



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**GEBELERİN ORAL GLUKOZ TOLERANS
TESTİ (OGTT) YAPTIRMA DURUMLARINA
MEDYANIN ETKİSİ**

Arzu ÇAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**GEBELERİN ORAL GLUKOZ TOLERANS
TESTİ (OGTT) YAPTIRMA DURUMLARINA
MEDYANIN ETKİSİ**

Arzu ÇAKIR
ORCID: 0000-0002-6216-3505

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
ORCID: 0000-0002-6216-3505

TRABZON-2020

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu Çakır'ın hazırladığı “Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

(Danışman)

.....

Doç. Dr. Sena KAPLAN

.....

Prof. Dr. Nesrin NURAL

.....

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY

Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

03/09/2020

Arzu ÇAKIR

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmemde sevgisini, desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde emeğini, bilgisini ve zamanını benden esirgemeyen, vermiş olduğu bilgi ve tecrübelerle eğitim hayatıma ışık tutan göstermiş olduğu sonsuz sabır ve hoşgörüsünden ötürü çok değerli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen sayın Prof. Dr. Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN'e, Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN'a,

Değerli görüş ve katkılarından dolayı tez jüri üyelerimden sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a ve Doç. Dr. Sena KAPLAN'a

Destekleriyle her daim cesaret ve güç veren arkadaşlarıma;

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca desteğiyle her an yanımda olan arkadaşım Büşra YAVUZ'a,

Her zaman ve her konuda bana güvenen, fedakarlıklarıyla bu günlere gelmemi sağlayan değerli aileme,

Sabır, destek ve inançları için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Arzu ÇAKIR

İÇİNDEKİLER

ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gestasyonel Diabetes Mellitus	5
2.2. Etiyolojisi	5
2.3. Prevelans	6
2.4. Risk Faktörleri	6
2.5. Fetal ve Maternal Etkileri	7
2.5.1. Maternal etkileri	7
2.5.2. Fetal etkileri	8
2.5.3. Neonatal etkileri	8
2.6. Tanı ve Tarama	8
2.6.1. Tek Basamaklı Yaklaşım	9
2.6.2. İki Basamaklı Yaklaşım	9
2.6.3. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Endikasyonları	10
2.6.4. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Hazırlığı	11
2.7. Ulusal ve Uluslararası Kuruluşların Görüşleri	11
2.8. OGTT Yaptırmaya Medyanın Etkisi	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Kabul Ölçütleri	19
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	19

3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	20
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları	21
4. BULGULAR	23
4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	23
4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	26
4.3. Gebelerin Sağlık Personelleriyle Olan İletişimi ve OGTT Yaptırma Durumlarına İlişkin Bulgular	29
4.4. Gebelerin Medya Kullanımını İçeren Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	31
5. TARTIŞMA	35
5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT F Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	35
5.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	36
5.3. Gebelerin Sağlık Personelleriyle Olan İletişimi ve OGTT Yaptırma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	40
5.4. Gebelerin Medya Kullanımını İçeren Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	44
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	64
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu	65
Ek 2. Kurum İzni	68
Ek 3. Etik Kurul Onayı	71
Ek 4. Onam Formu	74
ÖZGEÇMİŞ	75

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. GDM'ye yönelik tarama ve tanılama	10
Tablo 2. GDM'u saptamada risk değerlendirmesine göre önerilen tarama stratejisi	13
Tablo 3. Gebelerin sosyodemografik özellikleri	24
Tablo 4. Sosyodemografik özelliklerin OGTT yaptırma durumuna etkisi	24
Tablo 5. Gebelerin obstetrik öyküsüne ait özellikleri	26
Tablo 6. Obstetrik özelliklerin OGTT yaptırma durumuna etkisi	28
Tablo 7. Gebenin gebelik izlemlerinde sağlık personelleriyle iletişimi durumu	29
Tablo 8. Gebelerin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma durumu	30
Tablo 9. Gebelerin sağlıkla ilişkili konularda medya kullanımı	32
Tablo 10. Medyanın OGTT yaptırma durumuna etkisi	34

KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
ADA	American Diabetes Association (Amerika Diyabet Cemiyeti)
DM	Diabetes Mellitus
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
HAPO	The Hyperglycemia and Adverse Outcome (Hiperglisemi ve Gebelikte Olumsuz Sonuçlar)
HbA1c	Glukolize Hemoglobin
HPL	Plasental Laktojenik Hormon
IADPSG	International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (Uluslararası Gebelik ve Diyabet Çalışma Grupları Birliği)
JSOG	Japan Society of Obstetrics and Gynecology (Kadın Doğum ve Jinekoloji Derneği)
JAOG	Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (Japonya Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)
NDDG	National Diabetes Data Group (Ulusal Diyabet Veri Grubu)
NIH	National Institute of Health(Ulusal Sağlık Enstitüsü)
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
PGDM	Pregestasyonel Diabetes Mellitus
RDS	Respiratuar Distres Sendromu
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TJOD	Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği
WHO	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi

Bu araştırma Rize il merkezinde bir hastanede gebe polikliniğine başvuran gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmaya Kasım 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında T.C. Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniğine başvuran ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun 384 gebe ile yapılmıştır. Veriler, anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, gruplu ki-kare ve fisher exact testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 29.480 ± 5.580 yıldır.

Gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin %60.4'ünün OGTT testini yaptırmayı düşünmedikleri ve gebelerin OGTT yaptırmama nedeni olarak ilk üç sırada; testi gereksiz gördüğü (%35.9), bebeğe zararlı olduğunu düşündüğü (%16.7), TV'den zararlı olduğunu öğrendiği (%13.0) için OGTT yaptırmayı düşünmediği saptanmıştır. Gebelik haftası 24. haftadan büyük olan gebelerin ise %44.3'ünün OGTT testini yaptırmadığı ve testi gereksiz gördüğü (%44.7), TV'den zararlı olduğunu öğrendiği (%20.0) ve doktor gerekli görmediği (%16.5) için OGTT'yi yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiğini belirten gebelerin; ilk üç sırada medyadan testin zararlı olduğunu öğrendiği (%44.0) yaptırıp yaptırmakta kararsızlık yaşadığı (%31.0) ve çıkan haberlerden dolayı testi yaptırmayı düşünmediği (%28.0) belirlenmiştir. Medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiğini düşünen gebelerin %54.1'inin OGTT yaptırmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Herhangi bir işte çalışmayan, ev hanımı olan ve önceki gebeliğinde OGTT yaptırmayan gebelerin şimdiki gebeliğinde de bu testi yaptırmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Sağlık personeline rahatça soru sorabilen gebelerin ise yüksek oranda OGTT yaptırdığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Sonuç olarak, gebelerin medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Antenatal tarama testleri, gestasyonel diyabetes mellitus, medya, oral glukoz tolerans testi (OGTT)

ABSTRACT

The Effect of Media on Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) Status of Pregnant Women

This research was carried out in a descriptive and cross-sectional design to determine the effect of the media on the OGTT status of pregnant women admitted to a pregnancy polyclinic in a hospital in Rize city center. The sample consisted of 384 pregnant women who were admitted to the pregnancy polyclinic of TC Rize Recep Tayyip Erdoğan Training and Research Hospital between November 2018 and June 2019 and met the inclusion criteria. The data were collected using a questionnaire and face to face interview method. To analyze the data, number, percentage, mean, standard deviation, group chi-square, and Fisher exact tests were used. The results showed that the mean age of pregnant women was 29.480 ± 5.580 years.

It was determined that 60.4% of the pregnant women with less than 24 weeks gestational age did not intend to have an OGTT. The first three reasons for them were as follow; they found it unnecessary (35.9%), they thought that it was harmful to the baby (16.7%), and they learned from TV that it was harmful (13.0%). 44.3% of the women with more than 24 weeks of gestational age did not have an OGTT since they found it unnecessary (44.7%), they learned from TV that it was harmful (20.0%) and the physician thought that it was unnecessary (16.5%).

The first three reasons of those who stated that they were affected by the news about OGTT in the media were as follows; the test is harmful (44.0%), they were indecisive about the test (31.0%), and they did not consider having the test due to the news (28.0%). It was seen that 54.1% of the pregnant women who were affected by the news about the OGTT in the media did not have OGTT, and the difference was statistically significant ($p < 0.05$). The pregnant women who were housewives and had not performed OGTT in their previous pregnancy did not perform the test in their current pregnancy either, and the difference was statistically significant ($p < 0.05$). Those who could openly ask questions to healthcare staff had a high rate of having an OGTT, and the difference was also statistically significant ($p < 0.05$). As a result, it can be concluded that pregnant women are affected by news about the OGTT in the media.

Keywords: Antenatal screening tests, gestational diabetes mellitus, media, oral glucose tolerance test (OGTT)

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gestasyonel diabetes mellitus (GDM), ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelikte tanı konulan çeşitli derecelerdeki glukoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (1). GDM hem maternal hem de fetal açıdan ciddi komplikasyonlara sebep olabilecek riskli gebeliklerdir (2).

GDM nedeniyle gebeler Tip II diyabeti yönünden risk artışı, sezaryenle doğum riski, preeklampsi, polihidramniyos, preterm doğum ve doğum travması gibi ciddi risk altındadır. Fetüste konjenital olarak makrozomi, kardiyomyopati, doğum travması, yenidoğanda ise akciğer matüritesinde gecikme (respiratuar distres sendromu-RDS), metabolik değişiklikler (hipoglisemi, kalsiyum ve magnezyum düşüklüğü, hiperbilirubinemi, polisitemi) ve kardiyomyopati gibi riskler söz konusudur (3, 4). Fetüs ve yenidoğanda ortaya çıkabilecek ciddi komplikasyonların %1.1-14.3'den, gebelikte ise ortaya çıkabilecek komplikasyonların %7'sinden GDM sorumlu tutulmaktadır (5, 6).

Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association-ADA) verilerine göre gebelerin %7'sinin GDM olduğu, Uluslararası Diyabet Cemiyeti ve Gebelik Çalışma Grubunun (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups-IADPSG) 2010'da yayınlanan bildirisinde ise gebelikte hiperglisemi prevalansının %17 civarında olacağı belirtilmektedir (7, 8). Ülkemizde ise Türk Diyabet Vakfı ve Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) verilerine göre GDM prevalansı %5-7 ile %2-25 arasında değiştiği belirtilmektedir (9, 10).

Gebelik döneminde diyabet tanısının geç konması ya da tanı koyulamaması fetüsün oogenezis döneminde annedeki yüksek glukoz düzeyine maruz kalmasına ve böylece konjenital anomali riskinde artışa neden olmaktadır. GDM'nin belirlenmesi amacıyla birçok tarama testinin olması ve birçok kurum ve kuruluşların tarama testi yerine tek basamaklı tanı testini önermelerinden dolayı günümüzde GDM tanı ve taraması için tam bir fikir birliğine ulaşılamamıştır (11). Uluslararası diyabet cemiyeti ve çalışma grubunun (IADPSG) 2010 yılında yayımladığı rehberine göre; GDM taramasını "seçici tarama kriterlerine" göre uygulanmasını belirtmiştir. Bu kriterlere göre, gebeler GDM tarama ölçütleri yönünden "düşük risk grubu", "orta risk grubu ve "yüksek risk grubu" olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (8). Rehberine göre, diyabet açısından düşük risk varsa rutin tarama yapılmasına gerek yoktur. Bu kriterlere göre düşük risk grubundakiler yirmi beş yaşın altında, BKİ (beden kitle indeksi)'si normal, obstetrik öyküsü kötü olmayan, düşük

riskli etnik grupta olan, birinci derece akrabalarında Tip II diyabet olmayan, bozulmuş glukoz toleransı hikayesi olmayan gebelerdir. Ortalama risk varsa 24-28. haftalar arasında tarama yapılması önerilmektedir. Orta risk grubunda İspanyol kökenli, Afrikalı, Yerli Amerikalı, Güney ve Doğu Asyalı kişiler yer almaktadır. Eğer yüksek risk mevcutsa en yakın zamanda kan glukoz ölçümü yapılmalı, gebeliğin 24-28. haftaları arasında OGTT tekrarlanmalıdır. Yüksek risk grubu ise obezite, ailede tip II DM, önceki gebeliğinde GDM öyküsü olan veya glukozürisi olan gebelerdir (12).

Evrensel veya yüksek riskli gebelerin taranması, tarama zamanı, hangi testin uygulanacağı, değerlendirmede kullanılacak eşik değerler ve testin tek veya iki aşamalı olarak yapılması gibi konular hala fikir birliğine ulaşamamıştır. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) ise gebelik diyabeti için taramanın evrensel olmasını ve gebeliğin 24-28. haftaları arasında yapılmasını gerektiğini bildirmektedir. Fakat GDM öyküsü, BKİ'nin 30 kg/m² üzeri ya da bilinen bozulmuş glukoz metabolizması olması halinde ilk prenatal izlemde tarama yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Yapılan taramada gebede GDM saptanmazsa taramanın 24-28. haftalarda tekrarlanması gerektiğini önermektedir (13). Hiperglisemi ve Gebelikte Olumsuz Sonuçlar (The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome-HAPO) ve IADPSG çalışma sonuçlarına göre ise bütün gebeler taranmalıdır. HAPO ve IADPSG, 75 g glukoz yükleme testi ile tek aşamalı bir taramanın uygulanmasını önermiş ve bu yaklaşım ADA, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından da kabul edilirken ACOG, Japonya Kadın Doğum ve Jinekoloji Derneği (Japanese Society of Obstetrics and Gynecology-JSOG) ve Japonya Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (Association of Obstetricians and Gynecologists-JAOG) 50 g OGTT sonrasında 100 g OGTT ile iki basamaklı tarama stratejisini önermektedir (14). Ülkemizde ise toplumumuz DM açısından riskli bir etnik yapıya sahip olduğu için evrensel taramanın yani bütün gebelerin tarama kapsamına alınması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı da bütün gebelerin 24-28. haftalar arasında oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulamasını önermektedir. Risk gruplarında ise ilk prenatal vizitte, açlık kan glukozu 100-126 arasında olan gebelere OGTT yapılmasını vurgulamaktadır (15, 16).

OGTT uzun zamandır güvenle yapılan gerek anne gerekse bebek için büyük önem taşıyan bir testtir. HbA1c'nin sensitivite ve spesifitesinin ikinci ve üçüncü trimesterde yetersiz olduğu için tanı ve tarama testi olarak uygulanması önerilmemektedir (17). GDM

taramasında 50 g, 75 g ve 100 g'lık OGTT uygulanmaktadır. Tek basamaklı yaklaşım olarak 75 g'lık OGTT kullanılır. İki basamaklı yaklaşımda ise ilk adım olarak 50 g'lık OGTT ile kan glukoz değeri eşik değerin üzerindeyse ikinci adım olan 100 g'lık OGTT uygulanır. Ülkemizde de kullanım kolaylığı ve iki aşamalı teste benzer sonuçlar vermesi nedeniyle 75 g OGTT önerilmektedir (4, 18, 19). Yapılan araştırmalarda, OGTT' nin anne ya da bebek için hiçbir zararının olmadığı yalnızca bazı gebelerde içerken bulantı ve kusma gibi hafif etkilerinin olabileceği belirtilmektedir (15). Fakat son yıllarda medyada ortaya çıkan bazı haberler gebelerin bu testi yaptıрма konusunda tereddüt etmesine neden olmaktadır. Bu yüzden birçok gebe OGTT'yi yaptırmamaktadır (20).

İletişim araçlarının yaygın kullanımıyla birlikte medya; insanların düşüncelerinin, davranışlarının, toplumun kültürel ve sosyal yapısının şekillenmesinde en etkili araçtır. Medya insanların bilgi, duygu, düşünce, tutum ve davranışlarını büyük oranda etkileme potansiyeli vardır ve sadece kişiler değil tüm toplum medyanın etkileri altında kalabilmektedir. Medyada ortaya çıkan haberler formal olmayan yollardan bireylerin davranışlarını ve yaşamlarını etkilerken informal yünden de bilgilenmelerini sağlar (21-23). Bu yönüyle medya kişileri hem negatif hem de pozitif olarak etkisi altına almaktadır. Bu açıdan özellikle son zamanlarda GDM taraması ile ilgili medya ve sosyal medyada ortaya çıkan haberler gebelerin OGTT yaptıрма konusundaki fikirlerini etkilemekte ve testi yaptıрма konusunda kararsızlık yaşamalarına neden olmaktadır. Medyanın neden olduğu olumsuz sonuçların bir süre sonra gebe ve fetus açısından komplikasyonlara neden olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili son yıllarda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalar da bu düşüncüyü desteklemektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, OGTT'yi yaptırmayan gebelerin çoğunluğunun (%75) medyadan testin zararlı olduğunu öğrendikleri için OGTT yaptırmadıkları sonucu bulunmuştur (24). Yine benzer bir araştırmada ise gebelerin neredeyse yarısının (%46) radyo, televizyon gibi medyadan etkilenmeleri nedeniyle OGTT'nin anne ve bebek için zararlı olduğunu ve bu yüzden testi yaptırmadıkları belirtilmektedir (20). TJOD ise bu testin herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığını ve aksine OGTT yapılmazsa anne ve bebeğin ciddi risk altında olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca OGTT'nin yapılması gerektiğini, vücuda giren şeker miktarının neredeyse çok az olduğunu ve bu testin anne ya da bebeğe zararlı etkilerinin olduğu gösteren hiçbir araştırmanın olmadığını vurgulamaktadır (4).

GDM'nin tanı ve taramasında kullanılan OGTT'ye yönelik medyada ortaya çıkan spekülasyonlar nedeniyle gebelerin OGTT'ye karşı düşünceleri değişmektedir. Bu bağlamda bu yanlış bilgilerin önüne geçebilecek hatta gebeleri bilinçlendirecek kişiler sağlık çalışanlarıdır. Özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bakım, eğitim, danışmanlık rolleri bulunan hemşireler prekonsepsiyonel, prenatal ve postpartum dönemde GDM'nin önlenmesi, yönetimi, maternal ve fetal komplikasyonları önlemede önemli bir role sahiptir. Hemşireler eğitim, danışmanlık ve bakım verici rolleri dahilinde toplum sağlığının korunması amacına yönelik olarak gebelere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada aracı olmaları son derece önemlidir. Bu yüzden hemşireler prenatal tanı ve tarama testlerinde gebelere yol gösterici olmalı ve OGTT'nin neden ve nasıl yapıldığını doğru bir şekilde anlatmalıdır. Hemşireler, medyanın OGTT'ye karşı oluşturduğu algıya yönelik olarak gebelerin GDM'nin kadın ve fetus üzerindeki etkileri ve GDM'nin yönetimine yönelik adımlar konusunda bilgilendirilmesini sağlayacaktır. Böylece GDM taranması ve yönetiminde önemli role sahip olan hemşireler OGTT ye karşı oluşan önyargılı düşüncelerin önüne geçebilir ve belki de OGTT uygulanma oranlarında artış sağlanabilir. Bu bağlamda hemşireler anne ve bebek sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlayarak toplum sağlığının da sürdürülmesine yardımcı olacaklardır.

Günümüzde medyada sağlık içerikli haberler sıkça yer almakta ve bu tür haberler insanların hayatlarına bazen olumlu bazense olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu nedenle bu araştırma gebelerin OGTT'yi yaptırma durumuna medyanın etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gestasyonel Diabetes Mellitus

Diyabetes mellitus (DM), çeşitli nedenlerle insülinin yetersiz salınması ya da yetersiz etkisi sonucu ortaya çıkan ve hiperglisemi ile karakterize bir hastalıktır (25).

Gebelikte DM, pregestasyonel diyabetes mellitus (PGDM) ve GDM olmak üzere ikiye ayrılır (26, 27). PGDM, gebelikten önceki bir zamanda tanı alan tip 1 ve tip 2 diyabetli bireyleri kapsar. GDM ise; ilk kez gebelikte ortaya çıkan veya gebelikte tanı konulan çeşitli derecelerdeki glukoz tolerans bozukluğudur (1, 2).

2.2. Etiyolojisi

Glukoz toleransı gebelik öncesi normal olan ancak gebeliğin ilerleyen dönemlerinde GDM'li kadınlarda metabolik anormallik olduğu düşünülmektedir (11). Sebep olarak insülin salınımı ve duyarlılığındaki değişiklikler sorumlu tutulmaktadır. İlk trimesterde glukozun periferik kullanımı arttığı için açlık kan glukozu düzeyi normale göre ortalama 15 mg/dl kadar düşüktür. Açlık kan glukozu seviyesi on ikinci gebelik haftasına doğru en alt seviyelere iner. Gebeliğin erken dönemlerinde östrojen, progesteron ve diğer hormonların etkisiyle birlikte gastrointestinal sistemdeki düz kasların hareketlerinin yavaşlamasından dolayı mide boşalması gecikir ve yemekten sonra kan glukoz seviyesi daha yavaş bir şekilde yükselir. İlk trimester ve erken ikinci trimester başlarında artan östrojen seviyesi sebebiyle insülin duyarlılığı artarken erken 2. trimester ve 3. trimester başlarında ise plasentadan salınan plasental laktojenik hormon (HPL), adrenokortikotropik hormon, prolaktin, kortizol etkisiyle insülin duyarlılığının azaldığı katabolik bir süreç söz konusudur ve kan şekeri düzeyi fetüsün yararlanabileceği düzeylerde tutulmaktadır. Bu dönemde HPL etkisi ile glukoz toleransı azalır ve insülin direnci artar. Pankreasın insülin ihtiyacına yeterli yanıt veremediği ve insülin salgısını arttıramadığı durumlarda gestasyonel diyabetin ortaya çıkması kaçınılmazdır (27-29). Normal gebeliklerde bu durum insülin duyarlılığında değişiklikler beta hücrelerinin adaptasyonu ile kamufle edilebilirken diyabetli gebelerde ise bu durum kompanse edilemediği için karbonhidrat metabolizması bozulur (30-32).

Kısaca glukoz üretimi ve tüketimi arasındaki denge büyüyen fetüsün metabolizma üzerinde yaptığı etkiyle birlikte bozulur. Gebeliğin ilk yarısında glukozun periferik kullanımı nedeniyle kan glukoz seviyesi düşüktür. Ancak gebelik ilerledikçe ve gebelik

hormonlarını etkisiyle birlikte dokuların insüline direncinin artmasıyla çok daha fazla insüline ihtiyaç duyulmaktadır. Normal bir gebelikte bu ihtiyaç kolaylıkla karşılanıp insülin direnci ile insülin temini arasındaki denge korunurken dengenin insülin direncine doğru kayması gebelerde hiperglisemiye yol açmaktadır (2).

2.3. Prevalans

GDM'nin prevalansı kullanılan tanı test ve kriterlerinin yanı sıra toplumsal özelliklere göre (ırk, Tip 2 diabetes sıklığı, maternal yaş ve kilo artışı vb.) değişiklik göstermektedir. IADPSG'nin 2010 yılı verilerine göre GDM prevalansı %17, The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2014 yılı verilerine göre %9.2, IDF 2017 yılı diyabet atlasına göre ise %16.2'dir (33-35). Yine bu rapora göre dünyada her yedi doğumdan birinin gebelik diyabetinden etkilendiği tahmin edilmektedir (33, 35).

Uluslararası Diyabet Vakfı'nın GDM atlasına göre ise Avrupa ülkelerinde GDM prevalansı 12.6 iken, Türkiye'de bu oran %5-7 arasında değişiklik göstermektedir (9). Ancak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre ise ülkemizde gebeliklerin %6.0'sında GDM görüldüğü tahmin edilmektedir (36, 37). Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan araştırmalarda GDM prevalansı %2.6-27.9 arasında değişmektedir (38-41).

2.4. Risk Faktörleri

Gebelik sırasında; HPL varlığı, kortizol, plasental insülinaz, progesteron ve östrojen seviyeleri nedeniyle insülin direnci artar. Buna ek olarak artmış maternal adipoz deponun, egzersizin kısıtlanmasının ve artan kalori alımının da glukoz intoleransına etkisi vardır (42). Bu durumlar, karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler neticesinde diyabete yatkınlık oluşturur. Eğer gebeler aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi birisine sahipse GDM riski artmış demektir (11).

- Afrikalı, Pasifik Adalar, Amerikan, Yerli Amerikan, Latin, Güney ya da Doğu Asya, gibi tip 2 diyabet prevalansı gibi yüksek bir etnik gruba sahip olma
- Sedanter yaşam
- Gebelik öncesi kilonun normal kilonun %110'ndan fazla olması veya VKİ>30 kg/m²
- Erken erişkinlikte ve gebelikler arasında fazla kilo artışı veya gebelikte aşırı kilo alımı
- Yaşın 25'ten büyük olması

- Ailede 1.derece akrabalarda DM öyküsü
- Önceki gebeliklerde 4.1 kg üzeri bebek doğuran gebeler
- Önceki gebeliklerde GDM öyküsü
- Polikistik over sendromu (PCOS) olan gebeler
- Bozulmuş glukoz tolerans öyküsü
- Hipertansiyonu olan gebeler
- Maternal obezitesi olan gebeler
- AKŞ >85 mg/dl
- Postprandiyal glukoz>140 mg/dl
- Glukokortikoid kullanımı (11, 43, 44).

Gebelerin risk faktörlerinden herhangi birine sahip olması GDM riskini artırdığı için ilk prenatal vizitlerde risk faktörlerinin araştırılması koruyucu önlemlerin alınabilmesi ve GDM'nin tedavi edilebilmesi için çok önemlidir (45). Çünkü GDM erken tanısı ile preeklamps riski %40, makrozomik bebek riski %50, omuz distosisi/brakial pleksus felci %60 ve ölü doğum riski azalmaktadır (46).

2.5. Fetal, Maternal ve Neonatal Etkileri

Anne ve fetus açısından birçok komplikasyonu beraberinde getiren GDM, perinatal ölümleri, anne ve fetusun morbiditesini arttıran nedenler arasında ön sırada yer almaktadır (30).

2.5.1. Maternal Etkileri

Diyabetin gebeliğe en ciddi olumsuz etkisi olarak gebelik hipertansiyonu, preeklamps oranları ve sezaryen gibi doğuma yönelik müdahalelerin arttığı görülmektedir. GDM'nin olumsuz etkileri hiperglisemi, spontan abortus, şiddetli preeklamps, hipoglisemi, uç organ hasarı, kronik anemi, idrar yolu enfeksiyonu, sezaryenle doğum, postpartum doku enfeksiyonu, doğum sonu kanama gibi kısa vadede olabilirken uzun vadede ise depresyon, diyabet, artmış Tip 2 DM riski gibi ileriki dönemlerde olumsuz etkiler ortaya çıkabilir (11).

Yapılan araştırmalarda; ilk gebeliğinde gestasyonel diyabeti olan annelerin ikinci gebeliklerinde de gestasyonel diyabete yakalanma olasılığı %41, diyabetli gebelerin %5'inde gestasyonel hipertansiyon; %6.3'ünde preeklamps, sezaryenle doğum oranı %19.5'dir (47, 48).

2.5.2. Fetal Etkiler

GDM'nin fetüse üzerine önemli komplikasyonları makrozomi, doğum travması, konjenital anomali (tüp defektleri, iskelet ve sinir sistemi defektleri, konjenital kardiyak anomaliler, gastrointestinal malformasyonlar ve renal anomaliler), polihidroamniyoz, oligohidroamniyoz, erken doğum, vasküler komplikasyonlar nedeniyle plasental perfüzyonun azalması sonucu intrauterin gelişme geriliği, kan glukoz düzeyi ileri derecede yüksek olan gebelerde fetalasidoz ve hipoksi sonucunda mortalitede artış olarak karşımıza çıkmaktadır (49, 50).

Yapılan çalışmalara göre GDM de fetal anomali sıklığı %7.5-12.9, solunum sıkıntısı sendromu %31, polihidroamnios %6-31, kardiyak septal hipertrofi %35-40, fetal ölüm %1 civarındadır (2, 51).

2.5.3. Neonatal Etkiler

GDM ye bağlı olarak doğumdan sonraki dönemde de yenidoğan ciddi risk altındadır. Neonatal dönemde karşılaşılan sağlık sorunları ise hipokalsemi, RDS, yüksek bilubin düzeyleri (hiperbilirubinemi), polisitemi, hipokalsemi, hipoglisemidir ve ölü doğumdur. Yenidoğanın uzun vadede obezite, entellektüel gelişimde gecikme, metabolik sendrom, bozulmuş glukoz toleransı ve tip 2 diyabet gelişim riskinin artışı gibi komplikasyonlar söz konusudur (51).

Yapılan çalışmalarda diyabetli annelerin bebeklerinde %25-40'ında yaşamın ilk bir saatinde hipoglisemi, %10-40 kadarında polisitemi, %25'inde yenidoğan hiperbilirubinemisi görülmektedir (52).

2.6. Tanı ve Tarama

GDM için gebelerin nasıl taranması konusunda dünya çapında fikir birliğine ulaşılamamıştır. Evrensel ya da yüksek riskli gebelerin taranması, taramanın ne zaman yapılması gerektiği, hangi testin uygulanacağı, değerlendirmede kullanılacak eşik değerler ve testin tek ya da iki aşamalı olarak uygulanması gibi konular hala tartışılmaktadır (11).

GDM tanı ve taramasında kabul edilen yöntem OGTT'dir. OGTT, kan glukoz değeri normalin üzerinde olan ancak tanı sınırının altında kalan kişilerde, gebelik sırasında veya epidemiyolojik araştırmalarda kullanılan vücudun glukozu kullanma ve kandan atılma kabiliyetini gösteren bir testtir. Diyabetin tanılmasında kullanılan en duyarlı test

OGTT'dir. Test sonuçlarının güvenilirliği açısından test öncesinde önerilen hazırlık yapılmalıdır (53, 54).

Gebelik diyabetinin araştırılması amacıyla iki farklı OGTT yöntemi olan tek aşamalı ya da iki aşamalı tanı yöntemi kullanılmaktadır. Tarama için 50 g OGTT yapılırken tanı testleri için 100 g veya 75 g OGTT olarak yapılmaktadır (19). 100 g'lık test, tarama testi sonucu pozitif olan gebelerin ikinci basamak testi olarak kullanılırken 75 g testi birinci basamak test olarak kullanılmaktadır (19).

2.6.1. Tek Basamaklı Yaklaşım

Tek basamaklı olan bu yaklaşım IADPSG ve ADA tarafından kabul görmüştür ve bu yaklaşımda 75g'lık test kullanılır, bir değerin yüksek olması ile de tanı koydurur. Gebe aç olmalıdır. 1. ve 2. saat kan glukozu ölçümünde; “açlık ≥ 92 mg/dl”, “1. saat ≥ 180 mg/dl”, “2. saat ≥ 153 mg/dl”den en az biri yüksek ise bu gebenin GDM olduğu anlamına gelir (10).

ADA ilk kez, yayınladığı 2011 Bakım Standartları'nda daha önceden DM olduğu bilinmeyen bütün gebelerin, IADPSG önerilerini göre 24-28. gebelik haftaları arasında 75 g OGTT yaptırmaları gerektiğini vurgulamıştır (43).

2.6.2. İki Basamaklı Yaklaşım

İki basamaklı yaklaşımda ise öncelikle tarama testi olan 50 g'lık tarama testi uygulanmaktadır ve test öncesinde açlık gerektirmemektedir. İlk aşamada 50 g'lık glukozlu suyun içilmesinden 1 saat sonra kan glukoz düzeyi 140 mg/dl'nin (7.8 mmol/l) üzerinde olursa 3 saatlik 100 g'lık OGTT yapılır. İkinci aşamada “açken 95 mg/dl”, “1. saatte 180 mg/dl”, “2. saatte 155 mg/dl”, “3. saatte 140 mg/dl”den ya da daha fazlası yüksek çıkarsa gestasyonel diyabet tanısı konulur. Tek bir değer anormal çıkarsa test bir ay sonra tekrardan yapılır. GDM tanısı, 50 g OGTT sonucunda 190 mg/dl'den yüksek çıkarsa 100 g OGTT yapılmasına gerek kalmaz ve açlık kan glukoz değerine bakılarak konulur (18, 19, 46). GDM için 4. Uluslararası Workshop konferansında 100 g OGTT için glukozun eşik değerleri Carpenter-Coustan modifikasyonuna göre kabul edilmiştir (Tablo 1) (53).

Tablo 1. GDM'ye yönelik tarama ve tanılama (43)

Bir Basamaklı Yaklaşım	75 g OGTT ile uygulanılır 1. ve 2. saat plazma glukozu ölçülür.	Açlık: 92 mg/dl
	OGTT 8 saatlik bir açlık sonrası sabah yapılır. Ölçülen plazma glukozu değerleri yanda verilen değerlerden herhangi birine eşit ya da yüksek olduğunda GDM tanısı konur.	1.saat:180 mg/dl 2. saat: 153 mg/dl
İki Basamaklı Yaklaşım	1. Adım: 50 g (OGTT) yapılır (açlık gerektirmez), plazma glukozu 1. saatte ölçülür ve 1. saat plazma glukozu ≥ 140 mg/dl* ise 100 g OGTT yapılır	
	2. Adım: Hasta aç iken 100 g OGTT uygulanır. Ölçülen plazma glukoz değerinin en az ikisi yandaki değerlere eşit ya da yüksek olduğunda GDM tanısı konur	Açlık: 95 mg/dl 1.saat: 180 mg/dl 2.Saat: 155 mg/dl 3. Saat: 140 mg/dl

*ACOG yüksek riskli etnik popülasyonlarda eşik değerin 135 mg/dl olmasını önermektedir. Bazı uzmanlar ise eşik değeri 135 mg/dl olarak önermektedir.

24-28'inci gebelik haftaları arasında artan östrojen, progesteron, büyüme hormonu, kortizol ve HPL'e bağlı insülin direnci daha belirgin hale geldiği için OGTT bu haftalar arasında yapılmaktadır (52).

GDM tanısında kullanılabilen diğer tarama testleri açlık plazma glukoz ölçümü herhangi bir zamanda yapılan plazma glukoz ölçümüdür. Ancak bu testlerin duyarlılığı, özgüllüğü ve test tekrar edildiğinde aynı sonucu verme olasılığı düşük olduğundan önerilmemektedir (52, 55).

Başka bir yöntem olan glikolize hemoglobin ölçümü (HbA1C) gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde duyarlılık ve özgüllük oldukça yetersiz olduğu gösterildiğinden GDM taramasında kullanılması önerilmemektedir (17, 56).

2.6.3. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Endikasyonlar

1. Tarama testinde açlık kan glukoz değerinin 115 mg/dl ve daha yüksek olması ya da tokluk kan şekerinin üçüncü saatte 140 mg/dl ve üstünde olması.
2. BKİ'nin yüksek olması ve özellikle ailede diyabet hikayesi olan gebeler.
3. Otozomal baskın (MODY) tipi diyabet hikayesi olanlar gebeler
4. Nedeni açıklanamayan nöropati, retinopati, ateroskleroz, koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalıkları olanlar
5. Diyabeti olmayan kişilerde öğünlerden sonra ortaya çıkan ani kan şekeri düşmesi (reaktif hipoglisemi) düşünülen kişilerde

6. Cerrahi operasyon, aşırı stres, travma, infarktüs, serebral vasküler hastalıklar, kortikosteroid kullanımı, gebelik sırasında yüksek glukoz düzeyi veya idrarda glukoz görülmesi gibi durumlarda bu olaylar geçtikten sonra test yapılmalıdır (56, 57).

2.6.4. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) Hazırlığı

1. Testten önceki üç gün fiziksel aktivite sınırlandırılmamalı, günde en az 150-200 g arası karbonhidrat tüketilmelidir.
2. Akşam 21:00'den sonra hiçbir şey tüketilmemeli ve 8-14 saatlik gece açlığı sonrası sabah uygulanmalıdır.
3. Test boyunca gebe dinlenme halinde olmalıdır.
4. Gebe test öncesinde ve test sırasında su içebilir, ancak çay ya da kahve gibi içecekler ya da sigara tüketilmemelidir.
5. Gebe karbonhidrat toleransını bozan ilaçlar kullanıyorsa, hareketsiz ve akut ya da kronik enfeksiyon varsa test yapılmamalıdır (57-59).

OGTT'den önce 3 gün boyunca karbonhidrat diyeti önerilse de yapılan bazı çalışmalar bunun çok da gerekli olmadığını göstermiştir (57-59).

2.7. OGTT konusunda Ulusal ve Uluslararası Kuruluşların Görüşleri

İlk kez O'Sullivan ve Mahan tarafından 1964 yılında GDM tanısında üç saatlik 100 g OGTT tanımlaması yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre eşik değerlerin "açlık 90 mg/dl", "birinci saat 165 mg/dl", "ikinci saat 145 mg/dl" ve "üçüncü saat 125 mg/dl" olarak kabul edildiği açıklanmıştır. Daha sonra bu değerler 1979 yılında Ulusal Diyabet Veri Grubu (National Diabetes Data Group-NDDG) tarafından 105 mg/dl, 190 mg/dl, 165 mg/dl ve 145 mg/dl şeklinde düzenlenmiştir. Carpenter ve Coustan tarafından 1982 yılında eşik değerler yeniden düzenlenerek 95 mg/dl, 180 mg/dl, 155 mg/dl ve 140 mg/dl olarak kabul edilmiştir. Carpenter-Coustan ve NDDG'ye göre iki veya daha fazla parametrenin anormal çıkmasıyla gestasyonel diyabet tanısı konmaktadır (51).

GDM'nin tanılanmasında uluslararası fikir birliği oluşturma ve gebelik süresince primer ve sekonder sonuçları belirlemek amacıyla 2008 yılında HAPO çalışması planlanmıştır. HAPO verileri ışığında da IADPSG de gebeliğin 24-28. haftaları arasında bütün geberin 75 g glukoz ile 2 saatlik OGTT ile tarama yapılmasını öneren bir bildiri yayınlamıştır. Tanıda daha düşük değerlerin kullanılması ve en az bir yüksek değer

tanıda yeterli olacağı bildirilmektedir (12). Bu bildiriye göre eşik değerler iki saatlik 75 g OGTT’de “açlık 92 mg/dl”, “birinci saat 180 mg/dl” ve “ikinci saat 153 mg/dl” olarak baz alınması önerilmiştir. Günümüzde standart tek tip tarama ve tanı yöntemi olmadığından tartışmalar hala devam etmektedir (51).

IADPSG 2010 yılında oluşturduğu kriterlerde GDM taramasını seçici tarama kriterlerine göre yapılmasını önermiştir (12). Seçici kriterlere göre;

“diyabet açısından düşük risk var ise rutin tarama önerilmemektedir. Yirmi beş yaşın altındaki, kötü obstetrik öyküsü olmayan, yüksek riskli etnik grupta olmayan, normal kilodaki, birinci derece akrabalarında Tip II diyabet olmayan, bozulmuş glukoz toleransı öyküsü olmayan gebeler, düşük risk grubundadır. Ortalama risk söz konusu ise 24-28. haftalar arasında tarama testi önerilir. İspanyol kökenli, Afrikalı, Yerli Amerikalı, Güney ve Doğu Asyalı gebeler orta risk taşımaktadır. Yüksek risk durumunda mümkün olan en erken zamanda glukoz ölçümü yapılmalı, 24-28. haftada yükleme testi tekrarlanmalıdır. Belirgin obezitesi, ailesinde tip II DM, önceki gebeliğinde GDM öyküsü olan veya glukozürisi olan gebeler yüksek risk grubundadır”(8).

Bu kriterlere göre tarama yapıldığında dünya genelinde gebelikte hiperglisemi prevalansının tahminen %17 civarında olacağı düşünülmektedir. Bu kriterlere göre risk değerlendirmesi ilk prenatal vizitte yapılmalı ve GDM riski açısından gebeler aşağıdaki kriterlere göre 3 gruba ayrılmalıdır (Tablo 2) (8).

Tablo 2. GDM’u saptamada risk değerlendirmesine göre önerilen tarama stratejisi (60)

GDM riskini değerlendir: ilk prenatal muayenede riski belirlenir	
Düşük Risk	Aşağıda gösterilenlerin tamamı varsa rutin olarak kan glukoz testlerine gerek yoktur. GDM prevalansının düşük olduğu bir etnik grubun üyesi
	Binci derece akrabalarında diyabet yok Yaş <24 Gebelik öncesi normal kilo Normal doğum ağırlığı Anormal glukoz metabolizma öyküsü yok Kötü obstetrik sonuç öyküsü yok
Orta Risk	24-28 haftalar arasında aşağıdakilerden birini kullanarak kan glukoz testlerini uygulanır İspanyol kökenli, Afrikalı, Yerli Amerikalı, Güney ve Doğu Asyalı gebeler orta risk taşımaktadır.
Yüksek risk	Aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası olduğunda en kısa sürede kan glukoz testleri uygulanır Ciddi obezite Tip 2 diyabet için güçlü diyabet öyküsü GDM öyküsü, bozulmuş glukoz metabolizması veya glukozüri öyküsü; ilk prenatal vizite test uygulanmalı, GDM tanısı konulmazsa, kan glukoz testleri 24-28 haftalar arasında ya da hiperglisemiye gösteren semptom ve bulguların olduğu herhangi bir zamanda yinelenmelidir

ADA ise 2011’de yayınladığı Diyabette Standart Tıbbi Bakım Kılavuzunda IADPSG’nin önerdiği tek basamaklı yaklaşımı desteklediğini vurgulamıştır. Ulusal Sağlık Enstitüsünün (NIH) 2013 yılında gerçekleştirdiği Konsensus Geliştirme Konferansı’nda ise iki basamaklı yaklaşımın yapılmasına devam edilmesi gerektiğini açıklamıştır (1, 61).

Endokrin topluluğu (Endocrine Society) 2013 yılında yayınladığı ‘Diyabet ve Gebelik Kılavuzunda’ gebelikte kan şekeri kontrolünün büyük önem taşıdığını vurgulamış, ADA kılavuzundaki önerileri desteklediğini belirtmiştir (62). Yenilen son kılavuzunda ise ACOG, 2013’te bütün gebelerin 50g glukoz yüklemesi ve ardından 100 g oral OGTT ile iki aşamalı tarama yapılmasını önermektedir (63). WHO 2013 yılında kılavuzlarını revize ederek IADPSG kriterlerinin kullanılmasını önermişlerdir (11).

ADA’nın 2018 yılında yenilediği son rehberine göre; risk faktörü bulunan gebelerde ilk prenatal ziyarette tarama kriterleri kullanılarak test edilmelidir. Öncesinde

bilinen diyabeti olmayan gebelerin 24-28. haftalarında test edilmelidir. GDM'li gebeler doğumdan sonra 4-12. haftalarda diyabet açısından OGTT ile test edilmelidir. GDM öyküsü olan kadınlara, her 3 yılda bir diyabet veya prediyabet açısından yaşam boyu tarama yapılmalıdır (44).

Türkiye diyabet açısından riskli bir etnik kökene sahiptir. Bu nedenle, ülkemizde başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, TJOD, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMMD) tüm gebelerin taranması gerektiğini ve OGTT yapılmasını önermektedir (4, 16, 63, 64).

TEMMD ve Sağlık Bakanlığı bütün gebelerin 24-28. gebelik haftaları arasında OGTT yaptırmalarını önermektedir. Risk gruplarında ise ilk prenatal izlemde, gebelik haftasında açlık kan glukoz düzeyi 100-126 arasında olan gebelerin OGTT yaptırmaları gerektiğini vurgulamaktadır (15, 35). Bununla birlikte TEMMD, gestasyonel diyabeti olan gebelerde, doğumdan sonraki 4-12. haftalarda standart 75 g'lık 2 saatlik OGTT yapılmalı ve standart ölçütlere göre yorumlanması ve bu kadınların yaşamları boyunca 3 yılda bir DM açısından tarama yapılması gerektiğini önermektedir (63).

Kısacası OGTT için fikir birliği oluşmamasına rağmen uluslararası düzende ADA, WHO tek aşamalı testi kabul etmelerine karşılık ACOG, NDDG, JSOG ve JAOG 50g glukoz yüklemesi ve sonrasında 100 g OGTT ile iki aşamalı taramayı önermektedir (14).

2.8. OGTT Yaptırmaya Medyanın Etkisi

Medya, radyo, televizyon, dergi, internet, gazete gibi yazlı ve görsel kitle iletişim araçlarını içeren, kitle iletişim sürecinin en önemli organizasyon biçimidir (65, 66). Günümüzde bu iletişim araçlarının yaygın kullanımıyla birlikte medya; duygu, düşünce, davranışların ve değer yargılarının oluşmasında, toplumun kültürel, sosyal yapısının belirlenmesinde çok güçlü araçlar olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda bilim, iletişim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte medya büyük kitlelere her an ulaşabilmekte ve hem davranışlarını hem de yaşam tarzlarını etkilerken bilgi edinmelerini sağlamaktadır. İletişim araçları sayesinde medya ve görsel medyaya artan yoğun ilginin de kolaylaştırıcı etkisiyle beraber birçok insana aynı ileti çok sayıda ve farklı mesajlarla iletilmekte, bilgi akışı çok hızlı bir şekilde sağlanmaktadır (66, 67).

Yaşamın bir parçası haline gelerek toplumsal alanda değişikliklere ve dönüşümlere yol açan kitle iletişim araçları yani medyanın, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da

etkileri olmuştur. Son yıllarda sağlıkla ilgili konularda bilgilenmek, danışmak ya da tedavi olmak isteyen kişilerin ilk ve en kolay başvuru kaynağının çoğunlukla medya olduğu araştırmalar ile ortaya konulmaktadır. Televizyon ve radyo gibi kitle iletişim araçlarındaki sağlık içerikli programlar, haberler ya da kuşak programlarında belirli zamanlarda sağlık profesyonellerinin yer aldığı yayınların yanı sıra sağlıkla ilgili yayın yapan televizyonlarında varlığı görülmektedir. Hastalar, hasta yakınları veya sağlıkla ilgili konularda bilgi almak isteyen kişiler, medyada ortaya çıkan sağlıkla ilgili içeriklere büyük ilgi duymaktadır. Bu içeriklerin söz konusu kişilerin tutum ve davranışlarına ciddi etkileri ve sonuçları olmaktadır (68). Geline bu durum çeşitli açılardan avantajlar sunmakla birlikte medyada yer alan sağlıkla ilgili bilgilerin etik açıdan düzenlenmesi ve kontrolü gibi bazı dezavantajları da beraberinde getirmektedir (68).

Aynı zamanda medyada yer alan ürünler gerek ünlü kişiler tarafından tavsiye edildiği ve gerekse onlarca hastalığa iyi geldiği yazıldığından ötürü hızla insanlar tarafından temin edilmektedir. Bu yönüyle medya insanları sağlık arayışı yönünden yönetmektedir (69). Özellikle ünlü kişilerin yaptığı açıklamalar kişilerin karar verme sürecini etkilemektedir. Bununla ilgili Hoffman ve arkadaşlarının yaptığı sağlık üzerindeki “Ünlü Etkisi” araştırmasında şöyle bir sonuca varılmıştır. Ünlü kişilerin görsel, yazılı veya sosyal medyayı kullanarak yaptığı açıklamaların kısa, orta ve uzun vadede etkileri vardır. Bu açıklama doğru veya yanlış bir bilgilendirme sağlar ve bu durum kısa dönemde sağlığa faydalı veya zararlı bir farkındalık yaratırken orta dönemde kişinin tavır ve hareketlerinde, klinik uygulamalarda ve sağlık politikalarında değişiklikler yaratır. Uzun dönemde ise hastalığın insidansı, prevalansı, prognozu ve sağlık harcamaları değişir. Bu üç dönem sonucunda ortaya çıkan asıl etki insanların daha sağlıklı veya daha sağlıksız olmasıdır (70).

Sağlık alanında medyanın kullanılması; medyanın yan etkileri ve kullanım alanının genişliği itibarıyla üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Sağlık temalı bilgilerin içeriklerinin güvenilir ve kullanılabilir olduğu için sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesine önemli katkılar sağlar. Ancak medyada sağlıkla ilgili yapılan araştırmalar, medyada verilen sağlıkla ilgili mesajların olumlu yönlendirmeye odaklandıkları kadar bu içeriklerdeki etik dışı uygulamaların olumsuzluklarını ortaya çıkarmaktadır (68). OGTT yıllardır güvenle yapılan, hem anne hem de bebek için önem arz eden bir testtir ve test esnasında mide bulantısı yapma dışında herhangi bir yan etkisi şimdiye dek görülmemiştir (15). Ancak son yıllarda OGTT yaptırma konusunda medyada ortaya çıkan tartışmalarla

birlikte gebelerin bu testi yaptırma konusunda etkilendiği, birçok gebenin OGTT yaptırmakta tereddüt ettiği ve testi yaptıran gebelerin sayısında azalma olduğu belirtilmektedir (20). Nitekim son yıllarda konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda bu yaklaşımı destekler niteliktedir (20, 71, 72). Karasu'nun yaptığı çalışmada 2014 yılı öncesi OGTT yaptırma oranı %7.5 iken 2017 yılında ise bu oran %3.9'a kadar düşmüştür. Bu çalışmada medyada ortaya çıkan glukoz yükleme testleriyle ilgili açıklamaların gebeler için çok önemli testlerden biri olan bu testin yapılma sıklığını azalttığı görülmektedir (72). Desticioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, OGTT'yi yaptırmayan ya da yaptırmayı düşünmeyen gebelerin %75'nin medyadan testin zararlı olduğunu öğrendikleri için yaptırmadıkları belirtilmiştir (24). Bir diğer çalışmada ise şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmayanların %41'i fikrinin olumsuz değişmesinde medyanın etkili olduğunu belirtmiştir. Daha önceden OGTT hakkında bilgi sahibi olduğunu ancak fikrinin olumsuz değişmesinde medyanın etkili olduğunu söyleyenlerin oranı ise %51'dir (73). Ancak Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) medyadan ortaya atılan görüşlerin aksine OGTT'nin hiçbir zararının olmadığını, hatta test uygulanmazsa anne ve bebeğin ciddi risk altında olduğunu bildirmektedir (4).

Medyanın insanları yanlış yönlendirmesiyle birlikte olumsuz sonuçlarının bir süre sonra gebelik sonuçlarına yansıtacağı düşünülmektedir. Literatüre baktığımızda ise konu ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Bu nedenle çalışma gebelerin OGTT'yi yaptırma durumuna medyanın etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelerin oral glukoz tolerans testi yaptırma durumlarına medyanın etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebeler ile görüşülerek yapılmıştır. T.C. Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 20 Ağustos 2005 itibariyle 366 yataklı yeni binasında hizmet vermeye başlamış ve 2008 yılından itibaren Eğitim ve Araştırma hastanesine dönüştürülerek artırılmış ve yatak sayısı 516 ya çıkarılmıştır. Mevcut hastane 11 bloktan oluşan kompleks bir binadır. Hastanede 11 adet ameliyathane salonu, 1 adet Cerrahi Yoğun Bakım, 1 adet KVC Yoğun Bakım, 1 adet 1. Basamak Yoğun Bakım, 1 adet Koroner Yoğun Bakım ve 1 adet Dahili Yoğun Bakım mevcuttur. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 23 yataklı bir servis olup 2 uzman doktor, 7 asistan hekim ve 8 hemşire ile çalışmaktadır. Poliklinik kısmında 1 NST odası, 1 gebe polikliniği ve 3 jinekoloji polikliniği mevcuttur.

Gebe polikliniğinin NST odasında bir hemşire görev yapmaktadır ve ayrıca bu oda da NST dışında gebelerin tansiyon, boy, kilo ölçümleri hemşireler tarafından ölçülüp not edilmektedir. Ayrıca hastanede gebelik boyunca gebelik, beslenme, acil durumlar, loğusalık, emzirme teknikleri, bebek bakım gibi konularda gebenin eğitimini ve bilgilendirmesini sağlamak amacıyla gebe okulu mevcuttur. Aynı zamanda hastane bebek dostu hastane olma özelliğine de sahiptir. Araştırmanın yapıldığı hastanede OGTT yaptırmak için polikliniğe başvuran gebenin öncelikle 8 saatlik aç olması istenmektedir. Ardından 75 g'lık OGTT uygulandıktan sonra 2 saatlik plazma kan glukoz ölçümü yapılmakta ve sonuçlarına göre tanı konulmaktadır. Bu hastanede OGTT, Sağlık Bakanlığı ve TJOD tarafından önerildiği gibi hem kullanım kolaylığı hem de iki aşamalı teste benzer sonuçlar vermesi nedeniyle “75 g OGTT, tek aşamalı yaklaşım” kullanılarak 24-28. gebelik haftalarında yapılmaktadır (4, 35). Ayrıca HbA1c gebelikte GDM tanı testi olarak kullanılmadığından rutin olarak gebelere uygulanmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında T.C. Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gebe polikliniğine başvuran 15081 gebe oluşturmuştur.

Örneklem seçiminde, evreni bilinen örneklem yönteminde basit rastgele seçim kullanılmış olup, örneklemi etik kurul onayı alındıktan sonra 12 ay içerisinde, 20-45 yaş arası gebelik tanısı alan tüm gebeler oluşturmuştur. Örneklem sayısı evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla bir yıl önceki gebe polikliniğine başvuran gebe sayısı ve öngörülen sapma değeri ($d=0.05$) esas alınarak $n = N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$ formülüyle bulunmuştur. Örneklem hesabı;

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2 (N-1)} + t^2 pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.50)

q : İncelenen olayın görülme sıklığı (0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0.05)

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneklem sayısı:

$$15081 \times 3.84 \times (0.50 \times 0.50) / 0.0025 \times 15080 + 1.96 = 384 \text{ kişi}$$

Araştırmanın yapılabilmesi için en az 384 kişi gerektiği hesaplanmıştır. Tip 1 ve tip 2 diyabeti olan, tanıtıcı bilgi formunu tamamlamayıp yarım bırakanlar, eksik bilgi verenler, iletişim kurulamayan yabancı uyruklu gebeler araştırma dışında bırakılması nedeniyle 384 gebenin verileri değerlendirilmiştir. OGTT, 24-28. gebelik haftalarında yapıldığından, gebeler <24 gebelik haftası olanlar (192 kişi) ve ≥ 24 gebelik haftası olanlar (192 kişi) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Ölçütleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 20-45 yaş arasında olan gebeler,
- Türkçe konuşabilen, anlayabilen ve okuryazar olan gebeler,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 20 yaş altı ve 45 yaş üstü olan gebeler,
- Tip 1 tip 2 diyabeti olan gebeler (diyabeti olan gebelerin mevcut tanısı dolayısıyla bu gebelere OGTT yapılmaması),
- İletişim kurmakta problemi olan gebeler,
- Türkçe konuşamayan, anlayamayan ve okuryazar olmayan gebeler
- Ruhsal ve zihinsel sağlık sorunu olan gebeler araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Hipotezi

Hipotez 1:

H_0 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisi yoktur.

H_1 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisi vardır.

Hipotez 2:

H_0 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına sosyodemografik özelliklerin etkisi yoktur.

H_1 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına sosyodemografik özelliklerin etkisi vardır.

Hipotez 3:

H_0 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına obstetrik özelliklerin etkisi yoktur.

H_1 : Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına obstetrik özelliklerin etkisi vardır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ilgili literatür taranarak (20, 24, 44) oluşturulmuş olup gebe kadının sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren 16 soru, önceki gebeliğe ilişkin özellikleri içeren 9 soru, şimdiki gebeliğe ilişkin 18 soru, medya kullanımı ile ilgili 10 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-Demografik ve Obstetrik Veriler; Gebe kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu ve mesleği, aile tipi, en uzun yaşadığı yer, ailenin gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, gravidası (G), parası (P), yaşayan çocuk sayısı (Y), abortusu (A), daha önce doğum yapmış ise doğumunun şekli, gebelik öncesi boyu ve kilosu, gebelikteki boy ve kilosu sorulmuştur.

Önceki Gebeliklere Ait Veriler; önceki gebeliklerde doğum sonu anne ya da bebekte herhangi bir sorun çıkıp çıkmadığı, OGTT yaptırıp yaptırmadığı, GDM öyküsünün olup olmadığı sorulmuştur.

Şimdiki Gebeliğe Ait Veriler; gebelik haftası, gebelik sırasında kullanılan ilaçlar, gebelik öncesi ve sonrası herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, gebelik kontrollerini nerede yaptırdığı, ilk kontrolde sağlık çalışanlarının yeterince açıklama yapıp yapmadığı, ilk kontroldeki açlık kan şekeri ve HbA1c değeri, gebelik haftası 28 den büyük olanların OGTT yaptırıp yaptırmadığı ve testi yaptıranların GDM tanısı alıp almadığı, test sırasında tedirginlik yaşayıp yaşamadığı, gebelik haftası 24 den küçük olanların OGTT yaptırmayı düşünüp düşünmediği, sonraki gebeliklerinde testi yaptırmayı düşünüp düşünmedikleri ve nedenleri sorulmuştur.

Medya Kullanımı ile İlgili Veriler; OGTT ile ilgili bilgisi olup olmadığı bu bilgiye nereden ulaştığı, sağlıkla ilgili haberleri takip edip etmediği, medya araçlardan hangilerini kullandığı, medyada hangi sağlık ile hangi tür programları takip ettiği, medyada ortaya çıkan OGTT ile ilgili haberleri duyup duymadığı ve bu haberlerden etkilenip etkilenmediği, medyanın sağlık konusunda etkisi sorulmuştur.

Araştırma gebelerin OGTT hakkındaki orijinal görüşleri soru formundan elde edilen notları değiştirilmeksizin bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar, sistemli olarak sıralandırılıp anlamsal olarak benzerliklerine göre birleştirilmiş ve bu görüşleri temsil edebilecek gruplara ayrılmıştır. Bu gruplar anlam

bütünlüğüne göre tema isimleri oluşturulmuştur. Temalarla birlikte gruplar tablolara dönüştürülmüştür. Araştırmaya katılan her bir gebenin anket formuna bir numara verilmiş ve böylece daha sonra gerekli görüldüğünde orijinal görüşlere tekrar bakılabilmesi için ve nitel verilerin analizinde de bu numaralar kullanılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, 29 Kasım 2018-30 Haziran 2019 tarihleri arasında belirtilen hastanede gebe polikliniğine başvuran araştırma kriterlerini karşılayan tüm gebelerle yüz yüze anket tekniğiyle araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Katılım gönüllülük esasına dayanılarak yapılmıştır ve formun doldurulması için gebelerin ortalama 15 dakika zaman ayırması gerekmiştir.

3.7. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version (SPSS) 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), kıkare ve ve fisher exact testleri (kategorik değişkenlerin gruplar arasında benzer dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için) kullanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma etik ilkelere ve “İnsan” ögesini temel alan Helsinki Deklarasyonu 2008 prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan (03.09.2018 tarih ve 40986104/799 sayılı) resmi izin (Ek-2) ve T.C. Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan 29.11.2018 tarihli, 174 sayılı yazılı etik kurul izni (Ek-3) alınmıştır. Gebelere araştırmanın amacı ve içeriği ile ilgili bilgi verilmiş; araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, elde edilen bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, kimliklerinin açıklanmayacağı “Gönüllü Onam Formu” doğrultusunda sözlü onayları alınmıştır (Ek-4). Bu araştırmada bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi araştırma kesitsel ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen gebe kadınlarda yapıldığından elde edilen sonuçlar

zamana bağlı olarak değişebilir. İkincisi araştırmanın bazı verileri kadınların öz bildirimlerine dayalı olarak elde edildiğinden (BKİ, küretaj, abortus sayısı, medya kullanımı vb.) verilerin güvenilirliği, kadınların verdiği bilgiler ile sınırlıdır ve topluma genellenemez. Üçüncüsü bu araştırmada ilk kontrolde gebelik, tarama testleri vb. gibi konularda soru sormaya izin verme durumu ile ilgili olarak sağlık personeli gibi geniş bir kavram kullanılmış olup hemşirenin rolü ve etkinliği değerlendirilememiştir.

4. BULGULAR

Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) yaptırma durumlarına medyanın etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 3, 4).

4.2. Gebelerin obstetrik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 5, 6).

4.3. Gebelerin sağlık personelleriyle olan iletişimi ve OGTT yaptırma durumlarına ilişkin bulgular (Tablo 7, 8).

4.4. Gebelerin medya kullanımını içeren özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 9, 10).

4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Gebelerin sosyodemografik özellikleri (n:384)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş		
20-29	197	51.3
30-39	165	43.0
40-45	22	5.7
Yaş ortalaması	29.480±5.580	
Eğitim durumu		
İlköğretim	144	37.5
Lise mezunu	112	29.2
Üniversite mezunu	128	33.3
Meslek		
Evhanımı	284	74.0
İşçi	21	5.5
Memur	61	15.8
Serbest meslek	18	4.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	104	27.1
Çalışmıyor	280	72.9
Gelir düzeyini algılama		
Düşük	8	2.1
Orta	358	93.2
Yüksek	18	4.7
Sağlık güvencesi		
Evet	372	96.9
Hayır	12	3.1
Yaşanılan yer		
İl	205	53.4
İlçe	148	38.5
Köy	31	8.1
Aile tipi		
Çekirdek	316	82.3
Geniş	68	17.7

Tablo 3'te gebelerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Buna göre gebelerin %51.3'ü 20-29 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 29.480±5.580'dır. Gebelerin %37.5'inin ilköğretim mezunu, %74.0'ı ev hanımı, %72.9'u herhangi bir işte çalışmadığı, %93.1'inin gelir düzeyini orta derecede algıladığı, %96.9'sının sağlık güvencesinin olduğu, %53.4'ü şehir merkezinde yaşadığı ve %82.3'ünün çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Sosyodemografik özelliklerin OGTT yaptırma durumuna etkisi (n:192) *

Özellik	OGTT Yaptıran		OGTT Yaptırmayan		Test/P
	n	%	n	%	
Yaş					
20-29	47	43.9	38	44.7	$X^2=0.296^{**}$ P=0.862
30-39	53	49.5	43	50.6	
40-45	7	6.5	4	4.7	
Eğitim durumu					
İlköğretim mezunu	42	39.3	37	43.5	$X^2=1.466$ P=0.480
Lise mezunu	26	24.3	24	28.2	
Üniversite mezunu	39	36.4	24	28.2	
Meslek					
Evhanımı	65	60.7	70	82.4	$X^2=16.070^{**}$ P=0.001
İşçi	9	8.4	5	5.9	
Memur	29	27.1	5	5.9	
Serbest meslek	4	3.7	5	5.9	
Çalışma durumu					
Evet	42	39.3	18	21.2	$X^2=7.204$ P=0.005
Hayır	65	60.7	67	78.8	
Ekonomik durumu algılama düzeyi***					
Düşük	2	1.9	0	0.0	
Orta	103	96.3	84	98.8	
Yüksek	2	1.9	1	1.2	
Sosyal güvence					
Var	105	98.1	83	97.6	$X^2=0.054^{**}$ P=0.598
Yok	2	1.9	2	2.4	
En uzun yaşanılan yer					
İl	56	52.3	51	60.0	$X^2=2.053$ P=0.358
İlçe	42	39.3	25	29.4	
Köy	9	8.4	9	10.6	
Aile tipi					
Çekirdek aile	87	81.3	71	83.5	$X^2=0.160$ P=0.419
Geniş aile	20	18.7	14	16.5	

*24. haftadan sonraki gebelikleri kapsamaktadır.

**Fisher exact kıkare testi yapılmıştır.

***Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 4'te gebelerin OGTT yaptırma durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması yer almaktadır. Herhangi bir işte çalışmayan (%78.8) ve evhanımı (%82.4) olan gebelerin yüksek oranda OGTT yaptırmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İncelenen diğer sosyodemografik değişkenler ile OGTT yaptırma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelerin obstetrik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 5. Gebelerin obstetrik öyküsüne ait özellikleri (n:384)

Gebelerin obstetrik öyküsüne ait özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
Primipar	133	34.6
Multipar	251	65.4
Yaşayan çocuk sayısı*		
Yok	147	38.3
1	136	35.4
2 ve üzeri	101	26.3
En son doğum şekli (multiparlar)		
Sezaryen	146	58.2
Vajinal	105	41.8
Son doğumda bebeğin ortalama kilosu, g (multiparlar)	3115.582±539.477	
Son doğumda bebeğin kilosu(multiparlar)		
Normal (2500-4000 g)	213	84.8
Düşük doğum ağırlığı(<2500 g)	30	12.0
Fazla doğum ağırlığı: (>4000 g)	8	3.2
Gebelik haftası		
1.trimester	84	21.9
2.trimester	144	37.5
3.trimester	156	40.6
Gebelik sırasında ilaç kullanma		
Evet **	361	94.0
Hayır	23	6.0
Gebelik öncesine ait sağlık sorunu		
Var***	21	5.5
Yok	363	94.5
Gebelikte ortaya çıkan sağlık sorunu		
Var ****	26	6.8
Yok	358	93.2
Planlı bir gebelik mi?		
Evet	284	74.0
Hayır	100	26.0
Gebelik takiplerinin düzenli yapılma durumu		
Evet	372	96.9
Hayır	12	3.1
Gebelik takiplerinin yapıldığı yer		
Aile hekimliği	8	2.1
Devlet hastanesi/özel hastane	152	39.6
Üniversite hastanesi/eğitim ve araştırma hastanesi	224	58.3
Birinci derece akrabalarda (anne, baba) DM öyküsü		
Var	63	16.4
Yok	321	83.6
Önceki gebeliklerde GDM (multiparlar için)		
Var	3	1.2
Yok	248	98.8

Tablo 5. (Devam)

Gebelik öncesi BKİ		
Zayıf (18.5 altı)	11	2.9
Normal(18.5-24.9)	168	43.8
Fazla kilolu (25-29.9)	144	37.5
Obez (30 ve üstü)	61	15.8
Gebelikte alınan kilo*****		
9 kg ve altı	243	63.3
10-12kg	74	19.3
13 kg ve üstü	67	17.4
Önceki gebelikte OGTT yaptırma durumu (multiparlar için) (n:351)		
Evet	121	48.2
Hayır	130	51.8
Sonraki gebeliklerde OGTT yaptırmayı düşünme		
Evet	175	45.6
Hayır	209	54.4

*Gebelerin önceki gebeliğinde ölü doğum yapması ya da doğduktan sonrada bebeklerini kaybetmeleri nedeniyle yaşayan çocuk sayısı ile gebelik sayısı ve son doğumda bebeğin kilosundaki sayı farklılık göstermektedir.

**Levotiron, Folikasit, Ferrosanol, Gaviskon, Dramine, Gyneferon, Clexane, Calsi D3

***Hipotroidi, Hipertansiyon, Haşimato

****GDM, Hipotansiyon, Hipotroidi

***** Gebelik başlangıcından şuan ki gebelik haftasına kadar geçen sürede alınan kilo

Tablo 5'te gebelerin obstetrik özellikleri yer almaktadır. Gebelerin %65.4'ünün multipar olduğu, %38.3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %84.9'unun son doğumdaki bebeklerinin kilolarının normal aralıkta ve ortalama kilosunun 3115.582 ± 539.477 g ve %58.2'sinin sezaryenle doğum yaptığı tespit edilmiştir. Ayrıca %94.5'inin gebelik öncesine ait sağlık sorununun olmadığı, %93.2'sinin gebeliğinde ortaya çıkan bir sağlık sorununun olmadığı ve %94.0'nın gebeliğinde doktor önerisi ile ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Gebelerin %40.6'sının gebeliğinin 3.trimesterinde olduğu, %74.0'ının gebeliğinin planlı olduğu, %96.9'unun gebelik takiplerini düzenli olarak, %58.3'ünün üniversite hastanesi/egitim ve araştırma hastanesinde yaptırdığı saptanmıştır. Gebelerin %98.8'inin önceki gebeliklerinde GDM öyküsünün olmadığı, %83.6'sının birinci derece akrabalarında (anne ya da baba) DM öyküsünün olmadığı, %51.8'inin önceki gebeliğinde OGTT yaptırmadığı, %54.4'ü sonraki gebeliğinde de OGTT yaptırmayı düşünmediği belirlenmiştir. Gebelerin %43.8'inin gebelik öncesi BKİ'sinin 18.5-25 arası normal olduğu, %63.3'inin gebelikte 9 kg ve altı kilo aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 6. Obstetrik özelliklerin OGTT yaptırma durumuna etkisi (n:192)*

Obstetrik özellikler	OGTT Yaptıran		OGTT Yaptırmayan		Test/P
	n	%	n	%	
Gebelik sayısı					
Prmipar	27	25.2	28	32.9	$X^2=1.377$ P=0.156
Multipar	80	74.8	57	67.1	
Yaşayan çocuk sayısı (multiparlar için)					
Yok	30	28.0	32	37.6	$X^2=2.477$ P=0.290
1	44	41.1	27	31.8	
2 ve üstü	33	30.8	26	30.6	
Son doğumda bebeğin kilosu (multiparlar için)					
Düşük doğum ağırlığı(<2500 g)	8	10.0	6	10.5	$X^2=0.998^{**}$ P=0.607
Normal (2500-4000 g)	68	85.0	50	87.7	
Fazla doğum ağırlığı (>4000 g)	4	5.0	1	1.8	
Gebelik öncesine ait sağlık sorunu					
Var	5	4.7	3	3.5	$X^2=0.155^{**}$ P=0.694
Yok	102	95.3	82	96.5	
Gebelikte ortaya çıkan sağlık sorunu					
Var	19	17.8	0	0.0	$X^2=16.751^{**}$ P=0.000
Yok	88	82.2	85	100.0	
Planlı bir gebelik					
Evet	73	68.2	53	62.4	$X^2=0.724$ P=0.242
Hayır	34	31.8	32	37.6	
Gebelik takiplerinin düzenli yapılma durumu					
Evet	103	96.3	81	95.3	$X^2=0.111^{**}$ P=0.507
Hayır	4	3.7	4	4.7	
Gebelik öncesi BKİ***					
Zayıf (18.5)	5	4.7	0	0.0	
Normal (18.5-24.9)	29	27.1	32	37.6	
Fazla kilolu (25-29.9)	55	51.4	35	41.2	
Obez (30 ve üstü)	18	16.8	18	21.2	
Kilo grup					
9kg ve altı	47	43.9	26	30.6	$X^2=8.091$ P=0.017
10-12kg	39	36.4	27	31.8	
13kg ve üstü	21	19.6	32	37.6	
Son doğumda bebek ya da annede problem gelişme durumu					
Evet	12	5.0	5	8.8	$X^2=1.188$ P=0.206
Hayır	68	85.0	52	91.2	
1. Derece akrabalarda DM olma durumu					
Evet	16	15.0	16	18.8	$X^2=0.511$ P=0.301
Hayır	91	85.0	69	81.2	
Önceki gebelikte OGTT yaptırma durumu					
Evet	49	61.3	22	38.6	$X^2=6.842$ P=0.007
Hayır	31	38.8	35	61.4	
Sonraki gebeliklerde OGTT yaptırmayı düşünme					
Evet	82	76.6	14	16.5	$X^2=68.588$ P=0.000
Hayır	25	23.4	71	83.5	

*24. haftadan sonraki gebelikleri kapsamaktadır.

**Fisher exact kıkare testi yapılmıştır.

***Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 6’da gebelerin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma durumları ile obstetrik özelliklerin karşılaştırılmaları görülmektedir. Gebeliğinde sağlık sorunu olmayan gebelerin %82.2’sinin, 9 kg ve altı kilo alan gebelerin ise %43.9’unun OGTT yaptırma oranlarının yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Önceki gebeliğinde OGTT yaptırmayan gebelerin %61.4’ünün şimdiki gebeliğinde de bu testi yaptırmadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sonraki gebeliğinde OGTT yaptırmayı düşünmeyen gebelerin %83.5’inin şimdiki gebeliğinde de OGTT yaptırmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İncelenen diğer obstetrik değişkenler ile OGTT yaptırma durumu etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.3. Gebelerin Sağlık Personelleriyle Olan İletişimi ve OGTT Yaptırma Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelerin sağlık personelleriyle olan iletişimi ve OGTT yaptırma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 7. Gebenin gebelik izlemlerinde sağlık personelleriyle iletişimi durumu

Özellikler	n	%
İlk kontrolde sağlık personelinin gebelik, tarama testleri hakkında soru sormaya izin verme durumu		
Evet	322	86.5
Hayır	52	13.5
İlk kontrolde sağlık personelinin açıklama yapma durumu		
Evet	318	82.8
Hayır	66	17.2
Sağlık personeline rahatça soru sorma		
Evet	371	96.6
Hayır	13	3.4

Tablo 7’de gebelerin gebelik izlemlerinde sağlık personelleriyle iletişim durumuna yönelik özellikler yer almaktadır. Gebelerin %96.6’sının rahatça soru sorabildiği tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık personellerinin ilk kontrolde gebelik, tarama testleri vb. konularda gebelerin %86.5’ine soru sormaya izin verdikleri, %82.8’ine ilk kontrolde yeterli açıklama yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 8. Gebelerin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma durumu (n:192)

Özellikler	OGTT Yaptırma Düşünme (24. haftadan önceki gebeliklerde) (n:192)		OGTT Yaptırma Durumu (24. haftadan sonraki gebeliklerde) (n:192)	
	n	%	n	%
İlk kontroldeki açlık glukoz değeri Ort.	83.398±7.371105 mg/dl			
HbA1c değeri*				
5.0-5.4 mmol/mol			3	0.8
6.5-6.9 mmol/mol			4	1.0
6.5-6.9 mmol/mol			1	0.3
HbA1c bakılmayan			376	97.9
Gebelikte OGTT yaptırma durumu				
Evet	76**	39.6	107	55.7
Hayır	116***	60.4	85	44.3
Yaptırma nedenleri****	76	39.6	107	55.7
Doktor önerdi	42	21.9	65	60.7
Rutin kontrol amaçlı yaptırdım	18	9.4	21	19.6
Testi gerekli buluyorum	10	5.2	8	7.5
Şeker hastası olabilirim	9	4.7	11	10.3
Hipertansiyonum olduğu için yaptırdım	1	0.5	2	1.9
Yaşımdan ötürü	1	0.5	-	-
Yaptırmama nedenleri*****	116	60.4	85	44.3
Gereksiz buluyorum	69	35.9	38	44.7
Anne ve bebeğe zararlı olduğunu düşünüyorum	32	16.7	12	14.1
TV den zararlı olduğunu öğrendim	25	13.0	17	20.0
Açlık tokluk şekerinin bakılmasının yeterli olduğu düşünüyorum	7	3.6	11	12.9
Mide bulantısı yaptığı için düşünmüyorum	6	3.1	5	5.9
Doktor gerekli görmedi	-	-	14	16.5
Önceki gebelikte herhangi sorun çıkmadı	-	-	1	1.2
Şimdiki gebelikte uygulanan OGTT tipi				
50 g OGTT			0	0.0
75 g OGTT*****			106	99.1
100 g OGTT			1	0.9
Şimdiki gebelikte sağlık personelleri tarafından gebelere OGTT öncesi yaşayabilecekleri durumlar hakkında bilgi verilme durumu				
Evet			79	73.8
Hayır			28	26.2
Şimdiki gebelikte test öncesinde tedirginlik yaşama durumu				
Evet			32	29.9
Hayır			75	70.1
Şimdiki gebelikte GDM tanısı alınma durumu				
Evet			13	12.1
Hayır			94	87.9

*Açlık kan glukoz değeri 105 mg/dl altı olan gebelere HbA1c değeri bakılmamıştır.

**24. Gebelik haftasından küçük gebeliklerde OGTT yaptırmayı düşünenlerin sayısı.

***24. Gebelik haftasından küçük gebeliklerde OGTT yaptırmayı düşünmeyenlerin sayısı.

****Birden fazla yanıt verilmiştir.

*****Araştırma yapılan hastanede standart uygulama 75 g OGTT'dir.

Tablo 8’de gebelerin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma durumuna yönelik özellikler yer almaktadır. Gebelerin %97.9’unun HbA1c değerine bakılmadığı, ilk kontroldeki açlık glukoz değeri ortalaması 83.398 ± 7.371 mg/dl olduğu bulunmuştur.

Gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin %60.4’ünün OGTT yaptırmayı düşünmediği, OGTT yaptırmayı düşünmeyen gebelerin ilk üç sırada; %35.9’unun “gereksiz buluyorum”, %16.7’sinin “bebeğe zararlı olduğunu düşünüyorum”, %13.0’ının “TV’den zararlı olduğunu öğrendim” şeklinde yanıtlar verdikleri saptanmıştır. OGTT yaptırmayı düşünen gebelerin ilk üç sırada %21.9’unun “doktor önerirse yaptırım”, %9.4’ünün “rutin kontrol amaçlı yaptırım”, %5.2’sinin “testi gerekli buluyorum” gibi yanıtlar verdiği belirlenmiştir.

Gebelerin %55.7’sinin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırdığı, testi yaptıran gebelerin yaptırma nedenleri arasında ilk üç sırada %60.7’si “doktor önerdi”, %19.6’si “rutin kontrol amaçlı yaptırdım”, %10.3’ü “şeker hastası olabilirim” şeklinde yanıtlar verdiği tespit edilmiştir. OGTT yaptırmayan gebelerin %44.7’si “testi gereksiz görüyorum”, %20.0’ı “TV’den zararlı olduğunu öğrendim”, %16.5’i “doktor gerekli görmedi”, gibi verdiği yanıtların ilk üç sırada olduğu bulunmuştur. Gebelerin %99.1’in 75 g’lık OGTT yapıldığı, %73.8’ine sağlık personelleri tarafından OGTT öncesi yaşayabilecekleri durumlar hakkında bilgi verildiği, %29.9’unun test öncesinde tedirginlik yaşamadığı ve %87.9’unun GDM tanısı almadığı saptanmıştır.

4.4. Gebelerin Medya Kullanımını İçeren Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelerin medya kullanımını içeren özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 9. Gebelerin sağlıkla ilişkili konularda medya kullanımı(n:384)

Özellikler	n	%
OGTT hakkında bilgi durumu		
Evet	381	99.2
Hayır	3	0.8
OGGT hakkında bilgiye ulaşılan yer*		
İnternet/medya (TV'de sağlık ve Kadın Programları, radyo/gazete)	187	49.1
Doktor	176	46.2
Ebe, hemşire,	125	32.8
Akrabalar	60	15.7
Kitap, dergi	18	4.7
Sağlıkla ilgili haberleri takip etme durumu		
Evet	342	89.1
Hayır	42	10.9
Kullanılan medya aracı		
İnternet/sosyal medya	245	71.6
TV/radyo	219	64.0
Gazete/dergi	52	15.2
Bilimsel makale	17	5.0
TV'de takip edilen sağlık programı*		
TV'deki sağlık programları	216	56.3
Ana haber bültenlerindeki sağlık haberleri	184	47.9
Kadın programları içerisindeki sağlık bölümleri	114	29.7
Alternatif tıpla ilgili programlar	34	8.9
Eğlence programlarının sağlık bölümleri	17	4.4
Gebenin medyadan OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilenme durumu*		
Evet	168	43.8
Hayır	216	56.2
Etkilenme nedenleri (n=168)*		
Zararlı olduğunu öğrendim	74	44.0
Yaptırıp yaptırmamakta kararsızlık yaşadım	52	31.0
Çıkan haberlerden ötürü testi yaptırmayı düşünmüyorum	47	28.0
Medyadan testin gereksiz olduğunu öğrendim	43	25.6
Bu testin tehlikeli olduğunu duydum ve korktum	36	21.4
Bundan sonraki gebeliklerimde testi yaptırmayı düşünmüyorum	25	14.9
Medyanın sağlık konusunda gebeye etkisi*		
Bilgilendiriyor	218	94.4
Daha sağlıklı yaşama yöneltiyor	12	5.2
Kendim ve bebeğim için önlem almamı sağlıyor	2	0.9
Yanlış yönlendiriyor, tutarsız ve yanlış şeyler sıkça yer verilmekte	70	45.8
Güvenilir değil	53	34.6
Kafa karıştırıyor	24	15.7
Psikolojimi bozuyor	9	5.9
Gebenin medyadan duyduklarını uygulama durumu*		
Uygulamam	286	74.5
Doğruluğuna güvendiğim şeyleri uyguladım	58	59.9
Beslenme ve kontroller ilgili şeyleri uyguladım	19	19.4
Hastalıklarla ilgili şeyleri uyguladım	15	15.3
Önerilen şeyleri uyguladım	10	10.2

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 9’da gebelerin sağlık ile ilgili konularda medya kullanımına y6nelik 6zellikler yer almaktadır. Gebelerin %99.2’sinin OGTT hakkında bilgi sahibi olduğu, OGTT hakkında bilgiye %49.1’inin internet/medyadan (TV de sağlık ve kadın programları, radyo/gazete) ulaştığı, %89.1’inin sağlıkla ilgili haberleri takip ettiği, medya aracı olarak %71.6’sının internet/ sosyal medya (twitter/ facebook/ instagram/ youtube/bloglar) kullandığı, %56.3’sinin sağlık programlarını izlediği tespit edilmiştir.

Gebelerin %56.2’sinin medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilenmediklerini d6şündükleri saptanmıştır. Medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiklerini s6yleyen gebelerin %44.0’ı “zararlı olduğunu 6đrendim”, %31.0’ı “yaptırıp yaptırmakta kararsızlık yaşadım”, %28.0’ı “ıkan haberlerden 6t6r6 testi yaptırmayı d6ř6nm6yorum”, %25.6’sı “medyadan testin gereksiz olduğunu 6đrendim”, %21.4’6 “bu testin tehlikeli olduğunu duydum ve korktum”, %14.9’u “bundan sonraki gebeliklerimde testi yaptırmayı d6ř6nm6yorum”, gibi yanıtlar verdiği saptanmıştır.

Gebelerin %94.4’6n6n medyanın sağlık konusunda bilgilendirdiğini d6ř6nd6đ6, medyadan sağlıkla ilgili duyulan şeyleri uyguladığını s6yleyen gebelerin %59.9’unun doğruluğuna g6vendiği şeyleri uyguladığı tespit edilmiştir.

Tablo 10. Medyanın OGTT yaptıırma durumuna etkisi (n:192)*

Özellikler	OGTT Yaptıran		OGTT Yaptırmayan		Test/P
	n	%	n	%	
Medyadan OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilene durumu					$X^2=4.216$
Evet	42	39.3	46	54.1	P=0.028
Hayır	65	60.7	39	45.9	
Sağlıkla ilgili haberleri takip etme durumu					$X^2=0.312$
Evet	83	77.6	68	80.0	P=0.167
Hayır	24	22.4	17	20.0	
OGTT hakkında bilgi sahibi olma durumu**					
Evet	106	99.1	85	100.0	
Hayır	1	0.9	0	0.0	
Medyanın sağlık konusunda bilgiyi artırma düşüncesi					$X^2=0.073$
Evet	65	60.7	50	58.8	P=0.451
Hayır	42	39.3	35	41.2	
Medyadan duyulan şeyleri uygulama durumu					$X^2=0.031$
Evet	34	31.8	26	30.6	P=0.493
Hayır	73	68.2	59	69.4	
İlk kontrolde sağlık personelleri gebelik, tarama Testleri hakkında soru sormaya izin verme durumu					$X^2=2.214$
Evet	94	87.9	68	80.0	P=0.099
Hayır	13	12.1	17	20.0	
Sağlık personeline rahatça soru sorabilme durumu					$X^2=7.619^{***}$
Evet	106	99.1	77	90.6	P=0.007
Hayır	1	0.9	8	9.4	

*24. haftadan sonraki gebelikleri kapsamaktadır.

**Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

***Fisher exact kıkare testi yapılmıştır.

Tablo 10’da gebelerin OGTT yaptıırma durumları ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması yer almaktadır. Medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiğini düşünen gebelerin (%54.1) şimdiki gebeliğinde OGTT yaptıımadığı ve sağlık personeline rahatça sorabilen gebelerin (%99.1) OGTT yaptıırma oranlarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İncelenen diğer değişkenler ile OGTT yaptıırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisinin belirlenmesi amacıyla 384 gebe üzerinde yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışma dört ana başlık altında sunulmuştur.

5.1. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Gebelerin obstetrik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Gebelerin sağlık personelleriyle olan iletişimi ve OGTT yaptırma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.4. Gebelerin medya kullanımını içeren özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Bu araştırmada gebelerin 20-29 yaş arasında olduğu, yaş ortalamasının 29.480 ± 5.580 , ilköğretim mezunu, ev hanımı olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, ekonomik durumunu orta derecede algıladığı, sağlık güvencesinin olduğu, şehir merkezinde yaşadıkları, çekirdek aile olduğu görülmektedir (Tablo 3). Araştırma kapsamındaki bu bulguları destekleyen çalışmalar olmakla birlikte (71, 74, 75) bazı sosyodemografik özellikleri açısından farklı olan çalışmalarda mevcuttur (24, 30). Bununla birlikte TNSA 2018 verilerine göre kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olması, çalışmaması ve yaşa özel toplam doğurganlık hızının en yüksek 25-29 yaş aralığında olması araştırma bulgularını desteklemektedir (76).

Sosyodemografik özelliklerin sağlığı geliştirme ve sağlık arayışı davranışlarını etkileme potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir (58, 77, 78). Literatürde prenatal testlerin yapılamama nedenleri arasında kötü sağlık okuryazarlığı ve sosyoekonomik durumunun varlığı ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller olduğu gösterilmektedir (79). Bu araştırmada yaş, eğitim durumu, ailenin ekonomik durumunu

algılama düzeyi, sağlık güvencesi varlığı, en uzun yaşanan yer ve aile tipi ile OGTT yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Araştırmada çalışma durumu ve meslek ile OGTT yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup, çalışmayan ve evhanımı olan gebelerin diğer gruplara göre yüksek oranda OGTT yaptırmadığı aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Bazı araştırmalarda bu araştırmada olduğu gibi eğitim düzeyi (20, 24, 80), gelir durumu (24, 81), yaş, meslek ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (81). Bu araştırmadan farklı olarak köy-kasabada oturan gebelerin (81), gebelik yaşı büyük olan ve çalışan gebelerin (80) ve ekonomik durumu iyi olan gebelerin (74), diğerlerine göre OGTT yaptırma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmayla benzer şekilde Altıyaprak'ın araştırmasında ise çalışmayan ve ev hanımı olan gebelerin OGTT yaptırmadığı saptanmıştır (44). Çalışmayan ve ev hanımı gebelerin TV ya da internetle daha fazla ilgilenecek vakitlerinin olması ya da bilgiye ulaşmada medyayı kullanmaları OGTT yaptırma konusundaki fikirlerini etkilemiş olabilir. Dolayısıyla gebelere tarama testleri hakkında yeterli ve doğru bilgi verildiğinde sosyodemografik özelliklerin etkileri ortadan kalkabilir.

5.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin obstetrik özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun multipar olduğu ve multiparların en az bir yaşayan çocuğunun olduğu, son doğumdaki bebeklerinin ortalama kilosunun 3115.582 ± 539.477 g olduğu ve normal aralıkta olduğu, sezaryenle doğum yaptığı bulunmuştur (Tablo 5). TNSA 2018 verilerine göre doğurganlık hızı kadın başına 2.3 çocuk olması, kadınların çoğunluğunun sezaryenle doğum yapması (%52) gebeliklerin planlı olması araştırmanın bulgularını desteklemektedir (76). Yine bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun gebelik öncesinde ve gebeliğinde ortaya çıkan bir sağlık sorununun olmadığı, doktor önerisi ile ilaç kullandığı, gebeliğinin 3. trimesterinde ve gebeliğinin planlı olduğu, gebelik takiplerini düzenli olarak üniversite hastanesi/eğitim ve araştırma hastanesinde yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 5). Gebelikte OGTT yaptırma durumunu inceleyen bazı araştırmalarda gebelerin multipar olması (30, 80) sezaryenle

doğum yapmaları (44, 74, 75) gebeliklerin planlı olması (48, 82) gibi obstetrik sonuçları ile bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

GDM hem anne hem bebeğin sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte risk faktörleri ortadan kaldırıldığında veya düzenlendiğinde engellenebilir bir hastalıktır (75). Yani gebeliğin 24-28. haftasında yapılacak olan OGTT ile GDM tanısı konulabilir ve GDM'ye bağlı gelişebilecek fetal, neonatal ve maternal komplikasyonlar (konjenital anamoliler, makrozomi, perinatal ölüm, doğum travması vb.) önlenabilir (72, 83). Bu çalışmada gebelerin bazı obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son doğumdaki bebeğin kilosu, gebelik öncesine ait sağlık sorunu varlığı, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik takiplerinin düzenli yaptırılması, son doğumda anne ya da bebekte problem gelişme durumu, birinci derece akrabalarda DM öyküsü, gebelik takiplerinin yapıldığı yer) ile şimdiki gebelikte OGTT yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamış ($p>0.05$) iken şimdiki gebeliğinde sağlık sorunu olmayan gebelerin çoğunluğunun ise yüksek oranda OGTT yaptırdığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6). Bu çalışmayla benzerlik gösteren Genç Koyucu'nun (birinci derece akrabalarda DM öyküsü, makrozomik doğum öyküsü), Altıyaprak'ın (bebeğin doğum kilosu), Hocaoglu ve ark'nın (multiparite , ailede DM öyküsü, GDM öyküsü), Başbuğ ve ark'nın (gravida, parite, GDM öyküsü) araştırmalarında bazı obstetrik özelliklerin OGTT yaptırma durumunu etkilemediği ancak Altıyaprak'ın araştırmasında ise OGTT yaptırmayan gebelerin daha yüksek oranda fetal ve neonatal sorunlar yaşadığı görülmüştür (44, 71, 74, 80). İncelenen araştırmalarda benzer şekilde gebelikte yaşanan tecrübelerin ve bazı obstetrik özelliklerin (gebeliğin planlı olma durumu, daha önceki doğumlarda ya da şimdiki gebelikte yaşanan sorunlar, gebelik sayısı, önceki gebeliğin kaybı, riskli gebelik yaşanması) stres, korku ve anksiyeteye yol açarak gebelerin OGTT gibi tarama testlerine olan yaklaşımlarını etkileyebileceği belirtilmektedir (74, 84, 85). Bu araştırma sonuçlarından farklı olarak Gençkoyucu'nun araştırmasında gebelerin yarıdan fazlasının en az bir GDM risk faktörüne sahip olmasına rağmen (nullipar ve GDM öyküsü) OGTT'nin yapılmaması gerektiğini düşündükleri belirtilmiştir (74). Başbuğ ve arkadaşlarının araştırmasında da OGTT yaptırmayan gebelerin gravida ve parite ortalamalarının daha yüksek olduğu Altıyaprak'ın araştırmasında OGTT yaptırmayan gebelerin gravida ve parite ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (44, 71). Postpartum diyabetin araştırıldığı Mecdi ve Beji'nin araştırmasında gebelerin %90'ına OGTT ile %9.9'una ise kan şekeri takibi ile GDM tanısı konulduğu, OGTT yaptırmayan

gebelerin ise %12.6'sına postpartum dönemde tip 2 DM tanısı konulduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada gebelerin yarısından fazlasının gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadıkları ve bebeklerinde sağlık sorunu oluşmasıyla postpartum diyabet taramasına gitme durumları arasında anlamı fark olmadığı saptanmamıştır (30). Aslında OGTT yapılamayan veya yaptırmak istemeyen gebelerde gebelik takipleri sırasında bakılan rutin testler (örneğin açlık kan şekeri bakma) ile olguları tekrar değerlendirmek, olası GDM ve OGTT için ayrıntılı bilgilendirme ve tanı testi yaptırmak için fırsata dönüştürülebilir. Böylece tanısı olmayan gebelerin yeterli ve erken tedavi edilmesiyle diyabetin ortaya çıkardığı klasik komplikasyonların görülme oranını azaltacaktır şeklinde bir öngöründe bulunulabilir. Çünkü GDM için tüm gebelerin taranmasının gerekip gerekmediği tartışmalı bir konu olsa da GDM gelişen gebelerin %20'sinde hiçbir risk faktörünün olmadığı da unutulmamalıdır. Üstelik gebelerin yaklaşık yalnızca %10'u düşük riskli gruba girmektedir (72, 86). Burada önemli olan ilk gebelik takibinden itibaren tüm gebelerden oldukça yeterli bir öykü alınarak GDM ve OGTT konusunda farkındalıklarının artırılmasıdır.

Obezite artan prevalansı nedeniyle yaygın bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve kadınlarda daha sık görülmesinin nedenlerinin en başında gebelik öncesi ve gebelik döneminde alınan fazla kilolar gelmektedir (87). Gebelik süresince alınması önerilen kilo miktarı gebelik öncesi BKİ'ye göre değişmekle birlikte (88) gebelik öncesi ağırlığının %17'si kadar, bir başka deyişle yaklaşık olarak 12 kg'dır (89). Aynı zamanda gebelik öncesi BKİ artışı ve gebelikte fazla kilo alımı ile GDM gelişimi arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (28, 77). Bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun gebelik öncesi BKİ'sinin 18.5-25 arası normal aralıkta olduğu ve gebelikte 9 kg ve daha az kilo aldığı saptanmıştır (Tablo 5). Bununla birlikte gebelik öncesi BKİ ile OGTT yaptırmada arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$), ancak gebelikte 9 kg ve altında kilo alan gebelerin OGTT yaptırmada oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Ülkemizde gebelik ve obezite ile ilgili yapılan yayınlarda da benzer şekilde gebelerin genellikle BKİ'nin 18.5-24.9 (normal) aralıkta olduğu ve gebelik sürecinde 8-15.9 kg aldıkları saptanmıştır (89-91). 2004-2011 yılları arasında 30.298 gebe ile yapılan retrospektif bir çalışmada, gebelerin %2.8'i zayıf, %52.5'i normal, %27.8'i fazla kilolu ve yaklaşık %17'si obez olduğu belirtilmiştir (92). Ancak gebelikte kilo alımı ve obezite görülme durumu çevresel faktörler, sosyoekonomik koşullar ve genetik özellikler gibi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterdiği için çalışma sonuçlarından farklı araştırmalarda vardır (30, 48, 74). Yine bu araştırmadan farklı olarak Başbuğ'un araştırmasında OGTT yaptıran grupta

BKİ'nin daha yüksek olduğu, Genç Koyucu'nun araştırmasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da normal BKİ olan kadınlarda OGTT'ye karşı pozitif yaklaşımın daha fazla olduğu belirtilmiştir (71, 74). Yapılan araştırmalar incelendiğinde gebelikte önerilenden fazla kilo kazanımının ve yüksek BKİ varlığının yaratacağı komplikasyonlar nedeniyle GDM gibi yüksek riskli durumlara yol açacağı OGTT'nin ise bu durumu önceden tespit edebileceği konunun çok iyi değerlendirilemediği görülmektedir. Oysa Sağlık bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde, doğum öncesi takiplerde gebeliğinde fazla kilo alan ve obez olan gebelikte getireceği riskler belirtilerek anne adaylarının kilo kontrolüne yönelmesi sağlanması gerektiği ve daha ilk izlemde gebeye detaylı bir fizik muayene yapılarak ve BKİ $<18.5 \text{ kg/m}^2$ veya $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanların diyetisyene yönlendirilmesini, BKİ'sine göre zayıf ve normal ağırlıktaki gebelere de ayda en fazla 2 kilo alımı, kilolu ve obez olan gebelere ise en fazla 1 kilo alımının önerilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (93).

Geçmişte yaşanan tecrübelerin iyi ya da kötü ileriye yönelik olarak insanlar üzerinde yönlendirici etkileri olabilir (94). Örneğin gebelerin GDM ve komplikasyonlarını daha önce tecrübe etmemiş olmaları, konuyla ilgili farkındalık ve bilgi eksikliğinin sebebi olabilir ve buna bağlı olarak tarama testlerine karşı düşünceleri de etkilenebilir (71, 74). Bu araştırmada önceki gebeliğinde OGTT yaptırmayanların şimdiki gebeliğinde bu testi yaptırmadığı, şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmayan gebelerin ise sonraki gebeliğinde de OGTT yaptırmayı düşünmediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6). İncelenen benzer araştırmalarda gebeliğinde OGTT yaptıranların daha yüksek oranda şimdiki gebeliğinde de OGTT yaptırdığı belirlenmiştir (20, 81). Bu araştırmanın aksine bazı araştırmalarda önceki gebeliklerinde OGTT yaptıran gebelerin bazılarının GDM olmadıkları için şimdiki gebeliklerinde OGTT yaptırmadıkları tespit edilmiştir (44, 71). Bu sonuçlar önceki gebeliklerde kazanılan tecrübelerin sonraki gebeliklerdeki alınan kararları etkilediğini gösteriyor olabilir. Bu yüzden gebelerin OGTT konusunda öğrenecekleri ya da tecrübe edecekleri her doğru bilgi bir sonraki gebeliklerde OGTT uygulanma oranlarında artışı sağlayabilir.

Gebeliğin sağlıklı devam etmesi için gebelerin düzenli aralıklarla gerekli izlem ve takiplerini yaptırmaları ve bu izlemlerde sağlık çalışanlarından bilgi/danışmanlık alması önemlidir (95, 96). Çünkü bu süreçte gebeliğin ve olası sağlık sorunlarının bilinmesi,

doğru alışkanlıklarının kazanılmasının yanı sıra bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi gibi faktörler de gebelik sürecinin kalitesini etkilemektedir (97, 98). Bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun rahatça soru sorabildiği, sağlık personellerinin ilk kontrolde gebelik, OGTT gibi tarama testleri vb. konularda soru sorulmaya izin verildiği, ilk kontrolde yeterli açıklama yaptığı saptanmıştır (Tablo 7). Aynı zamanda gebelik izlemlerinde sağlık personeline rahatça sorabilen gebelerin OGTT yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10). Gebelerin daha çok bir sağlık personelinden bilgi/danışmanlık ve bakım almayı tercih ettiğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (95-98). Örneğin Başbuğ ve ark'nın araştırmasında OGTT'yi yaptıran gebelerin %40'ının sağlık personelleri tarafından bilgilendirildiği tespit edilmiştir (71). Benzer şekilde Smith ve arkadaşlarının araştırmasında sağlık çalışanlarının gebelere testlerle ilgili yeterli açıklama yaptığı gebelerin bu testlerin önemini anladıkları ve kaygılarının giderildiği görülmüştür (99). Ancak bu araştırmanın bulgularından farklı olarak Koçak'ı araştırmasında gebelerin çoğunluğunun (%81.3) prenatal testler hakkında bilgiye sahip olmadığı, tarama testleri hakkında sağlık personelinden bilgi almadığı belirtilmiştir (85). Sterne ve ark'nın çalışmasında postpartum kontrole gitmeyi engelleyici faktör olarak sağlık ekibinin ve hastanın postpartum diyabet taraması konusunda bilgi eksikliğinin olduğu belirtilmiştir (100). Demircan'ın araştırmasında ise katılımcıların OGTT'nin tüm gebelere uygulanması gerektiği konusundaki farkındalığının düşük (%42.3) oranda olduğu ve tarama testlerine uyumun beklenen düzeyin oldukça gerisinde olduğu belirtilmiştir (94). Mecdi ve Beji'nin araştırmasında ise postpartum diyabet taramasına gitmeyen gebelerin yarısının sağlık personellerinin yetersiz iletişimi ya da gebeleri doğru bilgilendirmemiş olmalarına bağlı olarak bilgi eksikliği nedeniyle testi yaptırmadığı belirtilmiştir (30). Yine aynı araştırmada postpartum diyabet taramasına giden kadınların ise konu ile ilgili eğitim aldığı ve eğitim durumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (30).

5.3. Gebelerin Sağlık Personelleriyle Olan İletişimi ve OGTT Yaptırma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin sağlık personelleriyle olan iletişimi ve OGTT yaptırma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Literatürdeki benzer araştırmalar (30, 71, 85, 100) bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir. İncelenen araştırmalarda gebelerin OGTT'yi yaptırma konusunda medyadan etkilendikleri ancak sağlık personellerinin bilgisi ve tutumunun da bu noktada

önemli olduğu görülmektedir (24, 74, 85, 94). Oysa DSÖ pozitif bir gebelik deneyimlemek için yayınladığı rehberde, nitelikli ve etkili doğum öncesi bakım iletişimi ve desteğinin sağlık profesyonelleri ve gebeler arasındaki iletişimi geliştirerek perinatal sağlık sonuçlarını iyileştireceğini vurgulamaktadır (101). Bu nedenle ilk gebelik izleminde doğru bilgilendirilmeyen gebelerin sonradan bilgilendirilmesi davranışlarını çokta etkilemeyeceğinden bilgilendirmenin nitelikli bir şekilde ilk izlemden son izleme kadar tekrarlanmasının OGTT'ye karşı olan endişeleri ortadan kaldırabileceği düşünülebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gebeye kazandırılması ve sürdürülmesinde sağlık profesyonellerinin özellikle de hemşireler önemli rol oynamaktadır. Her gebe prenatal takiplerde GDM riski açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca kadınlara gebe kalmadan önce gebelikte diyabetin fetal ve maternal olumsuz olabilecek sonuçları hakkında bilgi verilmeli ve GDM ve OGTT hakkında doğru bilgilendirme sağlanmalıdır. Özellikle GDM gelişimini önlemede gebenin herhangi bir riskli durumu yoksa sağlıklı beslenme, egzersiz ve kilo kontrolünün yararlarını kan glukoz düzeyinin normal aralıkta tutulması gerektiği vurgulanmalıdır. Bu noktada hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir (102). Bununla birlikte kadınlarda sağlık okuryazarlığının artırılması sağlık profesyonelleri ile kadınlar arasında etkili iletişim kurulmasıyla sağlanabileceği bildirilmektedir (81).

Ülkemizde ve dünyada ADA, WHO, ACOG, IADPSG, NIH, TJOD, TEMD gibi ulusal ve uluslararası kuruluşlar gebelerin 24-28. gebelik haftalarında OGTT'nin uygulanmasıyla GDM komplikasyonlarının azaltılabileceği ve perinatal sonuçların iyileştirilebileceğini vurgulamaktadırlar. (4, 8, 61, 63, 64, 103, 104). Bu araştırmada gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin (%39.6) OGTT yaptırmayı düşündüğü, gebelik haftası 24. haftadan büyük olan gebelerin ise yarısının OGTT (%55.7) yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 8). 24. Gebelik haftasından küçük olan gebelerin OGTT yaptırmayı düşünme nedeni olarak ilk üç sırada doktor önerdiği, rutin kontrol amaçlı yaptırdıkları ve testi gerekli buldukları için; 24. haftadan büyük gebelerin ise ilk üç sırada doktor önerdiği için, rutin kontrol amaçlı ve şeker hastası olabilirim düşüncesiyle yaptırdıkları tespit edilmiştir (Tablo 8). Dünya'da GDM tarama programı ve OGTT yaptırmada ilk sıralarda yer alan Kanada'da yapılan bir araştırmada gebelerin neredeyse tamamı (%94) GDM tarama programına katılırken, İsrail'de ise bu oranı %80'den fazla olduğu belirlenmiştir. Sadece yüksek riskli gebelerin GDM tarama programına alındığı İtalya'da ise OGTT ile tarama oranları Kanada ve İsrail'e göre çok daha düşük olduğu tespit edilmiştir (105-107). Avustralya'da ise yapılan bir araştırmada gebelerin yarısının OGTT

yaptırdığı bulunmuştur (79). Mecdi ve Bejinin ve Sterne ve arkadaşlarının araştırmalarında ise postpartum diyabet taramasına giden kadınların %74.4'ü farkındalığı (testin gerekliliğini, ailede DM hastası olduğu için bilinçli olduğunu) ve sağlık çalışanlarıyla yeterli iletişimi kolaylaştırıcı faktörler olarak belirtmişlerdir (30, 100). İncelenen araştırmalarda kadınların konu ile ilgili eğitim almasının ve etkili iletişim kurulmasının prenatal tarama testlerini yaptırma oranlarını arttırdığını göstermektedir (24, 30, 85, 100). Dolayısıyla gebelere gebelik tarama testlerinin hangi amaçla yapıldığı doğru ve anlaşılır şekilde anlatıldığında OGTT'yi yaptırma oranlarında artış sağlanabileceği söylenebilir.

GDM taramasında kullanılan OGTT, günümüzde halen daha tartışılmaya devam edilmekte ve özellikle son yıllarda sosyal medyadaki spekülasyonlar nedeniyle testi yaptırmak istemeyen gebe sayısının günden güne arttığı bildirilmektedir (24, 74). TJOD medyada ortaya çıkan görüşler ve haberler nedeniyle gebelerin bunlardan etkilendiği ve testin bebeğe zarar vereceği düşüncesiyle OGTT yaptırma oranlarında azalmalar olduğunu belirtmektedir (57). Bu araştırmada gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin OGTT'yi yaptırmama nedeni (%60.4) olarak ilk üç sırada; testi gereksiz buldukları, anne ve bebeğe zararlı olduğunu düşündükleri ve TV'den zararlı olduğunu öğrendikleri için yaptırmadıkları görülmüştür. Gebelik haftası 24 haftadan büyük olan gebelerin (%44.3) ise ilk üç sırada; testi gereksiz gördükleri, TV'den zararlı olduğunu öğrendikleri ve doktor gerekli görmediği için yaptırmadıkları saptanmıştır (Tablo 8). Kutlu ve arkadaşlarının araştırmasında gebelerin neredeyse yarısının (%46.5) OGTT gebeliğe zarar vereceğine inandıkları ve OGTT'yi gereksiz buldukları için testi yaptırmadıkları saptanmıştır (108)..

Bazı araştırmalarda ise bazı kadınların OGTT'yi gereksiz bir test olarak gördükleri saptanmıştır (20, 94). Yaprak ve arkadaşlarının araştırmasında OGTT'nin zararlı olduğunu düşünenlerin (%37.50) daha az oranda OGTT yaptırdığı, Genç Koyucu'nun (%64.3) araştırmasında ise gebeler OGTT yapılmaması gerektiğini ve bunun en büyük nedeninin OGTT'nin bebeğe ve gebelik sürecine zararlı olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir (74, 81). Bu araştırmayla benzer şekilde Hocaoglu ve arkadaşlarının araştırmasında ise gebelik haftası 28 haftadan küçük OGTT yaptırmak istemeyen gebelerin %78.5'inin, 28 haftadan büyük gebeliği olup OGTT yaptırmayan gebelerin ise %50'sinin bu testin bebek için zararlı olduğunu düşündüğü (%50) belirlenmiştir. Oysa OGTT'nin oksidatif stresi artırdığını savunan çok az araştırma olmasına rağmen plasentanın oluşturduğu biyolojik bariyer sayesinde oksidatif stres ürünlerinin fetusa ulaşmasını engelleyerek oluşabilecek zararlı etkilere karşı fetüsü koruduğu belirtilmektedir (71). Bununla birlikte literatürde bazı

gebelerin testi tolere edememeleri dışında OGTT'nin herhangi bir komplikasyona yol açtığı ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır (15, 81). OGTT'nin ülkemizde kabul oranının daha düşük olması medyadan öğrenilen yanlış bilgiler ya da ciddi bir bilgi eksiliği, sağlık çalışanları ve toplumdaki farkındalık eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

OGTT konusunda fikir birliğine ulaşılamamasına rağmen ACOG, JSOG ve JAOG 50 g sonrasında 100 g OGTT ile iki basamaklı, WHO, ADA, HAPO ve IADPSG ise 75 g glukoz yüklemesi ile tek aşamalı bir tarama uygulanmasını önermektedir (8, 103, 104, 109). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, TJOD ve TEMD kullanım kolaylığı ve iki aşamalı teste benzer sonuçlar vermesi nedeniyle 75 g OGTT'yi önermektedir (10, 35, 63). IDF 2017 yılı verilerine göre GDM prevalansı %17, ülkemizde ise %6.0 olduğu bildirilmektedir (33, 36). Bu çalışmada da gebelerin çoğunluğunun ilk kontrolde bakılan açlık kan şekeri değerlerinin normal olduğu, HbA1c bakılmadığı ve testi yaptıran gebelerin çoğunluğunun GDM tanısı almadığı ancak çok az bir bölümünün GDM risk faktörleri (önceki gebeliklerinde ve ailede GDM öyküsü) taşımasına rağmen 24-28. haftalarda 75 g'lık OGTT yapılan gebelerin %12.1'inde (n=13) GDM saptanmıştır (Tablo 8). Altıyaprak'ın araştırmasında 75 g OGTT ile GDM sıklığı %11.8, Özdemir ve ark'nın araştırmasında %8.4, Kaya ve Karaçam'ın araştırmasında ise 50 g OGTT ile GDM sıklığı %8.1 olarak tespit edilmiştir (44, 75, 110). Mecdi ve Bejinin GDM gelişen gebeler ile yaptıkları çalışmada gebelerin %90'ına (n=100) OGTT testi ile %9.9'una (n=11) ise kan şekeri takibi ile GDM tanısı konulmuştur. Yine aynı çalışmada gebelikte OGTT yaptırmayan gebelerin postpartum dönemde %12.6'sına tip 2 DM tanısı konulmuştur (30). Bununla birlikte incelenen literatürde OGTT ile GDM tanısı alan gebelerin risk faktörlerinden (önceki gebeliğe ait GDM öyküsü, BKİ, ailede DM öyküsü, yaş, iri bebek öyküsü) en az birini taşıdıkları saptanmıştır (30, 44, 74, 81, 111). HbA1c değerleri gebelik trimesterlerinde farklılıklar gösterdiği için GDM tanısında sınırlı etkinliğe sahip olduğu ve tanı eşiğindeki belirsizliklerden dolayı gebelikte tanı testi olarak kullanılması önerilmemektedir. (17, 50, 63, 112). Ayrıca açlık kan glukoz düzeyi eşik değerinin de ırklara göre değişiklik gösterdiği ve kan glukoz değerine göre hangi gebelere OGTT yapılması konusunda net bir bilgi sağlamaması nedeniyle tanı testi olarak kullanılması önerilmemektedir (113). Yapılan bir çalışmada, GDM tanısında HbA1c'de olduğu gibi açlık kan şekerinin tanısal duyarlılığının (sensitivite) düşük fakat özgüllük (spesifite) duyarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (114). Bu çalışmada gebelik hafta sınırı olmadan multipar ve primipar bütün gebeler çalışmaya dahil edildiği için ve gebenin

daha önce OGTT yaptırıp yaptırmadığına bağlı olarak GDM öyküsü ve ailede DM sıklığı diğer araştırmalara oranla daha düşük seyrediyor olabilir.

5.4. Gebelerin Medya Kullanımını İçeren Özellikleri ve Bu Özelliklerin OGTT Yaptırma Durumuyla Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin medya kullanımını içeren özellikleri ve bu özelliklerin OGTT yaptırma durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır.

Teknoloji alanındaki gelişmeler ile birlikte internet ve sosyal medya bilgi erişiminde giderek çok önemli bir iletişim kaynağı haline gelmiştir (95, 115). Dünyada sosyal medya kullanımının giderek artmasıyla birlikte bu ortamların sağlık alanında hem gebeler hem de sağlık çalışanları açısından; sağlıkla ilgili bilgiyi aramak, sağlığın geliştirilmesi gibi değişik alanlarda kullanımı da giderek artmaktadır (21, 95, 98). Bu araştırmada gebelerin çoğunluğunun ilk sırada internet/medya (TV de sağlık ve kadın programları, radyo/gazete) ve daha sonra doktor aracılığıyla OGTT hakkında bilgi sahibi olduğu, sağlıkla ilgili haberleri özellikle sosyal medya üzerinden takip ettikleri, bu maksatla TV'deki sağlık programlarını izledikleri saptanmıştır (Tablo 9). Hadımlı ve ark araştırmasında kadınlar gebelik düşünmeye başladıktan sonra en sık bebeğin anne karnındaki gelişimi, gebelikte tehlike belirtileri, doğum yöntemleri, gebelikte yapılan testler ile ilgili tarama yapmışlardır. Araştırmalar sırasında en sık kullandıkları anahtar kelime %29.9 oranıyla “gebelikte testleri” olarak belirtilmiştir (95). Bu araştırmayla benzer şekilde Yaprak ve ark'nın araştırmasında gebelerin çoğunluğu (%87.70) televizyondaki sağlık programlarının sağlıkla ilgili düşüncelerini etkilediğini ancak bu araştırmadan farklı olarak gebelerin OGTT ile ilgili bilgiyi ilk sırada doktorlar (%67.50), ikinci sırada televizyon ve internetten (%39.10) edindiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar literatür çalışmalarıyla da benzerlik göstermektedir (98, 111, 116, 117).

Medya, bireylerin bilgi ihtiyaçlarını karşılamak için sıklıkla kullandıkları, insan davranışlarına olumlu etkileri olduğu kadar olumsuz etkileri olan önemli bir araçtır (118, 119). Bununla birlikte medya üzerinden evlere kadar online sunulan bu sağlık hizmetleri kapsamında paylaşılan bilgilerin ne kadar doğru, güvenilir ve kaliteli olduğu tartışma konusudur (21, 98). Bu araştırmada gebelerin çoğunluğu medyanın sağlık konusunda bilgilendirdiğini ifade etmiştir (Tablo 9). Bununla birlikte gebelerin çoğunluğunun medyadan sağlıkla ilgili duydukları şeyleri uygulamadığı (%74.5) ancak azımsanmayacak

bölümü ise doğruluğuna güvendiği şeyleri uyguladığını (%59.9) ifade etmiştir (Tablo 9). Son zamanlarda gebelerin bilgisayar ve internet kullanımının artmasıyla medyanın gebelik üzerindeki etkileri konusunda tartışılmaya başlanmıştır (95). Hadımlı ve ark araştırmasında kadınların %75.4'ü internet ve sosyal medyadan sıklıkla araştırdıkları bilgilerin doğruluğuna inandıklarını, %87.3'ü de bu durumu sağlık personeliyle paylaşmadığını belirtmiştir. Gebe sağlığı açısından internet bilgilerinin doğru, güvenilir ve kullanılabilir olması çok önemlidir. Ancak konu ile ilgili yapılan araştırmalar, kitle iletişim araçlarında yer alan sağlık mesajlarının genellikle doğru olmayan, yanlış aktarılan veya uygun olmayan rol modellerden oluştuğunu göstermektedir (120). Bu çalışmada medyadaki çıkan haberlerden OGTT'nin zararlı, gereksiz, tehlikeli olduğunu duyduğu için gebelerin neredeyse yarısının bu haberlerden etkilendiği (Tablo 9) ve gebelerin yarısının bu nedenle OGTT yaptırmadığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 10). Gebeler bu olumsuz düşüncelere bilimsel kanıt olmayan kişisel görüşler ve yorumlar nedeniyle medya ya da yakın çevreleriyle edindikleri bilgilerle ulaşmaktadır. Bu durum anne-baba adayları üzerinde psikolojik gerilime, endişe ve kaygıya neden olmakta ve önemli bazı testlerin reddetmelerine neden olmaktadır (44, 85, 94). Benzer şekilde Yaprak ve ark. araştırmasında gebelerin çoğunluğunun televizyondaki sağlık programlarının sağlıkla ilgili fikirlerini etkilediğini belirtenlerin daha az oranda OGTT yaptırmayı düşünmektedirler (81). Karasu'nun araştırmasında araştırmanın yapıldığı hastanede 2013'te %7.55 olan OGTT oranlarının, 2014 yılından itibaren düşüşe geçtiği ve 2015'te 4.01'e; 2017'de ise %3.9'a kadar gerilediği belirtilmiştir. Yine bu çalışmada OGTT yaptırma oranlarındaki azalmanın nedeninin ünlü kişilerin sağlık algısı ve sağlıkla ilgili karar süreçlerindeki etkisinin olduğunu ve özellikle ünlü kişilerin açıklamalarının yarattığı olumsuz etkinin devam etmesiyle yapılan OGTT sayısının azaldığı ifade edilmiştir (72). Başbuğ ve ark'nın araştırmasında da OGTT yaptırmayan gebelerin yaptırmama nedeni olarak ilk sırada testin bebeğe zarar vereceği korkusu (%57.8), ikinci sıklıkta ise bu testin medyada bazı sağlık personelleri tarafından önerilmemesi (%30.8) nedeniyle yaptırmadıkları tespit edilmiştir (71). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında OGTT hakkında olumlu düşünen gebeler ile bu testi yaptırmayacağını söyleyen gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (121). Burada önemli olan tüm gebelerden oldukça yeterli bir medikal öyküyle birlikte gebe sağlık okuryazarlığının yükseltilmesine yönelik çalışmaların arttırılmasıdır Son yıllarda OGTT ile yapılan az sayıdaki diğer araştırmalar da çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup gebelerin

çoğunluğunun medyadan edindikleri bilgiler ışığında OGTT'nin kendileri ve bebekleri için zararlı olduğu düşündükleri için testi yaptırmadıkları ya da yaptırmayı düşünmedikleri saptanmıştır (20, 24, 44, 111).

İncelenen araştırmalar sonucunda ulusal ve uluslararası rehberler OGTT'yi ısrarla öneriyor olmasına rağmen televizyon, internet gibi medya araçlarının sağlıkla ilgili düşüncelerin oluşmasında ve değişmesinde etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Özellikle bu durumdan etkilenen gebelerin OGTT gibi önemli bir testi yaptırma konusunda tereddüt etmekte ve birçoğu da yaptırmamaktadır. Bu yüzden medyada uzmanların ya da uzman olmayanların herhangi bir bilimsel dayanağı olmadan konu ile ilgili fikirlerini halka sunmaktan kaçınmaları gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Medyada ortaya çıkan haberler ve uzman olmayan kişilerce yapılan açıklamalar OGTT yaptırma konusundan gebelerin tereddüt etmelerine yol açmakta ve OGTT'nin uygulanmasında azalmalara neden olmaktadır. Bu nedenle gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisini belirlemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen verilere göre sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Gebelerin %51.3'ü 20-29 yaş aralığında, yaş ortalaması 29.480 ± 5.580 'dır. Ayrıca %37.5'inin ilköğretim mezunu, %74.0'ı ev hanımı, %72.9'u herhangi bir işte çalışmadığı, %93.2'si ekonomik durumunu orta derecede algıladığı, %96.9'sının sağlık güvencesinin olduğu, %53.4'ü şehir merkezinde yaşadığı ve %82.3'ünün çekirdek aile olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Çalışmayan ve ev hanımı olan gebelerin OGTT yaptırmama durumu diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu, sağlık güvence, en uzun yaşanan yer, aile tipi, ile şimdiki gebelikte OGTT yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). (Tablo 4). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden "Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına sosyodemografik özelliklerin etkisi vardır." H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Gebelerin %65.4'ünün multipar olduğu, %38.3'unun yaşayan çocuğunun olmadığı, %84.9'unun son doğumdaki bebeklerinin ortalama kilosunun 3115.582 ± 539.477 g olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Gebelerin %58.2'sinin sezaryenle doğum yaptığı, %94.5'inin gebelik öncesine ait sağlık sorununun olmadığı, %93.2'sinin gebeliğinde ortaya çıkan bir sağlık sorununun olmadığı ve %94.0'nın gebeliğinde doktor önerisi ile ilaç kullandığı bulunmuştur (Tablo 5).

Gebelerin %40.6'sının 3. trimesterinde olduğu, %74.0'ının gebeliğinin planlı olduğu, %96.9'unun gebelik takiplerini düzenli olarak yaptırdığı, %58.3'ünün üniversite hastanesi/eğitim ve araştırma hastanesinde yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Gebelerin %98.8'inin önceki gebeliklerinde GDM öyküsünün olmadığı, %83.6'sının ailesinde (anne ya da baba) DM öyküsünün olmadığı, %51.8'inin önceki gebeliğinde OGTT yaptırmadığı, %54.4'ü sonraki gebeliğinde de OGTT yaptırmayı düşünmediği saptanmıştır (Tablo 5).

Gebelerin %43.8'inin gebelik öncesi BKİ'sinin 18.5-25 arası normal olduğu, %63.3'inin gebelikte 9 kg ve altı kilo aldığı saptanmıştır (Tablo 5).

Gebeliğinde sağlık sorunu olmayan gebelerin şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma durumu sağlık sorunu olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına obstetrik özelliklerin etkisi vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Gebeliğinde 9 kg ve altı kilo alan gebelerin OGTT yaptırma durumu diğer gruplara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına sosyodemografik özelliklerin etkisi vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Önceki gebeliğinde OGTT yaptıran gebelerin şimdiki gebeliğinde de testi yaptırdığı, önceki gebeliğinde OGTT yaptırmayanların ise şimdiki gebeliğinde de bu testi yaptırmadığı sonucu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisi vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sonraki gebeliğinde OGTT yaptırmayı düşünmeyen gebelerin şimdiki gebeliğinde de OGTT yaptırmadığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisi vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Son doğumdaki bebeğin kilosu, gebelik öncesine ait sağlık sorunu, gebeliğin planlı olma durumu, son doğumda anne ya da bebekte sorunu gelişme durumu, birinci derece akrabada DM öyküsü ile şimdiki gebelikte OGTT yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına obstetrik özelliklerin etkisi yoktur.” H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Gebelerin %86.5'inin sağlık personellerinin ilk kontrolde gebelik, tarama testleri vb. konularda soru sormaya izin verdikleri, %82.8'inin sağlık personellerinin ilk kontrolde yeterli açıklama yaptığını düşündüğü, %96.6'sının sağlık personeline rahatça soru sorabildiği, %73.8'i şimdiki gebeliğinde sağlık personelleri tarafından OGTT öncesi yaşayabilecekleri durumlar hakkında kendilerine bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 7).

Gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin %60.4'ünün OGTT yaptırmayı düşünmediği, OGTT yaptırmayı düşünmeyen gebelerin ise ilk üç sırada %35.9'unun gereksiz buluyorum, %16.7'sinin bebeğe zararlı olduğunu düşünüyorum, %13.0'ının TV'den zararlı olduğunu öğrendim nedeniyle testi yaptırmayı düşünmedikleri belirlenmiştir (Tablo 8).

Gebelik haftası 24. haftadan küçük olan gebelerin %39.6'sının OGTT yaptırmayı düşündüğü ve ilk üç sırada %21.9'unun doktor önerirse, %9.4'ünün rutin kontrol amaçlı yaptırım, %5.2'sinin testi gerekli buluyorum nedeniyle testi yaptırmayı düşündükleri yer almaktadır (Tablo 8).

Gebelik haftası 24. haftadan büyük olan gebelerin %55.7'sinin OGTT yaptırdığı, testi yaptıran gebelerin yaptırma nedenleri arasında ilk üç sırada %60.7'i doktor önerdi, %19.6'si rutin kontrol amaçlı, %10.3'ü şeker hastası olabilirim nedeniyle testi yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 8).

Gebelik haftası 24. haftadan büyük olan gebelerin %44.3'ünün OGTT'ni yaptırmadığı ve ilk üç sırada %44.7'si gereksiz görüyorum, %20.0'ı TV'den zararlı olduğunu öğrendim, %16.5'i doktor gerekli görmedi, nedeniyle testi yaptırmadıkları bulunmuştur (Tablo 8).

OGTT yaptıran gebelerin %99.1'inin 75g'lık OGTT yaptırdığı, %29.9'unun test öncesinde tedirginlik yaşamadığı %87.9'unun GDM tanısı almadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Gebelerin çoğunun (%99.2) OGTT hakkında bilgi sahibi olduğu, %49.1'inin OGTT hakkında bilgiye internet/medyadan (TV de sağlık ve kadın programları, radyo/gazete) ulaştığı, %89.1'inin sağlıkla ilgili haberleri takip ettiği, %71.6'sının medya aracı olarak internet/sosyal medya (Twitter/Facebook/Instagram/Youtube/Bloglar) kullandığı, %56.3'sinin sağlık programlarını izlediği belirlenmiştir (Tablo 9).

Gebelerin %56.2'sinin medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilenmediklerini düşündükleri, etkilendiğini düşünen gebelerin %44.0'ının OGTT'nin zararlı olduğunu öğrendiği, %31.0'ının OGTT yaptırıp yaptırmakta kararsızlık yaşadığı, %28.0'ının çıkan haberlerden ötürü testi yaptırmayı düşünmediği, %25.6'sının medyadan testin gereksiz olduğunu öğrendiği, %21.4'ü bu testin tehlikeli olduğunu duyup ve korktuğu ve %14.9'unun bundan sonraki gebeliklerinde testi yaptırmayı düşünmediği tespit edilmiştir (Tablo 9).

Gebelerin %94.4'ünün medyanın sağlık konusunda bilgilendirdiğini düşündüğü, medyadan sağlıkla ilgili duyulan şeyleri uyguladığını söyleyen gebelerin %59.9'i doğruluğuna güvendiği şeyleri uyguladığı sonucu bulunmuştur (Tablo 9).

Medyada OGTT hakkında çıkan haberlerden etkilendiğini düşünen gebelerin yüksek oranda OGTT yaptırmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10). Elde edilen bu sonuç ile çalışmanın hipotezlerinden “Gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisi vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık personeline rahatça sorabilen gebelerin OGTT yaptırma durumu yaptırmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Gebelere GDM ve OGTT'ye yönelik olarak planlı eğitim programlarının düzenlenmesi ve konu ile ilgili farkındalığın artırılması,

Gebeliğinde sağlık sorunu olmayan gebelerin de GDM yönünden tarama yaptırması gerektiğinin vurgulanması ve önceki gebeliklerde sağlık sorunu yaşamama durumunun sonraki gebeliklerinde sorun yaşamayacakları anlamına gelmediği OGTT açısından anlatılmalı,

Sağlık personellerinin ama özellikle hemşirelerin ilk gebelik izleminden başlamak üzere gebelerin OGTT hakkında yeterli ve açık bir şekilde bilgilendirilmesi, soru sormalarına izin verilmesi ve OGTT ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması,

TV, internet, sosyal medya araçlarında bilimsel kanıta dayalı, alanında uzman kişilerce OGTT hakkında bilgilendirme yapılması, kamu spotları oluşturulması,

Gebelerin yanlış bilgilendirilmesi karmaşaya ve OGTT gibi tarama testlerini reddetmesine yol açmasından dolayı sağlık ile ilgili bilimsel kanıta dayalı olmayan medya ve internet yayınlarının denetimlerinin sıklaştırılması,

OGTT vb. gibi sağlık ile ilgili yapılan TV yayınları RTÜK tarafından incelenmeli ve gebelerin hayatını tehlikeye sokacak yanlış bilgilendirmeler yapan kişilere, programlara veya kanallara caydırıcı cezalar uygulanmalı ve gerekirse yayından kaldırılması,

Sağlık profesyonellerine GDM tanılanmasında OGTT'nin önemi konusunda farkındalık eğitimlerinin yapılmasıdır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

Sağlık personeli gibi geniş bir kavram yerine hedef kitle olarak hemşire unsuru ön plana çıkarılmasını belirleyen,

Sağlık çalışanlarının (Hemşire, hekim ve ebe) OGTT konusundaki tutumları üzerine etkisini ortaya koyan,

Hem sağlık çalışanlarının hem de gebelerin OGTT algısını güçlendiren etkili eğitim programları ve etkili eğitim sürelerinin belirlenmesini inceleyen,

Bu araştırmanın sınırlılıklarının kontrol altına alındığı başka geniş ölçekli, ülkenin tüm coğrafi bölgelerini kapsayan tanımlayıcı ve deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 34(1): 62-69.
2. Eraslan A (2013). Gestasyonel diyabet öyküsü olan ve doğum yapmış hastalarda endotel fonksiyonunun değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
3. Burumkulova FF, Petrukhin VA (2014). Gestational diabetes mellitus: Yesterday, today, tomorrow. *Terapevticheskii Arkhiv* 86(10): 109-15.
4. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (2016). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tjod.org.tr>. [Erişim Tarihi: 03.05.2018].
5. Çapık A (2018). Gebelikte ortaya çıkan riskli durumlar. Çalık KY, Çetin FC (Ed.), Doğum Öncesi Dönem II. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul, Sayfa: 34
6. American Diabetes Association (2006). Standards of medical care. *Diabetes care*. Erişim Adresi: <http://care.diabetesjournals.org>. [Erişim Tarihi: 10.10.2019].
7. American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 33(1): S62-S69.
8. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (2010). IADPSG recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: comment to the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care* 33(7): e97-e98.
9. Türkiye Diyabet Vakfı (2013). [Online]. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu. Erişim Adresi: <http://www.turkdiab.org>. [Erişim Tarihi: 12.08.2018].
10. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (2014). Gestasyonel Diyabet [Online]. Erişim Adresi: <https://www.tjodistanbul.com/egitim/istanbul-kliniklerinden/obstetri/gestasyonel-diyabet>. [Erişim Tarihi: 12.08.2018].
11. Öztürk FY, Altuntaş Y (2015). Gestasyonel diabetes mellitus. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 49: 1-10.

12. International Association of diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations (2010). Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Et Al. On the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 33: 676-82.
13. Committee on Practice Bulletins obstetrics (2013). Practice Bulletin No. 137: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology* 122(2Pt1): 406-16. Erişim Adresi:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> [Erişim Tarihi: 07.08.2019].
14. Benhalima K, Van Crombrugge P, Hanssens M, Devliegerr, Verhaeghe J, Mathieu C (2012). Gestational Diabetes: Overview of the new consensus screening strategy and diagnostic criteria. *Acta Clinica Belgica* 67(4): 255-61.
15. etin C, Demir C (2015). Gebelikte gestasyonel diyabet taraması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 24(3): 348-354.
16. T.C Sağlık Bakanlığı riskli gebelik bakım ve yönetim rehberi (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara.
17. Rajput R, Yogesh Y, Rajput M, Nanda S (2012). Utility of HbA1c for diagnosis of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice* 98: 104-7.
18. Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (2010). *Williams Obstetrik*. 5th ed. Çeviren : Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1104-1121.
19. Sönmez A, Kutlu M (2010). Gestasyonel diyabet güncel tarama ve tanı yöntemleri. *Türkiye Klinikleri Journal Endocrinol-Special Topics* 3: 1-5.
20. Türkyılmaz E, Kelestemur E, Eray İK, Ocal FD Yavuz AF (2016). Türk popülasyonundaki gebelerin glukoz yükleme testi hakkındaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları. *Ankara Medical Journal* 16(2): 191-9. doi: 10.17098/amj.34510.
21. şener E, Samur M (2013). Sağlığı geliştirici bir unsur olarak sosyal medya: Facebookta sağlık. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(4): 508-523. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/gumussagbil/article/view/5000003543>. [Erişim Tarihi: 11.03.2018].
22. Arslan A (2006). Medyanın birey, toplum ve kltrzerine etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi* 1(1).

23. Solmaz B, Tekin G, Herzem Z, Demir M (2013). Internet ve sosyal medya kullanımı üzerine bir uygulama. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 7(4), 23-32.
24. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ, Atalay İ, Özcan M, Yavuz AF (2017). Gebe kadınların antenatal testlere yaklaşımını etkileyen faktörler. Ankara Medical Journal 1: 57-64. doi: 10.17098/amj.03557.
25. American Diabetes Association (2005). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 28: 1, 37-42.
26. Beji NK, Yılmaz T (2017). Kronik sağlık sorunları ve gebelik. Beji NK (Ed), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; sayfa: 536.
27. Kaya H (2007). Gebelerde gestasyonel diabetes mellitus taramasında bozulmuş açlık glukozunun değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.
28. Baykal Z, Güneri SE (2016). Gebeliği Etkileyen Sağlık Durumları. Sevil Ü, Ertem G (Ed), Perinatoloji ve Bakım. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara; Sayfa : 254
29. Biberoğlu S (2001). Gestasyonel diyabet ve diyabetik gebe tanı ve tedavi prensipleri. Türk Diyabet Cemiyeti ve Türk Diyabet Yıllığı, 47-51.
30. Mecdi M, Beji NK (2014). Gebelikte gestasyonel diyabetes mellitus gelişen gebelerin postpartum süreçte diyabet taramasına gitmelerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 22(3).
31. Carla J, Jeffrey S (2003). Diabetes mellitus and pregnancy in: Alan H. De Cherney, Lauren Nathan Eds. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9th.Ed. Lange Medical Books/Mcgraw Hill Companies 326-337.
32. Yarcı A (2009). Gestasyonel diabetes mellitus açısından riskli gebelerde ikinci trimesterde; açlık kan şekeri, 50 gram glukoz tolerans testi, retinol bindingprotein-4 düzeylerinin; gestasyonel diabetes mellitus taramasındaki yeri. Tıpta uzmanlık tezi, T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara.
33. International Diabetes Federation (2017). Diyabet atlası, 8. Baskı. www.diabetesatlas.org. [Erişim tarihi]: 08.09.2020.

34. American Diabetes Association. [Online]. USA: What is Gestational Diabetes? [Cited: 2018 Jan 1]. Available from: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/gestational/what-is-gestational-diabetes.html>. [Erişim Tarihi: 10.08.2018].
35. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ (2017). [Online]. Erişim Adresi: www.sağlık.gov.tr. [Erişim tarihi: 10.10.2019].
36. T¼rkiye İstatistik Kurumu (2018). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.doid=27589.3>. [Erişim tarihi: 01.08. 2018].
37. Çelik D, Karaçam Z (2017). T¼rkiye’de gestasyonel diyabetes mellitus prevalansı ve risk fakt¼rleri: Sistematiik derleme ve meta analiz. Adnan Menderes ¼niversitesi, Aydın 1, 802.
38. Akt¼n LH, Uyan D, Yorgunlar B, Acet M (2015). Gestational diabetes mellitus screening and outcomes. J Turk Ger Gynecol Assoc 16(1): 25-9.8.
39. Özyurt R, Aşıcıoğlu O, G¼ltekin T, G¼ng¼rd¼k K, Boran B (2013). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 5(1): 7-12.
40. Sancı M, G¼r BE, Nal MM, Sek¼ I, Fiahin E, Kurtulmufl S (2005). Gestasyonel diabetes mellitus taramasında 50 gram glukoz tarama testinin etkinliği. Klinik Bilimler ve Doktor 11: 83- 6.
41. Saę¼n M, Tosun M, Malatyalıoğlu E, Çetinkaya M B, Alper T, K¼kç¼ A (2008). Gestasyonel diabet taramasında 50 g oral glukoz testinin etkinliği. T¼rk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 5: 258- 62.
42. Karakurt F, Çarlıoğlu A (2009). Gestasyonel diabetes mellitus tanı ve tedavisi. Yeni Tıp Dergisi 26: 134-138.
43. American Diabetes Association (2015). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 38: S1-93.
44. Altıyaprak S (2018). Oral glukoz tolerans testi yaptıran ve yaptırmayan gebelerin maternal, fetal ve neonatal komplikasyonlar yön¼nden karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri ¼niversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.

45. Ural A (2016). Gestasyonel diabetes mellitus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 6(2): 120-127.
46. Şen C, Yayla Y, Api O, Yapar Eyi EG, Ülkümen B (2016). Gebelikte diyabet: Tanı ve tedavi. Türk Perinatoloji Derneği Uygulama Rehberi. Perinatoloji Dergisi 24(2): 110-127.
47. Kim C (2010). Gestational diabetes: risks, management, and treatment options. International Journal of Women's Health 2: 339-351. doi:10.2147/IJWH.S13333.
48. Çağlar M, Yeşiltepe Oskay Ü (2017). Gestasyonel diyabetli kadınlarda prenatal distres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi 3(2):73-78.
49. Aksu H, Yurtsev E (2009). Gebelik, diyabet ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 16(3): 50-58.
50. Türkmen H, Yalnız H, Karaca Saydam B (2015). Gebelikte diyabetes mellitus ve ebelik bakımı. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, Sayı: 2. doi: 10.17367/JACSD.2015211009.
51. Özüguz U, Aydın Y, Berker D (2010). Gestasyonel diyabet: risk faktörleri tanı ve tedavi. İç Hastalıkları Dergisi 17: 71-79.
52. Baki Erin K (2015). Birinci trimester 50 gram glukoz yükleme testinin gebelik sonuçları ve gestasyonel diyabeti saptamadaki etkinliği. Uzmanlık tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Trabzon.
53. Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği. [Online]. Erişim Adresi: www.tdhd.org.tr. [Erişim tarihi: 15.18.2019].
54. Satman İ (2003). Diabetes Mellitus'un tanı ve sınıflaması. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology 1(3): 157-168.
55. Berger H, Crane J, Farine D, Armson A, De La Ronde S, Keenan-Lindsay L, Et Al. (2002). Screening for gestational diabetes mellitus. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 24: 894-912.
56. Yılmaz T. (2003). Diabetes mellitusun tanı kriterleri ve sınıflaması. Diabetes Mellitus' un Modern Tedavisi. Türkiye Diyabet Vakfı. Birinci baskı, İstanbul.

57. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (2018). [Online]. Erişim Adresi: www.tjod.org.tr. [Erişim Tarihi: 09.08.2019].
58. Beji NK, Yılmaz T (2017). Kronik sağlık sorunları ve gebelik. Beji NK (Ed), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; sayfa: 536-537.
59. Ramos, GA, Jacobson GF, Kirby RS (2007). Comparison of glyburide and insulin for the management of gestational diabetics with markedly elevated oral glucose challenge test and fasting hyperglycemia. *Journal of Perinatology* 27: 262.
60. Mihmanlı V, Mihmanlı M (2015). Diabetes mellitus ve gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31 (ek sayı) 17-22. doi:105222/otd2015.017.
61. Vandorsten Jp, Dodson Wc, Espeland Ma, Grobman Wa, Guise Jm, Mercer Bm (2013). Nih Consensus Development conference: Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus. *Nihconsens State Sci Statements* 29:1-31.
62. Blumer I, Hadar E, Hadden DR (2013). Diabetes and pregnancy: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 98(11): 4227-4249. doi:10.1210/jc.2013-2465.
63. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu (2018). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Onuncu baskı, Ankara.
64. Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği (2016). [Online]. <http://www.tmfpt.org/files/acog-diyor-ki/gestasyonel-diyabetes-mellitus-07112016.pdf>. [Erişim Tarihi: 10.10.2019].
65. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2018). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.aep.gov.tr>. [Erişim Tarihi: 10.12.2018].
66. Kadın ve medya politika dokümanı (2008). T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Sayfa: 5-29.
67. Özbaş S, Özkan S (2010). Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 9(5): 541-546.
68. Hülür AB (2016). Sağlık iletişimi, medya ve etik: Bir sağlık haberinin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 14(1): 155-178.

69. Sezgin D (2017). Yaşam tarzı önerileri bağlamında sağlık haberlerinin analizi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2(2): 52-78.
70. Hoffman SJ, Mansoor Y, Natt N, Sriharan L, Belluz J, Caulfieldt, Et al (2017). Celebrities' Impact on Health-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Status Outcomes: Protocol for a Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Analysis. Systematic Reviews 6(1): 13.
71. Başbuğ A, Sönmez CI, Kaya AE, Yıldırım E (2018). Gestasyonel diyabet taramasında karşılaşılan önemli bir problem: Gebeler neden oral glukoz tolerans testi yaptırmak istemiyor? Konuralp Tıp Dergisi 10(2): 144-148.
72. Karasu Y (2018). Şeker yükleme testine ne oldu? Medyanın halk sağlığı üzerine etkisi. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi 51 (1): 54-58.
73. Özkaplan ŞE, Özusta M, Kökmen MF, Azgın M, Yılmaz M, Aykaç D, Kavuzlu İ, Kirişçi E, Karlı D, Kara O, Karadeniz PG, Soran ZÖ (2017). Medyada yer alan sağlıkla ilgili haber ve programların gebelerde glukoz tolerans testinin kabulü üzerine etkileri. Ulusal Perinatoloji Kongresi, Antalya, 28 Eylül - 1 Ekim 2017, 30.
74. Koyucu RG (2018). Gestasyonel diyabet risk faktörleri çerçevesinde gebeleri glukoz tolerans testine ilişkin tutumları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2:65-72.
75. Kaya R, Karaçam Z (2019). Gestasyonel diyabet görülme sıklığı ve anne-bebek sağlığı ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 9(1): 10-18.
76. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). [Online]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf. [Erişim Tarihi: 20.05.2019].
77. Uyanıkoğlu H, İncebıyık A, Karakaş EM (2016). Gestasyonel diyabet taramasında 50 gram glukoz yüklemesi gerekli mi? Anadolu Kliniği, Cilt 21, Sayı 1.
78. Yalçın H (2013). Çocukların sosyodemografik özelliklerinin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi. Akademik Bakış Dergisi, sayı 35.
79. Andrew B, Kirke MBBS,1 Atkinson D, Moore S, Sterry K, Singleton S, Roxburgh C, Parrish K, Porter C, Marley JV (2019). Diabetes screening in pregnancy failing women in rural Western Australia: An audit of oral glucose tolerance test completion rates. The Australian Journal of Rural Health 27: 64-69.

80. Hocaoglu M, Turgut A, Güzin K, Yardımcı OD, Günay T, Bör ÖÇ, Akdeniz E, Karateke A (2019). Gebe kadınların bazıları neden glukoz yükleme testini reddediyor? Türk popülasyonundaki gebelerin gebelikte şeker hastalığı taraması hakkında görüşlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Kuzey Klinikleri 6(1): 7-12. doi: 10.14744/nci.2018.37167.
81. Yaprak M, Gümüştakım RŞ, Tok A, Doğaner A (2019). Gebelerde oral glukoz tolerans testi farkındalığının tespiti. Ankara Medical Journal 3:635-47. doi: 10.17098/amj.624520.
82. Gümüşdağ M, Apay SE, Özorhan EY (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 1(2): 32-42.
83. Cundy T, Gamble G, Townend K, Henley PG, MacPherson P, Roberts AB (2000). Perinatal mortality in Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Medicine 17(1): 33-9.
84. Dünder T, Özsoy S, Aksu H, Toptaş B (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distress üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 22(1): 17-24.
85. Koçak V, Ege E (2016). Prenatal tarama testi uygulanan gebelerin kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler. Genel Tıp Dergisi 286 (4): 113-120.
86. Chevalier N, Fenichel P, Giaume V, Loizeau S, Bongain A, Daideri G, (2011). Universal two-step screening strategy for gestational diabetes has weak relevance in French Mediterranean women: should we simplify the screening strategy for gestational diabetes in France? Diabetes and metabolism. 37(5): 419-25.
87. Samur G (2008). Obezite ve gebelik. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
88. Çalık KY, Yıldız NK, Erkaya R (2018). Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome. Saudi Journal of Biological Sciences 25(6): 1085-1089.
89. Aksoy Gökkaya Ö (2017). Hasta nüfusumuzda gebelik ve obezitenin spinal anestezi üzerine etkilerinin araştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul.

90. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences* 25(6): 1079-1084.
91. KK Ata, NH Şahin (2015). Pregestasyonel vücut kitle indeksinin prenatal ve neoanatal sonuçlara etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 46 (4): 112-117.
92. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA (2013). The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120: 932-939.
93. Sağlık bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2018), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara. ISBN: 978-975-590-686-7.
94. Demircan KD (2018). Sağlık çalışanlarının ve toplumun gestasyonel diyabet ile ilgili bilgi ve tutumları. Tıpta uzmanlı tezi, T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.
95. Hadımlı A, Demirelöz Akyüz M, Tuna Oran N (2018). Gebelerin interneti kullanma sıklıkları ve nedenleri. *Life Sciences (NWSALS)* 13(3): 32-43.
96. Sayakhot P, Carolan-Olah M (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A Systematic Review. *BMC Pregnancy Childbirth* 16(1): 65.
97. Bert F, Gualano MR, Brusaferro S, De Vito E (2013). Pregnancy E-Health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. *Journal Epidemiol Community Health* 67: 1013-1018.
98. Lagan SBM, Sinclair M, Kernohan WG (2010). Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth* 37: 106-115.
99. Smith DK, Slack J, Shaw Rw, Marteau TM (1994). Lack of knowledge in health professionals: A barrier to providing information to patients? *Qual Health Care* 3: 75-78.
100. Sterne VL, Logan T, Palmer MA (2011). Factors affecting attendance at postpartum diabetes screening in women with gestational diabetes mellitus. *Practical Diabetes International* 28(2): 64-68.

101. World Health Organization (2016). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/. [Erişim tarihi : 10.10.2019].
102. İlgen N, Koçak DY (2019). Gestasyonel diyabetin tanısında güncel yaklaşım, gebelere yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşirenin rolü. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2(3): 181-183.
103. American Diabetes Association (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 37 (Suppl 1).
104. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy (2013). World Health Organization. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85975/WHO_NMH_MND_13 [Erişim tarihi :10.02. 2018]
105. Donovan LE, Savu A, Edwards AL, Johnson JA, Kaul P (2016). Prevalence and Timing of Screening and Diagnostic Testing for Gestational Diabetes Mellitus: A Population-Based Study in Alberta, Canada. Diabetes Care 39(1):55-60.
106. Sella T, Shalev V, Elchalal U, Chovel-Sella A, Chodick G (2013). Screening for gestational diabetes in the 21st century: A population-based cohort study in Israel. J Matern Neonatal Medicine 26(4): 412-6.
107. Di Cianni G, Gualdani E, Berni C, Meucci A, Roti L, Lencioni C (2017). Screening for gestational diabetes in Tuscany, Italy. A population study. Diabetes Research and Clinical Practice 132: 149-56.
108. Kutlu R, Uzun L, Karaoğlu N, Görkemli H (2020). Awareness of Pregnant Women About Routine Applied Screening Tests and Supportive Treatments in a University Hospital. Istanbul Medical Journal 21(1): 71-7.
109. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG practice bulletin. Gestational diabetes mellitus. Obstetrics and Gynecology, no:190, 131(2): 49-64.

110. Özdemir Ö, Mustafa Erkan Sarı ME, Ertuğrul FA, Şakar VS, Özcanlı G, Atalay C (2014). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology and Obstetrics* 24(1).
111. Price LA, Lock LJ, Archer LE, Ahmed Z (2017). Awareness of gestational diabetes and its risk factors among pregnant women in samoa. *Hawaii Journal Medicine Public Health* 76(2): 48-54.
112. Şeker R, Özdemir ED, Çağlar GS, Demirtaş S (2014) [online]. Gebelik döneminde HbA1c ve fruktozaminin glisemik kontrol belirteci olarak önemi ve bazı biyokimyasal parametrelerin değerlendirmesi. *Türk Biyokimya Dergisi* 39(3): 336-343. doi: 10.5505/tjb.2014.15238.
113. Çöl Madendağ İ, Eraslan Şahin M, Madendağ Y (2020). Gestasyonel diyabet taramasında serum açlık plazma glukozunun yeri. *Perinatoloji Dergisi* 28(1): 11-16
114. Wiener K (2001). Identifying gestational diabetes mellitus and the effect of different diagnostic criteria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 21(2): 158-159.
115. Aydın E, Karabacak E, Aydın Ç, (2013). İnternet ve Sağlık Hizmeti. *Türkiye Klinikleri J Family Medicine-Special Topics* 4(3): 133-6.
116. Feyizoğlu G, Durna Z (2015). Tip 1 diyabet hastalarının bilgi arayışında İnternet tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
117. Dhyani V, Mahantashetti N, Ganachari M, Kambar S, Ghatnatti V (2018). Awareness of gestational diabetes mellitus among pregnant women attending a tertiary health center. *Indian Journal of Health Sciences Biomedical Research* 1(11): 51-5.
118. Sağlam K, Gümüş T (2019). Yazılı, görsel ve sosyal medyada gıda ile ilgili bilgi kirliliğinin halkın gıda tercihi üzerine etkisi. *Dergi Park* 44(1): 153-162.
119. Eroğlu O, Yıldırım Y (2017). Sosyal medya ağlarının kullanım amacı ve bağımlılığının uyku kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi* 1(1): 1-10.

120. obaner AA, Köksoy S (2014). Sağlık alanında sosyal medyanın kullanımı: Twitter’da Sağlık Mesajları. Akademik Konferans Bildirileri, Mersin, 5-7 Şubat 2014, 899-906.
121. Yılmaz S, Kavuncuoğlu D, Koşan Z, Gkтуė Kadioğlu B (2019). Erzurum il merkezinde hastanelere başvuran gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkili faktörler. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Erzurum.

EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

GEBELERİN OGTT YAPTIRMA DURUMLARINA MEDYANIN ETKİSİ

Sayın gebe, bu araştırma kapsamında gebelerin OGTT yaptırma durumlarına medyanın etkisini belirlemek için yapılmaktadır. Bu araştırmalardan elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

ARZU ÇAKIR

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız.....
(1)20-24 (2)25-29 (3)30 Ve Üstü
2. Eğitim Durumunuz
(1) Okur- yazar değil (3) İlkokul mezunu (5) Lise mezunu
(2) Okur -yazar (4) Ortaokul mezunu (6) Üniversite mezunu
3. Çalışma Durumunuz (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor
4. Eşinizin Eğitim Durumu
(1) Okur- yazar değil (3) İlkokul mezunu (5) Lise mezunu
(2) Okur -yazar (4) Ortaokul mezunu (6) Üniversite mezunu
5. Mesleğiniz : (1) Ev Hanımı (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest Meslek
(5) Emekli (6) Diğer:
6. Eşinizin Mesleği Nedir?
(1)Memur (2) Serbest Meslek (3) İşsiz (4) İşçi (5) Emekli (6) Diğer.....
7. Eşinizin Çalışma Durumu (1) Çalışıyor (2) Çalışmıyor
8. Ailenizin Ekonomik Durumunu Nasıl Değerlendiriyorsunuz ?
(1)Düşük (2) Orta (3) Yüksek
9. Sağlık Güvenceniz Var Mı? (1) Evet (2) Hayır
10. En uzun yaşadığınız yer ? (1) İl (2) İlçe (3) Köy
11. Aile Tipi (1) Çekirdek Aile (2)Geniş Aile
12. Gebelik Öncesi Kilo: Boy:
13. Gebelikteki Kilo : Boy: Bki:...
14. **Obstetrik öykü**
Gebelik Sayısı
Abortus Sayısı
Yaşayan Çocuk Sayısı
Küretaj Sayısı
Ölü Doğum Sayısı
Toplam Canlı Doğum Sayısı
15. **En son doğum şekliniz?** (1) Sezaryen (2) Vajinal
16. **Bebeğiniz kaç kilo doğdu:.....**
17. **Doğum sonu sizde yada bebeğinizde herhangi bir sorunu geliştirdi mi?**
1)Evet (belirtiniz).....
2)Hayır
18. **1.Derece akrabalarınız(anne, baba) DM (tip1 tip 2), GDM öyküsü var mı ? belirtiniz.**
(1)Evet(belirtiniz).....
(2) Hayır

Ek 1. (Devam)

19. Önceki gebeliklerinizde gestasyonel diyabetes mellitus öykünüz var mı?(ilk gebeliğiniz ise 25. Soruya geçiniz)

(1) Evet (2) Hayır

20. Önceki gebelikte şeker yükleme testi(OGTT) yaptırdınız mı ?

(1) Evet Yaptırdım Çünkü.....

(2) Hayır Yaptırmadım Çünkü.....

21. Şeker yükleme testinin (OGTT) hangi tipini yaptırdınız

22. Testin tekrarı yapıldı mı?(1) Evet (2) Hayır

23. Test öncesinde tedirginlik yaşadınız mı? (Yaşadıysanız derecesini belirtir misiniz)

(1)Az (2) Orta (3) Çok (4)Hiç

24. Sağlık personeli tarafından test öncesi dönemde yaşayabileceğiniz durumlar hakkında bilgi verildi mi?

(1) Evet (2) Hayır

Şimdiki gebeliğe ait özellikler

25. Gebelik haftanız.....

26. Gebelik sırasında kullanılan ilaçlar.....

27. Gebeliğiniz öncesine ait sağlık sorunuz varsa belirtiniz.....

28. Gebeliğinizde ortaya çıkan sağlık sorunuz varsa belirtiniz.....

29. Gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

(1) Evet (2) Hayır

30. Gebelik takiplerinizi düzenli yaptırıyorsunuz?

(1) Evet (2) Hayır

31. Gebelik takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz?

(1) Aile hekimliği

(2) Devlet hastanesi/özel hastane

(3) Üniversite hastanesi/eğitim ve araştırma hastanesi

(4) Yaptırmadım

(5) Diğer.....

32. İlk kontrolde sağlık personeli tarafından gebelik, tarama testleri vb. konularda soru sormanıza izin verildi mi ?

(1)Evet (2) Hayır

33. İlk kontrolde sağlık personeli yeterli açıklama yaptığını düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır

34. Sağlık personeline sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?

(1)Evet (2)Hayır

35. Sağlık personeline sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz? (1)Evet (2)Hayır

36. İlk kontrolde yapılan açlık kan şekerinizin değeri

37. HbA1C değerinizi

38. Şimdiki gebeliğinizde şeker yükleme testi yaptırdınız mı (28 haftadan daha büyük gebelikler için)

(1) Evet yaptırdım çünkü;.....

(2) Hayır yaptırmadım çünkü.....

39. Yaptırdıysanız gestasyonel diyabet tanısı aldınız mı? 1)evet 2)hayır

Ek 1. (Devam)

40. Şimdiki gebeliğinizde şeker yükleme testi yaptırmayı düşünüyor musunuz?(24 haftadan küçük gebelikler için)

(1) Evet düşünüyorumçünkü;.....

(2) Hayır düşünmüyorum çünkü.....

41. Sonraki gebeliklerinizde şeker yükleme testi(OGTT) yaptırmayı düşünür müsünüz?

(1) Evet yaptırmayı düşünüyorum çünkü

.....

(2) Hayır yaptırmayı düşünmüyorum çünkü

.....

42. Şeker yükleme testi (OGTT) hakkında bilginiz var mı ? 1)Evet 2)Hayır

43. Şeker yükleme testi(OGTT) hakkında bilgiye nereden ulaştınız? (birden fazla yanıt verebilirsiniz)

(1) Medya(TV da sağlık ve kadın programları,radyo/gazete)

(2) İnternet

(3) Kitap, dergi

(4) Ebe, hemşire

(5) Doktor

(6) Akrabalar

(7) Diğer.....

Medya kullanımı ile ilgili özellikler

44. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz? (1)Evet (2)Hayır

45. Medyayı (TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete) sağlık konusunda ne sıklıkta takip ediyorsunuz.....

46. Hangi medya araçlarını kullanırsınız ? (birden fazla yanıt verebilirsiniz)

(1) TV

(2) Gazete

(3) İnternet

(4) Radyo

(5) Dergi

(6) Bilimsel makale

(7) Sosyal medya (Twitter/Facebook/İstagram/youtube/bloglar)

(8) Hiçbiri

47. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz? (1) Evet (2)Hayır

48. Televizyonda en çok hangi tür programlarda sağlık konusunu izlersiniz ?

(1) Sağlık programları

(2) Ana haber bültenlerindeki sağlık haberleri

(3) Kadın programları içerisindeki sağlık bölümleri

(4) Alternatif tıpla ilgili programlar

(5) Eğlence programlarının sağlık bölümleri

(6) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

49. Medyadan (TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete) şeker yükleme testi (OGTT) hakkında çıkan haberleri izlediniz mi?

(1) Evet (2) Hayır

50. Medyadan(TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete)şeker yükleme testi (OGTT) hakkında çıkan haberlerden etkilendiniz mi?

(1) Evet (2) Hayır

51. Medyanın (TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete) size sağlık konusunda etkisi nasıl?

(1) Olumlu çünkü.....

(2) Olumsuz çünkü.....

52. Medyanın(TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete) bu konuda bilginizi artırdığınızı düşünüyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

53. Medyadan(TV da sağlık ve kadın programlarını,radyo/gazete) duyduğunuz sağlıkla ilgili şeyleri uyguluyor musunuz?

(1) Evet belirtiniz.....

(2) Hayır

Ek 2. Kurum İzni



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

03-09-2018 09:22 - 48886104 - 799 - E.313



00075657631

Sayı : 40986104/799
Konu : Bilimsel Araştıma İzni/Arzu ÇAKIR

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Arzu ÇAKIR, kurumumuza bağlı T.C.S.B. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Gebelerin Oral Glukoz Toleransı Testi Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden;sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla söz konusu çalışmanın kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde **01.09.2018-28.02.2019** tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.

Yıldız METE

Pers. ve Dest.Hiz.Bşk.Yrd. V.

Uygun görüşle arz ederim.

.../.../2018

e.imzalıdır.

Dr. Hakan GÖRGÜLÜ

Pers. ve Dest. Hizm. Başkanı

OLUR

.../2018

e-imzalıdır.

Dr.Mustafa TEPE

İl Sağlık Müdürü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RİZE KHB RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Bilgilerinizi ve yazımız ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiye tebliği hususunda gereğini rica ederim.

EKLER:

Protokol (2 Sayfa)

e-imzalıdır.

Dr. Mustafa TEPE

II Sağlık Müdürü

Paşakuyu Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. Sağlık Kompleksi Kat:4 Rize/Merkez
Faks No:04642130364

e-Posta: esranur.senturk@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://www.rize.khb.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Esra Nur ŞENTÜRK

Unvan:EBE

Telefon No:04642130227-2358

[illegible]

Ek 2. (Devam)

RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ	
Amaç	
Madde 1- Bu protokol; Rize İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2. ve 3. Basamak Kurum ve Kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan sağlık hizmeti çalışmalarını ya da sunulan hizmetler sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren, kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerce yapılacak araştırma çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.	
Kapsam	
Madde 2- Bu protokol; İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesisleri ile amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları kapsar.	
Dayanak	
Madde 3- Bu protokol;	
a) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın 02.03.2016 tarih ve 41304669/604.02/99/798 sayılı "Bilimsel Araştırma İzinleri" hakkındaki yazısı,	
b) Bakanlık Makamının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile Yürürlüğe giren, "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge"	
c) Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığının 29.06.2015 tarih ve 41304669/774.99/1788 sayılı "Eğitim ve Ar-Ge Birimlerinin Kurulması, İşleyiş ve Görevleri" hakkındaki yazısına istinaden hazırlanmıştır.	
Taraflar	
Madde 4- Bu protokolda Taraflar;	
a) Rize İl Sağlık Müdürlüğü / Rize (Telefon No: 04642130227/2132336 Fax No: 04642130236)	
b) ARZU ÇAKIR (Telefon No: 05346524717 Fax:.....)	
Kısaltmalar ve Tanımlar	
Madde 5- Bu Protokolda Geçen;	
Bakanlık	: Sağlık Bakanlığını
Sağlık Müdürlüğü	: Rize İl Sağlık Müdürlüğünü,
Sağlık Müdürü	: Rize İli Sağlık Müdürünü
Sağlık Tesis	: Rize İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. Ve 3. Basamak Hastane/ Merkezleri
Çalışma	: Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaları
Araştırmacı	: Amacı, kapsamı ve destek durumu ne olursa olsun Sağlık Müdürlüğüne Bağlı 2. Ve 3. Basamak Sağlık Tesislerinde yapılması planlanan araştırmaların yürütülmesinde sorumlu kişiyi ifade eder.
Genel Hükümler	
Madde 6- Çalışma izni başvuruları İl Sağlık Müdürlüğünde oluşturulan Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenecek ve uygun bulunan çalışmalar Sağlık Müdürü tarafından onaylanacaktır.	
Madde 7- Sağlık Müdürlüğü, çalışmaların yürütülebilmesi için ilgili Sağlık Tesislerini bilgilendirmek ve iş akışını bozmamak kaydı ile araştırmacıya gerekli kolaylık sağlamakta yükümlüdür.	
Madde 8- Araştırmacı; çalışmaya dair, ilgili etik kurul ve diğer izinlerin alınmasının gerekip gerekmediği ile ilgili durumların ve izinlerin sorumluluğunu üstlenecektir.	
Madde 9- Çalışmaya katılan Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Tesisleri çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarından gerekli anıları araştırmacı kendisi alacaktır.	

Ek 2. (Devam)

Madde 10- Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınacak, gönüllü katılımı olumsuz etkileyecek ve fiziksel/ruhsal sağlığı tehdit edecek soru, durum ve tutumlardan kaçınılacaktır.

Madde 11- Çalışmanın her aşamasında, Sağlık Müdürlüğü veya Sağlık Tesisine ait verilerin kullanılmasında gizlilik ilkelerine riayet edilecektir.

Madde 12- Sağlık Müdürlüğü izni olmadan; veriler, başka kişi ya da kişiler ile paylaşılmayacaktır.

Madde 13- Çalışma, Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmasına/protokol imzalanmasına rağmen başlatılmadığında, herhangi bir sebeple yarıda bırakıldığında veya araştırmacı değişikliğine gidildiğinde, araştırmacı durumu Sağlık Müdürlüğüne yazılı olarak beyan etmekle yükümlüdür.

Madde 14- Çalışma yürütülürken Sağlık Müdürlüğü Değerlendirme Komisyonunca izin verilen kapsamın dışına çıkılmayacaktır.

Madde 15- Çalışmanın süresi, Sağlık Tesisi Araştırma İzin Belgesinde ve Sağlık Müdürlüğü Başvuru Değerlendirme Komisyonu kararında belirtilen tarih aralığı ile sınırlıdır.

Madde 16- Çalışma içeriğinde katılımcıya ait kişisel bilgilere yer verilmeyecek (ad-soyad, telefon, adres v.b), özel hayatın korunmasına özen gösterilecek, bilgi güvenliği ve mahremiyet hususlarına riayet edilecektir.

Madde 17- Araştırmaya ait veriler, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili Sağlık Tesisinin ismi zikredilmeyecektir.

Madde 18- Çalışma ilgili Kurum/ kuruluş tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.

Madde 19- Çalışmayı yapacak olan kişi/ kişiler tarafından bu protokol hükümlerine uyulmadığı takdirde Sağlık Müdürlüğüne ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

Madde 20- Protokol süresince yapılan çalışmayı devam ettiren araştırmacı kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Araştırmacı kişi veya kişilerin değişmesi durumunda, tekrar Sağlık Müdürlüğü onayı alınacaktır.

Madde 21- Protokol Hükümleri ihlal edildiğinde, protokolda imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Sağlık Müdürlüğü tarafından, kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

Madde 22- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü sonlandırabilir.

Madde 23- Yapılacak olan çalışma Sağlık Müdürlüğüne ve Sağlık Tesisine herhangi bir maddi yükümlülük getirmeyecektir.

Madde 24- Bu protokol, Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi/ Merkezinde gerçekleştirilmesi planlanan "Gebelerin oral glukoz tolerans testi yaptırma durumlarına medyanın etkisi" konulu tez/ bireysel çalışma/ bilimsel çalışma için geçerlidir.

Madde 25- Bu protokol 25(yirmi beş) madde ve 2 (iki) sayfadan ibaret olup, hükümleri taraflarca okunmuş, uygulanmak üzere 19.07.2018 tarihinde imza altına alınmış olup, Protokolden kaynaklanacak ihtilafların çözümünde Rize Mahkemeleri yetkilidir.

19.07/2018
Araştırmacı
Arzu Akar
İmza

OLUR
19.07/2018
Sağlık Müdürü
İmza
Dr. Mustafa TEPE
Sağlık Müdürü

19.07/2018
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı
İmza
Dr. Hakan GÖRGÜLÜ
Personel ve Destek
Hizmetleri Başkanı

Ek 3. Etik Kurul İzni



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 40465587-174
Konu: Etik Kurulu Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "**Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi**" isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre incelenmiş olup, etik kurul kararı ekte sunulmuştur. Çalışma süresinin 6(altı) ayı geçmesi durumunda 6(altı) aylık bildirimlerinin yapılması, çalışma tamamlandıktan sonra ise sonucunun tarafımıza en geç 3(üç) ay içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Atilla TOPÇU
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
Karar Formu (2 sayfa)

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, 53200 RİZE
Tel: 0464 2123009-0464 2123012 Faks: 0464 2123015
www.erdogan.edu.tr

Ek 3. (Devam)



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	210

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu ÇAKIR			
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Atilla TOPÇU
İmzası

A. Topcu

Ek 3. (Devam)



RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	210

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	12.11.2018	210	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÖLLÜ OLUR FORMU	12.11.2018	210	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 2018/174	Tarih: 29.11.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “Oy birliği” ile karar verilmiştir.					
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Atilla TOPÇU				

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr.Öğr.Üyesi Atilla TOPÇU (Başkan)	Tıbbi Farmakoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	A. Topcu
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ALTUNTAŞ (Raportör)	Acil Tıp	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer ŞATIROĞLU (Üye)	Kardiyoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hüseyin Avni UYDU	Tıbbi Biyokimya	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Özlem ÇELEBİ ERDİVANLI (Üye)	Kulak-Burun-Bogaz Hastalıkları	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Öğuz KÖSE (Üye)	Periodontoloji	RTEÜ Diş Hek. Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma BEYAZAL ÇELİKER (Üye)	Radyoloji	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Uğur KOSTAKOĞLU (Üye)	Enfeksiyon Has. Ve Klinik Mikr.	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Tahsin Gökhan TELATAR (Üye)	Halk Sağlığı	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Kader Semra KARATAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı ve Hast.	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Şule BATÇIK (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Turgay AYDIN (Üye)	Çocuk Sağ. Ve Hast.	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Sabri ÇOLAK (Üye)	Kadın Hast. ve Doğum	RTEÜ Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Nuray DEMİRCİ GÜNGÖRDÜ (Üye)	Tıp Tarihi ve Etik	RTEÜ Sağlık Yüksekokulu	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

Ek 4. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı 'Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarına Medyanın Etkisi''dir.

Bu çalışmada gebelerin oral glukoz tolerans testi yaptırma durumlarına medyanın etkisi belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacak ve elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başka kişi ya da kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, uygulanan forma özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma ticari amaçlı kullanılmayacaktır.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için şimdiden hepinize teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gebenin Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı : Arzu ÇAKIR

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Danışman Adı Soyadı

Doç. Dr. YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÇAKIR, Arzu
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 19.04.1994/ Trabzon
Telefon (İş) : 0464 213 04 91
E-Posta : arzu_ckr_61@hotmail.com
Yazışma Adresi : Mersin Mah. Cevizlik Küme Evleri No:23 Akçaabat/
TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2016
Lise	17 Şubat Anadolu Lisesi	2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
Hemşire	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-

YABANCI DİL

İngilizce