

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TIP-1 TIP-2 VE GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS TANILI
ANNELERİN EMZİRME BAŞARISI VE
EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ALGISININ İNCELENMESİ**

**Türkan AVCI
ORCID:0009-0002-8796-8681**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR
HAZİRAN 2024**

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2021970113

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TIP-1 TIP-2 VE GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS TANILI
ANNELERİN EMZİRME BAŞARISI VE
EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK ALGISININ İNCELENMESİ**

**Türkan AVCI
ORCID:0009-0002-8796-8681**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT
ORCID: 0000-0002-5899-0524**

**İZMİR
HAZİRAN 2024**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Tıp-1 Tıp-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz-Yeterlilik Algısının İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallarına uygun olarak atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent, telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Türkan AVCI

Tarih: 18.07.2024

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her adımında eşsiz bilgi ve deneyimleri ile hem akademik hem de sosyal olarak beni destekleyen, motivasyonumu arttıran, günün her anında danışabilme rahatlığı sağlayan, muhteşem fikirleriyle önümü aydınlatan, kıymetli danışman hocam;

Prof. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'a

Eğitim sürecimde yanımda olan, destekleyen, yardıma ihtiyacım olduğunda varlıklarını hissettiğim;

Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ ve Doç. Dr. Hande YAĞCAN'a

Tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen, her

zaman yanımda olan çok kıymetli hocam; **Araş. Gör. Figen YANIK'a**

Akademik sürecimde yardıma ihtiyaç duyduğum her aşamada desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan, bana inanan, sabırlı, özverili, bilgili ve iyi kalpli yol arkadaşım;

Murat AVCI'ya

Bu süreçte yanımda olan, gece gündüz varlığını her zaman hissettiğim canım arkadaşım;

İlksen SARI'ya

Çalışmama dahil olan tüm **annelere;**

Bu tezi, bugünlere gelmemi sağlayan, maddi manevi destek veren canım annem **Ayşe**

EREN ve dünyalar tatlısı babam **Doğan EREN'e**

Biricik kardeşlerim **Tuğçe EREN ve Aynur EREN'e**

Canı gönülden TEŞEKKÜR ederim.

Türkan AVCI

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	ii
KISALTMALAR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Diabetes Mellitus	6
2.1.1. Diabetes Mellitusun Tanımı ve Sınıflandırılması	6
2.1.2. Diabetes Mellitusun Tanısı	6
2.1.2.1. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT).....	7
2.1.2.2. Glikolize Hemoglobin Testi (HbA1c).....	7
2.1.3. Diabetes Mellitus Klinik Bulgu ve Belirtiler	7
2.2. Tip-1 Diabetes Mellitus	7
2.2.1. Tip-1 Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2.2. Tip-1 Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi	7
2.2.3. Tip-1 Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri	9
2.2.4. Tip-1 Diyabet ve Gebelik.....	9
2.2.5. Tip-1 Diyabet ve Gebelikte Tedavi.....	9
2.3. Tip-2 Diabetes Mellitus	10
2.3.1. Tip-2 Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	10
2.3.2. Tip-2 Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi	11
2.3.3. Tip-2 Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri	12
2.3.4. Tip-2 Diyabet ve Gebelik.....	12
2.3.5. Tip-2 Diyabet ve Gebelikte Tedavi.....	12
2.4. Gestasyonel Diabetes Mellitus.....	13
2.4.1. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi	13
2.4.2. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi	13

2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Risk Faktörleri.....	14
2.4.4. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri.....	14
2.4.4.1. Tek Aşamalı Glukoz Tolerans Testi	16
2.4.4.2. İki Aşamalı Glukoz Tolerans Testi	16
2.4.5. Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Gebelik	17
2.4.6. Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Gebelikte Tedavi	18
2.5. Emzirme Anatomisi ve Fizyolojisi.....	18
2.5.1. Memenin Anatomik Yapısı	18
2.5.2. Laktasyon Fizyolojisi	19
2.5.3. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması	20
2.5.4. Bebeğin Emmesine Yardımcı Refleksler	21
2.6. Anne Sütü.....	22
2.6.1. Anne Sütünün İçeriği	22
2.6.2. Anne Sütünün Yapısı	23
2.6.3. Anne Sütünün Önemi.....	24
2.6.3.1. Anne Sütünün Bebek İçin Yararları.....	24
2.6.3.2. Anne Sütünün Anne İçin Yararları	24
2.7. Emzirme	25
2.7.1. Emzirme Süresi ve Sıklığı.....	26
2.7.2. Emzirme Şekilleri.....	26
2.8. Emzirme Başarısı	27
2.9. Emzirme Öz-Yeterlilik.....	27
2.10. Emzirmede Hemşirenin Rolü.....	28
2.11. Diyabet Çeşitlerinin Emzirmeye Olası Etkisi	28
2.11.1. Tip-1 Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi	29
2.11.2. Tip-2 Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi	30
2.11.3. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi.....	31
2.12. Diyabet Tanılı Annelerin Emzirmesinde Hemşirelik Bakımı.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37

3.3.1. Örneklem Özellikleri.....	38
3.4. Çalışma Materyali	39
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	39
3.6.1. Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Formu (Ek-1).....	40
3.6.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (Ek-2)	40
3.6.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Algı Ölçeği (Ek-3)	40
3.6.4. Emzirme Takip Formu (Ek-4).....	41
3.7. Veri Toplama Yöntemi	42
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
3.10. Etik Kurul Onayı	45
4. BULGULAR	46
4.1. Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulgular	46
4.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	46
4.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri	50
4.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri.....	51
4.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri	54
4.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulgular	56
4.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular	56
4.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular	57
4.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması	60
4.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz- Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması.....	61
4.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması	65
4.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekil Durumunun Karşılaştırılması.....	66
4.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin ve	

Yenidoğanların Emzirme Durumunun Karşılaştırılması	67
5. TARTIŞMA.....	69
5.1. Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulguların Tartışılması	70
5.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	70
5.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri	72
5.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri.....	72
5.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikler	74
5.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Tartışılması	75
5.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular	75
5.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular	77
5.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması	79
5.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz- Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması.....	82
5.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması	83
5.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekil Durumunun Karşılaştırılması.....	85
5.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Yenidoğanların Emzirme Sonrası Huzurlu Olma Durumunun Karşılaştırılması	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler	88
6.2.1. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	88
6.2.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Araştırmacıya Yönelik Öneriler.....	90
7.KAYNAKLAR.....	91
8.EKLER.....	106
Ek.1. Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Formu.....	106

Ek.2. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı.....	109
Ek.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Algı Ölçeği.....	110
Ek.4. Emzirme Takip Formu.....	111
Ek.5. Yazılı Onam Formu.....	112
Ek.6. Dokuz Eylül Üniversite Araştırma Uygulama Hastanesi Başhekimlik İzni...	114
Ek.7. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik İzni.....	115
Ek.8. Etik Kurul Onayı.....	116
Ek.9.Özgeçmiş.....	120



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1: Tip-1 Diyabetin Evreleri	8
Tablo 2: Gestasyonel Diabetes Mellitusun Değiştirilebilen ve Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	14
Tablo 3: ADA/TEMED/WHO'ya Göre GDM Tanı Kriterleri	16
Tablo 4: Araştırma Plan Çizelgesi	37
Tablo 5: Örneklem Seçme ve Dışlama Kriterleri.....	39
Tablo 6: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	48
Tablo 7: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri (n=125) ...	51
Tablo 8: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Multipar Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikler (n=93)	52
Tablo-9: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri (n=125).....	55
Tablo 10: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular (n=125).....	57
Tablo 11: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular (n=125).....	59
Tablo 12: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme LATCH Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması (n=125)	61
Tablo 13: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması (n=125).....	63
Tablo 14: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması (n=125)	66
Tablo 15: Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekillerinin Karşılaştırılması (n=125).....	67
Tablo 16: Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Yenidoğanların Emzirme Sonrası Huzurlu Olma Durumunun Karşılaştırılması (n=125)	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1: Tip-1 Diyabetli Gebelik	10
Şekil 2: Gestasyonel Diyabetes Mellitusta Tanısal Yaklaşım	15
Şekil 3: Memenin Anatomisi	18
Şekil 4: Anne Sütünün Oluşum Süreci	19
Şekil 5: Prolaktin Hormon Etkisi	21
Şekil 6: Oksitosin Hormon Etkisi	21
Şekil 7: Bebekteki Refleksler	22
Şekil 8: Memeye Doğru Yerleşme	25
Şekil 9: Diyabet Tanılı Annelerde Hemşirelik Bakımı.....	36
Şekil 10: Veri Toplama Aşaması.....	38
Şekil 11: Emzirme Şekilleri.....	42
Şekil 12: Veri Toplama İzlem Şeması	44

KISALTMALAR

- ACOG:** Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
ADA: Amerikan Diyabet Birliği
APGT: Açlık Plazma Glukoz Testi
BKİ: Beden Kitle İndeksi
GDM: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HbA1c: Glikolize Hemoglobin Testi
HCG: Human Koriyonik Gonadotropin
HLA: Genetik Eğilim ve İnsan Lökosit Antijeni
HPL: İnsan Plasental Laktojen Hormon
IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu
IOM: Amerikan Tıp Enstitüsü
LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı
OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi
SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WELCH: Welch'in T Testi
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

**TIP-1 TIP-2 VE GESTASYONEL DİABETES MELLİTUS TANILI
ANNELERİN EMZİRME BAŞARISI VE EMZİRME ÖZ-YETERLİLİK
ALGISININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Türkan AVCI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

ÖZET

Bu çalışma farklı diyabet tanısı (Tip-1, Tip-2, GDM) olan annelerin emzirme başarısını ve emzirme öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

İzmir’de Aralık 2022-Nisan 2024 tarihleri arasında 32 Tip-1, 46 Tip-2 ve 47 GDM tanılı anne olmak üzere toplam 125 katılımcıyla yapılmıştır. Veriler “Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Formu”, “LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı”, “Emzirme Öz-Yeterlilik Algı Ölçeği Kısa Formu” ve “Emzirme Takip Formu” araçlarıyla toplanmıştır. Farklı diyabet tanılı annelerin postpartum ilk 48 saatte emzirme başarısı (LATCH) üç grupta benzer ($p=0.34$) bulunmuştur. İlk 48 saat ($p<.001$), postpartum 1. ay ($p<.001$) ve 3. ayda ($p<.001$) emzirme öz-yeterlilik durumu ise üç grupta istatistiksel olarak farklı bulunmuş ve ileri analiz sonucunda farkın Tip-1 grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca Tip-1 ($p>.001$) ve Tip-2 ($p=0.01$) grubunun emzirme öz-yeterliliği kendi içinde izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde fark tespit edilmiştir. GDM grubunda ise emzirme öz-yeterlilik izlemler arasında fark bulunmamıştır. Postpartum 1. ay ve 3. aydaki emzirme başarısı ile bebeği beslenme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.00$). GDM’li annelerin Tip-1 ve Tip-2 diyabet tanılı annelere göre tam emzirme oranları daha yüksektir.

Çalışma sonucunda emzirme başarısının Tip-1 grubunda diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve emzirme öz-yeterlilik algısı Tip-1’de en düşük olmakla birlikte Tip-2 grubunda da zaman geçtikçe azaldığı tespit edilmiştir ($p=0.01$). Ancak GDM grubunda emzirme öz-yeterlilik değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda hemşirelere riskli gruplara uygun girişimleri planlayarak emzirmelerini desteklemeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme başarısı, diyabet, öz-yeterlilik, postpartum dönem, riskli gebelik.

Tezin Sayfa Adeti: 136

Danışman: Prof. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT

**DIAGNOSED WITH TYPE-1, TYPE-2 AND GESTATIONAL DIABETES
MELLITUS MOTHERS' BREASTFEEDING SUCCESS AND DIAGNOSIS
OF DIABETES EFFECT ON BREASTFEEDING SELF-EFFICACY**

PERCEPTION

Master's Thesis

Türkan AVCI

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Department of Nursing

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to compare breastfeeding success and breastfeeding self-efficacy perceptions of mothers with different diabetes diagnoses (Type-1, Type-2, GDM).

It was conducted in Izmir between December 2022 and April 2024 with a total of 125 participants, including 32 Type-1, 46 Type-2 and 47 mothers with GDM. Data were collected using the “Descriptive and Obstetric Characteristics Form”, “LATCH Breastfeeding Diagnostic Measurement Tool”, “Breastfeeding Self-Efficacy Perception Scale Short Form” and “Breastfeeding Follow-up Form”. Breastfeeding success in the first 48 hours postpartum (LATCH) of mothers with different diagnoses of diabetes was similar in the three groups ($p=0.34$). Breastfeeding self-efficacy in the first 48 hours ($p<.001$), the first postpartum month ($p<.001$) and the third postpartum month ($p<.001$) were found to be statistically different in the three groups and further analysis revealed that the difference was due to the Type-1 group. In addition, breastfeeding self-efficacy in the Type-1 ($p>.001$) and Type-2 ($p=0.01$) groups was statistically significantly different between the follow-ups. In the GDM group, there was no difference in breastfeeding self-efficacy between the follow-ups. There was a statistically significant difference between breastfeeding success in the 1st and 3rd postpartum months and the way of feeding the baby ($p=0.00$). Mothers with GDM had higher rates of exclusive breastfeeding than mothers with Type-1 and Type-2 diabetes.

As a result of the study, it was found that breastfeeding success was lower in the Type-1 group compared to the other groups and breastfeeding self-efficacy perception was the lowest in Type-1 and decreased over time in the Type-2 group ($p=0.01$). However, there was no change in breastfeeding self-efficacy in the GDM group. In this direction, nurses are recommended to support breastfeeding by planning appropriate interventions for risky groups.

Keywords: Breastfeeding success, diabetes, postpartum period, risky pregnancy, self-efficacy.

Thesis Page Count: 136

Advisor: Prof. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anne sütü, bebeğin hem fizyolojik hem de sosyal anlamda doyumunu sağlayan en temel bebek besinidir ve bebek beslenmesinde altın standart olarak kabul görmektedir. Anne sütünde protein, karbonhidrat, yağ, vitamin, mineraller ve diğer bileşenler yenidoğana ilk 6 ay yetecek düzeydedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenmesini, altıncı aydan itibaren ise uygun ek besinlerle birlikte olmak şartıyla en az iki yaşına kadar anne sütüyle beslenmesini önermektedir (2,3). Ülkemizde 1991 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi ve emzirmenin başarılı olmasını sağlamak amacıyla “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” başlatılmıştır (4). Son yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) verilerinde ilk altı ayda sadece anne sütüyle beslenme oranı %41’dir (5). UNICEF 2019 yılı raporunda bu oran aynıdır. Ayrıca ülkemizde ilk bir saatte emzirme oranı %70.1 (TNSA 2018) ile 135 ülke arasında 42. sırada yer almaktadır (5). Bu oranlardan da anlaşılabildiği gibi ülkemizde emzirme oranları düşüktür.

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2021 Diabetes Atlas Raporundaki verilere göre Dünyada 1980’li yıllarda 30 milyon olan diyabetli hasta sayısı artarak 2019 yılında 463 milyona ulaşmıştır. Atlas Raporuna göre 2030’da 578 milyon ve 2040’te 700 milyon olması öngörülmektedir. Türkiye’de 2045 yılında 10,4 milyon diyabetli olacağı ve Türkiye’nin yetişkinlerde diyabetin en sık görüldüğü 10 ülkeden biri olacağı tahmin edilmektedir (6). Bu oranlara bakıldığında diyabet küresel sorun olma durumu giderek artmaktadır. Ayrıca 2019 yılı, IDF bölgelerinde gebe kadınlarda hiperglisemi prevalansı bakıldığında yeni doğan her 6 bebekten 1’i (yılda 20 milyon bebek) anne karnında diyabetik ortama maruz kalmaktadır. (7). Bu oran oldukça fazladır.

Diyabet türlerinin ortak özelliği vücutta insülin üretimin azalması veya hiç üretilmemesidir. Diyabet hastalığı genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerden, diyet, egzersiz gibi yaşam koşullarının bozulmasından, eşlik eden hastalıklardan ve ilaçlardan etkilenebilmektedir (8). Diyabete maruziyet emzirmenin başlaması, devamlılığı, süresi gibi birçok faktörde engeller yaratabilmektedir. Annede var olan

insülin dengesizliği, laktogenezis 1 ve 2 oluşumunu geciktirerek anne bebek bağlanmasını yavaşlatabilmektedir (9). Hiperglisemi gibi insülin direnci gelişen durumlarda laktogenezisi olumsuz yönde etkileyebilir. Bu gibi sebepler yüzünden birçok ebeveyn emzirme hedeflerine ulaşmada engeller yaşayarak bebeklerde yetersiz beslenmeye sebebiyet vermektedir (10). Diyabeti olan kadınlarda, laktogenezis 2 yaklaşık iki saat gecikmektedir. Bu durum kadınlarda laktasyonun ve emzirmenin geç başlamasına, yenidoğanda ise hipoglisemi riskinin artmasına sebep olmaktadır (11). Kan glikoz düzeyi kontrol altında tutulmazsa anne ve bebeğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, ciddi sağlık sorunlarına ve ölüme yol açabilmektedir (10).

Pregestasyonel diyabet (Tip-1, Tip-2) annelerin bebeklerini beslenme durumunu etkileyerek, bazı olumsuz sonuçlara yol açabilir. Literatürde farklı diyabet türleriyle ilgili farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Tip-1 diyabet 185 anne ile Tip-2 diyabet tanısına sahip olan 212 annenin emzirmeye başlama ve sadece emzirme oranlarını karşılaştıran bir çalışmada (Cordero ve ark. 2022) yenidoğanda hipoglisemi, yoğun bakım ünitesine kabul edilen bebek oranları ve ilk iki saatte emzirme oranlarında Tip-1 diyabet tanılı annelerde yüksek emzirme oranı bulunurken ilk 6 ayda sadece emzirme oranları benzer bulunmuştur (12). Bu durumdan farklı olarak Herskin ve ark. (2016) Tip-1 diyabet ve Tip-2 diyabet tanılı annelerin hastaneden taburcu olurken ve ilk 4 ayda emzirme sonuçlarını incelemişlerdir. Hastaneden taburcu edilme zamanında gruplar arasında fark yokken, 4. ayın sonunda Tip-1 diyabetli annelerin sonuçlarının emzirme süreleri daha uzun olduğu gözlenmiştir (13). Bunun sebebi olarak doğumdan önce Tip-1 diyabetli annelerin glikolize hemoglobin testi (HbA1c) ve beden kitle indeksinin (BMI) düşük olmasının yanı sıra bu gruptaki annelerin yoğun olarak multipar olması ve bir emzirme deneyimine sahip olması olabilir. Farklı diyabet çeşitlerini bir arada incelediği çalışmada Finkelstein ve arkadaşlarının (2013) hastanede ve taburcu olduktan sonraki emzirme oranları karşılaştırılmıştır. Postpartum dönemde hastanede emzirme oranının en düşük olduğu grup GDM bulunurken, taburculuktan sonra en düşük emzirme oranına Tip-1 diyabet tanılı annelerin sahip olduğu saptanmıştır (14). Akkoyun (2016) ise diyabetli ve sağlıklı annelerin sadece anne sütü verme süresini karşılaştırdıkları çalışmada diyabetli annelerin doğum sonu bebeklerini emzirmeye geç başladıkları, bebeklerinin

daha kısa emdikleri, tam veya kısmi emzirme sürelerinin daha az olduğu saptanmıştır. Bu durum yenidoğanın mamaya başlatılması, emzirme süresi ve sadece anne sütü verme oranlarının azalması ile sonuçlanabilir (15). Tip-1 ve Tip-2 diyabetten farklı olarak GDM ile ilgili literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Aluş Tokat ve arkadaşları (2017) gestasyonel diyabeti olan ve olmayan kadınların emzirme sonuçlarını ve emzirme öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmak için 194 anne ile yaptıkları çalışmada GDM tanılı annelerde sezaryen oranlarının daha yüksek olmasına bağlı anne-bebek etkileşiminin gecikmesi ve laktogenezis 2 etkisinden dolayı ilk emzirme durumunda gecikme olduğunu saptamıştır. Ayrıca diyabet tanılı annelerin yenidoğanlarında apgar skorunun sağlıklı annelerin yenidoğanlarına göre daha düşük olması, nöro davranışlarını olumsuz etkileyerek, emme gücünü azalttığı, emzirmede zorlanmaya ve gecikmeye neden olduğu saptanmıştır (16).

Emzirme öz-yeterlilik annenin emzirmeyle ilgili hissettiği motivasyonu olarak tanımlanmaktadır. Annenin emzirme süresi, gösterdiği çaba, düşünceleri ve karşılaştığı zorluklarla baş etmesi emzirmeye ilişkin öz-yeterlilik algısını yansıtır (17). Emzirme öz-yeterlilik algısı diyabetten kaynaklanan; ilk emzirmede gecikme, tam emzirememe, laktogenezis 2 gecikmesine bağlı annede yetersiz süt salınımı, yenidoğanın doymaması, hipoglisemi riski, yenidoğanın daha fazla uykulu olması ve anne bebek etkileşiminin azalması gibi durumlardan etkilenebilmektedir (18). Yenal ve arkadaşları (2013) 220 sağlıklı anne ile postpartum dönemde emzirme öz-yeterlilik algısı ile emzirme başarısı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. İnceleme sonucunda; öz-yeterlilik azaldıkça emzirme başarısının azaldığını belirlemişlerdir (19). Chertok ve arkadaşları (2016) 32 GDM tanılı ve 35 sağlıklı annenin emzirme öz-yeterlilik algısını karşılaştırmışlardır. GDM tanılı annelerde laktogenezis 2 gecikmesi olduğu ve emzirmeye geç başlama sebeplerinden dolayı emzirme oranları düşük ve emzirme öz-yeterlilik durumunun olumsuz etkilendiği saptamışlardır (20). Alyousefi ve arkadaşları (2022) GDM tanılı 145 annenin emzirme öz-yeterlilik durumunu ölçülen diğer bir çalışmada öz-yeterlilik seviyelerini sağlıklı annelere göre daha düşük bulunmuştur (21). Bu çalışmadan farklı sonuç olarak Linden ve arkadaşları (2018) 155 Tip-1 diyabet tanılı anneyi diyabet yönetimin öz-yeterliliği, iyilik hali ve emzirme arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla 2. ve 6. ayda karşılaştırılmışlardır. İkinci aydan altıncı aya doğru süre geçtikçe; emzirme oranında azalma, diyabet

rutinlerinde olumsuz etki, hipoglisemi riskinin arttığını saptamışlardır. Bunlara rağmen doğumdan sonraki iki ve altıncı ayda oldukça iyi bir iyilik halinde olarak emzirme başarısını artırmışlardır (22). Işık ve arkadaşları (2022) ise diğer çalışmalardan farklı olarak, GDM'nin emzirme öz-yeterlilik üzerine etkisini araştırmak üzere 104 GDM'li ve 133 sağlıklı anne ile görüşmesi sonucunda GDM'nin emzirme öz-yeterliliği üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (23).

Sonuç olarak bu çalışma Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li annelerin emzirme sonuçlarını ve emzirme öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır. Literatürde Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM tanılı annelerin emzirme başarıları veya emzirme öz-yeterlilik açısından karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmaya hemşirelik alanında ihtiyaç duyulmasının sebebi; diyabet tanısı alan annelerin başarılı emzirme gerçekleştirememesi ve paralelinde emzirme öz-yeterliliğinin azalma olasılığıdır. Hemşire olarak emzirme durumlarını ve öz-yeterlilik algılarını değerlendirirken annelerde hangi durumları iyileştirebiliriz diye düşünmemiz gerekmektedir. Hemşireler; emzirmenin etkilenebileceği riskli durumları tespit edip, bu durumu azaltmak ve dolayısıyla emzirme öz-yeterliliğini geliştirecek girişimlerin antenatal dönemden itibaren planlanması gerekmektedir. Ayrıca annelerin gereksinimlerine uygun destek sağlamaları önemlidir. Böylelikle başarılı emzirme geliştirilebilir. Başarılı emzirme durumları arttıkça diyabete bağlı oluşacak emzirme başarısızlığı azalarak emzirme öz-yeterlilik algısı artabilir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li olan annelerin emzirme başarısını değerlendirmek ve emzirme öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmaktır.

1.3.Araştırma Soruları

1. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li annelerin postpartum ilk 48 saatte emzirme başarısı farklı mıdır?
2. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar arasında ilk 48 saatte değişim gösterir mi?
3. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar arasında 1. ayda değişim gösterir mi?
4. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM'li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar arasında 3. ayda değişim gösterir mi?

5. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM’li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar içinde ilk 48 saatte değişim gösterir mi?

6. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM’li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar içinde birinci ayda değişim gösterir mi?

7. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM’li annelerin postpartum emzirme öz-yeterlilik algısı gruplar içinde üçüncü ayda değişim gösterir mi?

8. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM’li annelerin postpartum 1. ayda tam emzirme durumu farklı mıdır?

9. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM’li annelerin postpartum 3. ayda tam emzirme durumu farklı mıdır?



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

2.1.1. Diabetes Mellitusun Tanımı ve Sınıflandırılması

Diabetes mellitus (DM), pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülinin eksikliği, yetersizliği veya insülinin etkili kullanılamaması nedeniyle ortaya çıkan, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki dengesizlikler ile hiperglisemi tablosuyla kendini gösteren, bakım maliyeti oldukça yüksek olan, kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır (8).

Amerikan Diyabet Birliğinin (ADA) önerdiği yeni sınıflamaya göre diabetes mellitus;

- Tip-1 diyabet (idiyopatik ve otoimmün nedenlerden kaynaklanan, beta hücre hasarı sonucu mutlak insülin eksikliğine yol açan otoimmün β hücre tahribatı)
- Tip-2 diyabet (genellikle insülin direnci ve otoimmün olmayan, beta hücrelerinde insülin salgılanmasında yetersizlikle sonuçlanan)
- Diğer spesifik diyabet tipleri (genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar gibi)
- Gestasyonel diabetes mellitus (gebelik diyabeti) olarak sınıflandırılmıştır.

2.1.2. Diabetes Mellitusun Tanısı

ADA tarafından belirlenen tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Hiperglisemi semptomları ile birlikte rastgele bir zamanda ölçülen plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dl veya daha fazla olması.
- En az 8 saat açlık sonrasında plazma glukoz seviyesinin 126 mg/dl veya daha fazla olması.
- Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) sırasında, ilk iki saat içerisinde plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dl veya üstünde olması (24).

Türkiye Diyabet Vakfı da benzer bir şekilde aşağıdaki kriterlerden yalnızca birinin tanı koymak için yeterli olduğunu belirtmektedir:

- Açlık plazma glukoz seviyesinin 126 mg/dl veya daha yüksek olması.
- Rastlantısal diyabet semptomlarının yanı sıra, diyabet semptomlarıyla birlikte plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dl veya daha fazla olması.

- OGTT’nde 2. saat plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dl veya daha yüksek olması.
- HbA1c değerinin %6.5 veya daha fazla olması ile tanı konulabilmektedir (25).

2.1.2.1. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)

Bu test, ağız yoluyla alınan glukozun hastada ne ölçüde tolere edilebildiğini değerlendirmek için kullanılır. İlk olarak hastanın kan şekeri ölçülür ve 300-350 ml suda çözölen 75 gram glukoz, 5 dakika içinde içirilir. Bu aşamadan 2 saat sonra kan şekeri yeniden ölçölür ve bu değerin 200 mg/dl veya daha fazla olması tanı koymak için yeterlidir. Testin doğru sonuç vermesi için dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır: Hastanın üç gün öncesinden karbonhidrat kısıtlaması yapmaması, en az 8 saat aç kalması ve test sırasında istirahat etmesi.

2.1.2.2. Glikolize Hemoglobin Testi (HbA1c)

Bu kan testi, kişinin 2-3 aylık dönemdeki kan glukoz seviyesi hakkında bilgi sağlar. Kan glukoz seviyesi arttığında, glukoz eritrositlere bağlanarak kanda glukozun hemoglobinle birleşmesine ve hemoglobin seviyesinin yükselmesine neden olur (8). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği’ne (TEMĐ) göre HbA1c sınır oranı %6.5 mmol/mol olarak belirlenmiştir (26).

2.1.3. Diabetes Mellitus Klinik Bulgu ve Belirtiler

Bazı görölen ortak belirti bulgular; iştahsızlık, kilo kaybı, ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri, noktüri, bulanık görme, ayaklarda ve elde uyuşma, karıncalanma, yanma hissi, idrar yolu enfeksiyonları, ciltte kuruluk, kaşıntı ve yorgunluktur (26).

2.2. Tip-1 Diabetes Mellitus

2.2.1. Tip-1 Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Pankreasın beta hücrelerindeki harabiyet nedeniyle ortaya çıkan mutlak insülin yetmezliğıdir. Hastalık oldukça kısa bir sürede gelişir. Genetik, bağışıklık ve çevresel faktörlerden kaynaklanan Tip-1 diyabet, genellikle 30 yaş öncesinde görülür. Tip-1 diyabet, tüm diyabet vakalarının %5-10'unu oluşturur (24).

2.2.2. Tip-1 Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi

Tip-1 diyabetli hastalarının %90'ında otoimmün (immün aracılı), %10'unda ise non-otoimmün (idyopatik) beta hücre yıkımı mevcuttur. Genetik yatkınlığı olan

bireylerde, virüsler ve toksinler gibi çevresel etmenler otoimmüniteyi tetikleyerek ilerleyici beta hücre yıkımına yol açar. Genetik eğilim ve insan lökosit antijeni (HLA) gen kompleksi en bilinen genetik faktörlerdendir. Çevresel faktörler olarak ise viral enfeksiyonlar, (örneğin, enterovirüs) beslenme alışkanlıkları ve toksinlere maruz kalma gibi unsurların beta hücrelerine zarar verdiği düşünülmektedir. Vücut, kendi beta hücrelerini yabancı olarak algıladığında, T hücreleri aracılığıyla bir immün yanıt başlatır. Bu süreçte, özellikle otoantikorlar (GAD, IA-2 ve insulin otoantikorları gibi) beta hücrelerine saldırır. Beta hücre oranı %80-90 azaldığında diyabet belirtileri ortaya çıkar. Aktif immün yanıt sonucunda, beta hücrelerinin yıkımı meydana gelir. Beta hücrelerinin sayısı azaldıkça, pankreasın insülin üretme yeteneği düşer. Bu durum, kan şekerinin düzenlenmesinde kritik bir rol oynar. Beta hücrelerinin yetersizliği insülin üretiminin azalmasına veya tamamen durmasına neden olur. İnsülin olmadan, glukoz hücrelere giremez ve enerji için kullanılamaz. Bu da kan şekerinde yüksekliklere (hiperglisemi) yol açar. Tip-1 diyabet çeşitli dönemlerde ortaya çıkabilir. Bunlar Tablo-1’de verilmiştir.

Tablo 1: Tip-1 Diyabetin Evreleri

Evre-1	Genetik eğilim ve insan lökosit antijeni (HLA) oluşur.
Evre-2	Genetik eğilimi olan kişilerde çevresel faktörler (virüsler, hepatit) eklenir.
Evre-3	İmmün mekanizmanın uyarılmasıyla pankreas hasarı olur. Pankreas beta hücrelerinde immün atak oluşturur.
Evre-4	Adacık beta hücrelerinin %90’ından fazlasının harap olmasıyla klinik diyabet ortaya çıkar.

Tip-1 diyabet kronik hiperglisemi, diyabetik ketoasidoz gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Vasküler, sinirsel ve organ hasarına neden olabilir. Bu nedenle, erken tanı ve etkin glisemik kontrol hayati öneme sahiptir. Tip-1 diyabet ani bir şekilde ortaya çıktığından, HbA1c seviyeleri her zaman yüksek olmayabilir. Tanı için açlık plazma glukoz testi dikkate alınmalıdır. Genellikle 30 yaşından önce ortaya çıkar ve hiperglisemi ile ilişkili semptomlar arasında ağız kuruluğu, açlık hissi ve

kilo kaybı gibi belirtiler aniden gelişir. Tip-1 diyabet hastaları diyabetik ketoasidoza karşı daha duyarlıdır (27,28). Tip-1 diyabetin nedeni ne olursa olsun, beta hücre hasarı nedeniyle karaciğerde kontrolsüz glukoz üretimi artar ve açlık glukoz seviyeleri yükselir (8).

2.2.3. Tip-1 Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri

Rutin taramaları yoktur. Bazı toplumlarda birinci derece genetik yatkınlık olan gruplarda araştırma amaçlı tarama yapılmaktadır. Kişide klasik diyabet belirti ve bulguları varsa kan glukoz ölçümü yapılmalıdır.

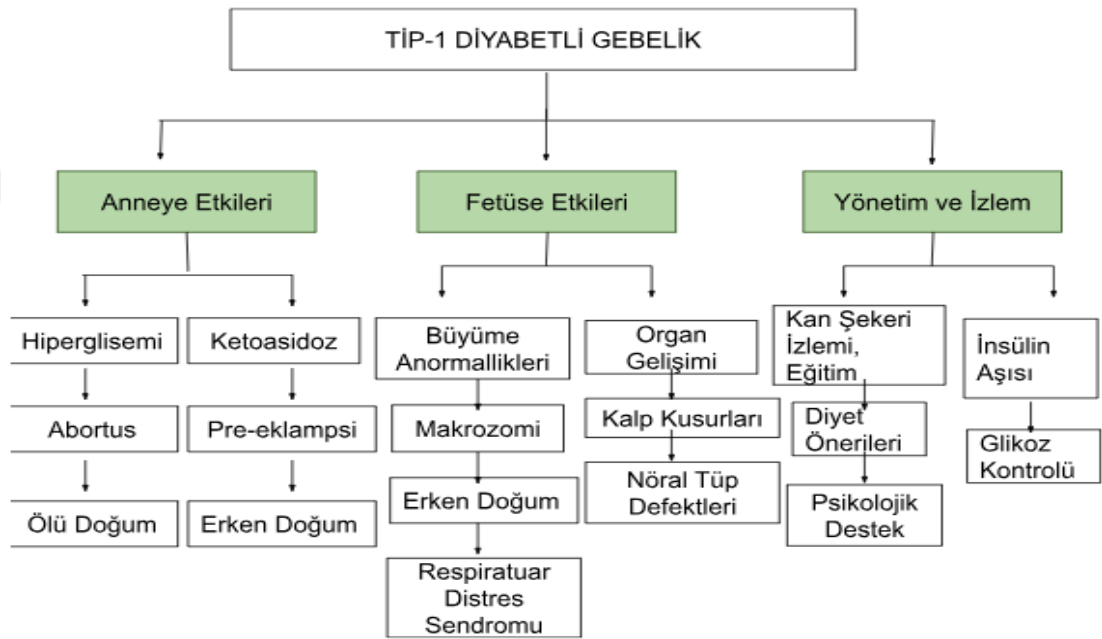
2.2.4. Tip-1 Diyabet ve Gebelik

Tip-1 diyabet, pankreasın insülin üretimini yetersiz kılarak, gerekli glukoz metabolizmasını düzenleyemez ve bu durum gebelik döneminde ciddi yönetim zorlukları yaratır. Gebelik, insülin direncini artıran östrojen ve progesteron gibi hormonların seviyelerinde doğal bir artışa neden olur. Bu hormonal değişiklikler, insülinin etkinliğini azaltır ve kan glukoz seviyelerinin daha sık dalgalanmasına yol açar, böylece hipoglisemi (aşırı düşük kan şekeri) ve hiperglisemi (aşırı yüksek kan şekeri) olaylarının sıklığını artırır. Yetersiz kontrol edilen kan şekerinin gebelik üzerindeki etkileri, maternal ve fetal sağlık için önemli sonuçlar doğurabilir. Özellikle, maternal hiperglisemi, fetal hiperinsülinemiye yol açar ve bu durum fetal makrozomi, kalp ve büyük damar anomalileri, iskelet kası hipertrofisi ve erken doğum gibi riskleri beraberinde getirir. Ayrıca, fetal insülin artışı, doğum sonrası bebekte geçici hipoglisemi riskini de artırır. Gebelikteki hipoglisemi olayları ise annenin bilinç kaybına, nöbetlere ve hatta fetal ölüme neden olabilir. Bu yüzden, Tip-1 diyabetli hamile kadınların multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından düzenli olarak izlenmesi, kan şekerinin sıkı bir şekilde kontrol altında tutulması, özelleştirilmiş diyet ve egzersiz planları ile birlikte gerekirse insülin dozlarının titizlikle ayarlanması gerekmektedir. Ayrıca, fetal gelişimin ultrasonografi ile izlenmesi, olası anomalilerin erken tanısı için kritik öneme sahiptir. Bu süreçte hemşireler, diyetisyenler, endokrinologlar ve obstetrisyenler gibi sağlık profesyonellerinin yakın iş birliği hem annenin hem de bebek sağlığının korunması için gereklidir (27-29)

2.2.5. Tip-1 Diyabet ve Gebelikte Tedavi

Tip-1 diyabetin tedavisinde bazal ve bolus insülin enjeksiyonlarıyla normal fizyolojik insülin salınımları elde edilme amaçlanır. Bu hastalığın tedavisinde temel

yaklaşım, dışarıdan insülin verilmesi yoluyla kan glikoz düzeylerinin kontrol altında tutulmasıdır. Hastalar, kısa etkili ve uzun etkili insülin türlerini günlük enjeksiyonlar şeklinde kullanır. Kan şekeri düzeylerini düzenli olarak izlerler. Ayrıca, karbonhidrat sayımı öğretilerek, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düzenli fiziksel aktivite ve diyabet eğitimi de tedavinin önemli bileşenleridir. Diyabet tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım, bireyselleştirilmiş tedavi planları ve hasta eğitimi, optimal glisemik kontrolün sağlanmasında kritik rol oynar (26).



Şekil 1: Tip-1 Diyabetli Gebelik

2.3. Tip-2 Diabetes Mellitus

2.3.1. Tip-2 Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Tip-2 diyabet, pankreasın beta hücreleri tarafından insülinin az salgılanması ve insüline duyarlı dokuların uygun yanıt vermemesi sonucu ortaya çıkan metabolik bir rahatsızlıktır (30). Hastalığın ilerlemesi, glukoz homeostazının bozulmasına neden olarak hiperglisemiye yol açar.

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneğine (ACOG 2021) göre bu hastalar, obezite, karın bölgesinde yüksek oranda vücut yağ yüzdesi, diyabet tanısı olan ebeveynler, hipertansiyon, trigliserit yüksekliği, fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler hastalık öyküsü, önceki gebeliklerde GDM tanısı ve polikistik over sendromu ile karakterizedir (31).

Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre, 2019 yılında diyabet 4,2 milyon kişinin ölümüne yol açmış ve 463 milyon yetişkin diyabet tanısı almıştır (7). Bu rakamlar oldukça yüksek ve endişe vericidir. Tip-2 diyabetin epidemiyolojisi, genetik, metabolik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bu hastalarda genellikle hareketsiz yaşam tarzı, yüksek kalorili beslenme, eşlik eden hastalıklar ve ailede diyabet tanısı alan bireyler bulunur (32). Farklı etnik kökenler arasında yaygın olarak görülür. ACOG'a göre Tip-2 diyabet, Afrikalı, Asyalı, Hispanik, Yerli Amerikalı ve Pasifik Adalı kökenli bireylerde daha yaygındır (31).

2.3.2. Tip-2 Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi

Tip-2 diyabet, genellikle yetişkin yaşlarda ortaya çıkan ve insülin direnci ile başlayan bir metabolik bozukluktur. Bu durumda, vücudun hücreleri, özellikle karaciğer, kas ve yağ dokuları, insüline normalden daha az yanıt verir. Normal şartlarda insülin, kan dolaşımındaki glukozun hücre içine alınarak enerji olarak kullanılmasını sağlar. Ancak insülin direnci söz konusu olduğunda, hücreler glukozu karşı duyarlılığını kaybeder ve bu da kan şekerinde yükselmeye yol açar. Başlangıçta, pankreas bu duruma karşılık olarak daha fazla insülin üreterek kompanse etmeye çalışır, ancak bu süreç, pankreasın yorulmasına ve zamanla yeterli insülin üretemez hale gelmesine neden olabilir. İnsülin direncinin artmasıyla birlikte, karaciğer de aşırı miktarda glukoz üretmeye başlar. Normal koşullarda, insülin karaciğerde glukoz üretimini inhibe ederken, direnç durumunda bu mekanizma işlevini yitirir. Aynı zamanda, yağ dokularında artan lipoliz işlemi serbest yağ asitlerinin kan dolaşımına salınmasına yol açar; bu serbest yağ asitleri insülin direncini daha da artırır ve beta hücrelerinin işlev bozukluğunu teşvik eder. İnsülin direncinin yanı sıra, kronik inflamasyon ve oksidatif stres de beta hücrelerinin yıpranmasına ve fonksiyonlarının azalmasına katkıda bulunur, bu da insülin üretim ve salgılanmasındaki düşüşü hızlandırır. Bu patofizyolojik değişiklikler, uzun süreli yüksek kan şekeriye yol açarak hem mikrovasküler hem de makrovasküler yapıda ciddi hasarlara sebep olabilir. Mikrovasküler komplikasyonlar arasında diyabetik retinopati, nefropati ve nöropati bulunurken; makrovasküler komplikasyonlar kalp hastalıkları, inme ve periferik arter hastalığı şeklinde kendini gösterir. Bu sağlık sorunları, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır ve erken ölüm riskini artırır. Tip-2 diyabetin yönetiminde kan şekeri kontrolünün yanı sıra, hastaların yaşam tarzı

değişiklikleri yapmaları teşvik edilir. Dengeli bir diyet, düzenli fiziksel aktivite ve kilo yönetimi, insülin direncini azaltmada ve kan şekeri kontrol altında tutmada önemli rol oynar. (33).

2.3.3. Tip-2 Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri

ACOG (2021), Tip-2 diyabetin 45 yaşından büyük kişilerde her 3 yılda bir test edilmesini önerir. 45 yaşından küçük, aşırı kilolu veya ek risk faktörlerinden birine sahip olanlar da test yaptırmalıdır. Kişi daha önce GDM geçirmişse, doğumdan 6-12 hafta sonra OGTT yapılmalı ve sonuçlar normalse 3 yılda bir tekrar test edilmelidir (31). ACOG, diyabeti teşhis etmek için üç kan testi önerir:

- Açlık plazma glukoz testi: Sabah yapılmalı ve testten önce 8 saat aç kalınmalıdır.
- HgA1C testi öncesinde açlığa gerek yoktur ve son 3 aydaki ortalama kan şekeri seviyesini gösterir.
- OGTT: Kişi GDM geçirmişse ve Tip-2 diyabet şüphesi varsa yapılır. Öncesinde 8 saatlik açlık gereklidir (31).

2.3.4. Tip-2 Diyabet ve Gebelik

Geçmişten günümüze kadar Tip-2 diyabet oranlarının sürekli artması, son 20 yılda Tip-2 diyabetle komplike gebeliklerin de artmasına yol açmıştır. Bunun sebepleri arasında diyabetin daha erken yaşta ortaya çıkması ve gebeliğin ileri yaşlarda gerçekleşmesi bulunur. Diyabet tanısı alan kadınlar uygun şekilde takip edilip tedavi edilmezse ciddi anne ve yenidoğan komplikasyonları ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonlar, kadınların gebelik dönemindeki takiplerinde birçok soruna sebep olur. Kadınlar gebelik öncesi bakıma az katılırsa, glisemik kontrolü düzenli yapmazsa, gebelik sırasında riskli ilaç kullanırsa ve düşük folik asit alımı varsa, olumsuz anne ve fetal sonuçlara katkıda bulunarak komplikasyonları artırabilir. Ayrıca düşük sosyoekonomik durum, yeterli bakım ve sıkı takip yapılmasına engel olur (34,35).

2.3.5. Tip-2 Diyabet ve Gebelikte Tedavi

Tip 2 diyabet tedavisinin temel amacı, kan şekeri düzeylerini kontrol altında tutmak ve diyabetle ilişkili komplikasyonları önlemektir. Tedavi stratejileri genellikle yaşam tarzı değişiklikleri ve insülin tedavilerini içerir. Tip-2 diyabet tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım, bireyselleştirilmiş tedavi planları ve hasta eğitimi,

optimal glisemik kontrolün sağlanmasında ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesinde büyük önem taşır (26).

2.4. Gestasyonel Diabetes Mellitus

2.4.1. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanımı ve Epidemiyolojisi

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), ilk kez gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesteri sırasında ortaya çıkan glukoz tolerans bozukluğu ya da glikoz metabolizmasında yetersizlik durumudur (8).

2.4.2. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Patofizyolojisi

Gebelik, glukoz dengesizliklerin olduğu, yüksek oranda metabolik aktivitenin geliştiği ve insülin karşıtı yapıların sürece dahil olarak etkelediği bir dönemdir.

Gebeliğin ilk trimesterinde: Fetüs, plasenta, uterus ve memelerdeki değişim ve gelişimler deki değişiklikler nedeniyle annenin enerji ihtiyacı artmaktadır. Fetal gelişim için annenin enerji ve besinleri fetüs için tüketilir. İnsülin duyarlılığı gebelikte değişebilmektedir. Bu sebeple kadınlarda genelde hipoglisemik ataklar mevcuttur. Bunun için vücudun insülin duyarlılığını artırarak, oluşan enerji ihtiyacını karşılamak için glikozun yağ depolarında birikmesi sağlanır.

Gebeliğin ikinci trimesterinde: İnsan plasental laktojen hormon (HPL), kortizol, leptin, östrojen, progesteron, plasental laktojen ve plasental büyüme hormonlarının arttığı dönemdir. Bu hormonlar insülin direncine sebebiyet verir. Plasenta sitokin salgılayarak insülin direncini artırmaya katkıda bulunur. Karaciğer glikoz üretimini uyarır böylelikle kan glikoz düzeyi artar. Bu hormonlara destek insülinaz da insülin düzeyini azaltır ve kan glikoz düzeyi yükselir.

Gebeliğin üçüncü trimesterinde: Bu dönemde plasental hormonlarda artış devam ederek kan glikoz düzeyi yükselir. Doğum için enerji ihtiyaç durumu olduğundan insülin ihtiyacı azalır. Doğum sonu ise plasentanın ayrılması ile plasental hormonlar hızla düşerek insülin direnci azalır (36-40).

GDM gelişiminde rol oynayan etyolojik faktörler (obezite, genetik, polikistik over sendromu vb.) insülin direncinin artmasına sebep olan diğer faktörlerdir. Gebeliğin ikinci trimesterinden sonra bu sebepler maternal hiperglisemiye sebep olarak GDM tanısı konulmasına katkı sağlamaktadır.

2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Risk Faktörleri

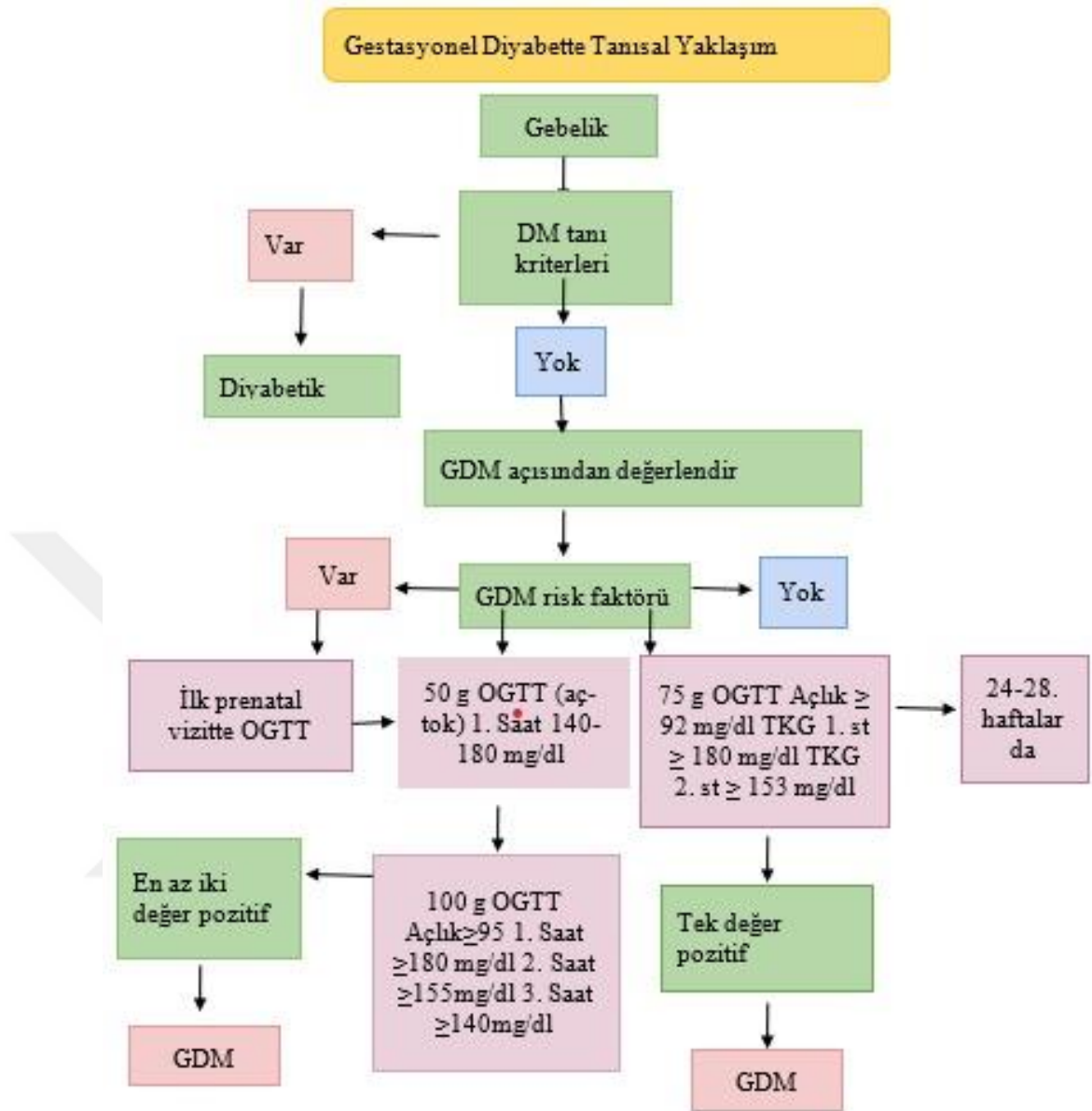
Gestasyonel Diabetes Mellitus gelişiminin kontrol altına alınabilmesi için risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu risk faktörlerinden bazıları değiştirilebilen faktörler, bazıları ise değiştirilemeyen faktörlerdir (25,40). Bu faktörler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Gestasyonel Diabetes Mellitusun Değiştirilebilen ve Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Değiştirilebilen Risk Faktörleri:	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:
• BKİ’nin fazla olması,	• Önceki gebelikte GDM varlığının olması, annenin 20 kg fazla kilo alması, makrozomi (4500 g ve üstü) ve polihidramnios öyküsü,
• Sedanter yaşam tarzının olması,	• Polikistik over sendromu,
• Gebelikte hipertansiyonun olması,	• Ailede var olan diabetes mellitus öyküsü,
• D vitamini eksikliği	• Annenin ileri yaşta olması (≥ 25 yaş),
	• Sebebi belli olmayan fetal kayıp öyküsü,

2.4.4. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Tarama ve Tanı Kriterleri

İlk prenatal görüşmede diyabet tanısı konmamış annelerde risk faktörleri varsa standart tanı kriterlerine göre tarama yapılmalıdır.



Şekil 2: Gestasyonel Diyabetes Mellitusta Tanısal Yaklaşım

Daha önce bilinen diyabeti veya risk faktörleri yoksa Türkiye Diyabet Vakfı'nın Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi'ne (2023) göre çok düşük riskinin dışındaki tüm hastalar gebeliğin 24-28. haftaları arasında taranması ve tanılanmasında OGTT kullanılmaktadır (25). Testin 24-28 gebelik haftasında yapılma nedeni artan östrojen, progesteron, kortizol, büyüme hormonu ve human plasental laktojene bağlı insülin direncinin bu haftalarda belirgin hale gelmesidir (36). Tıbbi öyküsünde GDM gelişme riski olanların, tarama işlemlerine ilk prenatal vizitte

başlanmalıdır (40). GDM risk faktörleri; ebeveynlerde veya kardeşlerde GDM öyküsü, 30 yaş üzeri kadınlar, önceki travmatik doğumlar, önceden makrozomik (>4000 gr.) veya ölü bebek doğum öyküsü varsa, sürekli tekrarlayan spontan abortus gibi kötü obstetrik öykü varlığı, BKİ >30 olan gebeler, hipertansif hastalıklar, tekrarlayan monilial vajinit, fetal anomali olmaksızın polihidramnios, iki kez üst üste glikozüri görülmesi gibi durumlardır (41). Amerikan Diyabet Birliği, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ve Dünya Sağlık Örgütüne göre tanı kriterleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3: ADA/TEMD/WHO’ya Göre GDM Tanı Kriterleri

		AÇLIK	1.SAAT	2.SAAT	3.SAAT
İki aşamalı test					
TEMD kriterleri					
İlk aşama	50 gr glikozlu test	-	>140	-	-
İkinci aşama	100 gr glikozlu test (en az 2 patolojik değer tanı koydurur)	>95	>180	>155	>140
Tek aşamalı test					
TEMD/ADA/ kriterleri	75 gr glikozlu OGTT (en az 1 patolojik değer tanı koydurur)	>92	>180	>153	-
Who kriterleri	75 gr glikozlu OGTT (en az 1 patolojik değer tanı koydurur)	>126	-	>140	-

2.4.4.1. Tek Aşamalı Glukoz Tolerans Testi

75 gram OGTT: 24-28. Gebelik haftalarında 75 gr. glukoz testini tek aşamada GDM taramasında kullanılabilmektedir. Eşik değerleri açlık plazma glukozunun (APG) 92 ml/dl den yüksek, 1. saat plazma glukozunun (PG) 180 mg/dl den yüksek ve 2. Saat plazma glukozunun 153 mg/dl den yüksek olarak belirlenmiştir. Bu kriterlerden birinin yüksekliği GDM tanısı için yeterlidir.

2.4.4.2. İki Aşamalı Glukoz Tolerans Testi

Birinci Aşama: Gebeliğin 24-28. haftalarında, açlık veya tokluk durumuna bakılmaksızın gebeye 50 gramlık glikozlu su içirildikten sonra plazma glukoz

değerinin izlemlerde; 1. saat >140 mg/dl, 2. saat 140-179 mg/dl veya 3. saat >180 mg/dl olması durumunda 2. aşamaya geçilir.

İkinci Aşama: Kesin tanı için birkaç gün sonra 100 gr. veya 75 gr. glukoz tolerans testine geçilir. Uygulama sonrası 3 saatlik değerlendirmede en az iki değer normal sınırları geçmesi GDM tanısı konulması için yeterlidir (24,36,40,41).

2.4.5. Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Gebelik

Gestasyonel diyabet Dünya çapında gebeliklerin yaklaşık 1/4 'ini etkilemektedir. Anne ve fetüsün sağlığını önemli ölçüde etkileyen riskli bir durumdur. Bu nedenle risk faktörlerinin bilinmesi, GDM'nin tanılanması, yönetimi, bakımı anne ve fetüsün sağlığını etkiler. Hemşirelerin GDM'ye yönelik uygun bakım vermesi oldukça önemlidir. GDM'de uygun bakım ve yönetim prekonsepsiyonel dönemde başlayıp postpartum döneme kadar sürdürülmelidir (40-42).

Gebelere yaklaşım 3 şekilde olmalıdır;

- GDM riskini doğru bir şekilde bilmek ve tahmin etmek.
- GDM tanısı alan gebelere özel yeni müdahale yaklaşımları benimseyerek yaklaşmak.
- Başarıya ulaşmak için müdahale yaklaşımlarını tasarlayıp, uygulamak.

GDM tanısı alan annelerde ileriki zamanda Tip-2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık gelişim riski yükselmektedir (43,44). ACOG (2022) rehberine göre annelerde sezaryen doğum oranında artışa, postpartum kanamalara, ölü doğumlara sebebiyet verir (39). Oluşan risk yenidoğana aktararak uzun yıllar boyunca metabolik işlev bozukluğuna, obezite, tip-2 diyabet riski ve nörogelişimsel bozukluklara neden olabilir. Annelerin yenidoğanlarının makrozomi riski yüksektir (43,44). ACOG (2022) rehberine göre GDM tanısı alan anneden fetüse fazla miktarda glikoz aktarıldığı ve bunun sonucunda yenidoğan kilo alarak emme zorluklarına, yenidoğan solunum problemlerine, makrozomiye, hiperbilirubinemiye, hipoglisemiye sebep olabilir (39).

Riskleri en aza indirmek ve komplikasyonları önlemek için yaşam tarzı müdahalesi gebelik öncesinde başlaması GDM olma riskini azaltmaktadır. Ege anne de GDM tanısı aldıysa kendi ve yenidoğanın sağlığını korumak için;

- Kısa vadeli ana hedef makrozomiye önlemektir.
- Beslenme açısından yeterli ve enerji kontrollü diyet önerilir.
- Düzenli fiziksel aktivite tavsiye edilir.

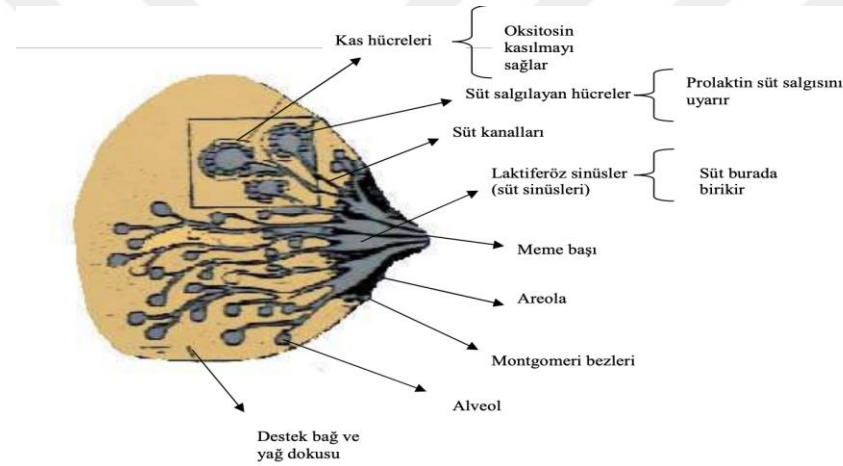
Beslenme kontrolü ve fiziksel aktivite sayesinde, insülin duyarlılığı üzerinde güçlü etkisiyle glukoz homeostazisi iyileşir (41-43).

2.4.5. Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Gebelikte Tedavi

GDM'nin tedavisi, anne ve fetüsün sağlığını korumak için kan şekeri düzeylerinin kontrol altında tutulmasına odaklanır. Temel unsurları yaşam tarzı değişiklikleri, düzenli fiziksel aktivite kan şekeri izlemi ve gerektiğinde insülin tedavisini içerir. GDM tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım hem anne hem de fetüsün sağlığını korumak için önemlidir (26)

2.5. Emzirme Anatomisi ve Fizyolojisi

2.5.1. Memenin Anatomik Yapısı



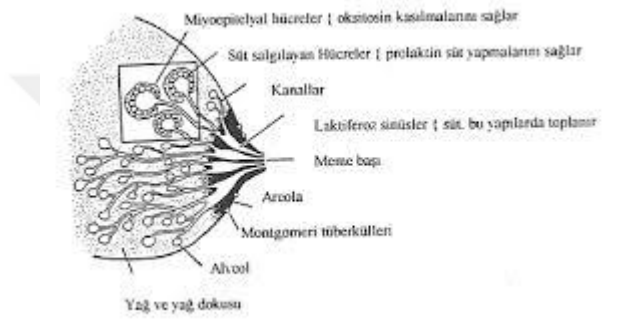
Şekil 3: Memenin Anatomisi (T.C. Sağlık Bakanlığı, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2023).

Meme gelişiminde sütün üretilmesi ve salgılanması, fetal gelişimin beşinci ve altıncı haftalarında başlar ve üreme çağına kadar sürer (44). Meme dokusunu sternumun iki yanında, 2. ve 6. kaburgalar arasında, orta aksiller seviyeye kadar uzanan ve pektoral kasların üzerinde yer alan glandüler yapılardır. Areola ve meme ucu, memelerin merkezinde bulunur ve Montgomery tüberkülleri ile çevrilidir (45-47).

Memeler, pektoral kasların (pectoralis major ve pectoralis minor) üzerinde bulunur ve Cooper ligamentleri olarak bilinen bağ dokusu ile göğüs duvarına sabitlenir. Meme ucunun etrafındaki koyu kahverengi bölge areola ve meme ucu, memenin dış kısmını oluşturan yapılardır. Montgomery tüberkülleri, meme ucunun çevresinde bulunarak, meme ucu kayganlığını sağlayarak, yenidoğanın meme ucunu

bulmasını kolaylaştırır (45-48). Memenin ağırlığı emzirme dönemi boyunca 500 gram civarı iken, emzirilmediğinde 200 gram civarındır (47). Memenin iç yapısı incelendiğinde; her memede 15-20 lobdan oluşan süt üreten lobüller, lobüllerin içinde süt kesecikleri olan alveoller bulunur. Lobüllerden çıkan süt kanalları, genişleyen keseciklerden laktiferöz sinüslerde birleşir ve süt depolanır. Süt, süt kanallarıyla meme ucuna ulaşır. Alveoller, süt salgısını sağlayan glandüler hücrelerden ve salgıyı dışarıya iten kontraktıl miyoepitelyal hücrelerden oluşur (45-47).

2.5.2. Laktasyon Fizyolojisi



Şekil 4: Anne Sütünün Oluşum Süreci (Uraş N. Anne sütünün oluşumu ve içeriği, 2017)

Laktasyon meme dokusunda süt üretimi, emzirmeye başlama, yenidoğan büyüme gelişme gibi fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönem anne bebek arasında kuvvetli bağın kurulduğu dönemdir (47,49). Laktasyon, süt yapımı ve salgılanması fizyolojik bir süreçtir; hormonal, nörolojik ve psikolojik mekanizmalar sayesinde düzenlenir. Üç aşamadan oluşur;

- Meme dokusunun gelişimi (Mammogenez)

Östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle ergenlik döneminde başlar ve gebelik boyunca devam eder. Ergenlik döneminde; östrojen süt kanallarının, progesteron ise lobüllerin gelişimini teşvik eder (49). Gebelik döneminde; östrojen, progesteron hormonlarına HPL ve prolaktin hormonları eklenerek meme dokusunun büyüme gelişmesi artar. Lobüller ve alveoller, süt üretimi için hazır olur (47).

- Süt üretimi (Laktogenes): Süt üretiminin başladığı laktogenes 2 aşamadan oluşur.

Laktogenes 1: Gebeliğin ikinci trimesterinde başlayıp doğuma kadar süren dönemdir. Bu dönemde yaklaşık 30 cc kolostrum üretimi yapılır. Östrojen,

progesteron ve prolaktin hormonları süt üretimini teşvik eder, ancak yüksek progesteron seviyesi süt salgılanmasını engeller (44,46).

Laktogenes 2: Doğum sırasında plasenta ayrılması ile başlar. Bu dönemde progesteron hormonu çok hızlı düşer, prolaktin hormonu artarak bol olarak süt üretimini başlatır. İlk günlerde kolostrum üretilir, ardından birkaç gün içinde olgun süte dönüşür (45,47).

- Süt salgılanması (Galaktopoez)

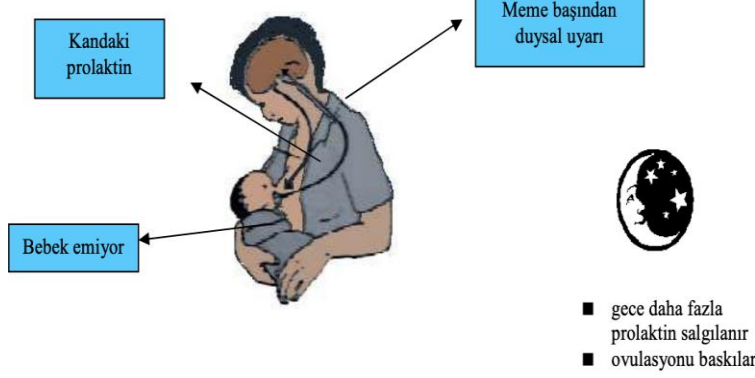
Matür süt üretiminin gerçekleştiği bu evre, doğumdan sonra 10. günde başlar. Süt yapımı endokrin kontrolden otokrin kontrole geçer. Süt üretiminin devamlılığı için prolaktin ve oksitosin hormonlarına ihtiyaç vardır. Bebek emmeye başladığında, meme ucu uyarılarak hipotalamus-hipofiz bezinden oksitosin salgısı aktive olur. Oksitosin, sütü süt kanallarına iletiminde görevlidir (48,50).

2.5.3. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması

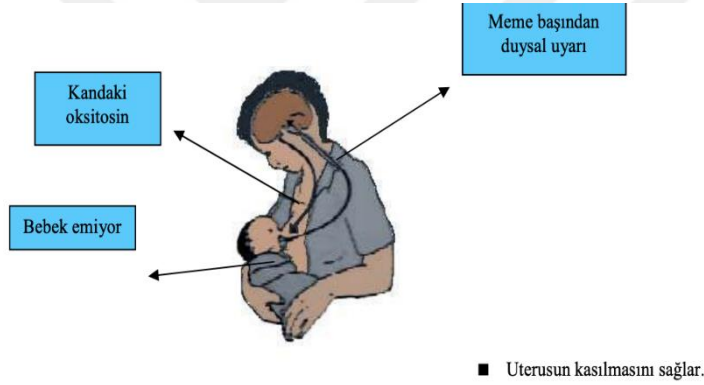
Gebelik dönemi boyunca salgılanan ve meme gelişimini etkileyen hormonlar; HPL, human koriyonik gonadotropin (hCG), oksitosin, östrojen ve progesterondur. Östrojen ve progesteron hormonunun sürekli artış gösterdiği gebelik dönemi boyunca HPL hormonu etkisiyle, meme dokusu laktasyona hazır olur. Gebelik döneminin ortalama 2. ayından itibaren östrojenin etki mekanizmasıyla areola ve meme başı büyüyerek gelişir, rengi koyu kahverengine doğru koyulaşır ve montgomery tüberkülleri daha belirginleşir. Progesteronun etki mekanizmasıyla alveollerde hipertrofi gelişir, epitel hücre dokuları salgılama görevi için hazır hale getirir. HPL gebelik döneminin ikinci trimesterinde kolostrumu teşvik eder ve meme dokusunun büyüme ve gelişimini sağlar. Üçüncü trimesterin sonuna doğru kan akımının artması, myoepitelyal ve bağ dokusu hücrelerinde hipertrofi, kolostrum üretime başlanması gibi durumlarından dolayı meme yağ dokusunda artış meydana gelerek meme boyutu büyür (50).

Olgun hale gelen memelerden postpartum dönem süt salgılanması ile başlayan dönem laktasyon dönemidir. Bu süreçte plasentanın ayrılması ile östrojen ve progesteron hormonlarında düşüş yaşanırken, prolaktin hormonu artar. Prolaktin hormonu süt üretimi için oldukça önemli bir hormondur. Emzirmenin başlaması ile areola ve meme ucu sinirleri uyarılarak, hipotalamus ön bezinden süt yapımı başlar. Hipofiz arka lobdan ise oksitosin hormonu salgılanarak myoepitelyal hücrelerin

kasılmasına sebebiyet vererek sütün akmasını sağlar. Düzenli emzirme ile meme refleksi sürekli uyarılırsa süt salınımı artar. Ayrıca psikolojik açıdan annenin rahat ve huzurlu olması sağlanarak oksitosin hormonu baskısı engellenir (13, 54).



Şekil 5: Prolaktin Hormon Etkisi (T.C. Sağlık Bakanlığı, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2023).



Şekil 6: Oksitosin Hormon Etkisi (T.C. Sağlık Bakanlığı, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2023).

2.5.4. Bebeğin Emmesine Yardımcı Refleksler

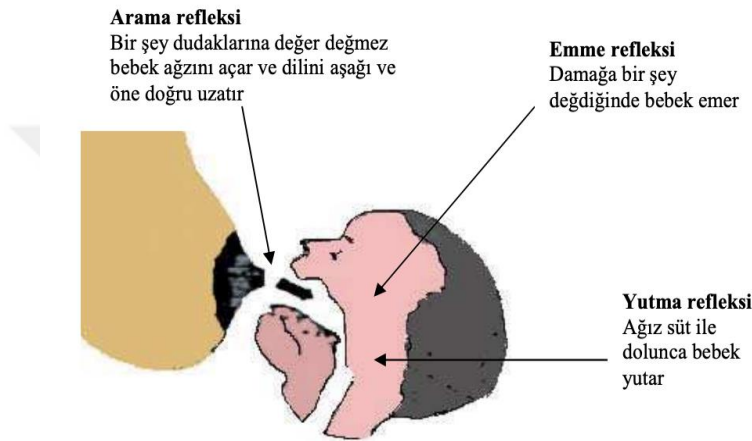
Emzirmenin başarılı olması için, emzirme tekniklerinin doğru kullanılması gerekmektedir. Yenidoğanların anne sütüyle beslenmesi için doğuştan gelen bazı refleksler vardır. Doğumdan sonra ilk yarım saatte bu refleksler aktiftir. Bu yüzden mümkün olan en kısa zamanda emzirmenin başlatılması gerekmektedir. Bu refleksler;

- Arama refleksi, bebek yanağına veya ağzına hafif bir dokunuş algıladığında başını o yöne çevirir ve koklama duyusuyla ağzını iyice açar. Bebeğin memeyi bulmasını

sağlar. Meme başını ve areolayı ağzına almasına katkı sağlar. Bebek meme ucunu bulduğu zaman emme refleksine geçiş olur.

- Emme refleksi, bebeğin ağzının meme ucuna değmesi ile başlar. Dil damağa doğru geri çekilir ve süt salınımı aktif olur. Ritmik bir şekilde dil ve çene hareket eder. Bebek emmeye başladığında yutma refleksine geçiş olur.
- Yutma refleksi, bebeğin ağzına sütün girmesi ile başlar ve otomatik yutmaya başlar.

Bebeklerin beslenme sürecinde bu refleksler önemli rol oynar. Bebeğin hayatta kalması ve sağlıklı bir şekilde beslenmesini sağlar (45-48).



Şekil 7: Bebekteki Refleksler (T.C. Sağlık Bakanlığı, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2023).

2.6. Anne Sütü

2.6.1. Anne Sütünün İçeriği

Anne sütünün yapısı ve içeriği emzirme döneminde bebeğin gereksinimine göre değişiklik gösterebilir. Bu durum yenidoğanın ilk 6 ayını etkilemez ve ihtiyaç duyabileceği tüm besin maddelerini içerir. Anne sütünün %87'si sudan oluşmaktadır. Bebeğin su gereksinimini ilk 6 ayda karşılamaya yeterlidir. Whey ve kazein olmak üzere iki çeşit protein bulunmaktadır. Whey proteinlerin sindirimi, kazein proteinlerine göre oldukça kolaydır. Anne sütünde %70-80 oranında whey sütü bulunmaktadır. Yenidoğanın protein ihtiyacını karşılayıp, enfeksiyonlardan korur. Yağ açısından anne sütünde %3-5 arasında bulunur ve çoklu doymamış yağ asitlerin fazla miktarda olması bebeğin beyin gelişimi için oldukça önemlidir. Yağ oranı kolostrum sütte düşükken, olgun sütte yüksek olması gibi farklılık gösterebilir. Bunun sayesinde bebeğin doygunluk hissine ulaşması sağlanır. Temel karbonhidratlardan laktoz inek sütüne göre anne sütünde daha fazla bulunur. Anne

sütünde laktoz %6.9-7.2 arasında bulunmaktadır. Mineral emilimini artırır, beyin gelişimini sağlar ve enfeksiyonlardan korur. Mineraller açısından anne sütü oldukça zengindir. Potasyum sodyum, klor ve fosfor inek sütüne göre anne sütünde az oranda bulunması böbreğin yükünü azaltır. Ayrıca demir oranının düşük olması bebeğin demir eksikliği anemisinden korumaktadır. Vitaminler açısından yağda ve suda eriyen vitaminler bebeğin 6 aylık sürecinde ona yetecek düzeydedir (55).

2.6.2. Anne Sütünün Yapısı

Anne sütü laktasyon süreci boyunca salgılandığı sürelerle göre yapısal açıdan farklılık göstermektedir. Emzirme sürecinde sütün yapısı 3 evreden oluşmaktadır.

- **Kolostrum:** Doğumdan sonra salgılanmaya başlayarak ilk 5 gün devam eden bebekte immünolojik etki gösteren süttür. Bebeğin ilk aşısı olan kolostrumun rengi sarı ve kıvamı koyudur. Yenidoğanın ilk içtiği süt olan kolostrum az miktarda salgılanmasına rağmen, ihtiyaç duyulan antikor, A, B12 ve D vitaminleri ve mineraller açısından yeterlidir. Bunlar sayesinde yenidoğanın bağışıklık sistemini güçlendirir, alerjenlere karşı koruyucu etki gösterir, enfeksiyonlardan korur, sarılık oluşumunu engeller, sindirimin kolay olması ve laksatif özelliği ile mekonyum atılımını sağlar, bebeğin bağırsak florasının oluşumuna katkı gösterir (55-57).
- **Geçiş Süt:** Doğum sonrası 5. günde salgılanmaya başlar ve olgun süte kadar devam eder. Kolostrum ile olgun süt arasında salgılanan bu sütün miktarı artar, protein düzeyi azalır. Laktoz, yağ ve vitamin oranlarında artış olur. Kalori yüksekliği sayesinde, bebeğin kilo alması sağlanır. İçerik olarak olgun süte benzerlik gösterir. Bebeğin sık sık emzirilmesi ile, memenin tamamen boşaltılması sağlanarak süt oranında artış olur (50,55).
- **Olgun (Matür) Süt:** Geçiş sütünden 10-14 gün salgılanmaya başlar ve emzirme süreci boyunca devam eden süttür. Rengi diğer sütlere göre daha açık ve kıvamı daha suludur. Emzirmenin gerçekleşme zamanına ve süresine göre içerik bakımından farklılıklar gösterir. Bebeğin enerji ihtiyacını, büyüme gelişmesini, günlük sıvı ve su gereksinimlerini sağlar. Ön süt ve son süt olmak üzere ikiye ayrılır. Ön süt; emzirmenin başlangıcında salgılanmaya başlar. İçerik açısından karbonhidrat, protein, su ve vitaminlerden zengindir. Son süt ise emzirmenin sonuna doğru salgılanan süttür. İçerik açısından daha çok yağlardan oluşur. Bebeğin kilo almasına destek sağlar (51,55,58).

2.6.3. Anne Sütünün Önemi

Anne sütü ve emzirme hem anne hem de bebek için faydası çoktur. Anne-bebek için anne sütü ve emzirmenin yararları aşağıda açıklanmıştır.

2.6.3.1. Anne Sütünün Bebek İçin Yararları

Emzirme, bebeğin sağlığını olumlu şekilde etkileyerek, doğumdan sonra bebeğin beslenmesi için en doğal ve sağlıklı bir girişimdir.

- Anne sütü, bebeğin ilk altı ay tüm ihtiyacı olan besin maddelerini, mineralleri ve vitaminleri içermektedir. Ayrıca antikorlar sayesinde bebeklerin bağışıklık sistemini güçlendirerek hastalıklardan korur (59).
- Bağışıklık sisteminin güçlenmesi, yenidoğanın bağırsak villusların gelişmesine katkı sağlayarak bağırsak mukozasından büyük moleküllerin geçişini engelleyerek alerjenlerden koru (60).
- Anne sütü ile beslenen bebeklerde orta kulak iltihabı ve tekrarlayan orta kulak iltihabı, mamayla beslenen bebeklere kıyasla daha az görülür.
- Üst solunum yolu, gastrointestinal sistem enfeksiyonunun görülme oranı azalır. Ayrıca diyare ve pnömoni oranlarında da azalma mevcuttur. Alerjik hastalıklardan korur ve ani bebek ölüm sendromunu azaltır (61-63).
- Diyabet, malignite, astım hematolojik hastalıkların riskini azaltır (60,64).
- Yaşamın ilk yılında hastanede yatış oranında azalma olur.
- Anne sütü A vitamini açısından zengin olduğu için, bebeklerin göz gelişimi ve beyin gelişimine katkı sağlar.
- Demir eksikliği anemisini önler (59-62).
- Anne sütü ile beslenen bebeklerin çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde obezite, Tip-1 ve Tip-2 diyabet, alerjik durumlar, çölyak ve bağırsak hastalıkları gibi kronik durumlarını azaltır (61).
- Ten-tene temas ile anne-bebek bağı yükselerek, bebeğin ruhsal, bedensel ve zihinsel gelişimine katkı sağlar (63,65).

2.6.3.2. Anne Sütünün Anne İçin Yararları

Emzirme anne için birçok fayda sağlamaktadır.

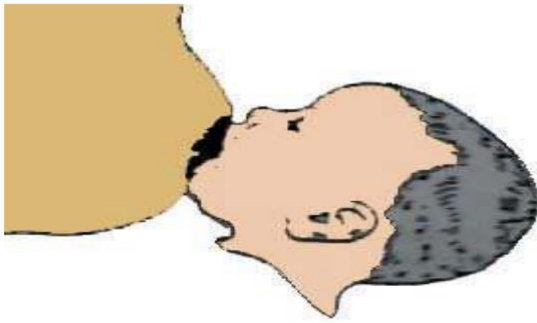
- Emzirmenin hemen başlatılmasıyla, anne-bebek bağlanması güçlenerek; annenin postpartum dönem uterus aktivitesini artırıp, kanamayı azaltır. Böylelikle anemi,

abuk yorulma ve halsizlik oranları da azalır. Doğum süreci iyileşme süreci de hızlanır (66,67).

- Emzirme ekonomik bir olaydır. Sağlık için yapılan harcamaları azaltarak ülke ekonomisine destek olur.
- Emzirme sayesinde doğum öncesi kiloya dönme süreci hızlanmaktadır.
- Astım, solunum yolu enfeksiyonu ve osteoporoz riski azalmaktadır.
- Premenopozal meme ve over kanser riski azalmaktadır.
- Tip-2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklardan korumaktadır (61,62).
- Annenin benlik saygısı ve öz-yeterlilik süreci artar ve annelik duygusunu geliştirir. Depresyon riskini azaltır. Uyku düzenini sağlayarak, uyku kalitesinin artmasını sağlar (68,69).

2.7. Emzirme

Emzirmeye doğum sonrası en hızlı sürede başlanmalıdır. Emzirme sırasında anne pozisyonu ve bebeğin areolayı iyice ağzına alması oksitosin ve prolaktin salınımını sayesinde, süt üretimini artırır. Doğru emzirme, bebeğin başı ve vücudu anneye dönük olacak şekildedir. Annenin meme ucu hizasında bebeğin burnu gelecek şekilde olmalıdır. Bebeğin ağzını açması sağlanarak, annenin memesine dokundurulur. Bebek memeye temas kurduğunda, meme ucu ve areolanın çoğunu ağzına almış olması gerekir. Bu süreçte bebeğin burnu açık olacak şekilde olması, bebeğin nefes almasına olanak sağlayarak rahat emzirmeyi sağlamaktadır. Ayrıca anne bebeğinin yutma hareketini duymalıdır (70).



Şekil 8: Memeye Doğru Yerleşme (T.C. Sağlık Bakanlığı, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı 2023).

2.7.1. Emzirme Süresi ve Sıklığı

Emzirme süresi ve sıklığı açısından belirli bir sınır bulunmamaktadır. Bu durum annenin emzirme konusunda bilgi ve becerisine, emzirme öz-yeterliliğine gibi faktörlerden etkilenebilir (71,72).

Emzirilme sıklığı ve süresi; yenidoğanda günde 8-12 kez emzirilmelidir. Süresi yenidoğandan yenidoğana farklılık göstermektedir. Bebek ne kadar çok emmek isterse o kadar emzirmek için meme değiştirilmeli ve emzirilmeye devam edilmelidir. Bebek tek memede doyduğunu hissedip emmeyi bıraktığında sonraki emzirmede diğer memeden başlanmalıdır. Eğer iki memeden sonra doyarsa bir sonraki emzirmede son memeden olacak şekilde başlanmalıdır. Prolaktin hormonu geceleri daha fazla salgılandığı için gece emzirmek süt üretimini artırmada yardımcıdır. Gece ve gündüz tüm öğünleri atlanmamalıdır. Emzirme sıklığı bebekten bebeğe farklılık göstermektedir (73). Bebeğe anne sütünün yettiğini anlayabileceğimiz bazı noktalar vardır. Bunlar;

- İlk 3 günde mekonyum, 5. günde sarı yumuşak gaita ve 5. günden sonra günde 1-2 sefer gaita görülmesi.
- Günde 5-6 sefer idrar çıkışının gözlemlenmesi.
- Yenidoğanın emzirildikten sonra mutlu olması.
- Yenidoğanın ayda 500 gram kilo artışının olmasıdır (73,74).

2.7.2. Emzirme Şekilleri

Emzirme şekilleri açısından ulusal ve uluslararası farklılıklar bulunmaktadır. Labbok ve Krosevec'in (1990) yaptığı emzirme şekil sınıflandırılmasını 3 gruba ayrılarak sınıflandırmışlardır.

- Tam Emzirme; tam emzirme ve kısmi tam emzirme şeklinde ikiye ayrılır. Tam emzirmede yenidoğana su dahil hiçbir sıvı veya katı gıda verilmemesidir. Kısmi tam emzirmede yenidoğana su veya meyve suyunu günde 1-2 kez verilmesi şeklinde olan emzirme şeklidir.
- Kısmi Emzirme; yüksek düzeyde kısmi emzirme, orta düzeyde kısmi emzirme ve düşük düzeyde kısmi emzirme şeklinde üçe ayrılmaktadır. Yüksek düzeyde kısmi emzirme de yenidoğanın bir günde alması gereken öğününde %80'ini anne sütü %20'sini ek sıvıların oluşturmasıdır. Orta düzeyde kısmi emzirme de yenidoğanın bir günde alması gereken öğününde %20-80 arasında kısmını anne sütü almasıdır. Düşük

düzeyde kısmi emzirme ise yenidoğanın bir günde alması gereken öğününde %20'nin altında anne sütü almasıdır.

- Sembolik Emzirme; bir günde 15 dakikadan az anne sütü verme ya da 2-3 kısa emzirme ile besleme durumudur (75).

2.8. Emzirme Başarısı

Emzirme başarısı, anne ile bebeğin birbirlerinin gereksinimlerini karşılıklı olarak tatmin etmelerini sağlayan, annenin emzirme eylemini gerçekleştirirken kendini başarılı olarak hissettiği etkileşimli bir süreçtir (19). Annenin hem fiziksel hem psikolojik olarak kendini iyi hissetmesi ve doğum sonrası en erken zamanda emzirmeye başlaması emzirme başarısını artıran etmenlerdendir (76). Bu sürecin başarısı; anne yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, aile şekli, annenin çalışma durumu, gebeliğin planlı olup olmama durumu, eğitim alma durumu, doğum şekli, emzirmeye başlama süresi, emzirme pozisyonu, annenin emzirme çabası, emzirme ile ilgili duyguları, geçmiş deneyimleri gibi birçok faktörden etkilenir (68, 76).

2.9. Emzirme Öz-Yeterlilik

Emzirme öz-yeterlilik annenin emzirme ile ilgili kendine olan inanç doğrultusunda başarı olma ve yeterli olma hissidir. Duygusal hazır oluş, emzirmeye yönelik çaba, emzirme ile ilgili olumlu düşünce, bu dönemde karşılaştığı zorluklarla başa çıkma kavramları da öz-yeterliliğin içerisinde. Anneler öz-yeterlilik sayesinde emzirmeye hazır olurlar ve emzirme dönemindeki karşılaştıkları zorluklarla daha kolay baş etme becerisine sahip olurlar (77,78). Yüksek öz-yeterlilik algısıyla;

- Anneler daha başarılı emzirme süreci yaşarlar.
- Emzirmenin başlatılması daha hızlı olur.
- Emzirmenin devamlılığı daha uzun olur.
- Hedeflerine daha hızlı ulaşırlar, kişisel doyum sağlarlar.
- Emzirme sırasında karşılaştıkları sorunları daha hızlı çözerler.
- Emzirmeye daha yatkın olurlar.
- Annenin özgüveni ve doyumunu artır (49,79,80).

Sonuç olarak öz-yeterlilik algısı, annenin bebeğini emzirme durumunu, çabasına bağlıdır. Ayrıca emzirme hakkında duygu düşünceleri etkilenir (19).

2.10. Emzirmede Hemşirenin Rolü

Emzirme döneminde hemşirelerin rolü çok büyüktür.

- Doğum öncesi anne sütü ve emzirme eğitimlerinin verilmesi annenin emzirme başarısını ve öz-yeterlilik oranlarını artırmaktadır. Hemşireler bu durumun farkında olmalı, doğum öncesi eğitimin doğru ve eksiksiz aldıklarını tespit etmelidir.
- Emzirmenin başarılı, doğru, eksiksiz olması için hemşirelik girişimleri antenatal dönemde başlanmalı ve taburculuk dönemine kadar devam etmelidir (77,81).
- Annelerin bireysel ve eğitim farklılıklarına göre hemşireler tarafından emzirme eğitimi ve danışmanlığı verilmelidir. Bu eğitim sayesinde annelerin emzirme başarısı ve öz-yeterliliği artmaktadır (82).
- Hemşireler, bakım verme, karar verme, hasta hakları savunma rolleri ile bebeğin anne sütü ile beslenme davranışına olumlu katkı sağlar. Emzirmenin korunmasını, teşvik edilmesini ve desteklenmesinde önemli etkileri ve katkıları bulunmaktadır. Ayrıca kanıta dayalı uygulamaları düzenli takip ederek, bilimsel olarak değerlendirmeli ve uygulamalıdır (83).
- Hazırlanan emzirme eğitimi sosyal ve kültürel yapılara ve inanışlara uygun olarak hazırlanarak planlama, uygulama ve düzenli değerlendirme yapılmalıdır (84).
- Hemşireler emzirmenin başlama zamanını, nasıl başlatılacağını, doğru emzirme tekniklerini, emzirme pozisyonlarını, emzirme süresini, emzirme aralıklarını anneye öğretmeli ve destek sağlamalıdır (85).
- Annelerin kendilerine güvenme sorunu yaşama durumu, kaygıları, sütünün yeterli olmaması düşüncesi, meme ucunda ağrı olması gibi durumlar öz-yeterliliği azaltacağı için kişiye özel, annenin kafa karıştırıcı tavsiyelerden uzak ve güçlü yönleriyle emzirme başarısını artıracak motivasyonel görüşme yapılmalıdır (85,86).

2.11. Diyabet Çeşitlerinin Emzirmeye Olası Etkisi

Diyabet tanısına sahip anneler doğumdan sonra bebeğe bakmak ve diyabeti yönetmekten dolayı ekstra zorluklarla karşı karşıyadır. Bu nedenle olumsuz sonuçların riski daha yüksektir. Riskleri en aza indirerek sağlıklı bir bebek yetiştirmek hedeflenir. Hedefe ulaşmanın ilk yolu emzirmeyi iyi yönetmektir. Bu annelerde emzirme sağlıklı annelere göre daha güç olabilmektedir. Bunda diyabetin etkileyebileceği doğum sonrası komplikasyonlar, prematüre, hipoglisemi, bebeğin yenidoğan ünitesinde yatması, emzirmeye geç başlanması ve annenin duyduğu kaygı

etkili olabilir. Annede var olan diyabet tanısı prolaktin yanıtını azalması gibi hormonal nedenlere, gecikmiş laktogenes 2'ye sebep olarak genel popülasyonda emzirmeye başlatamama, emzirmenin erken bırakılması, emzirme niyetinde olumsuz duygular yaşama gibi risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri yenidoğanın nörodavranışları etkileyebilmekte, bebeklerdeki emme refleksini zayıflatabilmektedir (87-89). Emzirme diyabetli kadınlar için önemlidir, çünkü emzirme sırasındaki metabolik adaptasyonlar hamileliğin bazı aterojenik ve diyabetojenik etkilerini tersine çevirebilir. Diyabetin emzirmeye etkisi üzerinde net bir sonuç yoktur.

2.11.1. Tip-1 Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi

Tip-1 diyabet tanısı, emzirme sürecinde özel düşünülmesi gereken bir durumdur. Tip-1 diyabet, hamileliği ve postpartum dönemi zorlaştıran en yaygın önceden var olan tıbbi durumlardan biridir ve eğer durum iyi yönetilmezse hem anne hem de çocuk için potansiyel olarak yıkıcı sonuçlar doğurabilir. Bu tanıya sahip kadınların diyabet tanısı olmayan kadınlara göre anne sütündeki laktoz içeriği benzerken, glikoz içeriği yüksek ve insülin konsantrasyon oranı ise düşüktür (90). İnsülin düşüklüğü laktogenes 2 gecikebilir, emzirme sürecinde anne metabolizması etkilenecek glisemik kontrol zorlayabilir. Zayıflayan glisemik kontrol ile erken gebelik haftasında doğum yapma, sezaryen doğum oranları ve bebeklerde doğum sonrası hipoglisemi görülme riski artar. Bununla birlikte yenidoğan yoğun bakıma başvuru oranları yükselir, erken anne-bebek ayrılığı ilk meme teması ve emzirmeye başlama oranları sıklıkla gecikmektedir (91). Bunların dışında eğitim seviyesinin düşük olmasıyla annenin düzensiz diyabet tedavisi, yenidoğan beslenmesini ve dolayısıyla büyüme gelişmeyi etkileyerek emzirme oranlarını geciktiren diğer etkenlerdir (92). Yenidoğanın motor süreçler ve refleks işlevlerinde bozulmalar olabilir. Emzirme durumundaki aksaklıklar yenidoğanların uzun vadede ise obezite ve tip-2 diyabet gibi metabolik hastalıklara riskini artırabilir. Ayrıca hipoglisemi korkusu veya hipoglisemi varlığının olması, annelerin emzirmenin başarısız olma korkusu, süt yetersiz algısı, diyabet yönetiminin ek yükü psikolojik stresi artırarak emzirmeye başlama, gecikme ve bırakma durumunda artışa sebep olmaktadır. Bunlar da hipoglisemi ataklarını artırma ve ketoasidoz tablosunun gelişmesine sebep olabilir (87,88). Ayrıca bu hastalar tedavi yöntemi olarak insülin kullanması önemli olan başka bir alandır. Emzirme oldukça efor gerektiren ve enerji atmayı sağlayan bir

eylem, emzirme ile birlikte yanlış insülin dozu hesaplama veya uygulama bu annelerin hipoglisemik ataklar yaşaması açısından bir risk faktörüdür.

İsveç'te Tip-1 diyabet tanılı 155 anne ile doğum sonrası diyabet yönetimi ve emzirme arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmada annelerin genel sağlık durumu ve diyabet yönetimi iyi olmasına rağmen doğumdan sonra dengesiz kan şekeri atakları yaşadıkları ve postpartum 6. ayda sadece anne sütü ile beslenme oranlarının 2.aya göre belirgin düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (22). Bu duruma destek olarak birçok çalışma Tip-1 diyabetli kadınlarda emzirmeye başlama oranlarının daha düşük ve kısa olduğunu ileri sürmektedir (91-93). Emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamaları karşılaştırmak amacıyla Ocaktan ve ark. (2017) Türkiye'de 76 (19 diyabet, 57 diyabeti olmayan) anneden Tip-1 diyabete sahip olanların ilk yarım saat içinde emzirmeye başlama oranı düşük, ilk verilen besinde mama oranının fazla, altı aydan az emzirme oranı yüksek, emzirenlerde süt yetersizliği oranının yüksek fakat buna rağmen emzirme isteklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (94). Avustralya'da yapılan bir çalışma, postpartum dönemde Tip-1 diyabete özgü sıkıntı ve depresif ruh halinin ortaya çıktığını göstermiştir (95). Bu kadınların hamilelik ve doğum sırasındaki koşulları, kadınların diyabet yönetimini zorlaştırmakta ve onların refahı ve emzirme kapasitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir (12,95). Bunların aksine Tip-1 diyabeti olan ve sağlıklı annelerde emzirmeye başlama oranlarının benzer olduğunu gösteren bazı çalışmalar tutarsızlıklara sebebiyet vermiştir (96).

Sonuç olarak; Tip-1 diyabet tanılı anneler sık sık hipoglisemi ataklarına karşın düzenli kan şekeri seviyesini takip etme bilincinde oldukları için insülin dozlarının ayarlanması yapmaktadır. Emzirme durumu bu atakları artırabilmekte ve emzirme kapasitesini etkileyebilmektedir.

2.11.2. Tip-2 Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi

Diyabetin en sık görülen, insülinin etkisine karşı dirençle insülin sekresyonunda oluşan bozukluk sonucu ortaya çıkan Tip-2 diyabet diğer türlerden farklı olarak oral hipoglisemik ajanların tek başına veya kombine kullanımını içerir. Fakat postpartum dönemde diyabetik anneler için antidiyabetik tedavinin kendisi emzirmeyi etkileyebilir. Oral hipoglisemik ajanların kullanımına izin verecek yeterli veri yoktur. Bu nedenle insülin şu anda emzirme döneminde optimal antidiyabetik

tedavi olmaya devam etmektedir (97,98). Tip-1 diyabetin etkilerine ek olarak bu annelerde insülin kullanımına geçiş süreci annede stres yaratmaktadır. İnal ve ark. (2015) Tip-2 diyabeti olan 410 ve sağlıklı 410 anne ile yaptığı geniş ve özgün çalışmada en az 6 ay devamlı anne sütüyle emzirme oranlarında diyabetik olmayan annelerin oranlarını oldukça yüksek olduğunu saptamışlardır (99). Literatürde Tip-2 diyabetin emzirmeye olası etkileriyle ilgili yeterince çalışmalar yapılmamıştır. Genelde gebelik öncesi diyabet tanısı olan (Tip-1 diyabet ve Tip-2 diyabet) birlikte alınmıştır.

Sonuç olarak; Tip-2 diyabet tanısına sahip anneler diğer diyabet tanılarında olan laktogenezis 2'nin gecikmesinin yanı sıra emzirmeye başlama ve devam etme konusunda kendisinin yetmediği ve insülin kullanımının yenidoğana zarar vereceği düşüncesiyle mama takviyesine başlayabilir. Bu durum süt üretiminin daha da azalmasına ve emzirmeye olan güvende azalmaya katkıda bulunarak emzirme süresinin kısalmasına neden olabilir.

2.11.3. Gestasyonel Diabetes Mellitusun Emzirmeye Olası Etkisi

Maternal diyabet laktogenes başlangıcını geciktirmesi ve GDM'li annelerden doğan bebeklerin sezaryenle, erken doğumla doğma, düşük doğum ağırlığı veya makrozomi sorunu yaşama ve ardından yoğun bakıma alınma olasılıkları daha yüksek olmasından dolayı kadınların emzirme olasılıkları, emzirmeye başlama oranları, emzirme süresi daha düşüktür (20, 100-102). Ayrıca ACOG'un yayınladığı (2022) rehber bu durumu destekler niteliktedir; GDM tanılı anneden fetüse fazla miktarda şeker aktarılabilir. Bu durum sonucunda fetüs çok fazla kilo alıp emme zorluklarına, sezaryen doğuma ve böylelikle emzirme sorunlarına yol açabilir (39).

Nguyen ve arkadaşları (2019) GDM ile emzirme sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendiren gözlemsel çalışmaları PubMed, Web of Science ve ProQuesti tarayarak 891 makaleden ileri değerlendirmek için 16 makale literatür çalışmasını incelemiştir. Bu makalelerden 4'ünde GDM'li kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan çok çeşitli faktörlerin (demografik özellikler, anne ve bebeğe ilişkin faktörler, hamilelik sırasında annenin bakımı ve doğum şekli) etkilemesi sonucunda; GDM'li annelerin bebeklerini yalnızca anne sütüyle besleme olasılıkları ve emzirme süresini daha kısa bulunmuştur. Ayrıca hamilelik öncesi obezitenin hamilelik sırasında meme gelişimini engellediği, laktogenezin başlangıcını geciktirdiği ve emzirmenin yanı sıra

emzirmenin erken kesilmesine neden olduğu da gözlemlenildi (103). Emzirme süresiyle ilgili olarak başka bir çalışmada Oza-Frank ve arkadaşları (2015) 72.755 GDM'li annelerin en az 2 ay emzirmeye devam etme olasılıkları sağlıklı annelere kıyasla daha düşük buldular (104). Daha önceki çalışmalarda bu çalışmaları destekleyen nitelikte GDM'li annelerin emzirme süreleri ve sadece anne sütü ile besleme olasılıkları düşük bulunmuştur (103, 105). GDM'li kadınlar arasında yalnızca emzirmenin azaldığına ve erken mama takviyesinin arttığına dair 2016'da Haile ve ark. Bebek Besleme Uygulamaları Çalışması II (IFPS II) kohortunda GDM'li kadınların hastaneden taburcu olurken yalnızca emzirme oranının yaklaşık %40 daha düşük olduğunu tespit edilmiştir (106).

Sonuç olarak diyabet tanısı olan annenin biyolojik faktörleri açısından obezite, gecikmiş laktogenezis safhası, sezaryenle doğum ve doğum komplikasyonları emzirmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bebek fizyolojik faktörlerinden; yenidoğanın hipoglisemiye girmesi, bozulmuş nöromotor davranışlar ve emme düzeninin bozulması meme kavranmasını, emzirme devamlılığını ve süresini olumsuz etkiler. Sağlayıcı uygulamalarından; sağlık profesyonelinin destek algısının azalması, hastanede daha az emzirme teşviki, hastanede kalış sürecinde daha az odada kalma durumları da emme süresinin azalmasına sebep olur. Bunların dışında annede emzirme öz-yeterliliğin azalması da emzirmeyi olumsuz etkilemektedir.

2.12. Diyabet Tanılı Annelerin Emzirmesinde Hemşirelik Bakımı

Emzirmenin iyi bilinen faydaları göz önüne alındığında, hemşireler farklı diyabet tanılarının emzirme sonuçlarını azaltma etkisinin farkında olmalıdır.

- Emzirmeyi engelleyecek yanlışlar yoksa ve emzirme genel olarak başarılı ise emzirmeye müdahale edilmemeli, anne bebeğini emzirmeyi sürdürmesi için desteklenmelidir (104).
- Bebek yeterli (ayda 500 gr.dan fazla) kilo alıyor ve yeterli ve konsantre olmayan idrar yapıyor ise emzirme sıklığını bebeğin isteğine göre ayarlamanın önemli olduğu ancak özellikle başlangıçta emzirme sıklığının günde sekizin altına inmemek gerektiği açıklanmalıdır (106).
- Erken ten tene temasın teşvik edilmesi, anne ile yenidoğan arasındaki ayrımın azaltılması ve emzirme güçlüğü yaşayan kadınlara ekstra destek verilmesi de önemlidir.

- Doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde emzirmeye başlaması sağlanmalıdır. Süt salınımının artması için memenin uyarılması gerektiği, uyarılmanın kadının bebeğini sık emzirmesiyle olduğu anlatılır. Gece emzirmelerinin anne sütünü arttırdığı bu nedenle gece emzirmenin önemi vurgulanmalıdır (104).
- Sağlık yönetiminde var olan yaşam tarzı belirlenerek yaşam tarzında yapılması gereken değişiklikler planlanmalıdır. Özellikle bu süreçte doğru stres yönetimi, egzersiz, beslenme ve uykuya ilişkin düzenlemelerde daha dikkatli olunmalıdır. Stres faktörünü azaltmak için rahatlatma tekniklerini (gevşeme, doğru nefes alma) öğretilmelidir. Annelere bireyselleştirilmiş egzersiz planlanmalıdır.
- Diyabetli kadınların duygusal refahı, emzirme ve bebeklerine bakma konusunda kontrolün kendilerinde olduğunu hissettiklerinde daha iyi korunacakları için; doğumdan sonraki ilk haftalarda eş ve partnerin varlığı ve desteği kadının emzirmeye başlaması ve devamı açısından önemi vurgulanmalıdır.
- Bebek hipoglisemi riskine karşı gözlemlenmeli ve bebeğin hipoglisemiye girme riskinden dolayı erken dönemde emzirmeye daha fazla önem verilmelidir. Aile içinde veya yakınlarındaki destek kaynaklarını tespit edebilmek için kadın ile iş birliği yapmalı ve kadınların olumlu emzirme davranışları geliştirebilmesi için sosyal destek olunmalıdır.
- Hemşireler diyabet hastası olan annelerin bebeklerinin doğumda nöromotor becerilerde ve emmede bozulma olabileceğine ve bunun da emzirmenin devamlılığını olumsuz etkileyebileceğinin bilincinde olarak emzik ve biberon kullanımının emzirmeyi olumsuz yönde etkilediği kadınlara anlatılmalıdır.
- Anneler emzirirken özellikle gece emzirmesi sırasında hipoglisemi ataklarından endişe etmeleri ve yanlarında destek olacak birinin olmaması korkusundan dolayı yakınlarında uygun yiyecek ve içeceklerin bulunmasını ve aranacak birinin bulunmasını sağlamaları konusunda eğitim verilmelidir. Böylelikle kadının emniyet ve güvenlik ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olunabilir.
- Annelere bebeğin hipoglisemi yaşaması durumunda daha sonra kullanılmak üzere saklanabilecek anne sütünün sağılması teşvik edilmelidir.
- Diyabet tanılı annelerde hemşirelik girişimleri, diyabet türlerine göre farklılıklar göstermektedir. Şekil 9'da verilmiştir.

Tip-1 Diabetes Mellitus; Emzirme dönemi, tip-1 diyabetli kadınlarda yaşamda potansiyel olarak stresli ve zorlu bir dönemdir. Diyabet yönetiminde genel hemşirelik bakımlarına ek olarak dikkat edilmesi için hemşire olarak bazı düzenlemeler yapılabilir.

- Diyabet tedavisinde kullanılan insülinin, anne sütünün kalitesini etkilemediği ve emzirme sırasında güvenli bir şekilde kullanılabileceği anneye açıklanmalıdır (93).
- Optimal diyabet düzenlemesinin önündeki engeller arasında doğumdan hemen sonra hipoglisemi riski endişe vericidir ve ketoasidoz da ortaya çıkabilir. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM), emziren kadınların günde en az toplam 210 g karbonhidrat tüketmesini önerdiği için; yemek zamanlarında alınan karbonhidrat miktarıyla hızlı etkili insülin dozlarının eşleştirilmesi için karbonhidrat sayımı son derece faydalı olduğunu, yeterli bir diyetin sürdürülmesini ve anneliğin talepleriyle başa çıkarken plazma glukozunun sık sık kendi kendine izlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. İnsanlarda emzirme genellikle kalori yetersizliğine dirençlidir. Ketoasidoz riskini düzenli emzirerek azaltılabilir bunun için anne teşvik edilip, karbonhidrat sayımı kolaylaştırıcı akıllı telefon uygulamaları önerilebilir (90, 91, 92, 107).
- Neonatal hipogliseminin tedavisinde ilk adım olarak sık sık anne sütüyle beslenmeyi önermeliyiz. Beslenme durumu yetersizliği durumunda intravenöz glukoz desteklenir.
- Bireysel kadının uygun insülin dozu ayarlaması ve insülin pompası tedavisi kullanan kadınlarda yaşamın bu döneminde beklenen insülin pompası ayarları konusunda rehberliğini daha da geliştirmek için annelere özel eğitim verilmelidir.

Tip-2 Diabetes Mellitus; Tip-2 diyabet tanılı anneler gebelik ve emzirme döneminde oral antidiyabetik ajanları bırakıp insülin kullanımına döndükleri için hemşireler Tip-1 diyabet yaklaşımlarına ek olarak bazı konulara dikkat etmelidir.

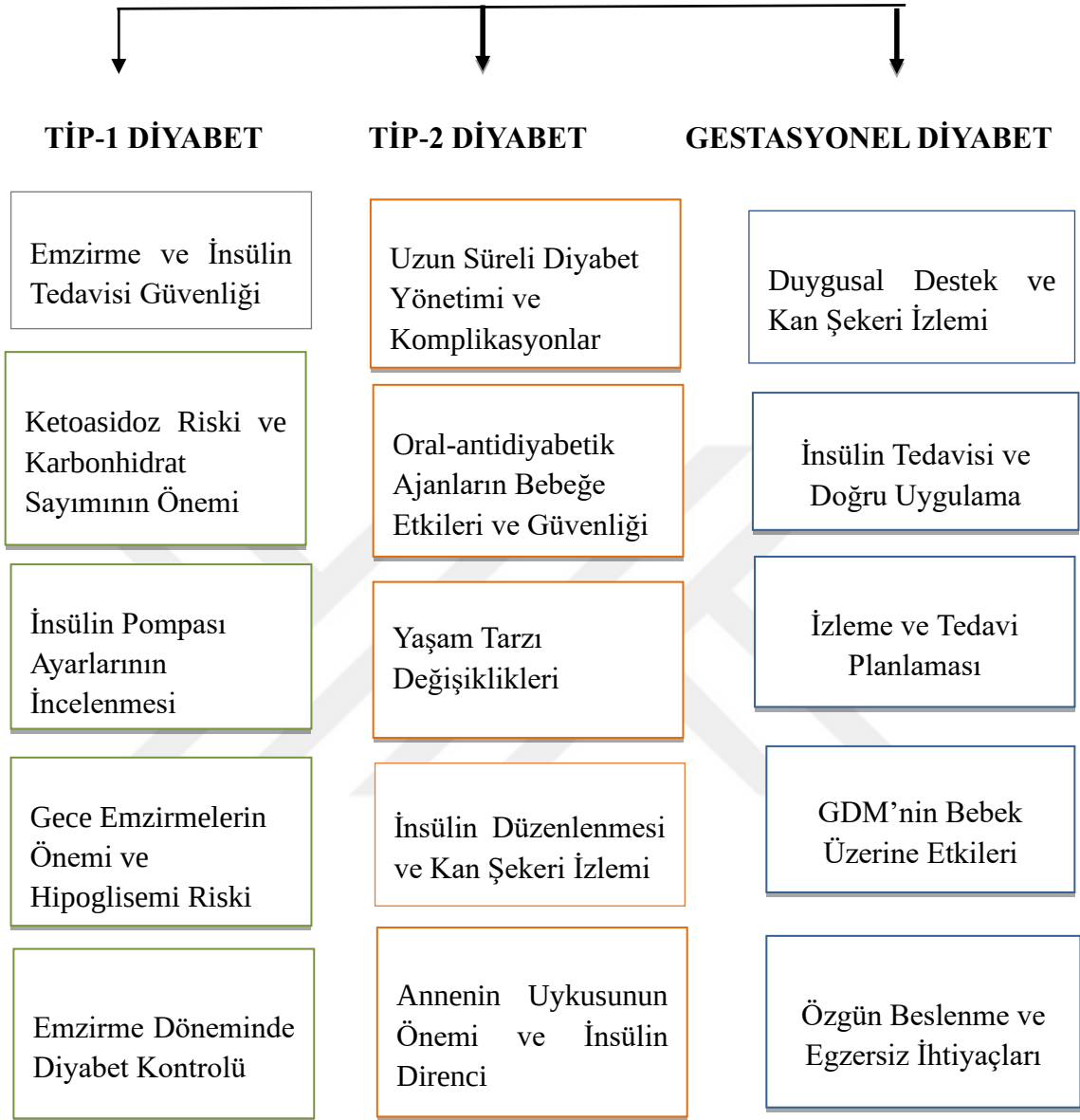
- Tip-2 diyabet tanılarını nasıl yönetecekleri konusunda bilgilendirilmesi, özellikle kan şekeri seviyelerini düzenli olarak izlemeleri ve insülin veya diğer diyabet ilaçlarını uygun şekilde kullanmaları için eğitim verilmesi gerekmektedir.
- Yeterli uykunun olmamasının insülin direnciyle, glukoz intoleransı ile ve Tip-2 diyabetle ilişkisi olduğu saptandığı için uyku bozukluklarına dikkat edilerek uykunun önemi anlatılmalıdır (104).

- Emzirme döneminde kullanılan diyabet ilaçlarının emzirme üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve insülin önerileri değerlendirilmelidir.

Gestasyonel Diabetes Mellitus; Anne ve fetüsün sağlığını önemli ölçüde etkileyen riskli bir durumdur. Bu nedenle risk faktörlerinin bilinmesi, tanınması, yönetimi, bakımı anne ve fetüsün sağlığını etkiler. Hemşirelerin GDM'ye yönelik uygun bakım vermesi oldukça önemlidir. Uygun bakım ve yönetim prekonsepsiyonel dönemde başlayıp postpartum döneme kadar sürdürülmelidir.

- Fizyolojik bir süreç olan gebelikte, patolojik GDM tanısını yeni almış anne ve ailesinin duygu ve düşüncelerini değerlendirerek, kaygılarını azaltılmalıdır. Anne adayına GDM ve doğru yönetim konusunda farkındalık oluşturmak bu süreçte etkili olacaktır.
- Kan şekeri takibi konusunda anneleri bilgilendirmek oldukça önemlidir. Sürekli parmağını delme işlemi, akan kanı görme anne için kaygı ve acı verici olabilir. Annelerle konuşarak onları rahatlatma ve GDM'nin doğru yönetimi durumunda bu izlemlerin azalacağı belirtilmelidir.
- İnsülin tedavisinde uygun bölge, uygun doz, etki süresi ve bu konudaki endişeleri hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.
- Annelere GDM'ye bağlı gebelikte oluşabilecek komplikasyonlardan bahsederken kaygılarını artırmamak için tedaviye uyumun komplikasyonları azaltacağı hakkında bilgi verilmelidir. Komplikasyonları daha güzel anlaması için şema, görsel materyal kullanılabilir. Düzenli tansiyon ve ödem takibinin önemi, erken doğum riskinin oluşabilme durumu ve belirtilerinin izlemi, idrar yolu enfeksiyonundan korunmak için kan şekeri regülasyonunun önemi, annede oluşabilecek hipoglisemi (halsizlik, soğuk terleme, baş ağrısı) ve hiperglisemi (poliüri, polidipsi, polifaji gibi) belirtileri anlatılmalıdır.
- GDM döneminin iyi yönetilmesi için tüm faktörlerin değerlendirilmesinin yanı sıra aile ve çevre desteğinin önemi anlatılmalıdır (41).

Diyabet Tanılı Annelerde Hemşirelik Bakım



Şekil 9: Diyabet Tanılı Annelerde Hemşirelik Bakımı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Farklı diyabet tiplerinin (Tip-1, Tip-2 ve GDM) emzirme başarısı ve emzirme öz-yeterlilik algısına etkisini incelemek amacıyla izlemsel, karşılaştırmalı, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine gelen ve örneklem kriterlerine uygun olan kadınlar alınmıştır. Veriler, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak, kurumdan izin alındıktan sonra Kasım 2022- Şubat 2024 tarihlerinde toplanmıştır. Araştırma planı tablo 4’de verilmiştir.

Ağustos- 2022	Literatür İncelenmesi ve Konunun Belirlenmesi.
Eylül-2022	Problemin Tanımlanması ve Araştırma Sorusunun Oluşturulması
Ekim- Kasım 2022	Tez Önerisi
Kasım 2022- Şubat 2023	Etik Kurul ve Kurum İzinlerinin Alınması
Şubat 2023- Şubat 2024	Verilerin Toplanması
Mart- Haziran 2024	Verilerin Analizi, Tez Yazımı ve Sonlandırılması

Tablo 4: Araştırma Plan Çizelgesi

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ilinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine gelen emziren anneler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak %95 güven aralığında hesaplanmıştır. Longmore ve arkadaşlarının “Associations of gestational diabetes and type 2 diabetes during pregnancy with breastfeeding at hospital discharge and up to 6 months: the PANDORA study” başlıklı çalışması örnek alınarak effect size d 0.5, alfa 0.05, power 0.95 değerleri baz

alınarak minimum örneklem hacmi toplamda 105 kişi olarak hesaplanmıştır (125). Veri toplama aşamasında 138 diyabet tanılı anneye ulaşılmış ancak veri toplama aşamasında cep telefonu ile ulaşılamayan, neonatal ölüm olan ve çalışmaya katılmak istemeyen anneler araştırmaya alınmamıştır. Bu sebeple çalışmamızın örneklemi 125 kişiden oluşmaktadır.

Örnekleme alınan her iki kurum il merkezinde, anne ve bebek dostu hastanedir. Emzirme eğitimi alma zamanı açısından hastaneler arasında farklılıklar bulunmaktadır.



Şekil 10: Veri Toplama Aşaması

3.3.1. Örneklem Özellikleri

18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen, miadında ve sağlıklı doğum yapan, emziren ve psikolojik rahatsızlığı olmayan kadınlar örneklemini oluşturmuştur. Örneklem seçme ve dışlama kriterleri Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5: Örneklem Seçme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
18 yaş ve üzeri olan Okuma yazma bilen Türkçe konuşabilen Miadında ve sağlıklı doğum yapan İlk 48 saatte emzirmeye başlayan Diyabet dışında kronik hastalığı olmayan	Psikolojik tıbbi tanı alma Yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde kalması Cep telefonunun olmaması Neonatal ölüm Cep telefonunu yanlış, eksik verme

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Emzirme başarı durumları (LATCH puanı ve/veya tam kısmi emzirme durumu) ve emzirme öz-yeterlilik ölçek puan ortalamasıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM tanısına sahip olma durumudur.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- 1- Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri Formu (Ek-1)
- 2- LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (Ek-2)
- 3- Emzirme Öz-Yeterlilik Algı Ölçeği (Ek-3)
- 4- Emzirme Takip Formu (Ek-4)

3.6.1. Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Formu (Ek-1)

Annelerin tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı ve obstetrik özellikler formu; yaş, diyabet durumu, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, çalışma durumu, meslek, sosyal destek, annenin obstetrik özellikleri, önceki gebelik durumuna ilişkin sorular, mevcut gebeliğe ilişkin sorular, yenidoğana ait tanımlayıcı özelliklerin bulunduğu 39 sorudan oluşan formdur.

3.6.2. LATCH: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (Ek-2)

Emzirmenin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan bu form 1993 yılında Deborah Jensen, Sheila Wallace tarafından Oregon'da yapılmıştır. LATCH, emzirme sırasında anneyi gözlemleyerek bilgi toplamak için kullanılan emzirme çizelgeleme sistemidir. Bu sistem, emzirmenin beş temel bileşenine 0, 1 veya 2 sayısal puan vermektedir. LATCH kısaltmasının harfleri bir değerlendirme göstergesini belirtir. "L", bebeğin memeye iyi tutma durumunu, "A", bebeğin yutma hareketlerini, "T" annenin meme ucu tipini, "C" annenin memeye ilişkin olan rahatlık düzeyini ve "H", annenin bebeğini tutması için ihtiyaç duyduğu yardım miktarını göstermektedir. LATCH sistemi ile hemşire; anne ve bebek ilişkisini değerlendirebilir, gerekli müdahale alanlarını tanımlayabilir ve bebek bakımında ve anne değerlendirme durumunda öncelikleri belirleyebilir (108). Her madde 0-2 puan almaktadır. Ölçekten maximum 10 puan alınmaktadır. LATCH ölçeğinin, güvenilirliği Adams ve Hewell'in (1997) yaptığı çalışmayla saptanmıştır (108). Türkiye'de güvenilirliği Yenil ve Okumuş (2003) tarafından yapılmıştır ve cronbach alfa değeri 0.93 bulunmuştur (110). Bu çalışmada Latch Cronbach alfa değeri 0.70 bulunmuştur.

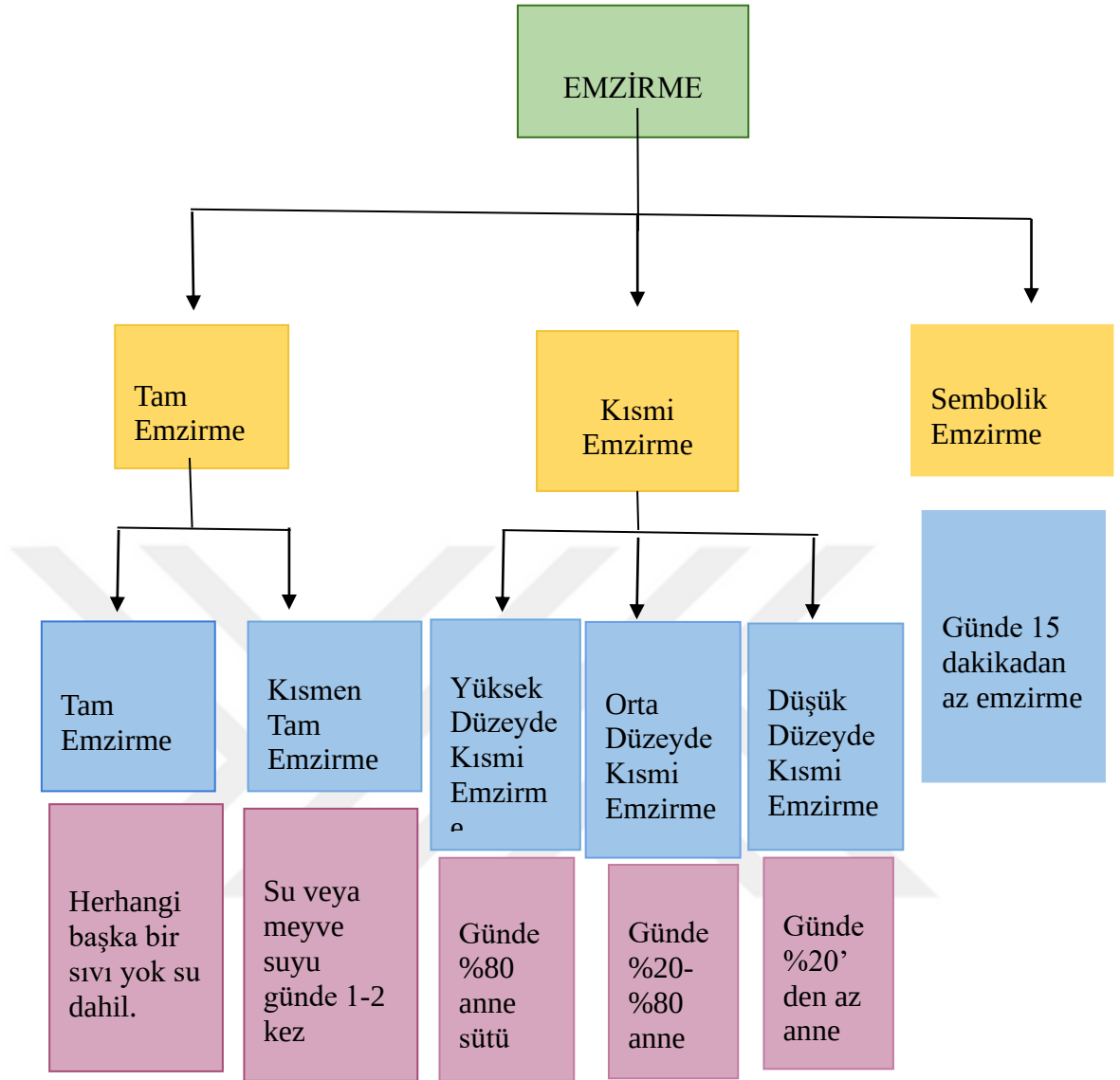
3.6.3. Emzirme Öz-Yeterlilik Algı Ölçeği (Ek-3)

Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği Dennis ve Faux (1999) tarafından 33 maddelik bir ölçek olarak oluşturulmuştur. Bu ölçek, annelerin emzirmeye ilişkin yeterlilik durumunu ve hissettiklerini değerlendirmektedir. Dennis'e göre emzirme öz-yeterliliği; geçmiş emzirme deneyimlerinden, diğer annelerin emzirme durumunu izlemesinden, aile arkadaşlar emzirme danışmanları ve sağlık uzmanları gibi kişilerden alınan sözlü uyarılardan, yorgunluk stres kaygı gibi fizyolojik tepkilerden etkilenir. Likert tipteki bu ölçek 1=Hiç emin değilim ve 5=her zaman eminim şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten minimum alınabilecek puan 33, maksimum

alınabilecek puan 165'dir. Puan arttıkça emzirme öz-yeterlilik algısı yükselir. Emzirme algı ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,96'dır (111). Madde sayısı fazlalığı nedeniyle başka bir metodolojik çalışma yapılmıştır ve bunun sonucunda 18 madde silinmiştir. Bu ölçeğe ait kısa formun Cronbach alfa değeri 0.94'dür. Kısa tipi toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipte ölçektir ve 1=hiç emin değilim ve 5=her zaman eminim şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum alınabilecek puan 14 ve maksimum alınabilecek puan 70'tir. Puanın arttıkça emzirme öz-yeterlilik artmaktadır. Dennis bu ölçeğin antenatal, postnatal ve gebelik döneminde uygulanmasının uygun bulmuştur (112). Türkiye'de hamile ve postpartum kadınlar için "Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği Kısa Formunu" tercüme etmek ve psikometrik değerlendirmek amacıyla Türkçe uyarlaması Aluş-Tokat ve Okumuş (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur ve güvenilirliği saptanmıştır (18). Bu çalışmada Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu kullanılmaktadır ve cronbach alfa değeri 0.85'dir.

3.6.4. Emzirme Takip Formu (Ek-4)

Annelerin 1. ve 3. ayda cep telefonuyla aranarak emzirme başarısını değerlendirebilmek ve anne sütü alma durumunu takip amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu sorular doğrultusunda yenidoğanın beslenme durumu değerlendirilmiştir. Formda bebeğin emzirilme durumu, yenidoğanın emzirildikten sonra huzur durumu, yenidoğanın beslenmesinin kaç saat arayla yapıldığı, anne sütünden başka sıvı veya besin alma durumu sorgulanmıştır. Bu formdan elde edilen cevaplar doğrultusunda yenidoğanın beslenme şekli Labbok ve Krosoveç (1990) belirlediği kriterlere göre değerlendirilme Şekil 10'de gösterilmiştir (75).



Şekil 11: Emzirme Şekilleri (Labbok M, Krosevec K.Toward consistency in breastfeeding definition. Studies in family planning. 1990;21 (4):226-230.)

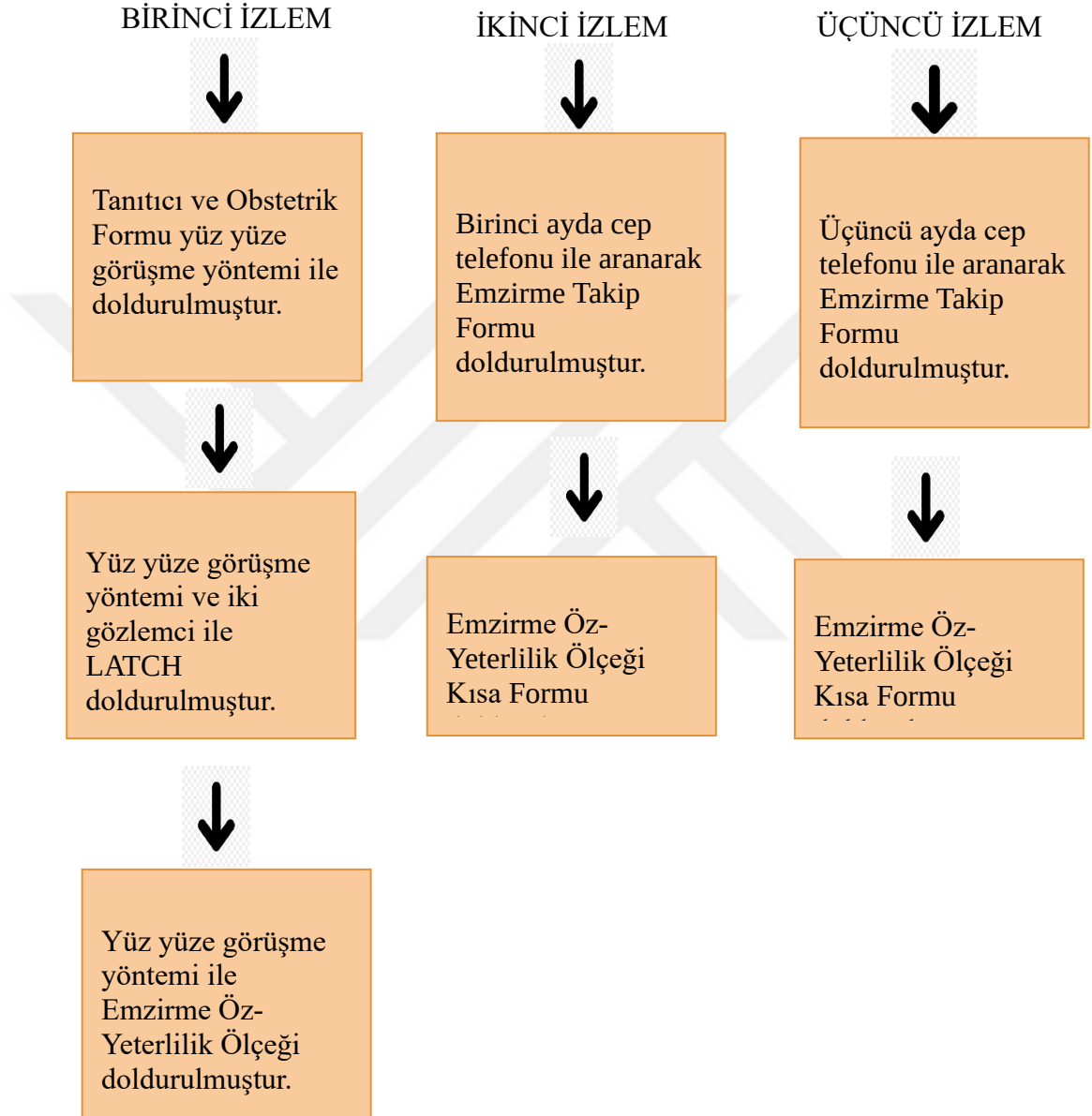
3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma örneklemine alınan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmıştır. Daha sonra gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onam formu ile izinleri alınmıştır.

Birinci aşamada; Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversite Araştırma Uygulama Hastanesinde bulunan yeni doğum yapmış annelerden, dahil olma kriterlerine uyan kişilerle yüz yüze görüşme yöntemiyle çalışma hakkında bilgi verilmiştir. “Yazılı Onam

Formuna” imza alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından “Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikler Formu” doldurulmuştur. Ardından çalışmaya katılacak kadınların hastaneden taburcu olmadan ilk emzirme yöntemi için 2 gözlemci tarafından (araştırma ve klinik hemşiresi) LATCH ölçeği doldurulup kişilere puan vermiştir ve verilen puanların ortalaması alınmıştır. Daha sonra “Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği” doldurulmuştur. Veri toplama ortalama 10-15 dakika sürmüştür. İkinci aşama postpartum 1. ayda cep telefon yolu ile gerçekleştirerek annelerin tam emzirmeyi gerçekleştirme durumunu belirlemek için “Emzirme Takip Formu” ve özgüveni değerlendirmek için “Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu” aracılığıyla toplanmıştır. Üçüncü aşama da ikinci aşamanın tekrarı olarak postpartum 3. ayda telefon yolu ile uygulanmıştır. Birinci ve üçüncü ayda veri toplama ortalama 5-7 dakika sürmüştür (Şekil 11).

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde örneklem kriterlerine uygun, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan “Yazılı Onam Formu” alınır.



Şekil 12: Veri Toplama İzlem Şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 29 paket programı ile yapılmıştır. Tip-1 diyabet, Tip-2 diyabet ve GDM tanılı annelerin tanıtıcı özellikleri, önceki gebeliklerine ilişkin özellikler, şu anki

gebeliklerine ilişkin özellikler ve yenidoğana ait tanımlayıcı özelliklere ilişkin veriler sayı (n), yüzde (%), standart sapma ($\pm ss$) ve minimum/maximum (min-max) ile ifade edilmiştir. Verilere homojenite testi yapıldı; örneklem sayısı küçük olduğu ve eşit dağılması için homojen kabul edilmedi. Bu durumlarını etkileyen faktörler analizi için non-parametrik verilerde kruskal-wallis ve ki-kare testi uygulanmıştır. LATCH ölçümü için veriler ortalama, standart sapma, medyan ile ifade edilmiştir. Bu durumları etkileyen faktör için non-parametrik verilerde kruskal-wallis testi kullanılmıştır. Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçümü için veriler ortalama, standart sapma, medyan ile ifade edilmiştir. Bu durumları etkileyen faktör için non-parametrik verilerde kruskal-wallis ve ileri analiz için Welch'in t testi kullanılmıştır. Emzirme Takip Formu için veriler sayı, yüzde ile ifade edilmiştir. Bu durumları etkileyen faktör için non-parametrik verilerde kruskal-wallis ve ileri analiz için Welch'in t testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarını;

- Herhangi bir kayıttan bu ifadelerin doğrulanmamış olması,
- Örneklem alınan hastanelerin sosyodemografik durumunun farklı olması,
- Cep telefonuna sahip olmama durumu,
- Postpartum dönemde annelerin ağrı yaşaması, ziyaretçilerin gelmesi gibi durumlardan dolayı araştırmaya katılmak istememeleri,

3.10. Etik Kurul Onay

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından 22 Şubat 2023 tarihinde 2023/05-19 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek.6.) Araştırmanın yürütüldüğü Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi (Ek-7) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimlik izinleri alınmıştır (Ek-8).

4. BULGULAR

Bu çalışmayı oluşturmak için toplam 125 diyabet tanılı anneye ulaşılmış ve veri toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular 2 gruba ayrılmış ve gruplar sırasıyla 4 ve 7 alt başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şu şekildedir;

4. 1. Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulgular

4.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

4.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri

4.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri

4.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri

4. 2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulgular

4.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular

4.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular

4.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması

4.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

4.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

4.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekillerinin Karşılaştırılması

4.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin ve Yenidoğanların Emzirme Durumunun Karşılaştırılması

4.1. Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulgular

4.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan emziren annelerin tanıtıcı özellikleri incelenmiştir ve 4 ayrı tabloda gösterilmiştir. Farklı diyabet tiplerine göre annelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da verilmiştir. Araştırmada toplanan verilerin %43.2 si Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinden %56.8 ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinden toplanmıştır. Araştırmaya katılan diyabet tanılı kadınların %25.6'sını Tip-1 diyabet, %36.8'ini

Tip-2 diyabet ve %37.6'sını ise GDM'li kadınlar oluşturmaktadır. Tip-1 tanılı kadınlar 19 ile 43 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 30.62 ± 5.09 dur. Tip-2 tanılı kadınlar 23 ile 45 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 33.28 ± 5.38 'dir. GDM tanılı kadınlar ise 23 ile 44 arasında olup, yaş ortalamaları 30.21 ± 5.51 yıldır. Normal dağılım göstermeyen grup olduğu için, üç grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test amacıyla kullanılan kruskal-wallis testi sonucuna ($H=8.68; p=0.01$) göre anlamlı fark bulunmaktadır. Örnek büyüklükleri ve varyansları farklı olan gruplar arasındaki anlamlı farkları belirlemek için yapılan ileri welch'in t testi analizde fark GDM grubuna göre Tip-2 gruptan kaynaklandığını tespit edilmiştir. Eğitim durumu açısından incelediğimizde Tip-1 tanılı kadınlar %43.8 ile en çok ortaokul mezunu, Tip-2 tanılı kadınlar %32.6 ile en çok lise mezunu ve Tip-1 ile benzer şekilde GDM'li kadınlar %40.4 ile ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. Eşin eğitim durumu incelendiğinde üç grupta da kadınların eğitim düzeyleri ile benzerlik göstermektedir. Tip-1 ve GDM de sırasıyla %43.9, %40.4 ile en çok ortaokul mezunu, Tip-2 de ise %32.6 ile en çok lise mezunu bulunmaktadır. Çalışma durumu incelendiğinde Tip-1 annelerin %34.4'ünün, Tip-2 annelerin %32.6 ve GDM annelerin %12.8'inin çalıştığı görülmektedir. Çalışma nonparametrik olduğu için bir veya daha fazla kategoride beklenen ile görülen arasındaki farkları belirlemek için yapılan ki-kare testinin sonucuna göre çalışma durumu açısından anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=3.37; p=0.03$). Bu farkın GDM grubunda çalışmayan annelerin oranının diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Her üç grupta bireylerin çoğunluğu gelir durumlarının giderlerine eşit olduğunu ifade etmiştir. Meslek durumuna göre incelendiğinde; Tip-1 grubunda katılımcıların çoğunluğu memur (%63.6), Tip-2 (%53.4) ve GDM (%66.7) grubunda ise serbest meslekte olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan Tip-1 kadınların %93.7'sinin, Tip-2 kadınların %84.8'inin ve GDM kadınlarının %87.2'sinin çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Sosyal destek varlığı açısından gruplar incelendiğinde Tip-1 kadınların %53.1, Tip-2 kadınların %52.2 sosyal destek verildiğini belirtirken, GDM kadınların çoğunluğu (%61.7) sosyal destekleri olmadığını ifade etmişlerdir. Sosyal destek olan kişiler olarak üç grupta da desteklerin aile ve eş olduğu belirtilmiştir. Sosyal destek olan kişi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunarak ($\chi^2=9.83; p=0.04$), destek kaynağı olarak çoğunlukla Tip-1 de eş iken, Tip-2 de aile olduğu

saptanmıştır. GDM grubunda aile ve eş eşit düzeyde destek sağlamıştır. Ailede diyabet öyküsü açısından incelendiğinde; üç grupta (%56.2, %71.7, %53.2) ailede diyabet tanısı bulundurma oranları yüksek olduğu bulunmuştur. Ailede diyabet öyküsü en çok kişilerin annelerinde var olduğunu ve bu genelde diyabet olarak Tip-2 diyabet öyküsü olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 6: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri(n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)				
	n	%	n	%	n	%			
Diyabet Türü	32	25.6	46	36.8	47	37.6			
	Ort ±SS		Ort ±SS		Ort ±SS		Medyan	H* p	Welch
	Min/Max		Min/Max		Min/Max				
Yaş	30.62±5.09		33.28±5.38		30.21±5.51		31.00	8.68	0.01 2>3
	19/43		23/45		23/44				
	n	%	n	%	n	%	x ²	p	
Eğitim Durumu									
İlkokul	-	-	7	15.2	5	10.6			
Ortaokul	14	43.8	14	30.4	19	40.4	6.74	0.34	
Lise	13	40.6	15	32.6	14	29.8			
Üniversite	5	15.6	10	21.8	9	19.2			
Eşin Eğitim Durumu									
İlkokul	1	3.1	5	10.9	3	6.4			
Ortaokul	13	40.6	21	45.7	23	48.9	2	0.83	
Lise	12	37.5	13	28.3	13	27.7			
Üniversite	6	18.8	7	15.1	8	17.0			

Tablo 6: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=125) Devam

Çalışma Durumu			n	%	n	%	x ²	p
Çalışıyor	11	34.4	15	32.6	6	12.8	3.37	0.03
Çalışmıyor	21	65.6	31	67.4	41	87.2		
Gelir Düzeyi								
Gelir Giderden Düşük	9	28.1	15	32.6	11	23.4		
Gelir Gidere Eşit	21	65.6	31	67.4	34	72.3	3.41	0.49
Gelir Giderden Fazla	2	6.3	-	-	2	4.3		
Meslek								
	(n=11)		(n=15)		(n=6)			
Memur	7	63.6	4	26.6	2	33.3		
Serbest Meslek	3	27.2	8	53.4	4	66.7	2.32	0.10
İşçi	1	9.2	3	20	-	-		
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	30	93.7	39	84.8	41	87.2	1.47	0.47
Geniş Aile	2	6.3	7	15.2	6	12.8		
Sosyal Güvence								
Var	30	93.8	42	91.3	43	91.5	0.18	0.91
Yok	2	6.2	4	8.7	4	8.5		
Sosyal Destek								
Var	17	53.1	24	52.2	18	38.3	2.40	0.30
Yok	15	46.9	22	47.8	29	61.7		

Tablo 6: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=125) Devam

Sosyal Destek								
Olan Kişi	n=17	%	n=24	%	n=18	%	FX²	p
Aile	6	35.2	18	75.0	9	50.0	9.83	0.04
Eş	11	64.8	6	25.0	9	50.0		
Ailede Diyabet Tanısı Olan Kişi Var mı?								
Var	18	56.2	33	71.7	25	53.2	3.69	0.15
Yok	14	43.8	13	28.3	22	46.8		

H=kruskal-wallis **p≤ 0.05=anlamlılık düzeyi** **Welch= welch'in t Testi**

x²= Fisher ki kare

4.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri

Farklı diyabet tiplerine göre annelerin obstetrik özellikleri Tablo 7'de verilmiştir. Gebelik sayısı kategorisinde, Tip-1 grubunda %18.8 oranında primigravida (ilk kez hamile olan) ve %81.2 oranında multigravida (daha önce hamilelik geçirmiş) bulunurken, Tip-2'de bu oranlar %10.9 ve %89.1, GDM de ise %25.5 ve %74.5 şeklindedir. Ki-kare ($x^2=3.33$; $p=0.18$) analizlerine göre anlamlı fark bulunmamış ve grupların gebelik sayısı açısından benzer olduğu saptanmıştır. Doğum sayısı yönünden incelendiğinde, primipar (ilk kez doğum yapan) oranları Tip-1'de %28.1, en düşük Tip-2'de (%15.2) ve en yüksek olarak GDM de (%34.0) saptanmış, multipar (birden fazla doğum yapmış) oranları sırasıyla %71.9, %84.8 ve %66.0 olarak belirlenmiş ve yapılan ki-kare ($x^2=4.46$; $p=0.10$) analizi sonucunda anlamlı fark belirlenmemiştir. Çocuk sayısı açısından, tek çocuk oranı en çok GDM (%36.2) grubunda iken; iki çocuğa sahip olmak en çok Tip-1'de (%50.0); üç ve üzeri çocuğa sahip olmak ise en çok Tip-2 tanılı anneler belirlenmiş fakat istatistiksel açıdan gruplar benzer bulunmuştur ($x^2=8.06$; $p=0.08$).

Tablo 7: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri (n=125)

Obstetrik Özellikler									
	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)				
	n	%	n	%	n	%	x ²	p	
Gebelik sayısı									
Primigravida	6	18.8	5	10.9	12	25.5	3.33	0.18	
Multigravida	26	81.2	41	89.1	35	74.5			
Doğum Sayısı									
Primipar	9	28.1	7	15.2	16	34.0	4.46	0.10	
Multipar	23	71.9	39	84.8	31	66.0			
Çocuk Sayısı									
1	11	34.4	8	17.4	17	36.2			
2	16	50.0	20	43.5	16	34.0	8.06	0.08	
3 ve üzeri	5	15.6	18	39.1	14	29.8			
x ² = Fisher ki kare p ≤ 0.05 =anlamlılık düzeyi									

4.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri

Farklı diyabet tiplerine göre multipar annelerin önceki gebeliklerine ait obstetrik özellikler Tablo 8'de verilmiştir. Araştırmaya katılan multipar annelerden Tip-1 grubunun tamamı önceki gebeliğinde diyabet tanısı mevcut olduğunu belirtmiştir. Tip-2 diyabetli grubunda bu oran %92.3 iken, GDM grubunun önceki gebeliğinde diyabet olma oranı oldukça düşmüş (%15.1) ve gruplar arasındaki fark ($x^2=63.76$; $p<.001$) oldukça anlamlı bulunmuştur. Farkın anlamlılık durumunun

Tip-1 annelerin tamamının önceki gebeliğinde diyabet tanısının bulunmasından kaynaklanmaktadır. Önceki gebelikte herhangi başka sorun yaşama oranı en yüksek %73.9 ile Tip-1 grubundadır. Bunu takiben %38.4 Tip-2 anneler yaşamıştır. En az sorunu yaşayan grup ise %31.2 ile GDM annelerdir. Bu sorunlar; makrozomik bebek, erken doğum, ölü doğum, emzirme sorunu, zorunlu sezaryen doğum, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınması, annede hipertansiyon olmasıdır. Ki-kare ($\chi^2=14.13$; $p=0.00$) sonucuna göre önceki gebeliklerde yaşanan sorunlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Tip-1 annelerde önceki gebelik durumunda daha fazla sorun yaşamaları bu sonucu etkilenmiştir. Önceki gebeliklerinde doğum şekilleri açısından vajinal doğum oranı en düşük (%8.6) Tip-1 annelerde bulunurken en yüksek (%59.6) GDM tanılı annelerde saptanmış ve gruplar doğum şekli açısından ($\chi^2=10.28$; $p=0.03$) farklı olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın Tip-1 diyabetli annelerde vajinal doğum oranlarının belirgin düzeyde daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Önceki gebelikte emzirme oranları incelendiğinde en yüksek %93.7 ile GDM annelerde, en düşük ise %84.2 ile Tip-2 annelerde olduğu saptanmıştır, fakat grupların emzirme oranları arasında birbirlerine benzer olduğu saptanmıştır ($\chi^2=4.55$; $p=0.33$). Önceki gebeliklerde ortalama emzirme süresi 6.31 ± 6.73 ay ile en düşük Tip-1 kadınlarda iken, en yüksek 13.00 ± 11.09 ay ile Tip-2 kadınlarda olduğu ifade edilmiştir. Gruplar arası emzirme süresi açısından ($H=5.92$; $p=0.05$) anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analiz testinde bu farkın Tip-2 grubuna göre Tip-1 grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 8: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Multipar Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikler (n=93)

		Tip-1 (n=23)		Tip-2 (n=39)		GDM (n=31)		x²	p
		n	%	n	%	n	%		
Önceki Gebelikte Diyabet Durumunuz									
Var	23	100	36	92.3	5	15.1			
Yok	-	-	3	7.7	26	84.9	63.76	<.001	

Tablo 8: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Multipar Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikler (n=93) Devam

Önceki Gebelikte Herhangi Başka Bir Sorun

Var	17	73.9	15	38.4	10	31.2		
Yok	6	26.1	24	61.6	21	68.8	14.13	<0.00

Önceki Gebelikte n % n % n % x² p
Doğum Şekli

Vajinal	2	8.6	10	59.6				
25.6	13							
Sezaryen	21	91.4	29	74.4	18	40.4	10.28	0.03

Önceki Gebelikte Emzirme Durumu

Var	21	91.3	32	84.2	29	93.7		
Yok	2	8.7	7	15.8	2	6.3	4.55	0.33

Önceki Gebelikte

Emzirme Süresi (ay) (n=21) (n=32) (n=30)

Ort	Ort	Ort	H	p	Welch
±SS	±SS	±SS			
6.31	13.0	9.42			
±6.73	±11.09	±10.93	5.92	0.05	1>2

H=kruskal-wallis **p** ≤ 0.05=anlamlılık düzeyi **Welch**= welch'in t Testi

x²= Fisher ki kare

4.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri

Farklı diyabet tiplerine göre mevcut gebeliğe ait özellikler Tablo 9’da verilmiştir. Gebelikte kilo alımı, Tip-1 grubunda ortalama 11.00 ± 3.35 (min/max:5.00/23.00), Tip-2’de 10.15 ± 5.64 (min/max:-8.00/25.00) ve GDM’de 11.44 ± 6.02 (min/max:-10.00/27.00) olarak değerlendirilmiş, kruskal-wallis testi sonucuna ($H=0.99$; $p=0.60$) göre grupların benzer olduğu saptanmıştır. Doğum şekli açısından, vajinal doğum sadece Tip-2 ve GDM grubunda birer örnek (%2.2 ve %2.1) ile nadir iken, Tip-1 grubunda hiç vajinal doğum yapılmamış ve sezaryen oranı Tip-1’de %100, Tip-2’de %97.8 ve GDM de %97.9 olarak yüksek çıkmıştır. Ki-kare ($\chi^2=0.70$; $p=0.70$) sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Beden kitle indeksi (BKİ) durumları incelendiğinde, özellikle Tip-2 grubunda %44.5 ile obezite oranının yüksek olduğu dikkat çekmektedir ve ki-kare ($\chi^2=23.61$; $p=0.00$) sonucu ile gruplar arasında BKİ durumları açısından diğer gruplardan farklı olarak çok anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. BKİ’inde bu farkın Tip-2 grubundaki obez oranının ve GDM grubunun fazla kilolu olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gebeliğin planlı olma durumuna bakıldığında, Tip-1’de %75, Tip-2’de %56.5, GDM de %74.5 oranında planlı gebelik görülmüş ve gebeliğin planlı olma durumu açısından grupların benzer oldukları saptanmıştır ($\chi^2=5.51$; $p=0.23$). Gebelikte diyabet tedavi türleri arasında ise, Tip-1 grubunun tamamı tüm insülin tedavisi kullanırken, Tip-2 örneklemin çoğunluğu insülin tedavisi (%43.5), GDM’de ise çoğunluğunu diyet ile tedavi oldukları belirtilmiştir (%34.0). Ki-kare sonucu ($\chi^2=42.80$; $p<.001$) diyabetin tedavisi açısından grupların farklı olduğu saptanmıştır, özellikle GDM grubunda çoğunluğunun diyet regüle edilmesi bu farkı sağlamıştır.

Tablo-9 Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)				
	Ort. ±SS	Min/ Max	Ort. ±SS	Min/ Max	Ort. ±SS	Min/ Max	Medyan	H	p
Gebelikte Kilo Alımı	11.0 ±3.35	5.00/ 23.00	10.15 ±5.64	-8.00/ 25.00	11.44 ±6.02	-10.00/ 27.00	11.0	0.99	0.60
	n	%	n	%	n	%		x ²	p
Doğum Şekli									
Vajinal	-	-	1	2.2	1	2.1		0.70	0.70
Sezaryen	32	100.0	45	97.8	46	97.9			
BKİ									
Zayıf	6	18.8	1	2.2	-	-			
Normal	11	34.4	11	23.9	12	25.5		23.61	0.00
Fazla Kilolu	9	28.1	14	30.4	19	40.4			
Obez	6	18.7	20	44.5	16	34.1			
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	n	%	n	%	n	%		x ²	p
Evet	24	75.0	26	56.5	35	74.5		5.51	0.23
Hayır	8	25.0	20	43.5	12	25.5			
Gebelikte Diyabet Tedavi Türü									
Diyet	-	-	9	19.6	16	34.0			
Egzersiz	-	-	2	4.3	4	8.5		42.80	<.001
Diyet-Egzersiz	-	-	15	32.6	13	27.7			
İnsülin	32	100.0	20	43.5	14	29.8			

H=kruskal-wallis **p** ≤ 0.05=anlamlılık düzeyi **Welch**= welch'in t Testi

x²= Fisher ki kare

4. 2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulgular

4.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan emziren annelerin araştırma sorularına yanıt oluşturan bulguları incelenmiştir ve 7 ayrı tabloda gösterilmiştir. Farklı diyabet tiplerine göre postpartum ve emzirme sürecine ilişkin özellikler Tablo 10'da verilmiştir. Yenidoğana ilk temas zamanı incelendiğinde, Tip-1 grubunda annelerin %56.2'si, Tip-2 annelerin %30.5'i, GDM annelerin ise çoğunluğunun %38.3'ü doğumdan sonra 1 saatten daha uzun sürede bebekleriyle ilk temaslarını gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumda gruplar arasında benzerlik olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.15$; $p=0.22$). İlk 24 saatte emzirme sorunu yaşama durumunda, Tip-1 grubunda %71.9 ile en fazla sorun yaşamıştır. Bunu takiben GDM; %61.7 ve Tip-2; %54.3 grubu sorun yaşamış, ($\chi^2=2.45$; $p=0.29$) gruplar benzer bulunmuştur. Emzirme eğitimi alma durumu incelendiğinde, Tip-1 grubundaki kadınların %53.1'i emzirme eğitimi almış, Tip-2'de bu oran %30.4, GDM de ise %38.3 olarak belirlenmiş fakat gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.10$; $p=0.12$).

Tablo 10: Farklı Diyabet Tiplerine Göre Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)			
	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Yenidoğanla İlk Temas Zamanı								
Hemen	3	9.4	15	32.6	13	27.7		
5-30 dk.	4	12.5	6	13.0	4	8.5	8.15	0.22
30-60 dk.	7	21.9	11	24.9	12	25.5		
1 Saatten Fazla	18	56.2	14	30.5	18	38.3		
İlk 24 Saatte Emzirme Sorunu								
Var	23	71.9	25	54.3	29	61.7	2.45	0.29
Yok	9	28.1	21	45.7	18	38.3		
Emzirme Eğitimi Alma Durumu								
Evet	17	53.1	14	30.4	18	38.3	4.10	0.12
Hayır	15	46.9	32	69.6	29	61.7		

$p \leq 0.05$ =anlamlılık düzeyi x^2 = Fisher ki kare

4.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular

Farklı diyabet tiplerine göre ilk 48 saat yenidoğana ait özellikler Tablo 11’de verilmiştir. Doğum kilosu açısından, Tip-1 grubunun ortalama doğum kilosu 3229.84 ± 374.75 gram (min: 2180/max:3800), Tip-2'nin 3128.36 ± 515.45 gram (min:2200/max:4570) ve GDM'nin 3130.42 ± 574.47 gram (min:2000/max:4700) tespit edilip, kruskal-wallis testi sonucuna ($H=1.35$; $p=0.50$) göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hipoglisemi gelişme durumu en yüksek Tip-1 (%65.6) grubu

annelerin bebeklerinde iken, bunu Tip-2'de %41.3 ve GDM %21.3 takip etmiştir. Ki-kare ($\chi^2=15.65$; $p<.001$) testi sonucuna göre yenidoğanda hipoglisemi gelişme durumu açısından gruplar arası anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu fark Tip-1 annelerde hipoglisemi gelişme oranının yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Anne sütünden başka sıvı kullanım durumunda üç grupta benzerlik mevcut olup; Tip-1'de %46.9, Tip-2'de %47.8 ve GDM de %42.6 oranında ek sıvı kullanımı tespit edilmiştir ($\chi^2=2.11$; $p=0.71$). İlk emzirme zamanı grubunda, 0-30 dakika aralığında sadece Tip-2 ve GDM grubunda emzirme gerçekleşmiş, Tip-1 diyabetli gebelerin bebeklerinin hiçbiri ilk 30 dakikada emmemiştir. Bunun yanı sıra her üç grupta yenidoğanların çoğunluğu doğumdan sonra ilk 1-3 saatlik süreçte ilk emzirmesini gerçekleştirmiş ve gruplar arasında ($\chi^2=16.07$; $p=0.01$) anlamlı fark gözlemlenmiştir. Tip-1 grubunda ilk emzirme oranında 1-3 saatlik süreçte yüksek yüzdelik bulunması bu farkın ortaya çıkmasını etkilemiştir. İlk emzirme gerçekleştirirken yenidoğanın görünümü değerlendirildiğinde, derin uykuda olan yenidoğan oranı en yüksek Tip-1'de (%18.8) bulunmuştur. Bunun yanı sıra Tip 1 diyabetli annelerin bebeklerinin çoğunluğu uykulu (53.1), Tip 2 diyabetli annelerin bebekleri uyanık ve ağlıyor (39.2) ve GDM'li annelerin uyanık ve sessiz (%48.9) olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare ($\chi^2=35.33$; $p<0.001$) analizde yenidoğanın uyanıklık durumuna ilişkin gruplar arasında önemli farklar olduğu belirlenmiştir. Bu farkın sebebi; Tip-1 annelerinin bebeklerinin daha uykulu olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 11: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)				
	Ort. ±SS	Min/ Max	Ort. ±SS	Min/ Max	Ort. ±SS	Min/ Max	Medyan	H	p
Doğum Kilosu (gr)	3229.8 ±374.75	2180/ 3800	3128.3 ±515.45	2200/ 4570	3130.4 ±574.47	2000 4700	3200	1.35	0.50
	n	%	n	%	n	%	x ²	p	
Hipoglisemi Gelişme Durumu									
Evet	21	65.6	19	41.3	10	21.3	15.65	<.001	
Hayır	11	34.4	27	58.7	37	78.7			
Anne Sütünden Başka Sıvı Kullanım Durumu									
Var	15	46.9	22	47.8	20	42.6	2.11	0.71	
Yok	17	53.1	24	52.2	27	57.4			
İlk Emzirme Zamanı									
0-30 dk.	-	-	1	2.2	5	10.6			
30-60 dk.	7	21.9	4	8.7	7	14.9	16.07	0.01	
1-3 saat	22	68.8	23	50.0	21	44.7			
3 saatten fazla	3	9.3	18	39.1	14	29.8			
İlk Emzirme Zamanında Yenidoğanın Görünümü									
Derin Uykulu	6	18.8	3	6.5	-	-			
Uykulu	17	53.1	15	32.6	5	10.6	35.33	<.001	
Sessiz ve Uyanık	5	15.6	10	21.7	23	48.9			
Ağlıyor	4	12.5	18	39.2	19	40.5			
H=kruskal-wallis p ≤ 0.05=anlamlılık düzeyi x ² = Fisher ki kare									

4.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tiplerine göre ilk 48 saatte annelerin emzirme başarı (LATCH) puan durumunun karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Memeyi tutma bölümünde Tip-1 grubunun ortalama puanı 0.84 ± 0.36 , Tip-2'nin 1.02 ± 0.61 ve GDM'nin 0.82 ± 0.60 olarak ölçülmüş; kruskal-wallis testine göre ($H=3.03$; $p=0.22$) anlamlı fark bulunamamıştır. Bebeğin yutma hareketinin görülmesi puanları Tip-1 için 0.96 ± 0.40 , Tip-2 için 1.10 ± 0.60 ve GDM için 1.06 ± 0.60 olarak ölçülmüş; kruskal-wallise ($H=1.32$; $p=0.51$) göre yine anlamlı fark saptanmamıştır. Meme ucunun tipi açısından, Tip-1 grubu ortalama 1.25 ± 0.80 , Tip-2 1.34 ± 0.70 ve GDM 1.38 ± 0.57 puan almış olup, ($H=0.28$; $p=0.87$) gruplar arasında bu ölçümde de anlamlı fark tespit edilmemiştir. Annenin meme ucuna ilişkin rahatlık puanları Tip-1 için 1.50 ± 0.62 , Tip-2 için 1.43 ± 0.65 ve GDM için 1.40 ± 0.64 olduğu görülmüş; ($H=0.43$; $p=0.80$) bu kategoride de gruplar arasında belirgin bir fark olmadığını belirlenmiştir. Bebeği tutuş pozisyonu puanlamasında, Tip-1'in ortalama puanı 0.75 ± 0.62 , Tip-2'nin 0.97 ± 0.64 ve GDM'nin 0.85 ± 0.75 olduğu belirlenmiş ve gruplar arası ($H=2.21$; $p=0.33$) anlamlı fark saptanmamıştır. Toplam LATCH puanı ise Tip-1'de 5.31 ± 1.69 , Tip-2'de 5.76 ± 2.31 ve GDM'de 5.42 ± 2.25 olarak hesaplanmış; kruskal-wallis ($H=2.05$; $p=0.34$) testine göre maddelerle aynı sonuca ulaşarak LATCH toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 12: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme LATCH Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)				
	Ort.	±SS	Ort.	±SS	Ort.	±SS	Medyan	H	p
Memeyi Tutma	0.84	±0.36	1.02	±0.61	0.82	±0.60	1.00	3.03	0.22
Bebeğin Yutma									
Hareketinin	0.96	±0.40	1.10	±0.60	1.06	±0.60	1.00	1.32	0.51
Görülmesi									
Meme Ucunun	1.25	±0.80	1.34	±0.70	1.38	±0.57	1.00	0.28	0.87
Tipi									
Annenin Meme									
Ucuna İlişkin	1.50	±0.62	1.43	±0.65	1.40	±0.64	2.00	0.43	0.80
Rahatlığı									
Bebeği Tutuş	0.75	±0.62	0.97	±0.64	0.85	±0.75	1.00	2.21	0.33
Pozisyonu									
Toplam	5.31	±1.69	5.76	±2.31	5.42	±2.25	6.00	2.05	0.34
LATCH Puanı									

H=kruskal-wallis $p \leq 0.05$ =anlamlılık düzeyi

4.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tiplerine göre ilk 48 saatte annelerin emzirme öz-yeterlilik durumunun karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir. Bu tabloda puan yükseldikçe grupların emzirmede daha fazla özgüven sahibi olduğu tespit edilmektedir. İlk madde olan "Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim" için Tip-1 grubu ortalama 3.71 ± 0.88 , Tip-2 3.80 ± 1.00 ve GDM 3.85 ± 0.97 puan almış, bu

ölçümde kruskal-wallis ($H=0.42$; $p=0.80$) testi sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır. Madde 2'de "Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim" en yüksek Tip-2 grubunda olarak; kruskal-wallis ($H=10.36$; $p=0.00$) testine göre anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Madde 3'de "Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim" Tip-2 ve GDM grubunda eşit çıkarak; ($H=14.72$; $p<.001$) yüksek derecede anlamlı fark bulunmuştur. Madde 4'de "Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim" en yüksek yüzdelik GDM grubunda çıkarak test sonucuna ($H=14.90$; $p<.001$) göre yüksek derecede anlamlı fark bulunmuştur. Madde 5'de "Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim" ise Tip-2 grubunda yüksek bulunurak; ($H=10.28$; $p=0.006$) anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Madde 6 "Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim", madde 7 "Emzirmek konusunda her zaman istekliyimdir" ve madde 8'de "Ailemin yanında bebeğimi her zaman rahatlıkla emzirebilirim" GDM grubunda yüksek oran bulunarak; üçünde de ($H=12.66$; $p=0.002$, $H=10.78$; $p=0.005$ ve $H=9.46$; $p=0.009$) anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Madde 9'da "Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum." benzer olarak GDM grubunda yüksek bulunmuştur, bunların aksine kruskal-wallise ($H=3.71$; $p=0.156$) göre anlamlı fark saptanmamıştır. Madde 10'da "Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz." Tip-2 grubunda yüzdelik oran yüksek bulunurken, Madde 11'de "Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim." ise GDM grubunda yüksek bulunmuştur. İki grupta da ($H=7.07$; $p=0.029$ ve $H=10.57$; $p=0.005$) anlamlı fark çıkmıştır. Son üç madde olan madde 12 "Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.", madde 13 "Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim." ve madde 14'de "Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim." Tip-2 grupta yüksek oranda yüzdelik kesimler mevcuttur, ayrıca anlamlı düzeyde ($H=7.38$; $p=0.020$, $H=6.96$; $p=0.031$ ve $H=7.07$; $p=0.029$) fark saptanmıştır. Ölçeğin toplamında Tip-2 ve GDM grupları, Tip-1'e göre yüksek puanlar almıştır. Emzirme öz-yeterlilik toplam puanı, Tip-2 ve GDM'nin 57.39 ± 7.45 ve 57.91 ± 7.76 olarak Tip-1'in 50.71 ± 6.05 puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ($H=19.36$; $p<.001$) çıkmıştır. Yapılan ileri analizde farkın GDM grubuna göre Tip-1 grubundan kaynaklandığını, emzirme öz-yeterlilik algısının bu grupta daha düşük olduğu tespit edilmiştir

Tablo 13: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)		Medyan	H	p	Welch
1.Madde: Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim.	3.71	0.8	3.80	1.0	3.85	0.97	4.00	0.42	0.80	
2.Madde: Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	3.46	0.87	4.06	0.92	4.02	0.87	4.00	10.36	0.00	1>2 1>3
3.Madde: Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim.	3.15	0.88	3.93	1.18	3.93	1.13	4.00	14.72	<.001	1>2 1>3
4.Madde: Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	3.34	0.90	4.02	1.14	4.08	0.95	4.00	14.90	<.001	1>2 1>3
5.Madde: Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	3.53	0.91	4.17	0.85	4.08	0.82	4.00	10.28	0.006	1>2 1>3
6.Madde: Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	3.43	0.87	3.84	1.01	4.17	0.93	4.00	12.66	0.002	1>3
7.Madde: Emzirmek konusunda her zaman istekliyimdir.	4.09	0.64	4.39	0.77	4.55	0.71	5.00	10.78	0.005	1>3

Tablo 13: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması (n=125) Devam

	Ort.	±SS	Ort.	±SS	Ort.	±SS	Medyan	H	p	Welch
8.Madde:										
Ailemin yanında bebeğimi her zaman rahatlıkla emzirebilirim.	3.34	0.97	3.78	1.45	4.04	1.17	4.00	9.46	0.009	1>3
9.Madde:										
Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum.	4.18	0.73	4.36	0.71	4.46	0.74	4.00	3.71	0.156	
10.Madde:										
Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	4.12	0.79	4.50	0.72	4.42	1.01	5.00	7.07	0.029	1>2
11.Madde:										
Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	3.40	1.10	4.06	1.16	4.14	0.90	4.00	10.57	0.005	1>2 1>3
12.Madde:										
Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	3.78	0.75	4.23	0.84	4.10	0.81	4.00	7.38	0.020	1>2
13.Madde:										
Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	3.59	0.97	4.10	0.73	4.06	0.89	4.00	6.96	0.031	1>2
14.Madde:										
Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	3.53	0.98	4.08	0.75	3.95	0.90	4.00	7.07	0.029	1>2
Emzirme Öz-Yeterlilik Toplam Puan	50.71	6.05	57.39	7.45	57.91	7.76	56.00	19.36	<.001	1>3

H=kruskal-wallis $p \leq 0.05$ =anlamlılık düzeyi

Welch= welch'in t Testi

4.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tiplerine göre ilk 48 saat, 1. ay ve 3. ayda annelerin emzirme öz-yeterlilik durumunun karşılaştırılması Tablo 14’de verilmiştir. İlk 48 saat izleme döneminde, Tip-2 ve GDM grupları, Tip-1 grubuna göre önemli derecede yüksek emzirme öz-yeterlilik puanları elde etmiştir; Tip-1 grubu 50.71 ± 6.05 puan alırken, Tip-2 57.39 ± 7.45 ve GDM 57.91 ± 7.76 puan almıştır. Kruskal-wallis istatistiksel analiz sonucuna göre ($H=19.36$; $p<.001$) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ileri analizde farkın Tip-2 ve GDM grubuna göre Tip-1 grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Birinci ayda emzirme öz-yeterlilik puanları, Tip-1 grubunda 45.53 ± 6.49 ’a gerilemiştir. Buna karşın, Tip-2 ve GDM grupları yüksek puanlarını korumuş; Tip-2 54.30 ± 12.61 ve GDM 57.85 ± 8.54 puan almıştır. Bu dönemdeki istatistiksel sonuç ($H=51.91$; $p<.001$) arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yapılan ileri analizde farkın Tip-2 ve GDM grubuna göre Tip-1 grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Üçüncü ayda, Tip-1 grubunun emzirme öz-yeterlilik puanları 42.75 ± 6.44 tespit edilmiştir. Öte yandan, Tip-2 ve GDM gruplarının puanları yüksek kalmaya devam etmiş; Tip-2 51.65 ± 14.55 ve GDM 55.93 ± 11.52 puan almıştır. Üçüncü ayda yapılan kruskal-wallis testine ($H=47.76$; $p<0.001$) göre de diğer durumları destekler nitelikte anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu fark Tip-2 ve GDM grubuna göre Tip-1 grubundan kaynaklandığı, bu gruptan emzirme öz-yeterlilik algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Tip-1 ve Tip-2 tanılı annelerin ilk izlem, 1. ay ve 3. ay karşılaştırması için aynı grupta farklı zaman dilimlerinde farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için friedman analizi uygulanarak ($\chi^2=36.69$; $p<.001$ ve $\chi^2=8.26$; $p=0.01$) anlamlı bulunmuştur. Tip-1 ve Tip-2 annelerde farkın ilk izleminde emzirme öz-yeterliliklerin daha yüksek olmasından, sonra ki izlemlerde düşmesinden kaynaklandığı görülmektedir. GDM tanılı annelerin üç farklı zaman dilimindeki emzirme öz-yeterliliklerin ($\chi^2=3.09$; $p=0.21$) benzer bulunmuştur.

Tablo 14: Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması (n=125)

	Tip-1 (n=32)	Tip-2 (n=46)	GDM (n=47)				
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Medyan	H	p	Welch
İlk İzlem	50.71±6.05	57.39±7.45	57.91±7.76	56.00	19.36	<.001	1>2 1>3
1.Ay	45.53±6.49	54.30±12.61	57.85±8.54	55.00	31.16	<.001	1>2 1>3
3.Ay	42.75±6.44	51.65±14.55	55.93±11.52	54.00	30.79	<.001	1>2 1>3
Friedman Test	FX²=36.69 p<.001 df=2	FX²=8.26 p=0.01 df=2	FX²=3.09 p=0.21 df=2				

H=kruskal-wallis **p** ≤ 0.05=anlamlılık düzeyi

Welch= welch'in t Testi **FX²**= Friedman testi **df**=serbestlik derecesi

4.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekillerinin Karşılaştırılması

Farklı diyabet tiplerine göre 1. ay ve 3. ayda annelerin emzirme şekillerinin karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir. Birinci ayda, Tip-1 diyabetli annelerin sadece %31.2'si, Tip-2 diyabetli annelerin %45.7'i ve GDM tanılı annelerde ise %70.2'si tam emzirme yapmaktadır. İlk ayda tam ve kısmi emzirme oranları arasındaki farklılıklar istatistiksel ($H=12.36$; $p=0.002$) olarak anlamlıdır. Yapılan ileri analizde farkın Tip-1 ve Tip-2 grubuna göre GDM grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Üçüncü ayda, Tip-1 diyabetli annelerin tam emzirme oranları ilk aya göre düşerek %18.8 hesaplanmıştır. Tip-2 diyabetli annelerde bu oran %32.6 ve GDM tanılı annelerde 46.8 bulunarak ilk aya göre bu gruplarda da düşüşler yaşanmıştır. Üçüncü ayda da emzirme şekilleri arasındaki farklılıklar istatistiksel ($H=6.69$; $p=0.035$) olarak anlamlı bulunmuş ve farkın Tip-1 grubuna göre GDM grubundan

kaynaklandığı tespit edilmiştir. Her iki zaman diliminde GDM grubunda olan annelerde tam emzirme oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Grupların kendi içinde zamanla emzirme şekillerinde en fazla düşüşün yaşandığı grup GDM grubudur. Bu grup tanıyı ilk defa aldıkları için tedavi ile uyumları daha zor olabilmektedir. Ayrıca sosyal destek alma açısından en düşük oranlara sahip olması buna sebebiyet vermiş olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 15: Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekillerinin Karşılaştırılması (n=125)

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)		H	p	Welch
	n	%	n	%	n	%			
1.Ay									
Tam Emzirme	10	31.2	21	45.7	33	70.2	12.36	0.002	3>2 3>1
Kısmi Emzirme	22	68.8	25	54.3	14	29.8			
3.Ay									
Tam Emzirme	6	18.8	15	32.6	22	46.8	6.69	0.035	3>1
Kısmi Emzirme	26	81.2	31	67.4	25	53.2			

H=kruskal-wallis $p \leq 0.05$ =anlamlılık düzeyi

Welch= welch'in t Testi

4.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin ve Yenidoğanların Emzirme Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tiplerine göre 1. ay ve 3. ayda annelerin ve yenidoğanların emzirme durumunun karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. Yenidoğanların

emdikten sonraki huzur durumlarına bakıldığında, Tip-1 grupta birinci ayda %21.9'u huzurlu bulunurken, bu oran üçüncü ayda %18.8'e düşmüştür. Tip-2'de birinci ayda huzurlu olan yenidoğan oranı %39.1 iken, üçüncü ayda %37.0 olarak belirlenmiştir. GDM grupta ise, birinci ayda %42.6'lık bir oranla huzurlu yenidoğan sayısı üçüncü ayda %38.3'e gerilemiştir. Kısmen huzurlu yenidoğanlar Tip-1'de birinci ayda %59.3, üçüncü ayda %68.8; Tip-2'de %39.1'den %43.5'e; GDM'de %40.4'ten %48.9'a yükselmiştir. Huzursuz yenidoğan oranları Tip-1'de %18.8'den %12.4'e, Tip-2'de %21.8'den %19.5'e ve GDM'de %17.0'den %12.8'e düşmüştür. Kruskal-wallis testine göre birinci ayda yenidoğanların huzur durumları (H=2.12; p=0.34) anlamlı fark saptanmamıştır. Üçüncü ayda da (H=5.19; p=0.07) anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 16: Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin ve Yenidoğanların Emzirme Durumunun Karşılaştırılması

	Tip-1 (n=32)		Tip-2 (n=46)		GDM (n=47)									
	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY	1.AY	3.AY
Y	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	H	p
Yenidoğanın Emdikten Sonraki Huzur Durumu														
Huzurlu	7	21.9	6	18.8	1	39.1	1	37.0	2	42.6	1	38.3		
		9		8	8	1	7	0	0	6	8	3		
Kısmen Huzurlu	1	59.3	2	68.8	1	39.1	2	43.5	1	40.4	2	48.9	2.1	0.3
	9	3	2	8	8	1	0	5	9	4	3	9	2	4
Huzursuz	6	18.8	4	12.4	1	21.8	9	19.5	8	17.0	6	12.8		
		8		4	0	8		5		0		8		

H=kruskal-wallis p ≤ 0.05=anlamlılık düzeyi

5. TARTIŞMA

Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı annelerin emzirme başarısı ve bu tanının emzirme öz-yeterlilik algısına etkisini inceleyen araştırmalar dünyada ve ülkemizde sınırlı sayıdadır. Bu nedenle araştırmamızda diyabet tanısına ilişkin emzirme başarısı ve emzirme öz-yeterlilik algısına yönelik sonuçlar sınırlı literatür ile tartışılmıştır. Bu bölümde “Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulguların Tartışılması” ve “Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Tartışılması” şeklinde 2 kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım 4 alt maddeden, ikinci kısım 7 alt maddeden oluşmaktadır.

5.1. Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulguların Tartışılması

Tanıtıcı bulguların tartışılmasının nedeni bazı değişkenler açısından kaçınılmaz bir fark olması ve bu değişkenlerin ana sonuçlarımızı etkileme olasılığını değerlendirebilmek için yapılmıştır.

5.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

5.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri

5.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri

5.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikleri

5.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Tartışılması

5.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular

5.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular

5.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması

5.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

5.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

5.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekil Durumunun Karşılaştırılması

5.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin ve Yenidoğanların Emzirme Durumunun Karşılaştırılması

5.1.Tanıtıcı Verilerde Yer Alan Bulguların Tartışılması

5.1.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyo-demografik özellikler açısından gruplar incelendiğinde yaş, çalışma durumu ve sosyal destek sağlayan kişi dışındaki değişkenler yönünden gruplar benzer bulunmuştur. Çalışmada Tip-2 diyabetli bireylerin yaş ortalamasının Tip-1 ve GDM gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olması Tip-2'nin genelde ortaya çıkma zamanı ile ilişkilidir. Tip-1 daha çok küçük yaşta başlayan, GDM gebelik sırasında, Tip 2 ise daha çok orta ve ileri yaşta gördüğümüz bir tablodur (113). Bu nedenle katılımcıların yaş ortalaması açısından farklı olması olağan bir durumdur. Yaşın emzirmeye etkisine ilişkin literatürde değişken sonuçlar olmakla birlikte, yaşın artışı ile beraber emzirme farkındalıklarının daha çok arttığı bilinmektedir. Bu bilgiye paralel olarak Çalık ve ark.'nın (2017) 401 sağlıklı anne ile postpartum 6. aya kadar anne sütü verme oranını etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışma sonucunda anne yaşı arttıkça, anne sütü verme eğilimlerinin daha fazla olduğunu istatistiksel olarak saptamışlardır (114). Cummins ve ark. (2022) GDM tanısına sahip annelerin emzirmeyi olumlu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları literatür taraması sonucunda 26 makaleyi incelemişlerdir. Taburcu olmadan önce annelerin emzirme durumunu etkileyen faktörlerden birinin anne yaşı olduğunu ve yaş arttıkça farkındalık düzeyinin artmasına bağlı emzirmeyi olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir (115). Postpartum 3. aya kadar emzirmeyi etkileyen faktörleri inceleyen Avustralya'da ki başka bir çalışmada; Rasmussen ve ark. (2020) 26 Tip-1 ve 17 Tip-2 tanılı annenin sosyodemografik özelliklerinin emzirme üzerinde etkilerini incelemişlerdir ancak yaşın emzirmeyi etkileyen bir faktör olmadığı tespit edilmiştir (96).

Katılımcıların yaş faktöründeki farklılığın emzirme başarısı ve öz-yeterlilik algısına etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Çalışma durumu diyabet tipine göre farklılık gösteren başka bir değişken olmuştur. GDM grubunda çalışmayanların fazla olması bireylerin kendi öz-bakımını ve bebeğin bakımını daha kolay gerçekleştirmesini sağlayabilir. Fakat katılımcıların hepsinin yeni doğum yapmış ve doğum izninde olması bu faktörün bu dönemde emzirme üzerinde çok etkili olmayacağını düşündürmektedir. Serbest meslekle uğraşma, kişinin kendi işine sahip olması ve doğum izni sürecinde de işlerini takip etmek zorunda kalması gibi

durumlar bu süreci zorlaştırabilmektedir. Fakat çalışmamızda meslek grupları açısından fark bulunmamıştır. Eğitim ve meslek türü açısından grupların benzer olması çalışma/çalışmama durumu farklı olsa da verilerin değerlendirme sürecinde annelerin evde olması nedeniyle emzirme üzerinde çok etkili olmadığı düşünülmektedir.

Ailede diyabet öyküsü açısından gruplar benzer bulunsa da Tip-2 diyabet grubunda beklenen bir durum olarak ailede diyabet öyküsü bulunma oranı diğer gruplara kıyasla en yüksek olduğu saptanmıştır fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sosyal destek durumu gruplar arasında benzer olmasına rağmen sosyal destek türü açısından gruplarda farklılık bulunmuştur. Bunun bir nedeni Tip-1 grubunda bireylerin tanıyı çok küçük yaşta alıp, hastalığı daha iyi yönetmesi ve sadece eş desteğinin bu süreçte yeterli gelmesinden kaynaklı olabilmektedir. Fakat GDM gibi gebelikte ilk kez ortaya çıkan diyabet durumlarında öğrenme, yönetme daha zor ve kaygı daha yüksek olabilmekte ve burada bireyler daha çok aile desteği bekleyebilmektedir. Emzirme sonucunu iyileştiren davranışları araştırmak isteyen Davidson ve ark. (2020) yaptıkları interaktif derleme çalışmasında 7 makale incelemişlerdir. Bu incelemede destek açısından emzirmeyi iyileştiren sosyal destek olarak 4'ünde partner desteği, 2'sinde aile desteği ve 1'inde diğer faktör desteği tercih edildiği vurgulanmıştır. Yazar eş desteğini 4 başlık altında toplamıştır, bu başlıklar; bilgi, yardım, cesaretlendirme ve yanıt vermedir. İncelemeler sonucunda eş desteğinin emzirme üzerinde olumlu ve olumsuz etkiler yaratacağı tespit edilmiştir (116).

Sosyal desteğin emzirme üzerine etkisine ilişkin Çınar ve ark. (2015) Sakarya ilinde postpartum dönemde 1. ve 2. ay arasında olan 122 sağlıklı annenin sosyal desteğin emzirme yeterliliği üzerinde ilişkini inceledikleri çalışmalarında; aile desteğinin annenin emzirmeyi olumlu yönde etkilediği istatistiksel olarak saptanmıştır (117). Çalışmamızda aile desteğinin fazla olduğu Tip-2 grubunun emzirmeye olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir. Rasmussen ve ark. (2015) İsveç'te Tip-1 tanılı annelerde emzirme uygulamalarında psikososyal faktörlerin etkisini inceledikleri tartışma çalışmalarında; postpartum ilk haftada partner desteğinin emzirmeye başlama ve devam etme sürecinde önemli destek sağladıklarını tespit etmişlerdir (96). Sosyal destek gösteren kişiler arasında literatürde farklı sonuçların olması bizim

çalışmamızda kişilerden kaynaklı emzirme üzerinde bir etki olmayacağını düşündürmektedir. Fakat eşin çalışma ve sürece tam hakim olmaması nedeniyle anne gibi aile üyelerin desteğin kültürümüzde daha yoğun olabilmektedir.

5.1.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Obstetrik Özellikleri

Anneler obstetrik özellikleri açısından incelendiğinde gruplar benzer bulunmuştur. Çalışmamızda, gebelik ve doğum sayısı açısından Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı anneler arasında anlamlı farklar tespit edilmemiştir. Gebelik ve doğum sayısı annelerin emzirme deneyimi yaşama ve buradaki deneyimlerini bir sonraki gebeliğine/doğumuna olumlu veya olumsuz aktarım yapmasına neden olabilir. Bireylerin bu özellikler açısından benzer olması emzirme durumunu bu faktörlerden etkilenmeyeceğini göstermektedir.

5.1.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Annelerin Önceki Gebeliklerine Ait Obstetrik Özellikleri

Çalışmamızda, önceki gebeliklerinde diyabet deneyimleme durumu açısından fark bulunmuştur. Diyabet türlerinin ortaya çıkma zamanı etiyolojik olarak farklı olması nedeniyle bu değişkende gruplar arasında fark olması beklenen bir durumdur. Önceki gebeliklerde karşılaşılan diğer sağlık sorunları açısından da gruplar farklı bulunmuştur. Bu durum Tip-1 ve Tip-2 diyabetli annelerin önceki gebeliklerinde diyabet tanısına genellikle sahip olması nedeniyle daha yüksek komplikasyon riski altında olmasında kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Diyabet tipine bağlı olarak gebelik komplikasyonlarının prevalansının farklılık gösterdiği ve özellikle Tip-1 diyabetli bireylerde daha kompleks tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Önceki doğum şekli açısından da gruplar arasında fark bulunmuştur, bu durumun Tip-1 grubun hepsinde ve Tip-2 diyabet grubunun büyük bir kısmında önceki gebeliğinde de diyabet olmaları nedeniyle çoğunlukla sezaryen olmalarıdır. GDM grubumuzda ki gebelerin bir kısmının önceki gebelikte diyabette sahip olmaması daha çok vajinal doğum yapmasına neden olmuştur. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte Malazaz ve ark. (2022) pregestasyonel ve GDM tanısına sahip annelerin olumsuz gebelik sonuçlarını inceledikleri sistematik bir inceleme de toplam 20 makaleyi değerlendirmişlerdir. Bu çalışmaların 9'unda Tip-1

ve Tip-2 grubunu “pregestasyonel diyabet” şeklinde tek grupta alınırken, kalan 11 çalışmada bu iki diyabet tipi ayrı ayrı karşılaştırmışlardır. İncelemeler sonucunda en çok rapor edilen olumsuz sonucun diyabet endikasyonuna bağlı doğumun sezaryen olarak gerçekleşmesidir. Sezaryen doğum sırasıyla en çok Tip-1, Tip-2 ve GDM grubuna gerçekleştiği tespit etmişlerdir (118). Bu sonucu destekler nitelikte İsveç’te Stogianni ve ark. (2019) Tip-1 37, Tip-2 11, GDM 97 ve sağlıklı 135 anne ile yürüttükleri retrospektif çalışmanın sonucunda diyabet tanısı olan annelerin komplikasyon risklerinden dolayı sezaryen oranlarının arttığını ve istatistiksel olarak sırasıyla sağlıklı gebelere göre daha yüksek oranda sezaryen oldukları bulunmuştur (119).

Önceki gebelikte emzirme durumu açısından en yüksek emzirme oranı GDM grubunda olsada, istatistiksel olarak bir fark bulunmamış ve gruplar benzer olarak değerlendirilmiştir. Emzirme süresi açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bularak, bu farkın Tip-1 diyabet grubundan kaynaklandığı ve önceki gebeliklerinde en kısa bu grup annelerin bebeklerini emzirdiği saptanmıştır. Bu durum Tip-1 diyabetin yönetiminin daha zor olmasından, hipoglisemi atakların daha çok görülmesinden ve buna bağlı olarak bebeğin emmesinin etkilenmesinden kaynaklanabilir. Emzirme ve insülin yönetiminde zorlanma, yenidoğanın hipoglisemiye girme oranının fazla olması, sezaryen oranlarının yüksekliği gibi sebepler bu sonuçlara sebep olabilir. Emzirme süresindeki değişimi incelemek için, Linden ve ark. (2018) İsveç’te Tip-1 diyabet tanısına sahip 155 annenin 2. ve 6. ayda emzirme süresini karşılaştırdıkları bir çalışma sonucunda; annelerde sezaryen oranının yüksek, dengesiz kan şekeri düzeyi seviyesi, yenidoğanın hipoglisemi atağı geçirmesi, günlük diyabet yönetiminde aksaklıklar ve aile desteğinin az olmasından dolayı annelerin durumu 2. aya göre 6. ayda istatistiksel olarak azaldığını saptamışlardır (22).

Literatürde; Tip-1 diyabet tanısına sahip annelerin tedavide çoklu enjeksiyon veya insülin pompa kullanım durumu farketmezsiniz yenidoğanlarında ve postpartum dönemde annelerin insülin ihtiyaçları gebelik dönemine göre azaldığı için anneler de hipoglisemi atağı görülebileceği tespit edilmiştir (120).

5.1.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Özellikler

Annelerin mevcut gebeliğe ait özelliklerinde gebelikte kilo alımı, doğum şekli ve gebeliğin planlı olma durumu benzer bulunmuştur. Çalışmamızda, gebelikte kilo alımı açısından anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Üç grupta da ortalama kilo alımı benzerdir. Bu sonuçlar gebelikte kilo kontrolünün iyi yönetildiğini göstermektedir. Çalışmalar, diyabet kontrolünün ve gebelik süresince alınan kilonun fetal gelişim üzerinde önemli etkileri olabileceğini göstermektedir (121).

Mevcut gebelikte doğum şekli üç grupta da çoğunlukla sezaryen olmuştur. Bu durum ülkemizde diyabetin bir sezaryen endikasyon olarak görülmesinden kaynaklanabilmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin (2022) yayınladığı izlem kılavuzunda diyabet tanılı annelerin iyi glisemik kontrolü sağlanıyorsa doğumun 39. haftaya kadar ertelenebileceği ve vajinal doğum gerçekleşebileceğini belirtmektedir. Kötü glisemik kontrol, intrauterin gelişme geriliği, eski sezaryen, kontrol alınamayan alınamayan hipertansiyon gibi doğumun 39. haftada önce gerçekleşmesine neden olacak riskli durumlarda sezaryen doğumu önermektedir (26). Sağlıklı annelerin doğum şekli açısından inceleyen Akın ve ark. (2020) 16 çalışmadan elde ettikleri derleme sonucunda; sezaryen yolla doğum yapan annelerin vajinal doğum yapanlara göre postpartum erken dönemde yenidoğanlarını insizyon bölgesinde oluşan ağrı, yorgun olma durumu ve emzirmek istemedikleri düşüncesinden dolayı daha geç sürede, daha zor ve daha etkisiz beslediğini saptamışlardır (122). Bu sonuca destek olarak Cummins ve ark. (2022) GDM tanılı annelerin hastaneden taburcu olmadan yalnızca emzirme oranlarını etkileyen faktörlerle ilgili 26 makale incelemiştir. Makalelerin sonucunda sezaryenle doğum yapanların, vajinal yolla doğum yapanlara göre tam emzirme olasılıklarını daha düşük bulmuşlardır (115). Bu sonuçlar, diyabetli annelerde sezaryen doğumlarından sonra annede anestezinin etkisiyle emzirmeye geç başlama, ameliyat kesisine bağlı yenidoğanı emzirme için kucağına almada annede rahatsızlar yaşanması, yenidoğanın hipoglisemiye girmesi gibi olumsuz etkiler yapabileceğini göstermiştir. Diyabet iyi yönetildiği sürece bir sezaryen endikasyon olarak gösterilmemelidir.

Çalışmamızda gruplar gebelikte aldığı kilo açısından benzer olmasına rağmen, beden kitle indeksi açısından farklı bulunmuştur. Tip-2 grubunda daha fazla

obez annelerin bulunması, bu tanın daha çok kilo ile ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sun ve ark. (2020) Çin’de 3172 katılımcı ile gebelik öncesi BKİ’nin anne üzerine etkisini araştırdıkları kohort çalışmasında; yüksek BKİ durumunun annede GDM’ye yol açtığını istatistiksel olarak saptamışlardır (123). Birleşik Krallık’ta Wright ve ark. (2020) 601 Tip-2 ve 906.182 sağlıklı kişinin BKİ durumunu karşılaştırmışlardır. Tip-2 grubundaki kişilerin obezite oranını istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (124). BKİ’nin gruplar arasındaki farklılık olması bizim çalışmamızda bu durumu destekler niteliktedir. Longmore ve ark. (2020) Avustralya’da 222 sağlıklı, 684 GDM ve 144 Tip-2 tanılı annenin taburculukta, postpartum 6. hafta ve 6 ayda yaptıkları kohort çalışmasında Tip-2 grubundaki annelerin diğer gruplara göre istatistiksel olarak obezite kaynaklı emzirme oranının ve başarısının düşük olduğunu tespit etmişlerdir (125).

Gebelikte diyabet tedavi durumunda farklılık saptanmıştır. Tip-1 annelerde gebelik öncesi kullanılan tedaviye gebelik döneminde de devam edildiği için tüm anneler insülin kullanmaktadır. İspanya’da Amigo ve ark. (2022) Tip-1 diyabet tanısı almış anneler üzerinde yaptıkları derlemede annelerin hamileliğin ilk zamanlarında insülin gereksinimlerindeki artış, üçüncü trimesterinde ise azalış olduğu için sık kan-şeker izlemi ve bu sonuca bağlı insülin tedavisine devam ettiklerini saptamışlardır (126). Tip-2 diyabetli annelerde gebelik süresince oral antidiyabetik ajanları kullanılmamakta; destekleyici olarak insülin, diyet ve egzersiz önerilmektedir. GDM tanılı annelere ise gebelikte tanı aldıkları için genellikle ilk etapta diyet ve egzersiz önerilmekte, anne uyum sağlayamazsa insülin kullanımına geçilmektedir. Hedeager Momsen ve ark. (2021) GDM tanısı alan annelerin diyabet yönetiminde yaşam tarzı müdahalelerle; fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile GDM risklerini azalttığını tespit etmişlerdir (127). Bu bulgular, diyabet tiplerine göre annelerin gebelik sürecinde karşılaştıkları farklılıkları ortaya koymaktadır.

5.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Tartışılması

5.2.1. Farklı Diyabet Tiplerine Göre Mevcut Gebeliğe Ait Postpartum ve Emzirme Sürecine İlişkin Bulgular

Postpartum ve emzirme sürecine ilişkin özelliklerde yenidoğanla ilk temas zamanı, ilk 24 saatte emzirme sorunu ve emzirme eğitimi alma durumunda benzerlik

mevcuttur. Çalışmamızda Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı annelerin yenidoğanlarıyla ilk temas zamanı, açısından farklılıklar gözlenmemiştir. Fakat her üç grupta da ilk temas ve emzirmeyi gerçekleştirmede bir gecikme olduğunu ve yüksek oranda bu sürenin diyabet tanı durumunun olması ve sezaryen oranlarından dolayı bir saati geçecek şekilde gerçekleştiğini görmekteyiz. Bu değişkenler, yenidoğanın sağlığı ve annenin emzirme süreci üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Doğum sonrası ilk görüşmenin erken sürede olması, ten tene temas ve anne bebek bağlanmasının erken başlatılmasını sağlar, aynı zamanda diyabet tanılı annelerde emzirmeye başlamasında olumlu etkisi olan önemli olaylardan biridir. Dalsgaard ve ark. (2019) Danimarka’da 394 girişim ve 130 kontrol GDM’li anne ile yaptıkları yarı deneysel çalışmada doğumdan sonra ilk görüşmede iki saat boyunca ten tene temasta bulunan annelerin bebeklerinde daha az hipoglisemi görülmüş ve daha sık emzirmiştir. Bu çalışma erken ten tene temasın, GDM’li annenin emzirme başarısı üzerinde pozitif etkileri olduğunu ve yenidoğanın adaptasyonunu kolaylaştırdığını belirtmektedir (128).

Bizim çalışmamızı ilk 24 saatte emzirme sorunu yaşama durumlarına bakıldığında, gruplar benzer bulunmuş ve her üç grupta annelerin çoğunluğu sorun yaşadığı ifade etmişlerdir. Emzirmeyi etkileyen faktörleri inceledikleri derlemede Cangöl ve ark. (2014) emzirmeye başlatılması ve sürdürülmesinde etkileyen etmenlerden birinin diyabet tanısı olduğunu saptamıştır (129). Ocaktan ve ark. (2019) insüline bağımlı diyabeti olan 19 ve diyabeti olmayan 57 annenin emzirme uygulamalarını karşılaştırdıkları çalışmada diyabet tanılı annelerin, diyabet tanısı olmayan annelere göre erken emzirme oranlarını düşük, mama verme oranlarını yüksek bulmuşlardır (94). Bu durum annelerin ilk 24 saatte emzirme sorunu yaşama durumunun yüksek olduğunun göstergesidir. Emzirme eğitimi alma durumu da grupların aynı şekilde birbirine yakın olarak saptanmış, her üç grupta da gebelerin yarıya yakını eğitim almıştır. Türkiye’de emzirme eğitimi ile ilgili yapılan lisansüstü tezleri inceleyen Durmuş ve ark. (2022) 25 tez çalışmasını değerlendirmişlerdir. İncelenen tezlerin soncunda emzirme eğitiminde genelde yüz-yüze yöntemin tercih edildiği ve verilen eğitimin emzirme başarısını, emzirme öz-yeterliliğini, emzirme süresini olumlu etkileyerek arttığını saptamışlardır (130).

Emzirme eğitimi konusunda ülkemizde bir standardizasyon olmaması süreçleri etkileyebilmektedir. Bazı hastanelerde bu eğitimler daha düzenli olabilirken, bazı

hastanelerde rutin olarak uygulanamamaktadır. Aynı zamanda eğitimin içeriği, süreci de sonuçlara yansımaları etkilemektedir. Grupların hepsinin emzirme eğitimi alma durumu açısından benzer olması sonuçlarımızın bu değişkenden etkilemeyeceğini göstermektedir.

5.2.2. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat Yenidoğana Ait Bulgular

Yenidoğana ait özellikler olarak çalışmamızda doğum kilosu, hipoglisemi gelişme durumu, anne sütünden başka sıvı kullanım durumu, ilk emzirme zamanı ve yenidoğanın ilk emzirme zamanındaki görünümü değerlendirilmiştir. İlk 48 saat olmasının amacı anneler hastaneden taburcu olmadan çalışmamıza dahil etmektir. Araştırmamızda, Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı annelerin yenidoğanlarının doğum kilolarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, diyabetin yenidoğanın doğum kilosu etkilemediğini göstermiştir. Aynı zamanda bu durum diyabetin iyi yönetilmesi ile ilişkili olabilmektedir. Doğum sonrası yenidoğanda hipoglisemi gelişme durumu incelendiğinde; tip-1 tanısı olan annelerin yenidoğanlarında diğer gruplara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Tip-1 diyabetli annelerde yenidoğanlarda hipoglisemi gelişimi oranının daha yüksek olması, bu annelerin yüksek insülin ihtiyacı ve potansiyel olarak emzirme gibi eforlu bir eylemle birlikte daha zorlu bir şekilde metabolik kontrolü sağlamaları nedeniyle olabilir. Cordero ve ark. (2022) Amerika’da 185 Tip-1 ve 212 Tip-2 anne ile yaptıkları çalışmada annelerin emzirme durumunu inceleyerek; Tip-1 annelerden doğan yenidoğanların hipoglisemiye girme oranlarının daha fazla olması ve bu durumun taburculuk sırasında mama ile beslenme oranını artırıp tam emzirme oranını düşürdüğünü tespit etmişlerdir (12). Bu durum Tip-1 diyabetli annelerin bebeklerinin hipoglisemi açısından daha riskli olduğunu göstermekte, bu nedenle hemşire olarak doğum sonrası süreçte bu bebekleri yakından izlem ve emzirmeyi destekleme sağlanmalıdır.

Annelerin yenidoğanlara ilk 48 saatte anne sütü dışında ek sıvı verme durumları arasında benzerlik bulunmuş, tüm üç grupta annelerin yarısından fazlası sadece anne sütü vererek ek birşey vermemektedir. Bu durum kültürümüzde annelerin emzirme konusunda çok istekli olması ve bunun için çaba göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda emzirme eğitimi alma durumu da bu durumu desteklemektedir. İşbay ve ark. (2021) Türk toplumunda emzirme isteği ile ilgili 404 anne ile görüşerek tanımlayıcı araştırma yapmışlardır. Türk

annelerinde kültürel inanç ve nesiller arası aktarım ile deneyim sahibi olan üst nesilin emzirme konusunda annelere destek olduklarını, ayrıca İslam dininde emzirmenin önemli yerinin olması, bebeğin anne sütüyle beslemenin bebeğin temel hakkının olduğu ve kültürümüzde bebeği hemen doyurulması gerektiği anlayışının hâkim olmasından dolayı Türk toplumunun emzirme konusunda istekli olduğunu belirlemişlerdir (131). Fakat çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü gibi yüksek oranda ek ürün kullanan anne de olmuştur. Annelerin diyabet tanısı nedeniyle sütünün gelmeyeceği algısı, bebeğinin hipoglisemiye girme endişesi ve yenidoğana sütünün yetmeyeceği düşüncesinden kaynaklanıyor olabilir.

İlk emzirme zamanı açısından, Tip-1 diyabetli annelerde özellikle bir gecikme olduğunu bulunmuştur. Her üç grupta da annelerin büyük bir kısmı bebeğini 1-3 saatte emzirmesinin nedeni yenidoğanların hipoglisemi riskinden dolayı geç görmesi, emzirmeye hazır oluş durumunun geç gelmesi, sezaryen oranlarındaki fazlalıklardan dolayı anestezinin devam etmesi ve annenin ağrısının olmasından kaynaklı olabilmektedir. Oza-Frank ve ark. (2017) Amerika'nın 16 farklı eyaletinden 13.832 GDM ve 143.355 sağlıklı annenin hastanede emzirme deneyimlerini incelemişlerdir. İlk saatte emzirme oranı GDM grubu, sağlıklı annelere göre daha düşük ve ek gıda verme oranlarını daha yüksek bulmuşlardır (104). Ocaktan ve ark. (2019) Bursa'da insüline bağımlı diyabeti olan 19 ve sağlıklı 57 anne ile yaptıkları çalışmada ilk emzirmeye başlama süresinin diyabet tanılı grubun, sağlıklı annelere göre 1 saatten uzun sürede başlama oranı ve mama verme oranında yüksek değerlerin olduğu tespit edilmiştir (94) Bu sonuçlardan da görülebileceği gibi ilk emzirme zamanı diyabet tanılı annelerde çoğunlukla geç başlamaktadır. Fadılloğlu ve ark. (2020) yaptıkları prospektif kohort çalışmasında; 100 riski gebeliğe sahip ve 238 sağlıklı annenin postpartum ilk karşılaşma, 24. ve 48. saatte gerçekleşen emzirme başarı durumu riskli gebeliğe sahip olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduklarını saptamışlardır (120). Bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, bunun nedenini ilk yarım saatten uzun sürede emzirmeye başlama ve sezaryen doğum oranının fazla olmasının sebebiyet verdiğini göstermişlerdir.

İlk emzirme zamanında yenidoğanın görünümü açısından gruplar farklı bulunmuştur. GDM grubunda yenidoğanların çoğu sessiz ve uyanıktır. Tip-2 grubunda yenidoğanlar ağlıyor ve uykulu görünümündedir. Tip-1 grubunda ise

yenidoğanların büyük kısmı uykulu ve derin uykulu olarak tanımlanmıştır. Bu durum gelişen hipoglisemi, geç anne-bebek etkileşiminden kaynaklanabilir ve emzirme süreçlerini olumsuz etkileyebilir. Tip-1 annelerden doğan yenidoğanların daha uykulu olması tedavi sürecinde insülin kullanımından, GDM grubunun ise annelerin diğer gruplara göre tedavisinde diyet-egzersiz grubunun fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde, Tip-1 grubunun yenidoğanın ilk saatlerdeki davranışsal durumları üzerinde etkili olabileceği ve özellikle hipoglisemiye yatkın yenidoğanlarda daha fazla uykululuk veya huzursuzluk gözlenebileceği belirtilmiştir (120,126).

5.2.3. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Başarı Puan Durumunun Karşılaştırılması

Annelerin ilk 48 saatte emzirme başarı puan durumu incelendiğinde LATCH toplam puan açısından üç grupta birbirine benzer ve emzirme başarı puanı üç grupta da ortalama bir değer olarak bulunmuştur. Lamba ve ark. (2023) Hindistan’da herhangi riskli bir gebeliğe sahip olmayan, 120 sezaryen ve 120 vajinal doğum yapan anne ile yürüttükleri çalışmada 1. ve 24. saatte yaptıkları LATCH emzirme başarı durumu değerlendirildiğinde vajinal doğum yapan annelerin sezaryenle annelere göre emzirme başarı puanı yüksek bulunmuştur. Fakat her iki grupta 24. saat sonuçları 1. saat sonuçlarına göre iyileştirme göstermiştir. Doğum şekline bakılmaksızın hem 1. hem de 24. saat emzirme başarı puanları mevcut çalışmamıza göre yüksek çıkmıştır (132). Bu durum doğum şekline bakılmaksızın çalışmanın sağlıklı bir gebe grubunda gerçekleşmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlıklı annelerle yapılan bir çalışmada; Sowjanya ve ark. (2018) sağlıklı 100 annenin taburcu olmadan ilk 48 saatte ve postpartum 6 haftada emzirme başarısı incelenmiştir. Bu prospektif kohort çalışmada annelerin hem ilk 48 saatte hem de postpartum 6.haftada yapılan değerlendirmede emzirme başarısı mevcut çalışmamızdan yüksek bulunmuştur. Ayrıca saatler ilerledikçe bu çalışmada başarının arttığı görülmüştür. Bunun sebebi doğumdan hemen sonra annelerin kendilerine tam güvenememeleri, deneyimsiz olmaları, ağrı ve korkunun olmasından kaynaklanmaktadır (133). Başka bir çalışmada Raphael ve ark. (2023) 400 sağlıklı anne ile emzirme sorunlarının belirlenmesi ve düzeltilmesi amacıyla yaptıkları prospektif gözlemsel çalışmada iki izlem yapmışlardır; ilki 6-12 saat ve ikincisi 24-

48 saatler arasındadır. İki izlemde LATCH sonucu bizim çalışmamızdan yüksek olduğu gözlemlenmiştir. İlk izlemde annelerin emzirme başarı oranı 2. izleme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulmuşlardır. Bu durumun nedeni; sezaryen doğum yapan sayısının fazla olması, primipar oranının yüksek olması ve annelerin emzirme eğitimi almamış olmasından kaynaklandığını bulmuşlardır (134).

Çalışmamızda diyabet tanısının yanı sıra, annelerin çoğunluğunun sezaryen olması ve değerlendirmenin ilk 48 saat içerisinde olması başarı puanının ortalama düzeyde olmasına neden olmuştur. Diyabet tanılı annelerin erken dönem emzirme başarısını direkt veya başka değişkenler inceleyerek indirekt ortaya koyan sınırlı çalışma mevcuttur. Jagiello ve arkadaşların (2015) Amerika’da 27 GDM kadınıla yaptıkları kalitatif çalışmada GDM annelerin erken emzirme sonuçlarını ilişkin görüşlerini almışlar ve görüşmeler sonucunda “Zorluklar ve Emzirme Desteği”, “Süt Salgısında Zorluklar” ve “Bebek Sağlığı Endişesi” gibi temalar elde edilmiştir. Kadınlar gecikmiş laktogenez 2 ve az süt salgısı gibi sorunlar algıladıklarını bildirmiştir (135). Mevcut çalışmada üç gruptaki anneler arasında emzirme başarısında istatistiksel fark olmasa da Tip-1 annelerin emzirme başarı puanı en düşüktür. Bu durum Tip-1’li anneden doğan bebeklerin en çok hipoglisemi deneyimlemesi nedeniyle kaynaklanmış olabilir. Sonuç istatistiksel olarak anlamlı olmasa da klinik anlamlılığı olan bir veridir.

Çalışmamızda LATCH emzirme başarı durumunda gruplar arasında anlamlı fark çıkmamasının sebebi olarak; ülkemizde anneler için emzirme oldukça önemli olması ve emzirmeye başlamak için çok çaba gösterdikleri düşünülmektedir. Ölçümlerimiz sadece erken postpartum dönemde olması, çalışmanın tasarımına bağlı daha sonraki takip süreçlerinde (1. ve 3. ay) LATCH değerlendirilmesi grupları arasında farkı ortaya koymayı zorlaştırmıştır. Aluş Tokat ve ark. (2015) 334 sağlıklı Türk annenin sezaryen veya vajinal doğum sonrası ilk 24 saatte emzirme zamanlarını inceledikleri çalışmalarında sezaryen ile doğum yapan anneler daha çok sorun yaşamasına rağmen ilk emzirme zamanlarını benzer bulmuşlardır (136). Benzer şekilde Üstün ve Aluş Tokat (2016) başka bir çalışmada 170 sağlıklı ve 170 diyabetli annelerin bebeklerini sadece anne sütü verme durumu açısından karşılaştırdıkları çalışmada; aynı şekilde diyabetli annelerin postpartum süreçte daha çok sorun yaşamasına rağmen sadece anne sütü verme durumu yönünden fark bulmamışlardır

(137). Bu durum kültürümüzde emzirmeye verilen önemi ve annelerin zorluklarla karşılaştıkları durumlarda dahil emzirmeyi gerçekleştirme isteği konusunda yoğun çaba göstermenin sonucudur. Fakat her üç grupta emzirme başarısının ortalama düzeyde olması ve literatürde sağlıklı gebelerle yapılan mevcut çalışmalara göre daha düşük olması farklı tipte diyabetlilerin laktogenezis ve yenidoğanın uyanıklık sürecine etkisi sonucu ortaya çıkmış olabilir. Annelerin her üç grupta en çok ilk 1-3 saate emzirmeye gecikerek başlaması ve özellikle tip 1 diyabette bebeklerin çoğunlukla uyuklu görünümde olması başarının bu düzeyde olmasına neden olmuş olabilir. Birçok çalışmada vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan annelerin emzirme başarısı karşılaştırıldığında sezaryen doğum yapanların emzirme başarısı daha düşük bulunmuştur (138,139). Bizim çalışmamızda çoğu anne sezaryen doğum yaptığı için bu durumdan etkilenmiş olabilir. Annelerin süt salınımı daha geç başlaması, postpartum dönemde daha fazla sorunların olması, anne sütü dışında başka gıda verme teşvikiyetinin fazla olması bu durumu etkileyerek, emzirme başarısını düşürmektedir (67,140).

Literatüre destek olarak, Chertok ve ark. (2016) postpartum ilk haftada 32 GDM ve 35 sağlıklı anne ile yaptıkları değerlendirmede GDM tanılı annelerin sağlıklı annelere göre; emzirmeye daha geç başlaması ve laktogenezis 2 safhasının gecikmesinden dolayı emzirme başarı ve öz-yeterliliğini istatistiksel olarak düşük bulmuşlardır (20). Diyabet türünün emzirme başarısı üzerine etkisini incelemek için Finkelstein ve ark. (2013) 23291 sağlıklı, 1291 GDM'li, 52 Tip-2 ve 107 Tip-1 tanılı annenin hastanede ve taburculukta tam emzirme durumlarını karşılaştırmak için retrospektif kohort çalışma yapmışlardır. Bunun sonucunda tam emzirme oranlarında hastanede ve taburculukta aynı sonuçlar elde edilmiştir. Tam emzirme oranının en düşük olduğu grup Tip-1, ikinci sırada GDM, daha sonra Tip-2 ve en yüksek sağlıklı annelerin olduğunu saptamışlardır (14). Bu çalışmadan farklı olarak Kortsmit ve ark. (2022) Amerika'da lojistik regresyon ile 71751 sağlıklı, 2869 gebelik öncesi diyabeti olan (Tip-1, Tip-2) ve 7430 GDM tanısı olan anne ile yaptıkları çalışmada emzirme başarısını durumu açısından ilk bir haftada emzirme prevalans oranı açısından gruplar benzer bulunmuştur ve diyabet durumu ne olursa olsun emzirme başarısını sağlamak isteyen anneler emzirmeye devam edebileceklerini saptamışlardır (141). Kole White ve ark. (2021) yaptıkları prospektif kohort çalışmada GDM de tedavi

türünün emzirme başarısı üzerinde, 600 GDM'li gebenin diyetle veya insülin ile tedavi durumuna göre emzirme başarısı incelenmiştir. Emzirme başarı çıktısı olarak taburcu olurken ve 3.ayda sadece anne sütü beslenme durumu değerlendirilmiş ve gruplar arasında fark saptanmamıştır (142). Mevcut çalışmada GDM'li gebelerin örneklem $\frac{2}{3}$ çoğunlukta diyet ve egzersiz ile diyabetini regüle ettiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da erken dönemde LATCH başarısı diyabet türüne bakılmaksızın benzer bulunmuştur. Tedavi türü açısından en çok Tip 1 grubunun tamamı insülin tedavisi görmesi, Tip 2 de $\frac{1}{2}$ 'sinin insülin kullanmasına rağmen emzirme başarıları erken dönemde benzer bulunmuştur.

5.2.4. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saatte Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı annelerin ilk 48 saatte emzirme öz-yeterlilik algıları Tablo 9'da sunulmuştur. Annelerin emzirme başarısını, emzirmeyi başlatma ve devam etme süreçlerine destek olan faktörlerden biri emzirme öz-yeterliliğidir. Annelerin yenidoğan bebeğini emzirme çabasını, emzirmeye inancı, emzirmeyi başarabileceğine ilişkin güven duymasını değerlendirir (143). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, Tip-1 diyabetli annelerin, Tip-2 ve GDM tanılı annelere kıyasla emzirme öz-yeterlilik algısında genel olarak istatistiksel olarak daha düşük puanlar aldığını göstermektedir. Tip-1 annelerin tamamının sezaryen olması, yenidoğanda hipoglisemi gelişme durumunun daha yüksek olması, ilk emzirme zamanın gecikmesi ve yenidoğanın çoğunlukla uykulu olması annelerin emzirmede daha çok sorun yaşamasına buna bağlı olarak emzirme öz-yeterlilik algısının daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca tedavi şeklinde insülin kullanım oranının fazla olması bu süreci daha zor yönetmelerine neden olmuş olabilir.

Özellikle "Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim", "Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim", "Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim", "Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim" ve "Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.", maddeleri Tip-1 grubundan kaynaklı Tip-2 ve GDM grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük çıkmıştır. Bu maddeler Tip-1 grubunun kendine olan özgüven eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yandan, Tip-2 ve GDM tanılı

anneler arasında emzirme öz-yeterlilik puanlarının benzer ve genelde tüm maddelerde Tip-1'den daha yüksektir. Bu durum ve LATCH emzirme başarı ölçeğinden Tip-1 grubuna göre daha yüksek puan almaları, bu annelerin emzirme konusunda kendilerini daha yeterli hissettiklerini göstermektedir. Arslan ve ark. (2022) sağlıklı annelerin ilk 24 saatte emzirme öz-yeterlilik algılarını inceledikleri çalışmada; toplam puan ortalaması bizim çalışmamızdaki Tip-2 ve GDM grubunun sonuçlarıyla çok yakındır (144). Anne adayları ister riskli gebelik yaşasın isterse normal gebelik yaşasın ilk 48 saatte öz-yeterliliğe bakış açıları birbirine yakın olduğu görülmüştür. Buna destek olarak Ergezen ve ark. (2021) sağlıklı 102 anne ile ilk 24-48 saat aralığında yaptıkları emzirme öz-yeterlilik puanı bizim çalışmamızda Tip-2 ve GDM grubuna benzer bulunmuştur. Bunun sebebi doğumdan sonra annelerin emzirmeye istekli olması ile ilişkilendirilebilir (145). Aluş Tokat ve ark. (2017) 95 GDM ve 99 GDM olmayan anneleri postpartum ilk 48 saatte karşılaştırdığı çalışmada; sağlıklı annelerin öz-yeterlilik puanının GDM tanısı olan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur (16). Bu durumlardan farklı olarak Işık ve ark. (2017) 74 GDM ve 103 sağlıklı anneler doğum öncesi ve doğum sonrası zamanda emzirme öz-yeterlilik algısını inceledikleri çalışmada tanıya sahip olan annelerin sağlıklı annelere göre emzirme öz-yeterlilik ölçeği daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma göre GDM annelerin emzirmeye çok istekli olduklarını göstermektedir (23).

5.2.5. Farklı Diyabet Tiplerine Göre İlk 48 Saat, 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tipleri zamanla emzirme öz-yeterlilik algısındaki değişim (ilk 48 saat, 1. ay ve 3. ayda) durumları sunulmuştur. İlk izlemde Tip-2'nin öz-yeterlilik algısı yüksek bulunurken, 2. izlemde GDM ve 3. izlemde tekrar Tip-2'nin yüksek bulunmuştur. Tip-1 grubu zamanla öz-yeterliliğinde belirgin düşüş yaşanmıştır. Bunun sebebi olarak doğumdan sonraki süreçte yaşanan sorunlardan kaynaklı olarak giderek emzirme problemlerin çoğalması neden olmuş olabilir. Ayrıca sadece insülin tedavisi alan bu annelerin emzirmeyi yönetimdeki zorluklarla ilişkili olabilir. Bunun yansıması zaman ilerledikçe hem Tip-1 hem de Tip-2 grubunda kendi içinde istatistiksel olarak öz-yeterliliğinde anlamlı düşüşler görülmüştür.

Literatürde öz-yeterlilik ilk bir davranış yaptıkça artan bir olgu olmasına rağmen bu gruplarda zamanla azalması emzirmeye yönetiminde yaşanan sorunlarla ilişkili olabilir. Tip-1 tanılı anneler emzirme döneminde; hipoglisemiye girme oranlarındaki artış, glisemik hedeflere ulaşmada yaşanan sıkıntılar, annenin insülin tedavi dozlarındaki değişiklikler sebebiyle etkilenebileceği saptanmıştır (120).

Emzirme öz-yeterlilik algısı ve emzirme başarısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada (İnce ve ark. 2017) 91 annenin doğumdan sonra emzirme öz-yeterlilik puanı değerlendirilmiş ve sonuçlar mevcut çalışmamızda ki ilk izlemde Tip-2 ve GDM grubunun sonuçlarına benzer bulunmuştur. Tip-1 grubunun ise emzirme öz-yeterlilik algısı belirgin bir şekilde daha düşük bulunmuştur (77). Mevcut çalışmamızda ölçümlerin ilk 48 saatten, 1. ve 3. ay izlemlerine doğru annelerin emzirmeye ilişkin daha çok sorun yaşamasına bağlı tam emzirme oranları azalmakta ve buna bağlı emzirme öz-yeterlilik puanında düşme gerçekleştiği düşünülmektedir. Doughyt ve ark. (2023) herhangi bir diyabet tanısına sahip 28 ve sağlıklı 29 annenin son gebelik haftasında, doğumdan sonra 24 saatte ve 1. ayda öz-yeterliliklerini karşılaştırmışlardır. Son gebelik haftasında gruplar benzer bulunurken, sonraki ölçümlerde diyabet tanısı olan annelerin yenidoğanlarının hipoglisemiye girmesinden dolayı öz-yeterlilik algıları düşmüştür. Annelerin güçlü emzirme niyeti olmalarına rağmen diyabet tanısı olan gruptaki yenidoğanlarının neonatal komplikasyonlardan dolayı öz-yeterliliklerinin düştüğü düşünülmektedir (101). Bu çalışmalardan farklı olarak diyabet tanısı olan 30 anne ve sağlıklı 30 anne üzerinde Akkoyun ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada 1. ayda diyabet tanılı ve normal annelerin özgüven eksikliği bulunmasından dolayı öz-yeterlilik durumunu benzer bulmuştur (15). Toplumumuzda anneler emzirme konusunda çok istekli olsa da yeterli süt kaygısı sağlıklı annelerde de çok yüksek olabilmekte, bu kaygıyı yaşayan anne acaba yeterli süt verebilir miyim? Sütüm yetiyor mu? Her ağlamayı, aç mı kaldı? gibi kaygılarla özgüveni olumsuz etkileniyor. Bu nedenden dolayı ülkemizde yapılan Akkoyun ve ark. sonuçlarında diyabet ve sağlıklı annelerin özgüven durumları benzer bulunmuştur (15).

5.2.6. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Annelerin Emzirme Şekil Durumunun Karşılaştırılması

Annelerin emzirme şekil tam ve kısmi emzirme şeklinde iki grupta sınıflandırılmıştır. Birinci ayda tam emzirme oranında en düşük Tip-1 grubudur ve üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum Tip-1 annelerin bebeklerinde daha çok hipoglisemi gelişme veya hipoglisemi olma olasılığı nedeniyle ek ürün verme gereksiniminden kaynaklanabilir. Ayrıca diyabetin yönetimi, laktogenezisin sürdürülmesi için insülin gereksinimin olması gibi fizyolojik faktörler buna neden olmuş olabilir. Akkoyun ve ark. (2016) farklı diyabet tanılarına ait 30 anne ve sağlıklı 30 anne ile birinci ve üçüncü ayda yaptıkları değerlendirmede tam emzirme oranlarının sağlıklı annelerde daha yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel anlamlı fark olduğu saptanmıştır (15).

Diyabet tanılı annelerden doğan yenidoğanların hipoglisemi ataklarından dolayı daha az emdikleri, emzirme sürelerinin daha kısa oldukları ve annelerin laktasyonun geç başlamasından dolayı emzirmeye geç başlaması nedeniyle iki ölçümde de diyabet tanısı olan annelerin sağlıklı annelere göre mama verme oranları büyük ölçüde yüksek bulmuşlardır. Buna benzer olarak farklı diyabet tanılarına sahip 62 anne ve sağlıklı 175 anne ile postpartum 3.ayda emzirme durumunu belirlemek amacıyla Misita ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada; diyabet tanısı olan annelerin bebeklerinde daha çok hipoglisemi gelişmesi nedeniyle sağlıklı annelere göre kısmi emzirme şeklinde besleme oranları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (146). Ayrıca Tip-2 18 ve sağlıklı 18 anne ile taburculukta ve 4. ayda tam emzirme oranlarını pilot çalışma ile inceleyen Britten ve ark. (2022) Tip-2 grubunun gebelikte insülin kullanımının artması, insülinin süt üretim mekanizmasını azaltması ve yenidoğanların hipoglisemiye girme oranlarında artış sebebiyle ilk 24 saatte mama verme takviyesini sağlıklı annelere göre istatistiksel olarak yüksek bulmuştur (147).

Emzirme şekil durumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. GDM tanılı anneler üzerinde tam emzirme durumları hakkında sistematik bir inceleme yapan Nguyen ve ark. (2019) toplam 16 çalışma sonucunu değerlendirmiştir. Bu çalışmaların 4'ünde tam emzirme oranının GDM tanısı olan annelerde olmayanlara göre obezite durumu, sezaryen oranının daha yüksek olması, obstetrik ve neonatal komplikasyonların daha çok görülmesi nedeniyle anlamlı derecede daha yüksek

bulunmuştur. Diğer 12 çalışma ise iki grup arasında sadece anne sütü ile beslenme durumunu benzer bulunmuştur (103). Başka bir çalışmada; Üstün (2013) 170 GDM ve 170 sağlıklı kadınla yaptığı araştırmada emzirmeyi şekil açısından ilk 24 saat ve 1.haftada değerlendirmiştir. GDM tanılı annelerin ilk emzirmeye geç başlaması, emzirme süresinin düşük olması ve bebeklerinin derin uykuda olma oranının fazla olması sebebiyle ilk 24 saatte kısmi emzirme oranı sağlıklı annelere göre istatistiksel olarak daha yüksek ve anlamlı çıkmıştır. Birinci hafta izlemi incelendiğinde de aynı sonuç gözlemlenmiştir (148). Diyabetin türüne göre olası hipoglisemi riskler bebeklerin uyanıklık, nöro davranışlarını etkileyebilmekte bu durum da anne sütü alım oranını azalttığı bilinmektedir.

5.2.7. Farklı Diyabet Tiplerine Göre 1. Ay ve 3. Ayda Yenidoğanların Emzirme Sonrası Huzurlu Olma Durumunun Karşılaştırılması

Farklı diyabet tanılı annelerden doğan çocukların 1. ve 3. ay emzirme sonrası yenidoğanın huzurlu olma durumu incelenmiştir. Birinci ve üçüncü ayda bebeklerin emdikten sonra huzurlu olma durumu arasında fark saptanmamıştır. Mevcut çalışmamızda 1. ve 3. aydaki karşılaştırmalar sonucunda tüm gruplarda yenidoğanın huzursuz olma durumu en az seviyededir. Bu durum diyabet tanılı annelerin yenidoğanlarının hipoglisemiye girme riski, daha uykulu olma gibi durumlardan kaynaklı emzirme sonrası huzurlu olma durumunu etkilemektedir (120). Aluş Tokat ve ark. (2017) 194 GDM ve sağlıklı anneden postpartum 0. ve 48. saatte topladıkları veriler sonucunda, istatistiksel olarak GDM tanılı annelerin laktogenezisteki gecikmeden kaynaklı olarak yenidoğanın tam doymaması, bu nedenle yenidoğanlarının huzursuz olduğunu; bu durumun emzirme sonucuna ve öz-yeterliliğini etkilediği bulunmuştur (16).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı anneler arasında yenidoğanla ilk temas zamanı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak, tüm gruplarda bu temasın genellikle bir saati geçmesi, yenidoğanın sağlığı ve annenin emzirme başarısı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı tespit edilmiştir.
- İlk 24 saat içinde emzirme sorunları tüm gruplarda benzer bulunmuştur. Tip-1 diyabetli annelerin bu sorunu daha sık yaşadığı tespit edilmiş ve bu durum klinik anlamlılık açısından önemli olarak değerlendirilmiştir.
- Yenidoğanlarda hipoglisemi gelişme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tip-1 diyabetli annelerin yenidoğanlarının insülin ihtiyacından dolayı daha yüksek daha yüksek oranda geliştiği saptanmıştır.
- Diyabet tanılı annelerin ilk emzirmede yenidoğan görünüm açısından istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Bu farklılık Tip-1 grubunda uyukulu, Tip-2 grubunda ağlıyor ve GDM grubunda sessiz ve uyanıkta fazlalık olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.
- Farklı diyabet tiplerine sahip annelerin ilk 48 saatteki emzirme başarı puanları, LATCH toplam puan açısından üç grubun benzer ve LATCH puan ortalamaları literatürdeki sağlıklı gebelerle yapılan çalışmalara göre düşük sonuçlar göstermiştir.
- Farklı diyabet tanılı annelerin ilk 48 saatte emzirme öz-yeterlilik algıları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Toplam emzirme öz-yeterlilik puanında Tip-2 ve GDM grubunda benzer bulunurken, Tip-1 grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüklük saptanmıştır.
- Farklı diyabet tanılı annelerin ilk 48 saat, 1.ay ve 3. ayda emzirme öz-yeterlilik algıları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farkın üç izlemde de Tip-1 diyabetten kaynaklandığını ve bu grupta öz-yeterliliği tüm zaman diliminde anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur.

- Tip-1 grubunun kendi içerisinde zamanla (ilk 48 saat, 1.ay ve 3. ay) emzirme öz-yeterlilik algıları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşmüştür.
- Tip-2 grubunun da kendi içerisinde ilk 48 saat, 1.ay ve 3. ay emzirme öz-yeterlilik algıları izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı olarak azalmıştır.
- GDM grubunun kendi içerisinde ilk 48 saat, 1.ay ve 3. ay emzirme öz-yeterlilik algıları izlemlerinde istatistiksel olarak benzer bulunmuştur.
- Farklı diyabet tanılı annelerin emzirme şekil açısından incelendiğinde 1. ayda tam ve kısmi emzirme durumu yönünden gruplar karşılaştırıldığında, Tip-1 ve Tip-2 grubuna göre GDM grubunda tam emzirme oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Farklı diyabet tanılı annelerin emzirme şekil açısından incelendiğinde 3. ayda tam ve kısmi durumu yönünden gruplar karşılaştırıldığında, Tip-1 grubundan tam emzirme durumu GDM grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- Üç grupta da zamanla 1. aydan 3. aya geçişte tam emzirme oranı azalmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda uygulamaya ve araştırmacılara yönelik öneriler şu şekildedir:

6.2.1. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Uygulamaya Yönelik Öneriler;

- Diyabet tanılı annelerin bebekleri ile ilk temas durumunda gecikmeler yaşandığı için hastanelerde en erken sürede ten tene temas kurlmaları teşvik edilmeli ve bu uygulama standart hale getirmelidir.
- Tip-1 diyabetli annelerin yenidoğanları için erken emzirme ve sıkı bir hipoglisemi izlemi yapılmalı. Doğumhanelerde bu bebeklere öncelik verilerek, emzirmenin ilk saatlerde başlaması sağlanmalıdır.
- Anneler arasında süt gelmeyeceği veya yetersiz kalacağı yönündeki yanlış algıların düzeltilmesi için eğitim programları geliştirilmelidir. Bu

programlar, diyabet yönetimi ve emzirme teknikleri hakkında bilgilendirme içermelidir.

- Annelerin emzirmeye başlamasındaki gecikmelerin önüne geçmek için hastanelerde erken emzirme uygulamaları teşvik edilmelidir. Özellikle diyabetli annelerin laktogenezes 2 geç başlama olasılığı nedeniyle emzirme ve elle sağma ile laktasyon desteklenmelidir.
- Hastaneler, diyabetli anneler için özel olarak tasarlanmış emzirme eğitim programlarını güçlendirilmelidir. Bu programlar emzirme öz-yeterlilik algısını artırmak ve karşılaşılan zorlukları azaltmak için tasarlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından emzirme eğitimlerinin içeriği, süresi ve kalitesi konusunda ulusal standartlar belirlenmeli ve bu eğitimlerin tüm hastanelerde uygulanması sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmet sağlayıcıları, Tip-1, Tip-2 ve GDM tanılı anneler için özel eğitim programları ve destek grupları düzenlemeli. Bu programlar, emzirme teknikleri, süt arttırıcı beslenme, sezaryen doğum sonrası emzirme ve emzirme sırasında karşılaşılan zorlukların üstesinden gelme yöntemleri hakkında bilgi sunmalıdır.
- Diyabet tanılı annelere yönelik olarak, emzirme sürecinde karşılaşılabilecek duygusal zorluklar için psikolojik destek hizmetleri sunulmalıdır. Bu destek, annelerin emzirme öz-yeterliliklerini artırma potansiyeline sahiptir.
- Emzirme danışmanları, diyabet uzmanları ve pediatristler arasında iş birliği teşvik edilmeli, bu sayede annenin ve bebeğin ihtiyaçlarına yönelik bütüncül bir yaklaşım geliştirilmelidir.
- Sağlık profesyonelleri diyabet çeşitleri ve emzirmeye karşı etkileri konusunda hizmet içi eğitimler düzenleyerek bilgilendirmelidir.

6.2.2. Araştırma Sorularına Yanıt Oluşturan Bulguların Araştırmacıya Yönelik Öneriler;

- Farklı coğrafyalarda ve daha büyük örneklem grupları ile benzer çalışmalar yapılması, emzirme süreçlerindeki etkilerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir.
- Diyabetli anneler ve emzirme başarısı üzerine daha fazla prospektif ve gözlemsel çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar, diyabetin emzirme üzerindeki etkilerini daha iyi anlamak için çeşitli değişkenleri kapsamalıdır.
- Diyabetli annelerde emzirme öz-yeterlilik algısını etkileyen faktörler üzerine daha ayrıntılı veri sunacak kalitatif çalışmalar planlamalı ve girişimsel çalışmalar ile girişim protokolleri oluşturulmalı.
- İnsülin kullanımı gibi farklı tedavi yöntemlerinin, diyabetli annelerin emzirme başarısı ve öz-yeterlilik algısı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak için çalışmalar yapılmalıdır.
- Diyabetli annelere yönelik uygulanan emzirme müdahalelerinin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar, en etkili müdahale yöntemlerini belirlemeye yardımcı olacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Bhatia J, Shamir R, Vandenplas Y. Protein In Neonatal And Infant Nutrition: Recent Updates: 86th Nestlé Nutrition Institute Workshop, Beijing, May 2015. Karger Medical And Scientific Publishers; 2016. 182 p.
2. World Health Organization, Breastfeeding. İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
3. From The First Hour Of Life: Making The Case For Improved Infant And Young Child Feeding İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://www.unicef.org/media/49801/file/From-The-First-Hour-Of-Life-Eng.pdf>
4. Ak PS, Vardar O, Özkan S. Anne Dostu Hastanelerin Yaygınlaşması Türkiye İçin Neden Önemlidir? Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;1(1):25-9.
5. Hacettepe Üniversitesi, Turkey, Editörler. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019. 288 p.
6. Idf Diabetes Atlas Ninth Edition 2021 Erişim Linki: https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf Erişim Tarihi: 12.05.2024
7. Idf Diabetes Atlas Ninth Edition 2019 Erişim Linki: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_idfatlas9e-final-web.pdf Erişim Tarihi: 12.05.2024.
8. Olgun N. Diabetes Mellitus Tanı ve Sınıflandırılması. In: Ünsal Avdal E, editor. Endokrin Hemşireliği. Ankara: Özgür Matbaacılık Basım Yayın; 2021. p. 397-421.
9. Soltani H, Dickinson FM, Kalk J, Payne K. Breast Feeding Practices And Views Among Diabetic Women: A Retrospective Cohort Study. Midwifery. 2008;24(4):471-9.
10. Üstün G, Tokat MA. Gestasyonel Diyabet Emzirme Sonuçları İçin Ne Kadar Önemli? Perinatoloji Dergisi. 2011;19(3):123-9.
11. Matias SL, Dewey KG, Quesenberry CP, Gunderson EP. Maternal Prepregnancy Obesity And Insulin Treatment During Pregnancy Are Independently Associated With Delayed Lactogenesis In Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus. Am J Clin Nutr. 2014;99(1):115-21.

12. Cordero L, Stenger MR, Landon MB, Nankervis CA. Exclusive Breastfeeding Among Women With Type 1 And Type 2 Diabetes Mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):69.
13. Herskin CW, Stage E, Barfred C, Emmersen P, Ladefoged Nichum V, Damm P, et al. Low Prevalence Of Long-Term Breastfeeding Among Women With Type 2 Diabetes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(15):2513-8.
14. Finkelstein SA, Keely E, Feig DS, Tu X, Yasseen AS, Walker M. Breastfeeding In Women With Diabetes: Lower Rates Despite Greater Rewards. A Population-Based Study. *Diabet Med*. 2013;30(9):1094-101.
15. Akkoyun EB. Diyabetik Annelerin Öz Yeterliliğinin “Tek Başına Anne Sütü Verme” Süresine Etkisi, Yüksek lisans tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2016.
16. Tokat MA, Elmas S, Yeyğel Ç. Gestasyonel Diyabetin Emzirme Sonuçlarına ve Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına Etkisinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2017;10(4):193-200.0
17. Baysal HY, Türkoğlu N, Küçükoğlu S. Sağlıklı ve Hasta Bebeği Olan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algılarının Karşılaştırılması. *Journal Of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*. 2014;4(1).
18. Aluş-Tokat M, Okumuş H. Translation And Psychometric Assessment Of The Breast-Feeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Pregnant And Postnatal Women In Turkey. *Midwifery*. 2010;26(1):101-8.
19. Yenil K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, Çeçe Ö, Bakılan Abalı F. Annelerin Emzirme Öz Yeterliliği İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(2):14-9.
20. Chertok IR, Sherby E. Breastfeeding Self-Efficacy Of Women With And Without Gestational Diabetes. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016;41(3):173-8.
21. Alyousefi N, Alemam A, Altwaijri D, Alarifi S, Alessa H. Predictors Of Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy In Expectant Mothers With Gestational Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4115.
22. Linden K, Berg M, Adolfsson A, Sparud-Lundin C. Well-Being, Diabetes Management And Breastfeeding In Mothers With Type 1 Diabetes—An Explorative Analysis. *Sex Reprod Healthc*. 2018;15:77-82.

23. Işık G, Cetişli NE. The Effect Of Gestational Diabetes On Depression And Breastfeeding Self-Efficacy In Pregnancy And Postpartum Period. Clin Exp Health Sci. 2022;12(2):323-30.
24. American Diabetes Association. Diabetes Diagnosis And Tests İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://diabetes.org/about-diabetes/diagnosis>
25. Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı Ve Tedavi İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: https://www.turkdiab.org/admin/pics/webfiles/2023_diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf
26. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tani, Tedavi ve İzlem Kılavuzu İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: https://file.temd.org.tr/uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf
27. McGrath RT, Glastras SJ, Hocking SL, Fulcher GR. Large-For-Gestational-Age Neonates In Type 1 Diabetes And Pregnancy: Contribution Of Factors Beyond Hyperglycemia. Diabetes Care. 2018;41(8):1821-8.
28. Koyama M, Taki M, Okamoto H, Kawamura Y, Ueda Y, Chigusa Y, et al. Characteristics Of Pregnancy Complicated With Type 1 And Type 2 Diabetes. Taiwan J Obstet Gynecol. 2023;62(5):655-60.
29. Seah JM, Kam NM, Wong L, Tanner C, Shub A, Houlihan C, et al. Risk Factors For Pregnancy Outcomes In Type 1 And Type 2 Diabetes. Intern Med J. 2021;51(1):78-86.
30. Roden M, Shulman GI. The Integrative Biology Of Type 2 Diabetes. Nature. 2019;576:51-60.
31. American College Of Obstetricians And Gynaecologists (ACOG). Diabetes And Women. İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/diabetes-and-women>
32. Grarup N, Sandholt CH, Hansen T, Pedersen O. Genetic Susceptibility To Type 2 Diabetes And Obesity: From Genome-Wide Association Studies To Rare Variants And Beyond. Diabetologia. 2014;57:1528-41.

33. Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S, Larrea-Sebal A, Siddiqi H, Uribe KB, et al. Pathophysiology Of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci.* 2020;21(17):6275.
34. Sugrue R, Zera C. Pregestational Diabetes In Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45:315-31.
35. Dalfrà MG, Burlina S, Lapolla A. Pregnancy And Type 2 Diabetes: Unmet Goals. *Endocrines.* 2023;4(2):366-77.
36. Aluş Tokat M, Aypar Akdağ NN. Gebelik Diyabeti. In: Ünsal Avdal E, editor. *Endokrin Hemşireliği.* Ankara: Özgür Matbaacılık Basım Yayın; 2021. p. 397-421.
37. Aypar N. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) Tanısı Alan Gebelerin GDM'ye İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
38. McCance DR. Pregnancy And Diabetes. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2011;25(6):945-58.
39. American College Of Obstetricians And Gynaecologists (ACOG). Gestational Diabetes İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/gestational-diabetes>
40. Kılıç A, İldan Çalım S. Yüksek Riskli Gebelik: Pregestasyonel Ya Da Yeni Kazanılan Hastalıklar. In: Taşçı Duran E, Gerçek E, editors. *Yüksek Riskli Gebelikler ve Yönetimi.* Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın; 2019. p. 335-49.
41. Dünder T. Gestasyonel Diyabetin Fizyopatolojisi. In: Aksu H, editor. *Üreme Sağlığı Fizyopatolojisi.* Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2023. p. 49-61.
42. Sparks JR, Ghildayal N, Hivert MF, Redman LM. Lifestyle Interventions In Pregnancy Targeting GDM Prevention: Looking Ahead To Precision Medicine. *Diabetologia.* 2022;65(11):1814-24.
43. Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes During Pregnancy: A Maternal Disease Complicating The Course Of Pregnancy With Long-Term Deleterious Effects On The Offspring. A Clinical Review. *Int J Mol Sci.* 2021;22(6):2965.

44. McGuire KP. Breast Anatomy And Physiology. In: Breast Disease: Diagnosis And Pathology. 2016. p. 1-14.
45. Özen E. Emziren Annelerin Emzirme Özyeterliliklerinin, Bebek Beslenmesi Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
46. Taşdemir F. Meme Cerrahisi Öncesi Gece Uykusu Özelliklerinin Ameliyat Sonrası Ağrıya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
47. Kaşısarı YH. Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği ile Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2021.
48. Imeokparia F, Chandrasekaran B. Evaluation Of Breast Problems. Clin Obstet Gynecol. 2022;65(3):430-47.
49. Öztürk Ö, Sarıkaya P, Özdemir Ş, Çikendin Z, Zünbül N. Anne Sütü ve Emzirme ile İlgili Anneler Tarafından Bilinen Doğrular ve Yanlışlar. Güncel Pediatri. 2018;16(2):40-54.
50. Uraş N. Anne Sütünün Oluşumu ve İçeriği. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi. 2017;2(2):130-53.
51. Akkuzu G. Yenidoğanın Beslenmesi. In: Taşkın L, editor. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 18th ed. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2023.
52. Küçüköğlu S, Çelebioğlu A, Özdemir AA. Anne Sütü ve Emzirme. In: Nazik E, editor. Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022. p. 499-526.
53. Özkan H, Karakoç H. Yenidoğan Beslenmesi. In: Genç RE, Özkan H, editors. Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2021. p. 87-107.
54. Sağlam HY. Meme Anatomisi ve Laktasyon Fizyolojisi. In: Reyhan FA, Dağlı E, editors. Anne Sütü ve Emzirme Üzerine Bir Rehber. Ankara: Vize Yayıncılık; 2022. p. 25-40.
55. Reyhan FA, Dağlı E. Anne Sütünün Biyokimyası ve İmmünolojik Önemi. In: Reyhan FA, Dağlı E, editors. Anne Sütü ve Emzirme Üzerine Bir Rehber. Ebeler ve Hemşireler İçin. Ankara: Vize Yayıncılık; 2022. p. 41-51.

56. Sarper C. Spinal Anestezi Ile Yapılan Sezaryen Doğumlarda Erken Ten Temasının, Emzirme Yeterliliğine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2015.
57. Bilgen H, Kültürsay N, Türkyılmaz C. Turkish Neonatal Society Guideline On Nutrition Of The Healthy Term Newborn. Turk Pediatri Ars. 2018;53(1):128-37.
58. Kamiş F. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-49 Yaş Üreme Çağındaki Kadın Hastaların Anne Sütü ve Emzirme Hakkında Bilgi Düzeyi ve Emzirme Tutumlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
59. Dogaru C, Nyffenegger D, Pescatore AM, Spycher BD, Kuehni CE. Breastfeeding And Childhood Asthma: Systematic Review And Meta-Analysis. Am J Epidemiol. 2014;179(10):1153-67.
60. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği. Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi. İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024.ErişimLinki:http://www.neonatology.org.tr/wpcontent/uploads/2016/12/term_beslenme.pdf
61. Yılmaz C. Doğum Sonrası Erken Dönemde Ebeveynlere Verilen Emzirme Eğitiminin Bebeklerin İlk Ay Anne Sütü Alma Durumuna Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2016.
62. Ekşioğlu A. Postpartum Dönemde Annelere Verilen Emzirme Destek Programının Sadece Anne Sütü ile Beslenme Süresi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2016.
63. Ahmed A, Ouzzani M. Development And Assessment Of An Interactive Web-Based Breastfeeding Monitoring System (Lactor). Matern Child Health J. 2013;17(5).
64. Brown A, Arnott B. Breastfeeding Duration And Early Parenting Behaviour: The Importance Of An Infant-Led, Responsive Style. PLoS One. 2014;9(2):e83893.

65. Durmuş A, Durmuş İskender M. Türkiye’de Emzirme Eğitimi İle İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Kto Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;3(2):1-14.
66. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing Of Breastfeeding Initiation And Exclusivity Of Breastfeeding During The First Month Of Life: Effects On Neonatal Mortality And Morbidity — A Systematic Review And Meta-Analysis. Matern Child Health J. 2015;19:468-79.
67. Kılıcı H, Çoban A. The Correlation Between Breastfeeding Success In The Early Postpartum Period And The Perception Of Self-Efficacy In Breastfeeding And Breast Problems In The Late Postpartum. Breastfeed Med. 2016;11(4):188-95.
68. Xu F, Li Z, Binns C, Bonello M, Austin MP, Sullivan E. Does Infant Feeding Method Impact On Maternal Mental Health? Breastfeed Med. 2014;9(4):215-21.
69. Şen M. Yenidoğan Annelerinin Emzirme Motivasyonlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi [master’s thesis]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2020.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki:<https://dosyaism.saglik.gov.tr/eklenti/7712/0/emzirmedanismanligielkitabipdf.pdf>
71. Uçar Z, Yılmaz ÖH. Laktasyon Döneminde Beslenme: Enerji ve Makro Besin Öğeleri. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi. 2020;2(1):37-46.
72. Güney E, Uçar T. Gebelikteki Beden İmajının Emzirme Tutumu ve Doğum Sonu Emzirme Sürecine Etkisi. Zeynep Kâmil Bülteni. 2018;49(1):49-53.
73. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/eklenti/136/0/anne-sutu-ve-emzirme-egitim-rehberipdf.pdf>

74. Türkyılmaz C. Emzirme Danışmanlığı ve Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2016;8(2):19-33.
75. Labbok M, Krosevec K. Toward Consistency In Breastfeeding Definition. Stud Fam Plann. 1990;21(4):226-30.
76. Alioğulları A, Yılmaz Esencan T, Ünal A, Şimşek Ç. Araştırma Anne Sütünün Faydalarını ve Emzirme Tekniklerini İçeren Görsel Mesaj İçerikli Broşür İle Annelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19.
77. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A. Annelerin Emzirme Özyeterlilikleri ve Emzirme Başarılarını Etkileyen Özelliklerin Değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi. 2017;7(3):183-90.
78. Arslan H. Simülasyon Temelli Emzirme Eğitiminin Kadınların Emzirme Başarısına, Emzirme Öz-Yeterliliğine, Emzirmeye İlişkin Tutum ve Bilgi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2020.
79. Uçtu Kul A. Öğrendiğini Anlat Yöntemi İle Verilen Emzirme Eğitiminin Emzirme Başarısına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Doktora Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2019.
80. Bayrak Başdağ G. Emzirme Eğitimi Alan Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik ve Emzirme Başarılarının Sağlık İnanç Modeli Temelinde Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Karabük: Karabük Üniversitesi; 2021.
81. Yılmaz M, Aykut M. The Effect Of Breastfeeding Training On Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(6):925-32.
82. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects Of Education And Support Groups Organized By IBCLCs In Early Postpartum On Breastfeeding. Midwifery. 2019;75.
83. Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. Supporting Breast-Feeding Women From The Perspective Of The Midwife: A Systematic Review Of The Literature. Midwifery. 2016;37:32-40.

84. Gonzalez DA, Diaz GNM, Hernandez PC, Rodriguez MS, Aguirre JA. Supporting A First-Time Mother's Assessment Of Success Of A Breastfeeding Promotion Programme. *Midwifery*. 2020;85:102687.
85. Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. Effect Of Antenatal Educational Intervention On Maternal Breastfeeding Self-Efficacy And Breastfeeding Success: A Quasi-Experimental Study. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210428.
86. Addicks SH, Mcneil DW. Randomized Controlled Trial Of Motivational Interviewing To Support Breastfeeding Among Appalachian Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2019;48(4):418-32.
87. Achong N, Duncan EL, Mcintyre HD, Callaway L. Tip 1 Diyabetli Emziren Kadınlarda Fizyolojik ve Glisemik Değişiklikler. *Diyabet Araştırması ve Klinik Uygulama*. 2018;135:93-101.
88. Inkster B, Elder J, Alexander C, Osborne L, Zammitt NN, Frier BM. Post-Partum Hypoglycaemia In Lactating Women With Type 1 Diabetes: A Pilot Study Using Continuous Glucose Monitoring. *Br J Diabetes*. 2015;15:115–22.
89. Ringholm L, Roskjaer AB, Engberg S, Andersen HU, Secher AL, Damm P, et al. Breastfeeding At Night Is Rarely Followed By Hypoglycaemia In Women With Type 1 Diabetes Using Carbohydrate Counting And Flexible Insulin Therapy. *Diabetologia*. 2019;62:387–98.
90. Lemas DJ, et al. Alterations In Human Milk Leptin And Insulin Are Associated With Early Changes In The Infant Intestinal Microbiome. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(5):1291-300.
91. Achong N, Duncan EL, Mcintyre HD, Callaway L. The Physiological And Glycaemic Changes In Breastfeeding Women With Type 1 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;135:93-101.
92. Pressler JL, Hepworth JT, Lamontagne LL, Sevcik RH, Hesselink LF. Behavioral Responses Of Newborns Of Insulin-Dependent And Nondiabetic, Healthy Mothers. *Clin Nurs Res*. 1999;8:103-18.
93. Nucci AM, Virtanen SM, Sorkio S, Bärlund S, Cuthbertson D, Uusitalo U, et al. Regional Differences In Milk And Complementary Feeding Patterns In

- Infants Participating In An International Nutritional Type 1 Diabetes Prevention Trial. *Matern Child Nutr.* 2017;13(3):e12354.
94. Ocaktan C. İnsüline Bağımlı Diyabeti Olan ve Diyabeti Olmayan Kadınların Emzirmeye İlişkin Görüş ve Uygulamalarının Karşılaştırılması [master's thesis]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2017.
95. Edwards H, Speight J, Bridgman H, Skinner TC. The Pregnancy Journey For Women With Type 1 Diabetes: A Qualitative Model From Contemplation To Motherhood. *Pract Diabetes.* 2016;33(6):194-9.
96. Rasmussen B, Skouteris H, Berg M, Nagle C, Morris H, Nankervis A, et al. Breastfeeding Practices In Women With Type 1 Diabetes: A Discussion Of The Psychosocial Factors And Policies In Sweden And Australia. *Women Birth.* 2015;28(1):71-5.
97. Hummel S, Vehik K, Uusitalo U, McLeod W, Aronsson CA, Frank N, et al. Infant Feeding Patterns In Families With A Diabetes History—Observations From The Environmental Determinants Of Diabetes In The Young (TEDDY) Birth Cohort Study. *Public Health Nutr.* 2014;17(12):2853-62.
98. Sorkio S, Cuthbertson D, Bärlund S, Reunanen A, Nucci AM, Berseth CL, et al. Breastfeeding Patterns Of Mothers With Type 1 Diabetes: Results From An Infant Feeding Trial. *Diabetes Metab Res Rev.* 2010;26(3):206-11.
99. İnal B, Karadağ B, Hitay G, Küçükmen S, Hacıbekiroğlu T, Tüylü TB, et al. The Effects Of The Period Of Breast Feeding On The Development Of Type 2 Diabetes In Women. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2015;49(1):11-7.
100. Silbernagl S, Lang F. Hormonlar. Özgünen T, Kozanoğlu İ, translators. Özgünen TK, editor. *Renkli Fizyopatoloji.* Adana; 2011. p. 308-12.
101. Doughty KN, Taylor SN. Barriers And Benefits To Breastfeeding With Gestational Diabetes. In: *Seminars In Perinatology.* 2021;45(2):151385. WB Saunders.
102. Gunderson EP. Breastfeeding After Gestational Diabetes Pregnancy: Subsequent Obesity And Type 2 Diabetes In Women And Their Offspring. *Diabetes Care.* 2007;30(Suppl 2):S161-8.

103. Nguyen PTH, Pham NM, Chu KT, Van Duong D, Van Do D. Gestational Diabetes And Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Asia Pac J Public Health*. 2019;31(3):183-98.
104. Oza-Frank, R., Chertok, I., & Bartley, A. (2015). Differences in breastfeeding initiation and continuation by maternal diabetes status. *Public health nutrition*, 18(4), 727-735.
105. Verd S, De Sotto D, Fernández C, Gutiérrez A. The Effects Of Mild Gestational Hyperglycemia On Exclusive Breastfeeding Cessation. *Nutrients*. 2016;8(10):742.
106. Haile ZT, Oza-Frank R, Azulay Chertok IR, Passen N. Association Between History Of Gestational Diabetes And Exclusive Breastfeeding At Hospital Discharge. *J Hum Lact*. 2016;32(3):NP36-43.
107. Dietary Reference Intakes For Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, And Amino Acids [Internet]. [cited 2024 May 12]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/read/10490/chapter/8>
108. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. Latch: A Breastfeeding Charting System And Documentation Tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x. PMID: 8176525.
109. Adams D, Hewell S. Maternal And Professional Assessment Of Breastfeeding. *J Hum Lact*. 1997;13(4):279-83.
110. Yenil K, Okumuş H. Latch Emzirme Tanılama Ölçeğinin Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma. *Hemar-G Dergisi*. 2003;5(1):38-44.
111. Dennis CL, Faux S. Development And Psychometric Testing Of The Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.
112. Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment Of The Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
113. World Health Organization. Diabetes İnternet Erişimi. Erişim Tarihi: 12.05.2024. Erişim Linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
114. Çalik KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(3):80-91.

- 115.Cummins L, Meedya S, Wilson V. Factors That Positively Influence In-Hospital Exclusive Breastfeeding Among Women With Gestational Diabetes: An Integrative Review. *Women Birth*. 2022;35(1):3-10.
- 116.Davidson EL, Ollerton RL. Partner Behaviours Improving Breastfeeding Outcomes: An Integrative Review. *Women Birth*. 2020;33(1):e15-23.
- 117.Cinar N, Köse D, Altinkaynak S. The Relationship Between Maternal Attachment, Perceived Social Support And Breast-Feeding Sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015;25(4):271-5.
- 118.Malaza N, Masete M, Adam S, Dias S, Nyawo T, Pheiffer C. A Systematic Review To Compare Adverse Pregnancy Outcomes In Women With Pregestational Diabetes And Gestational Diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10846.
- 119.Stogianni A, Lendahls L, Landin-Olsson M, Thunander M. Obstetric And Perinatal Outcomes In Pregnancies Complicated By Diabetes, And Control Pregnancies, In Kronoberg, Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:1-10.
- 120.Fadiloglu E, Karatas E, Tez R, Cagan M, Unal C, Nar M, et al. Assessment Of Factors Affecting Breastfeeding Performance And Latch Score: A Prospective Cohort Study. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2021;225(4):353-60.
- 121.Ramji N, Challa S, Murphy PA, Quinlan J, Crane JM. A Comparison Of Breastfeeding Rates By Obesity Class. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(22):3021-6.
- 122.Akın Ö, Erbil N. Doğum Şekli ve Emzirme: SistematiK Derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020;3(3):302-18.
- 123.Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y, Ma S, Zhang S, et al. Effects Of Pre-Pregnancy Body Mass Index And Gestational Weight Gain On Maternal And Infant Complications. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:1-13.
- 124.Wright AK, Welsh P, Gill JM, Kontopantelis E, Emsley R, Buchan I, et al. Age-, Sex-And Ethnicity-Related Differences In Body Weight, Blood Pressure, HbA1c And Lipid Levels At The Diagnosis Of Type 2 Diabetes Relative To People Without Diabetes. *Diabetologia*. 2020;63:1542-53.
- 125.Longmore DK, Barr EL, Wilson AN, Barzi F, Kirkwood M, Simmonds A, et al. Associations Of Gestational Diabetes And Type 2 Diabetes During

- Pregnancy With Breastfeeding At Hospital Discharge And Up To 6 Months: The Pandora Study. *Diabetologia*. 2020;63:2571-81.
- 126.Amigó J, Corcoy R. Type 1 Diabetes And Pregnancy: An Update On Glucose Monitoring And Insulin Treatment. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2022;69(6):433-41.
- 127.Hedeager Momsen AM, Høtoft D, Ørtenblad L, Friis Lauszus F, Krogh RH, Lynggaard V, et al. Diabetes Prevention Interventions For Women After Gestational Diabetes Mellitus: An Overview Of Reviews. *Endocrinol Diabetes Metab*. 2021;4(3):e00230.
- 128.Dalsgaard BT, Rodrigo-Domingo M, Kronborg H, Haslund H. Breastfeeding And Skin-To-Skin Contact As Non-Pharmacological Prevention Of Neonatal Hypoglycemia In Infants Born To Women With Gestational Diabetes; A Danish Quasi-Experimental Study. *Sex Reprod Healthc*. 2019;19:1-8.
- 129.Cangöl E, Şahin N. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*. 2014;45(3):100-5.
- 130.Durmuş A, İskender MD. Türkiye’de Emzirme Eğitimi İle İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Kto Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;3(2):1-14.
- 131.İşbay B, Gerçek Öter E. Anneanne ve Babaannelerin Emzirme Davranışı Üzerindeki Etkilerine Yönelik Annelerin Düşünceleri: Tanımlayıcı Araştırma. *Türkiye Klin J Nurs Sci*. 2021;13(4).
- 132.Lamba I, Bhardwaj MK, Verma A, Meena E. Comparative Study Of Breastfeeding In Caesarean Delivery And Vaginal Delivery Using Latch Score And Maternal Serum Prolactin Level In Early Postpartum Period. *J Obstet Gynaecol India*. 2023;73(2):139-45.
- 133.Sowjanya SVNS, Venugopalan L. Latch Score As A Predictor Of Exclusive Breastfeeding At 6 Weeks Postpartum: A Prospective Cohort Study. *Breastfeed Med*. 2018;13(6):444-9.
- 134.Rapheal SM, Rajaiah B, Karupanan R, Abiramalatha T, Ramakrishnan SL. Latch Score For Identification And Correction Of Breastfeeding Problems—A Prospective Observational Study. *Indian Pediatr*. 2023;60(1):37-40.

- 135.Jagiello KP, Chertok IRA. Women's Experiences With Early Breastfeeding After Gestational Diabetes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(4):500-9.
- 136.Alus Tokat M, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H. Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes And Breast-Feeding Self-Efficacy In Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth Or Cesarean Birth With Different Types Of Anesthesia. *Int J Nurs Knowl*. 2015;26(2):73-9.
- 137.Üstün G, Alus Tokat M. Determining The Effect Of Gestational Diabetes Status Of Breastfeeding Outcomes. *J Gynecol Obstet*. 2016;3(1):27.
- 138.Cetişli NE, Işık S, Kahveci M, Hacılar A. Primipar Annelerde Doğum Şekline Göre Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti ve Emzirme Davranışları. *J Educ Res Nurs*. 2020;17(2).
- 139.Geçici AK, Geçkil E. Kanguru Bakiminin Prematüre Bebek Annelerinin Emzirme Özyeterlilik Düzeyi ve Emzirme Başarisina Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(4):516-26.
- 140.Hobbs AJ, Mannion CA, Mcdonald SW, Brockway M, Tough SC. The Impact Of Caesarean Section On Breastfeeding Initiation, Duration And Difficulties In The First Four Months Postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:90. doi: 10.1186/s12884-016-0876-1.
- 141.Kortsmit K, Boone KI, Warner L, Horan J, Bower JK, Gallo MF. Prepregnancy And Gestational Diabetes And Cessation Of Breastfeeding <1 Week Postpartum, United States, 2016-2018. *Public Health Rep*. 2023;138(3):475-82.
- 142.Kole-White MB, Griffin L, Ding JJ, Ayala NK, Has P, Werner EF. Breastfeeding Success Among Women With Gestational Diabetes Managed By Diet Only Compared With Those Requiring Medications. *Breastfeed Med*. 2021;16(5):419-23.
- 143.Akça G, Yıldız E. Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyi ve Emzirmeye Etki Eden Faktörler. *Turk Fam Med J*. 2024;28(1):18-24.
- 144.Arslan B. Pregestasyonel Beden Kütle İndeksinin ve Gebelik Döneminde Alınan Kilonun Erken Postpartum Dönemde Annelerin Emzirme Başarısı Ve Özyeterliliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2022.

- 145.Ergezen Y, Efe E, Çalışkan FÖ, Dikmen Ş. Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları İle Emzirme Başarıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021;14(3):217-23.
- 146.Misita D, Yamamoto JM, Yuan Y, Donovan LE, Bell RC, Jarman M. An Exploration Of Differences In Infant Feeding Practices Among Women With And Without Diabetes In Pregnancy: A Mixed-Methods Study. Diabet Med. 2021;38(11):e14635.
- 147.Britten FL, Lai CT, Geddes DT, Callaway LK, Duncan EL. Is Secretory Activation Delayed In Women With Type Two Diabetes? A Pilot Study. Nutrients. 2022;14(7):1323.
- 148.Üstün G. Gestasyonel Diyabeti Olan/Olmayan Kadınların Emzirme Durumlarının İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013

8. EKLER

Ek-1: Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri Formu

1.1 Tanıtıcı Bilgiler

Tarih:

Doğum yaptığınız tarih:

Adınız-Soyadınız:

Doğum yaptığınız saat:

Yaşınız:

Tel:

Diyabet Tipiniz:

1. Eğitim Durumunuz

a. Okur-yazar değil b. İlkokul -ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Diğer

2. Eşinizin Eğitim Durumu?

a. Okur-yazar değil b. İlkokul -ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Diğer

3. Çalışma Durumunuz

a. Çalışıyorum b. Çalışmıyorum

4. Algılanan Gelir Düzeyiniz

a. Gelir gidere göre düşük b. Gelir gider birbirine eşit c. Gelir giderden fazla

5. Mesleğiniz

a. Memur b. Ev Hanımı c. Serbest Meslek d. İşçi e. Diğer

6. Kiminle Yaşıyorsunuz

a. Çekirdek Aile (Siz, eşi, çocuk) b. Geniş Aile (Aile büyükleriyle beraber)

7. Sosyal Güvence Durumu

a. Var b. Yok

8. Sosyal Destek Varlığı (Cevabınız Hayır ise 10. Soruyu Geçiniz)

a. Evet b. Hayır

9. Sosyal Destek Olan Kişi

a. Aile b. Eş c. Arkadaş d. Diğer

10. Ailenizde Diyabet Hastası Bireyler Var Mı? (Anne, baba, kardeş gibi)

a. Evet b. Hayır

11. Ailede Diyabet Hastalığı Bulunan Kişiler

a. Anne b. Baba c. Anne ve Baba d. Anne ve Kardeş e. Anne, Baba ve Kardeş
f. Kardeş e. Diğer

12. Ailede Diyabet Hastalığı Bulunan Kişilerin Diyabet Tipi Nedir?

- a. Tip-1 Diyabet b. Tip-2 Diyabet c. GDM

1.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

1. Gebelik Sayısı

- a. 1 b. 2 c. 3 ve üzeri

2. Çocuk Sayısı

- a. 1 b. 2 c. 3 ve üzeri

3. Doğum Sayısı

- a. Primipar b. Multipar

1.2.2. Önceki Gebeliğe İlişkin Bilgiler

4.Önceki Gebeliğinde Doğum Şekliniz

- a. Vajinal b. Sezaryen

5. Önceki Gebeliğinizde Herhangi Bir Sorun Yaşadınız Mı?

- a. Evet sorunu yaşadım. b. Hayır yaşamadım.

6. Önceki Gebeliklerinde Emzirme Durumu

- a. Evet b. Hayır

7. Önceki Gebeliklerinde Kaç Ay Emzirdiniz?

..... ay emzirdim.

8. Önceki Gebeliklerinde Diyabet Durumunuz Var Mı? Varsa Diyabet Tipi Nedir?

- a. Evet. Tipi: b. Hayır

1.2.1. Şimdiki Gebeliğe İlişkin Bilgiler

9. Doğum Şekliniz

- a. Epizyolu Vajinal b. Epizyosuz Vajinal c. Anestezisiz Vajinal d. Epiduralli Vajinal
d. Epiduralli Sezaryen e. Spinal sezaryen f. Genel Anestezili sezeryan g.
Vakumla Vajinal

10. Gebelikte Kilo Alımınız Nedir?

11. Gebelik Öncesi Kilonuz: Boyunuz:

12. Gebeliğin Planlı Olma Durumu

- a. Planlı b. Plansız

13. Diyabet Tanısını Ne Zaman Aldınız?

.....

14. Gebelikte Öncesi Diyabet Tedavi Türünüz Nedir?

a. Diyet b. Anti diyabet c. Egzersiz d. İnsülin e. Diğer

15. Gebelikte Diyabet Tedavi Türünüz Nedir?

a. Diyet b. Egzersiz c. İnsülin d. Diğer

16. Tedaviniz İnsülin ise Hangi Tür ve Kaç Doz Kullanıyorsunuz?

..... insülini doz kullanıyorum.

17. Postpartum Dönemde Yenidoğana Dokunma Zamanı

a. Hemen b. 5-30 dakika içinde c. 30-60 dakika içinde d. Bir saatten uzun zaman sonra

18. İlk 24 saat içerisinde emzirmeye ilişkin herhangi bir sorun yaşadınız mı?

a. Evet yaşadım b. Hayır yaşamadım

19. Emzirme eğitimi aldınız mı? Aldıysanız nereden aldınız?

a. Evet aldım. b. Hayır almadım.

1.3. Yenidoğana Ait Tanımlayıcı Özellikler

1. Bebeğin Doğum Kilosu:

2. Doğumdan Sonra Bebeğin Hipoglisemi (Şeker Düşüklüğü) Oldu Mu?

a. Evet b. Hayır

3. Bebeğinize anne sütünden başka sıvı veya besin verdiniz mi?

a. Evet verdim b. Hayır vermedim.

4. Bebeğiniz doğumdan sonra ilk ne zaman emdi?

a. 15-30. dakika içerisinde. b. 30dak.-1. saat içerisinde. c. 1. – 3. saat içerisinde. d. 24 saatten sonra e. Diğer.....

5. Bebeği ilk emzirmek için kucağınıza aldığınızda nasıl görünüyordu?

a. Derin uyukulu b. Uyukulu c. Sessiz ve uyanıktı d. Ağlıyor e. Diğer ____

Ek-2: LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Değerlendirme	Puanlar		
KRİTERLERİ	0	1	2
Memeyi Tutma	Uyur ya da isteksizdir; memeyi tutmayı başaramaz.	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görülür.	Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa dönüktür.
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi.	Yok	Birkaç emme hareketi	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonla görülür.
Meme ucunun tipi	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış.
Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorgement, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
Bebeği tutuş pozisyonu	Tamamıyla yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

Ek-3 Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

1-Hiç emin değilim 2-Çok emin değilim 3-Bazen eminim 4-Eminim 5-Çok eminim

1.Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim. 1 2 3 4 5
2.Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim. 1 2 3 4 5
3.Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim. 1 2 3 4 5
4.Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim. 1 2 3 4 5
5.Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim. 1 2 3 4 5
6.Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim. 1 2 3 4 5
7.Emzirmek konusunda her zaman istekliyimdir. 1 2 3 4 5
8.Ailemin yanında bebeğimi her zaman rahatlıkla emzirebilirim. 1 2 3 4 5
9.Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum. 1 2 3 4 5
10.Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz. 1 2 3 4 5
11.Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.1 2 3 4 5
12.Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim. 1 2 3 4 5
13.Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim. 1 2 3 4 5
14.Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim. 1 2 3 4 5

Ek-4 Emzirme Takip Formu

1. Bebeğinizi gündüz ve gece kaç kez ve ne kadar arayla emzirdiniz?

Gündüz.....kez ve.....arayla emzirdim.

Gece.....kez ve arayla emzirdim.

2.Genel olarak bebeğiniz emdikten sonra huzurlu mu?

a. Evet, huzurlu b. Kısmen huzurlu c. Hayır, huzursuz

3. Bebeğinizi bir öğünde emmesi ortalama kaç dakika sürüyor?

..... dk sürüyor.

4. Bebeğinizi kaç saat arayla emziriyorsunuz?

a. 1 saat arayla b. 2 saat arayla c. 2 saatten uzun aralıkt  d. diğer.....

5. Bebeğinize anne sütünden başka sıvı veya besin verdiniz mi?

a. Evet verdim. b. Hayır vermedim.

6. Öğünlerin kaı anne sütü, kaı diğer sıvı/besinden oluşuyordu?

.....sayıda öğün anne sütü, ... sayıda öğün diğer.....

Ek-5 Yazılı Onam Formu

Sevgili Katılımcı;

Bu araştırma Tip-1 diyabet (çocuklukta ortaya çıkan şeker hastalığı), Tip-2 diyabet (genetik ve yaşam tarzı faktörlerinin sebep olduğu şeker hastalığı) veya gestasyonel diyabet (gebelikte teşhisi konulan şeker hastalığı) tanısına sahip siz annelerin emzirme başarısını değerlendirmek ve emzirme öz-yeterlilik algılarını karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Şeker hastalığı süt yapımını olumsuz yönde etkileyerek ve bebeklerin kan şekerinin düşmesine neden olarak emzirme başarısını ve annelerin emzirme öz-yeterlilik algılarını azaltacağı düşünülmektedir. Bu amaçla size sorulan sorularla sizin ve çocuklarınızın doğum sonu dönemde; şu anki ve önceki gebeliklerinizle ilgili durumları öğrenmek, emzirmeye ilişkin sorun yaşama durumunuzu, emzirme problemlerinizi, yenidoğana ait tanımlayıcı özelliklerini tespit etmek amaçlanmıştır. Sizden yaklaşık 10 dk. sürenizi alacak form doldurmanızı isteyeceğiz. Formda tanıtıcı bilgiler, annenin obstetrik özellikleri, emzirmeyle ilişkili sorular ve yenidoğana ait tanımlayıcı özellikleri içeren 4 başlık altında sorular bulunmaktadır. Sizinle görüşmemizden 1 ve 3 ay sonra telefonla size ulaşarak sadece anne sütü alma durumu sorulacak ve emzirme öz-yeterlilik formu doldurulacaktır. Ankete vereceğiniz yanıtların kendi gerçek düşüncenizi yansıtması çalışmanın başarısı açısından önemlidir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler isminiz açıklanmadan yalnızca istatistik amacıyla kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkürler.

Saygılarımla,

Sorumlu Araştırmacının

Adı ve Soyadı: Türkan AVCI

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışmanı: Merlinda ALUŞ TOKAT

24 saat araştırmacıya ulaşılabilir telefon numarası: 0553 127 21 70

E-mail: turkaneren@outlook.com

GÖNÜLLÜ OLURU:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama,

aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğıme bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyad:

İmza:

Ek-6 Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Başhekimlik İzni

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği	 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ 7535-60A
Sayı : E-14585038-212.01-412652	03.11.2022	
Konu : Türkan AVCI'nın Yüksek Lisans Tez Çalışma İzni		
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İlgi : Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı (Fakülte Sekreterliği - Hemşirelik Fakültesi)'nin 26.10.2022 tarihli ve E-59537164-100-403082 sayılı yazısı.		
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Merlinda ALUŞ TOKAT'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Türkan AVCI'nın "Tıp-1 Tıp-2 Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezinin, Aralık 2022 - Aralık 2023 tarihleri arasında yürütülmesi KVKK kapsamında Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.		
Prof.Dr. Caner ÇAVDAR Başhekim V.		
Ek: 31/10/2022 tarihli E-84081863-212.01-408442 sayılı yazı.		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Doğrulama Kodu: C0B2D33D-37AF-4645-B1B6-2B6D9CCC6F83 Doğrulama Adresi: https://turkiye.gov.tr/dokuz-eyul-universitesi-ebys Telefon: 0 232 412 23 02 Bilgi için: Miray ÇÖLDÜR KEP Adresi : dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr Veri Giriş Elemanı 		

**Ek-7 Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimlik İzni**



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619-207618241
Konu : Hemşire Türkan AVCI'nın Tezi

20.01.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT ve Hemşire Türkan AVCI'nın hazırlamış olduğu " **Tip-1 Tip-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Hüseyin BOZDEMİR
İl Sağlık Müdürü a.
BAŞKAN

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu (1 Sayfa).pdf

Dağıtım:

Gereği

Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi

İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: EB596FEE-711F-4C29-AD28-D6DB9D576765

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No:1 KONAK 35000
Telefon No: 02324452495
e-Posta: Internet Adresi: https://izmirism.saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Pınar SOYLU
Sürekli İşçi

Telefon No: 02324452495



Ek-8 Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7535-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ OÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıp-1 Tıp-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖNVADE/ADUSÖVADİ vs.	Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi
	UZMANLIK ALANI	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/33-20	Tarih:19.10.2022			
	Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "Tıp-1 Tıp-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7535-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıp-1 Tıp-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/05-19	Tarih:22.02.2023
	Doç.Dr. Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "Tıp-1 Tıp-2 ve Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanılı Annelerin Emzirme Başarısı ve Emzirme Öz Yeterlilik Algısının İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒

Ek-9 ÖZGEÇMİŞ



TÜRKAN AVCI

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

Deneyim / İşyeri Bilgileri

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

T. AVCI, Emziren Anneler Emzirmeye İlişkin Mobil Uygulamalardan Nasıl Yararlanmaktadır?, Özet Bildiri, 2. Uluslararası 3. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 21 Aralık 2023, 23 Aralık 2023.

T. AVCI, Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Durumunun Fertiliteye İlişkin Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Etkisi, Özet Bildiri, 2. Uluslararası 3. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 21 Aralık 2023, 23 Aralık 2023.

T. AVCI, İklim Değişikliklerinin; Laktasyon, Emzirme Sürecine ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi, Özet Bildiri, 2. Uluslararası 3. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 21 Aralık 2023, 23 Aralık 2023.

T. AVCI, Mobile Device Usage During Breastfeeding; Thoughts of Mothers Scanning Web Blogs Survey, Poster Sunumu, 8 th Academy of Breastfeeding Medicine, European Association of Breastfeeding Medicine European Regional Conference, 11 Mayıs 2023, 13 Mayıs 2023.

T. AVCI, GDM Tanılı Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi:Uyku, Poster Sunumu, 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 27 Ekim 2022, 30 Ekim 2022.

T. AVCI, GDM Öyküsü Olan Kadınlara Sunulan Postpartum Destek Programları, Özet Bildiri, 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 27 Ekim 2022, 30 Ekim 2022.

T. AVCI, GDM'e Özel Doğuma Hazırlık Sınıflarının Karşılaştırılması, Özet Bildiri, 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 27 Ekim 2022, 30 Ekim 2022.

T. AVCI, GDM Tanılı Kadınların Gebelik ve Postpartum Dönem Yönetiminde Mobil Tabanlı Sağlık Uygulama Desteği: Literatür Tarama, Özet Bildiri, 4. Uluslararası 5. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 28 Eylül 2022, 01 Ekim 2022.

T. AVCI, Postpartum Dönem Kadınlarda Çalışma Hayatının Emzirme Davranışı Üzerine Etkisi, Özet Bildiri, 4. Uluslararası 5. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 29 Eylül 2022, 01 Ekim 2022.

T. AVCI, Postpartum Dönem Kadınların Sosyal Medya Kullanımının Beden İmajı Üzerine Etkisi, Özet Bildiri, 4. Uluslararası 5. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 29 Eylül 2022, 01 Ekim 2022.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	UİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0