, ppt	orta