



**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE OGTT FARKINDALIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet YAPRAK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM**

**KAHRAMANMARAŞ-2019**



**T.C.**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GEBELERDE OGTT FARKINDALIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet YAPRAK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM**




**KAHRAMANMARAŞ-2019**

T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Dr. Mehmet YAPRAK tarafından hazırlanan “Gebelerde OGTT Farkındalığının Değerlendirilmesi” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr.Öğr.Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM  
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık tezi olarak 19/03/2019 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:			İmza:
Başkan	Dr.Öğr.Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Üye	Prof.Dr.Mustafa ÇELİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Abdullah TOK	Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih :19. /03. / 2019

Prof.Dr.Kamile GÜL  
Dekan V.



Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## ÖNSÖZ

Mesleki bilgi birikimi ve tecrübelerini bizimle gönülden paylaşan, tez yazım aşamasında elinden gelen yardımı bizden esirgemeyen ve her problemimizde bize yardımsever güler yüzüyle destek veren sayın Doktor Öğretim Üyesi Raziye ŞULE GÜMÜŞTAKIM hocama hürmet ve saygılarımı sunarım. Bilgi birikimi ve tecrübesiyle bizlere örnek olan çok değerli Profesör Doktor Mustafa ÇELİK hocama da teşekkürü bir borç bilirim. Tezimde yine yardımlarını esirgemeyen sayın Doktor Öğretim Üyesi Abdullah TOK hocama da buradan hürmetlerimi bildiririm. Tezimin istatistiksel analizinde büyük emeği geçen sayın Doktor Öğretim Üyesi Adem DOĞANER'e teşekkürümü ve hürmetimi sunarım. Rotasyonlara gittiğim bölümlerde tüm bilgi ve becerileriyle, birikimlerini bizlerle paylaşan çok değerli hocalarıma da ayrıca çok teşekkür ederim. Rotasyonda bulunduğum sürece bana yardımlarını esirgemeyen diğer bölüm asistan arkadaşlarıma da buradan sevgilerimi sunuyorum.

Birlikte güzel zaman geçirdiğimiz, tecrübelerimizi birbirimizle paylaştığımız sevgili aile hekimliği asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Mehmet YAPRAK

# GEBELERDE OGTT FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Mehmet YAPRAK

KAHRAMANMARA SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Sağlığın her alanında olduğu gibi gebelikte de koruyucu hekimlik önem arz etmektedir. Gebelikte koruyucu hekimliğin bir parçası olan gestasyonel diyabet, erken tanınip tedavi edilmesi gereken önemli bir hastalıktır. Çünkü gestasyonel diyabet anne ve bebek için bir takım riskleri de yanında getirmektedir. Tedaviyle bu riskler önlenebilmektedir. Bu yüzden gestasyonel diyabetin teşhisi için OGTT yapılmaktadır. Fakat bilgi eksikliği, çevre faktörü ve medya faktörü gibi nedenlerle OGTT yaptırmak istemeyen gebelerimizin sayısı hatırı sayılır biçimde artmaktadır. Bizim bu çalışmamızdaki amacımız OGTT yaptırmak istemeyenlerin sıklığını, neden yaptırmak istemediklerini, istememelerindeki etkili faktörleri belirlemek; GDM'de risk faktörü olabilecek durumları bulmak; medyanın sağlık fikirlerimize olan etkilerini araştırmaktır.

**Materyal ve Metod:** Çalışma 1 Mayıs-31 Temmuz 2018 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi gebe polikliniğinde yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaşından büyük tüm gebeler dahil edilme kriteri olarak belirlendi. Gebelere anket ve çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı ve onam formu imzalatıldı. Gebelere içerisinde sosyodemografik bilgilerin de olduğu OGTT ve GDM ile ilgili sorular soruldu. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22 paket programından yararlanıldı. Sonuçlar yorumlanırken istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Toplam 317 gebeye yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Gebelerin % 34,2'si OGTT yaptırmak istemiyordu ve %3,6'sı bu konuda kararsızdı. Gebelerin %28,4'ü OGTT zararlıdır yanıtını vermiştir ve gebelerin %38,5'i de zarar konusu hakkında kararsız olduğunu belirtmiştir. Zararlıdır diyenlerin %58'i testi yaptırmamış veya testi yaptırmayı düşünmüyordu. OGTT zararlıdır diyenlerin daha büyük oranda testi yaptırmak

istemediđi bulunmuřtur. OGTT zararlıdır diyenlerin %42,9'u televizyon ve internetten, %55,7'si çevresinden, %3,8'i sađlık çalıřanlarından OGTT zararlıdır fikrini edindiđi tespit edilmiřtir. Gebelerin %16,5'i de OGTT zararlıdır dūřüncesinin kendi fikirleri olduđunu sūylüyordu.

**Sonuç:** Gebelerde OGTT yaptırmak istemeyenler önemli bir orandadır. Doğru olmayan ve literatüre dayanmayan bilgiler nedeniyle gebeler OGTT yaptırmak istememektedir ve bu durum eğitim düzeyi ve diğer sosyodemografik faktörlerden etkilenmemektedir. Bu yanlış bilginin oluşmasında ve yaygınlaşmasında medyanın rolü büyüktür. Bu yüzden medyanın bu konuda biraz daha duyarlı olması ve konusunda uzman kişilerden yararlanması OGTT farkındalığı adına önemlidir. Toplumun OGTT ve GDM hakkındaki bilgi eksikliğinin giderilmesinde sağlık çalışanlarına, sağlık yöneticilerine ve medyaya önemli görevler düşmektedir. Bu farkındalığın oluşması için eğitim ve bilgilendirilmenin önemi açıktır. Gebelerde bu konuda bilgi eksikliği ve kirliliğinin giderilmesi konunun özölmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** OGTT, Gestasyonel diyabet, Gebelik, Medya

**Sayfa Adedi:** 56

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Raziye şule GÜMÜşTAKIM

# EVALUATION OF OGTT AWARENESS IN PREGNANCY

(Specialization Thesis in Medicine)

M.D. Dr. Mehmet YAPRAK

KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

March-2019

## ABSTRACT

**Introduction and purpose:** As in all areas of health, preventive medicine is important in pregnancy. Gestational diabetes, a part of preventive medicine during pregnancy, is an important disease that should be diagnosed and treated early. Because gestational diabetes brings a number of risks for the mother and the baby. These risks can be prevented by treatment. Therefore, OGTT is performed for the diagnosis of gestational diabetes. However, the number of pregnant women who do not want to receive OGTT due to lack of information, environmental factors and media factors increase considerably. Our aim in this study is to determine the frequency of those who do not want to undertake OGTT, why they do not want to have them, and the factors that do not want to. To find situations that may be a risk factor in GDM; To investigate the effects of media on our health ideas.

**Material and methods:** The study was performed between 1 May - 31 July 2018 at Kahramanmaraş Sütçü İmam University pregnant clinic. All pregnant women over 18 years of age who agreed to participate in the study were identified as inclusion criteria. Information was given to the pregnant women about the questionnaire and the study and the consent form was signed. The pregnant women were asked questions about OGTT and GDM including sociodemographic information. IBM SPSS 22 software was used to evaluate the data. The statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** A total of 317 pregnant women were interviewed by face-to-face interview technique. 34.2% of the pregnant women did not want to have OGTT and 3.6% were undecided. 28.4% of pregnant women responded that OGTT was harmful and 38.5% of pregnant women stated that they were unstable about damage. 58% of those who said that it was harmful did not take the test or thought about taking the test. It has been found that those who say that OGTT is harmful are not willing to take a larger proportion of tests. It

was determined that 42.9% of the people who said OGTT were harmful were from the TV and internet, 55.7% from the environment, and 3.8% from the health workers. 16.5% of the pregnant women said that the idea that OGTT is harmful is their own ideas.

**Conclusion:** Those who do not want to receive OGTT in pregnant women are at a significant rate. Pregnant women do not want to have OGTT because of inaccurate information and not based on the literature. This situation is not affected by education level and other sociodemographic factors. The media plays a significant role in the formation and spread of this false information. Therefore, it is important for the media to be more sensitive about this issue and to take advantage of experts in the field of OGTT awareness. Health care workers, health managers and the media play an important role in eliminating the lack of knowledge about the OGTT and GDM. The importance of training and informing for this awareness is clear. The lack of information and the removal of pollution in pregnant women will help to resolve the issue.

**Keywords:** OGTT, Gestational Diabetes, Pregnancy, Media

**Page Number:** 56

**Advisor:** Assist. Prof.Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM



# İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
ÖNSÖZ .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Tanım.....	3
2.2. Diyabetin Sınıflaması .....	3
2.2.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus .....	3
2.2.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus .....	3
2.2.3. Gestasyonel Diyabetes Mellitus.....	4
2.2.4. Diğer Tipler.....	4
2.3. Pregestasyonel Diyabet.....	4
2.3.1. Tanı.....	4
2.3.2. Gebelik Üzerine Etkileri.....	6
2.3.2.1. Fetal Etkiler .....	7
2.3.2.2. Maternal Etkiler .....	8
2.3.3. Gebelikte Diyabetin Yönetimi .....	9
2.3.3.1. Gebelik Öncesi Bakım .....	9
2.3.3.2. Gebelik Döneminde Yaklaşım: .....	10
2.4. Gestasyonel Diyabet .....	11
2.4.1. Tanı.....	11
2.4.2. Tarama .....	12

2.4.2.1. İki Aşamalı Yöntem.....	13
2.4.2.2. Tek Aşamalı yöntem.....	13
2.4.3. Glisemik Hedefler .....	14
2.4.4. Gestasyonel Diyabetin Etkileri .....	14
2.4.5. Tedavi.....	14
2.5. Medya Ve Sağlık Fikirlerimize Etkileri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	16
3.1. Araştırmanın Şekli.....	16
3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	16
3.3. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri .....	16
3.3. Verilerin Toplanması.....	16
3.3.1.Hasta bilgi ve demografik veriler formu .....	17
3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	17
4. BULGULAR.....	18
5.TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	51
7. KAYNAKLAR .....	53
8. EKLER	

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Diabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri (*) (5).....	5
<b>Tablo 2.</b> Modifiye White Sınıflaması.....	6
<b>Tablo 3.</b> Diyabetik Annelerin Çocuklarında Görülen Bazı Konjenital Anomaliler (6).....	7
<b>Tablo 4.</b> Gestasyonel Diyabet İçin Maternal Risk Faktörleri (5).....	12
<b>Tablo 5.</b> Derneklerin GDM için eşik değerleri (21).....	12
<b>Tablo 6.</b> Gestasyonel Diyabet Tanı Kriterleri (*) (5).....	13
<b>Tablo 7.</b> Gestasyonel Diyabete Bağlı Gelişebilen Komplikasyonlar (4) .....	14
<b>Tablo 8.</b> Sosyodemografik Özellikler .....	18
<b>Tablo 9.</b> Kronik Hastalık Durumu ve Gebelik Özellikleri .....	20
<b>Tablo 10.</b> OGTT ile İlgili Bilgi Düzeyi Ve Bilgiyi Edinme Şekli.....	22
<b>Tablo 11.</b> GDM İle İlgili Bilgi düzeyi.....	23
<b>Tablo 12.</b> Yaşın OGTT Ve GDM ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi Ve Bilgiyi Edinme Şekli .....	24
<b>Tablo 13.</b> OGTT Yaptırma Durumu .....	30
<b>Tablo 14.</b> Sosyodemografik Özelliklerin OGTT Yaptırma Düşüncesine Etkisi .....	31
<b>Tablo 15.</b> Kronik Hastalık Varlığının, Sürekli İlaç Kullanımının, Kontrolün Yapıldığı Yerin ve Gebelik Durumunun OGTT Yaptırma Düşüncesine Etkisi .....	33
<b>Tablo 16.</b> OGTT Zararlıdır Fikri ile OGTT Yaptırma Düşüncesi Arasındaki İlişki .....	34
<b>Tablo 17.</b> Daha Önce OGTT Yaptırma İle Bu Gebelikte OGTT Yaptırma Arasındaki İlişki .....	34
<b>Tablo 18.</b> OGTT Zararlı mıdır Sorusu İle Daha Önce OGTT Yaptırma Arasındaki ilişki .....	35
<b>Tablo 19.</b> Medyanın Sağlık Fikirleri Üzerine Etkileri .....	36
<b>Tablo 20.</b> Medya ve OGTT Yaptırma Düşüncesi .....	37
<b>Tablo 21.</b> GDM Risk Faktörleri.....	38
<b>Tablo 22.</b> GDM Risk Faktörleri İle OGTT Sonucu Arasındaki İlişki .....	39

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ADA</b>	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
<b>EASD</b>	: European Association for the Study of Diabetes (Avrupa Diyabet alışma Birliği)
<b>GDM</b>	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
<b>HbA1c</b>	: Hemoglobin A1c
<b>IADPSG</b>	: The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (Uluslararası Diyabet ve Gebelik alışma Grupları Birliği)
<b>IFCC</b>	: International Federation of Clinical Chemistry (Uluslararası Klinik Kimyacılar Federasyonu)
<b>OGTT</b>	: Oral Glukoz Tolerans Testi
<b>PGDM</b>	: Pregestasyonel Diyabetes Mellitus
<b>WHO</b>	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
<b>TURDEP</b>	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Araştırması
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>IDF</b>	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
<b>IGT</b>	: Impaired Glucose Tolerance (Bozulmuş Glukoz Toleransı)
<b>APG</b>	: Açlık Plazma Glukozu
<b>BAG</b>	: Bozulmuş Açlık Glukozu
<b>PG</b>	: Plazma Glukozu
<b>BGT</b>	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
<b>PKOS</b>	: Polikistik Over Sendromu
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>CC</b>	: Carpenter-Coustan
<b>CDA</b>	: Canadian Diabetes Association (Kanada Diyabet Birliği)
<b>NDDG</b>	: Ulusal Diyabet Veri Grubu

## 1. GİRİŞ

Mutlak insülin yetmezliği Tip 1 diyabet; kusurlu insülin salınımı, insülin direnci ya da artmış glukoz üretimi ise Tip 2 diyabet olarak tanımlanır (1).

Gestasyonel diyabet gebelik sırasında başlayan veya ilk defa gebelikte farkına varılan çeşitli derecedeki karbonhidrat intoleransı olarak tarif edilmektedir (1). Anadolu'nun çeşitli yerlerinde yapılan araştırmalarda gestasyonel diyabetes mellitusun (GDM) gebe kadınların %3-8'inde görüldüğü bulunmuştur (2, 3).

Gestasyonel diyabet yanında bir takım riskleri de getirmektedir. Annede doğum travması, artan sezaryen oranı, preeklampsi, tip 2 diyabet, metabolik sendrom gibi komplikasyonlar gelişebilir. Fetüste hiperinsülinemi, ölü doğum, makrozomi, kardiyomyopati, doğum travması gibi komplikasyonlar görülebilir. Yenidoğan döneminde respiratuvar distres, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, polisitemi, hipokalsemi-hipomagnezemi gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (4).

Gestasyonel diyabet anne ve fetus için yanında bir takım riskleri de getirdiği için erken tanınıp tedavi edilmesi önemlidir. İlk prenatal muayenede riskler gözden geçirilmelidir. Eğer gebede GDM öyküsü, ailede diyabetes mellitus (DM) öyküsü, makrozomik bebek öyküsü, obezite, ileri yaş gibi risk faktörleri varsa diyabet açısından değerlendirilmelidir. Eğer risk faktörü yoksa 24-28. haftalar arasında OGTT yapılarak gebeler taranmalıdır. Tarama testi ve eşik değerler ile ilgili henüz dernekler ve kuruluşlar arasında ortak bir fikir birliği yoktur. Ülkemizde 24-28. haftalar arasında tarama yapılmaktadır. Tek aşamalı veya iki aşamalı yöntem kullanılmaktadır. İki aşamalı yöntemde ilk önce 50 g glukozlu OGTT yapılmaktadır. Sonucu 180mg/dl'nin üstünde olanlar direkt GDM olarak değerlendirilmektedir ve 140-180 mg/dl arasında olanlara 100 g glukozlu OGTT yapılmaktadır. Eşik değer, APG:95mg/dl, 1.st PG:180, 2.st PG:155mg/dl, 3.st PG:140mg/dl olarak hesaplanır ve en az iki değeri yüksek olan GDM olarak kabul edilmektedir. Tek aşamalı yöntemde 75 g glukozlu OGTT uygulanmaktadır. Eşik değer, APG:92mg/dl, 1.st PG:180mg/, 2.st PG:153mg/dl olarak hesaplanır ve en az bir değeri yüksek olan GDM olarak kabul edilmektedir (5). 50 g glukozlu OGTT de aç olma şartı yoktur. 75 g ve 100 g glukozlu OGTT de en az 8 saatlik en fazla 14 saatlik açlık olmalı, diyet kısıtlaması yapılmamış olmalı, oturur durumda olmalı ve test sırasında sigara kullanmıyor olmalıdır (1).

Diyet ve egzersize rağmen istenen kan şekeri düzeyine ulaşamayan GDM'li gebelerde insülin tedavisi başlanır. Gebelik döneminde gliburid ve metformin kullanımı için kanıtların artmasına rağmen oral antidiyabetiklerin kullanımı önerilmemektedir (6).

Bu çalışma 01.05.2018-31.07.2018 tarihleri arasında KSÜ Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran gebelerde yapılmıştır. Bu çalışmada OGTT yaptırmak istemeyen gebelerin oranının, yaptırmak istememelerine neden olan faktörlerin, medyanın sağlık fikirlerimiz üzerine etkilerinin ve gebelerin GDM risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Tanım**

Diyabet, insülin eksikliği veya insülin etkisindeki defektler nedeniyle gelişen ve sürekli bakım gerektiren kronik bir hastalıktır (5).

Diyabetes mellitus, yüksek mortalite, morbidite ve maliyeti nedeniyle önemli bir hastalıktır. Teknolojinin hayatımızdaki artan yeri, sedanter yaşam ve obezitenin yaygınlaşması nedeniyle görülme sıklığı giderek artmaktadır.

### **2.2. Diyabetin Sınıflaması**

ADA 2010 yılında diyabeti 4 grup altında tanımlamıştır: Tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, diğer tipler (beta hücre fonksiyonunda genetik defekt, insülin etkisinde genetik defekt, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, kimyasal uyarılar ve ilaçlar, enfeksiyonlar, immun-aracılı diyabetin nadir formları, diyabetle ilişkili diğer genetik sendromlar) ve gestasyonel diyabet (7).

#### **2.2.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus**

Mutlak insülin eksikliği tip 1 diyabeti tanımlar (1). Genetik yatkınlığı olanlarda çevresel faktörlerin de etkisiyle beta hücre yıkımı ortaya çıkar. Bu yıkım %80-90 olunca klinik semptom vermeye başlar (8).

Çoğunlukla 30 yaş öncesinde ortaya çıkar. Semptomlar (ağız kuruluğu, polidipsi, açlık hissi, poliüri, kilo kaybı ve yorgunluk gibi) aniden bulgu verir. Hastaların kiloları sıklıkla zayıf veya normaldir. Ketoasidoza yatkınlık tip 2 diyabete göre daha fazladır (8).

#### **2.2.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus**

İnsülin direnci ve insülin sekresyonunda azalma söz konusudur. Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Araştırması'na (TURDEP) göre Tip 2 diyabet prevalansı 20-60 yaş arasında %7,2 ve 60 yaş üstündeki kişilerde %20 civarındadır (9).

Genellikle 30 yaş sonrası görülür. Güçlü bir genetik yatkınlık vardır. Ketoasidoza yatkınlık tip 1 diyabete göre daha azdır. Genellikle sinsi ilerler. Başlangıçta semptom çoğu hastada olmaz. Bazı hastalar ise el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, bulanık görme, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, yara iyileşmesinde gecikme, ayak ağrıları nedeniyle karşımıza çıkabilir (8).

### **2.2.3. Gestasyonel Diyabetes Mellitus**

GDM gebelikte ortaya çıkan ya da ilk kez gebelik sırasında tanı alan herhangi bir derecedeki glukoz intoleransı olarak adlandırılır (7,10). Amerikan Diyabet Cemiyeti GDM'nin sıklığını yaklaşık %4 olarak tespit etmiştir (11). Türkiye'de değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda GDM prevalansının %3-8 arasında değiştiği tespit edilmiştir (2, 3).

### **2.2.4. Diğer Tipler**

Genetik kökenli, pankreatik hastalıkla ilişkili, ilaç kaynaklı veya kimyasal kaynaklı olanlardır.

## **2.3. Pregestasyonel Diyabet**

Gebelik, önceden diyabeti olan kadınlarda insülin duyarlılığını etkileyerek glisemi regülasyonunu zorlaştıracak, önemli problemlere neden olacaktır (5). İnsülin bulunmadan önce diyabetli gebelerde mortalite ve morbidite yüksekti. İnsülinin keşfi, yakın gebe takibi, yenidoğan hizmetlerinin ilerlemesi ile maternal ve fetal problemler çok azalmıştır.

Genelde ve özellikle gençlerde, tip 2 diyabetin prevalansının artması, etkilenmiş gebeliklerin sayısında artışa yol açmıştır. Bu nedenle, gebelikten önce tanı almamış diyabetik gebe kadın sayısı artmaktadır. Gestasyonel diyabet saptanan birçok kadında daha önce tanı konulmamış tip 2 diyabet olma ihtimali söz konusudur. Gestasyonel diyabetli kadınların %5-%10'unun ise gebelikten hemen sonra diyabeti olduğu saptanmıştır (1).

### **2.3.1. Tanı**

Yüksek plazma glukoz düzeyi, glukozüri ve ketoasidozu olanlarda tanıda problem olmamaktadır. Diyabetin klasik semptomları olup rastgele bakılan plazma glukoz düzeyinin 200mg/dl üzerinde olması veya açlık glukoz düzeyinin 126mg/dl'nin üzerinde olduğu kadınlar aşikar diyabet olarak kabul edilmektedir (6).

Uluslararası Diyabet ve Gebelik İşbirliği Çalışma Grubu [IADPSG] Konsensus Paneli (2010), gebelikte aşikar diyabet tanısı için, doğum öncesi bakımın başlangıcında açlık veya random plazma glukoz ve glikolize hemoglobin A1c düzeyleri için eşik değerler önermiştir. Açlık plazma glukozu için eşik değer 126mg/dl, HbA1c için eşik değer %6,5 ve random plazma glukozu için 200mg/dl ile beraber semptom olması olarak belirlenmiştir (1) (Tablo 1).



**Tablo 1.** Diabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri (\*) (5)

	<b>Aşık DM</b>	<b>İzole BAG</b>	<b>İzole BGT</b>	<b>BAG+BGT</b>	<b>DM Riski Yüksek</b>
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	
HbA1C (**)	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

(\*) Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. 'Aşık DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole BAG', 'İzole BGT' ve 'BAG + BGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. (\*\*) Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, HbA1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu (impaired fasting glucose), BGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impaired glucose tolerance), WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu.

Buna göre, diyabet tanısı için dört kriterden en az biri yeterlidir. Ağır diyabet semptomları bulunmuyorsa ertesi gün tanının doğrulanması gerekir.

Standardizasyonundaki sorunlar ve tanı eşiğindeki belirsizlik nedeniyle HbA1c ilk başta tanı aracı olarak tavsiye edilmemiştir. Ama daha sonra uluslararası bir komite ((Uluslararası Klinik Kimyacılar ve Laboratuvar Tıbbı Federasyonu (IFCC: International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine), ADA, Avrupa Diyabet Çalışmaları Derneği (European Association for the Study of Diabetes: EASD) ve IDF'in oluşturduğu Uluslararası Diyabet Uzmanlar Komitesi)) HbA1c için sınırı %6,5 olarak çizmiştir ve son yıllarda tüm dünyada standardizasyon yönündeki çabalar nedeniyle HbA1c tanıda kullanılmaya başlanmıştır. Tabii şart olarak standardizasyon, uygun kalibrasyon ve sertifikasyon gerekmektedir (5).

### **2.3.2. Gebelik Üzerine Etkileri**

Aşkar diyabette anne ve fetüs ciddi problemlerle karşılaşabilir. Başarılı sonuçlara ulaşabilme kan şekeri kontrolüne ve daha önemlisi altta yatan kardiyovasküler ya da böbrek hastalığının derecesine bağlıdır. Gebelik prognozunu belirlemede White sınıflaması ortaya atılmıştır. Bu sınıflama günümüzde pek kullanılmasa da aşağıda White sınıflamasının modifiye şekli tablo olarak verilmiştir (5) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Modifiye White Sınıflaması

<b>Grup</b>	<b>Sınıf</b>
<b>Gestasyonel diyabet</b>	
A1	Herhangi bir yaş ve sürede, yalnız diyetle regüle
A2	Herhangi bir yaş ve sürede, diyet + insülin ile tedavi edilen
<b>Pregestasyonel diyabet</b>	
B	Diyabet başlangıç yaşı $\geq 20$ yıl ve diyabet süresi $< 10$ yıl, komplikasyonsuz
C	Diyabet başlangıç yaşı veya diyabet süresi: 10-19 yıl, komplikasyonsuz
D	Diyabet başlangıç yaşı $< 10$ yıl veya diyabet süresi $\geq 20$ yıl
F	Herhangi bir yaş ve sürede, insülin tedavisinde, nefropati ( $> 500$ mg/gün protein) var.
R	Herhangi bir yaş ve sürede, insülin tedavisinde, proliferatif retinopati var
RF	Herhangi bir yaş ve sürede, insülin tedavisinde; R ve F sınıfındaki özelliklerin bir arada bulunması
H	Klinik olarak tespit edilmiş aterosklerotik kalp hastalığı
T	Renal transplantasyon öyküsü

Gebeyi takip eden doktor gebelik öncesi bu tabloyu kullanarak gebeliğin prognozunu tespit etmelidir. Gebelik prognozu, bu sınıflamaya göre D grubu ve ileri gruplarda kötü olmaktadır. Ağır nefropatisi, ilerlemiş iskemik kalp hastalığı veya tedaviye yanıtız retinopati gibi ciddi komplikasyonları olan diyabetli kadınlarda gebelik önerilmemektedir. Glisemi kontrolü kötü olan hastalar ile çok genç ( $< 20$  yaş) ya da ileri yaştaki diyabetlilerde de gebeliğe müsaade edilmemelidir (5). Gebelik planlayan tüm kadınlarda gebelik öncesinden başlanarak iyi bir glisemi regülasyonu yakalanmaya çalışılmalıdır. Düzenli takip, iyi bir diyabet eğitimi, iyi bir diyet ve güvenilir bir obstetrik izleme komplikasyonlar en aza indirilebilmektedir.

### **2.3.2.1. Fetal Etkiler**

a) Gebelik kaybı: Birçok çalışmada erken gebelik kaybının kötü glisemik kontrolle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Pregestasyonel diyabetli 126 kadını içeren bir çalışmada, artmış maternal HbA1c seviyeleri ile spontan gebelik kaybı oranı arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir (12).

b) Malformasyonlar: Tip 1 diyabetli gebelerde major malformasyonların insidansı ikiye katlanmıştır ve yaklaşık olarak %5'tir. Malformasyonlar, diyabetik gebeliklerdeki perinatal ölümlerin ortalama olarak yarısını meydana getirmektedir (1). Galindo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek HbA1c ile malformasyonlar arasında ilişki tespit edilmiştir (12). Kötü glisemik regülasyonun, hem gebelik öncesi hem de gebelikte, bu artmış ağır malformasyon riskinin altında yatan sebep olduğu düşünülmektedir. Diyabet, fetal kromozom anomalisi riskindeki artışla ilişkili değildir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Diyabetik Annelerin Çocuklarında Görülen Bazı Konjenital Anomaliler (6)

Kardiyak anomaliler	• Atrial septal defekt • Ventriküler septal defekt • Büyük damarların transpozisyonu • Aort koarktasyonu • Fallot tetralojisi • Trunkus arteriozus • Dekstrokardi • Kardiomegali
Santral sinir sistemi anomalileri	• Nöral tüp defektleri • Anensafali • Holopresensefali
Renal anomaliler	• Hidronefroz • Renal agenezi • Uretral duplikasyon
Gastrointestinal anomaliler Spinal anomaliler	• Duodenal-anorektal atrezi • Omfalosel • Kaudal regresyon sendromu • Sakral agenezi

c) Preterm doğum: Aşık diyabet, preterm doğum için tartışmasız bir risk faktörüdür (1). Bir çalışmada pregestasyonel tip 1 diyabetli kadınlardaki 1307 doğum değerlendirilmiş ve genel obstetrik popülasyondaki %6,8 oranı ile karşılaştırıldığında %26'sından fazlasının preterm olarak doğduğu bulunmuştur (1, 12).

d) Makrozomi: Fetal aşırı büyüme pregestasyonel diyabette daha tipiktir. Maternal hiperglisemi, özellikle gebeliğin 2.yarisında fetal hiperinsülinemiye sebep olur. Bu durum da aşırı somatik büyüme veya makrozomiyi uyarmaktadır (1). Makrozomiye (fetal ağırlık>4000-4500 gr), normal popülasyonda %6-10 oranında rastlanırken, pregestasyonel diyabette %40-60 oranında rastlanmaktadır. Annesi diyabetik olan fetuslarda omuz

distosisi ya da sezaryen doğuma sebep olan omuzlarda ve gövdede aşırı yağ birikimi riski vardır (13).

e) Ani fetal ölüm: Fetal ölüm riski normal gebelere göre daha yüksektir (1). Bu risk tip 1 diyabetli gebelerde üç ile dört kat daha fazladır (14). Bu açıklanamayan fetal ölümler kötü glisemi regülasyonu ile ilişkilidir (1).

f) Polihidroamnioz: Amniyon sıvı miktarının fazla olduğu bu durum diyabetik gebeliklerde karşımıza çıkabilmektedir. Mekanizması fetal hipergliseminin neden olduğu fetal poliüriyle açıklanmaya çalışılmaktadır.

g) Hipoglisemi: Doğumdan sonra diyabetik bir annenin bebeğinde hipoglisemi görülebilmektedir. Bu durum kronik maternal hipergliseminin sebep olduğu fetal pankreasın beta hücre hiperplazisiyle açıklanmaktadır. Kan şekerinin 45'in altında olması olarak tanımlanır. Özellikle doğum sırasında düzensiz glukoz değerleri olan kadınların yenidoğanlarında siktir. Sekeli en aza indirmek için hipoglisemik yenidoğanın erken tanı ve tedavisi önemlidir (1).

h) Hipokalsemi: Diyabetik annelerin bebeklerinde görülme ihtimali olan bir durumdur. Nedeni net değildir. Asfiksi ve preterm doğum ileri sürülen fikirlerdir (1).

ı) Hiperbilirubinemi ve polistemi: Diyabetik annelerin yenidoğanlarında karşılaşılabilecek durumlardan biridir (1).

i) Diyabetin kalıtımı: Annesi tip 1 diyabet olanlarda %2 oranında tip 1 diyabet gelişebilmektedir. Yine annesi tip 2 diyabet olanlarda tip 2 diyabet gelişme ihtimali %25-30'dur. Her iki ebeveynde olması, ihtimali daha da arttırmaktadır (5).

#### 2.3.2.2. Maternal Etkiler

a) Preeklampsi: Pregestasyonel diyabeti olanlarda görülme sıklığı artmaktadır. Ayrıca nefropati veya kronik hipertansiyon veya ikisi birlikte bulunan diyabetli gebelerde bu ihtimal daha da yüksektir. Bu durum erken doğum için de aynı zamanda bir risk faktörüdür (1). Komplike diyabeti olan gebelerde bu durum ciddiye alınmalıdır. White Sınıflaması'nda yüksek risk grubuna girenlere gebelik en baştan önerilmemelidir. Çünkü ağır preeklampsi başka başka riskleri de beraberinde getirebilmektedir.

b) Diyabetik nefropati: Uzun yıllar gebeliğin diyabetik nefropatiyi kötüleştirdiği düşünüldü (15). Daha sonraları bunun tersini savunan çalışmalar yayınlandı. Bunlara göre, henüz böbrek yetmezliği gelişmemiş olanlarda glomerüler filtrasyon etkilenmemekte, üre ve kreatininde hafif yükselme olmasına rağmen gebelik sağlıklı bir doğumla neticelenebilmektedir. Fakat hipertansiyonlu, glomerüler filtrasyon miktarının 30 ml/dk'nın

altına düştüğü, ürenin yükseldiği ve kronik böbrek yetersizliğinin çeşitli bulgularının olduğu diyabetik nefropatilerde gebelik böbrek fonksiyonlarını önemli derecede etkilemektedir (16,17,18). Hipertansiyon, kontrolsüz diyabet kendi başına zaten nefropatiyi kötüleştirebilmektedir. Diyabetik nefropatili hastalar preeklampsi, uteroplental yetmezlik ve preterm doğum açısından daha risklidir.

c) Diyabetik retinopati: Klein ve ark., gebeliğin proliferatif retinopatinin ilerlemesinde bağımsız bir risk faktörü olduğunu söylemiştir (19). Kitzmiller, background retinopatinin gebelik sırasında proliferatif retinopatiye ilerlemesinin nadir olduğunu belirtmiştir ve tedavi edilmemiş proliferatif retinopatinin kötüleştiğini vurgulamıştır (20). Gebelikte ve gebelik öncesinde retinopatiyi dikkate almak gerekmektedir. Gebelikte ilerleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Proliferatif retinopati gelişenler tedavi edilmelidir. Kanama gelişmeden önce yapılan lazer fotokoagülasyon, görme kaybının ilerlemesini ve körlük oranını yarı yarıya azaltmaktadır. İşlem, endikasyonu varsa gebelik sırasında uygulanabilir. Hipertansiyon ve proteinüri de retinopatiyi kötüleştirebilmektedir. Gebelik planlayanlar gebelik öncesi değerlendirilmeli ve White Sınıflaması'na göre riskli bulunan kadınlara gebelik önerilmemelidir. Gebelik öncesi tüm diyabetik kadınların glukoz değerleri uygun değerlere getirilmelidir. Gebelik öncesi ve gebelikte göz kontrolü önerilmelidir.

d) Diyabetik nöropati: Diyabetik gastropati olarak bilinen bir tipi gebelikte sıkıntı oluşturabilmektedir. Bulantı ve kusma, beslenme sorunları ve glukoz kontrolünde güçlükler sebepten olabilmektedir (1).

e) Diyabetik ketoasidoz: Tip 1'de daha sıktır. Ama diğer tiplerde de olabilir. Hiperemesis gravidarum, enfeksiyonlar, tokoliz için beta sempatomimetik ilaç kullanımı, fetal akciğer olgunlaşması için kullanılan kortikosteroidler diyabetik ketoasidoza yol açabilir. Gebelerde, gebe olmayan kadınlarla kıyaslandığında genellikle daha düşük kan şekeri düzeylerinde ketoasidoz ortaya çıkar (1).

f) Enfeksiyonlar: Diyabetik gebeler, diyabetik olmayanlarla kıyaslandığında enfeksiyona daha meyillidir. En sık görülen enfeksiyonlar, kandida vulvovajiniti, üriner sistem enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları ve puerperal pelvik sepsistir.

### **2.3.3. Gebelikte Diyabetin Yönetimi**

#### **2.3.3.1. Gebelik Öncesi Bakım**

Diyabetin, gebelikte istenmeyen fetal ve maternal sorunlara yol açmaması için gebelik öncesinden takiplerin başlatılması gerekmektedir. Gebelik öncesi iyi glisemik

kontrol sağlanmalıdır. Folik asit replasmanı yapılmalıdır. Diyabet komplikasyonları taranmalı ve varsa tedavisi yapılmalıdır. Kullanılan teratojenik ilaç veya madde varsa kesilmesi gibi önlemler alınmalıdır. Vücut kitle indeksi yüksek olan gebelere kilo verilmesi önerilmelidir (5).

Gebelik öncesi insülin kullananlarda, açlık şekeri 70-100mg/dl, tokluk 1.saat <140mg/dl ve 2.saat <120 olarak hedeflenmelidir (6). HbA1c'de hedef <6,5'tir. Hatta iyi motive olmuş ve hipoglisemi riski de düşükse <6 hedeflenebilir. Ancak ciddi hipoglisemi riski bulunuyorsa <7 yeterli olur (5).

### 2.3.3.2. Gebelik Döneminde Yaklaşım:

**a) Glisemik Hedefler:** HbA1c %6-6,5 (ciddi hipoglisemi riski varsa <7), açlık ve öğün öncesi plazma glukozu <95mg/dl, 1.saat plazma glukozu <140mg/dl, 2.saat plazma glukozu <120mg/dl olmalıdır (9). HbA1c'ye çok güvenilmemeli ve hasta şeker takibi kartı da kontrol edilmelidir (5).

**b) Tedavi:** Aşkar diyabeti olan gebelerde insülin en uygun tedavi şeklidir. Diyabeti, Diyet ve egzersizle kontrol altına alınamamış gebelere insülin başlamak gereklidir. Bazal insülin olarak detemir veya NPH; bolus insülin olarak da regüler insülin ya da hızlı etkili (aspart, lispro) insülinler kullanılabilir. Kanıt yetersizliğinden dolayı glulisin ve glarjin gebelikte tavsiye edilmemektedir (5). Gliburid ve metformin gibi ajanların kullanımına ait kanıtlar artmasına karşın, gebelikte oral anti diyabetikler önerilmemektedir (6).

Gebeliğin erken döneminde insülin ihtiyacı daha azdır (5). Ama diyabet ilk trimesterde dengesiz olma eğilimindedir. Bu yüzden hipoglisemi açısından dikkatli olunmalıdır. Birinci trimesterdeki düzensizlikten sonra, stabil bir dönem ortaya çıkar. Bunu artmış insülin gereksinimi izler (1). Gebelikten sonra da insülin ihtiyacı azalır. Bu yüzden gebe sıkı takip edilmeli gebelik boyunca artan insülin ihtiyacı takip edilmelidir. Hipoglisemi ve hiperglisemiye dikkat edilmelidir. Hastaya kan şekeri takibi yapması söylenmeli ve her vizitte kontrole kan şekeri takibi ile gelmesi belirtilmelidir.

Gebeler diyabetin komplikasyonları açısından da takip edilmelidir. Nefropati ve retinopati açısından gebelikten önce ve her trimesterde değerlendirme yapılmalıdır (5). Pregestasyonel diyabette preeklampsi riskini azaltmak için 1.trimesterin sonunda düşük doz aspirin başlanmalıdır (5).

Konjenital anomali için ikili ve üçlü tarama, obstetrik ultrasonografi zamanında yapılmalıdır. Diyabetik annelerde konjenital kardiyak anomali insidansı 5 kat daha fazla olduğu için, fetal ekokardiyografi ikinci trimester sonografisinin önemli bir parçasıdır.

Fetal büyüme ve amniyon sıvısı miktarı da takip edilmelidir. Üçüncü trimesterde erken doğum riski ve ani fetal ölüm tehdidi nedeniyle fetal hareket sayımı, periyodik fetal kalp atım hızı izlemi, aralıklı biyofizik değerlendirilmesi ve kontraksiyon stres testi yapılmalıdır (1). Parkland hastanesinde insülin kullanan gebeler 34. haftada yatırılmakta, yakın takip edilmekte ve 38. haftada doğum planlanmaktadır (1).

**c) Beslenme ve Ağırlık Artışı:** Tüm diyabetlilerde olduğu gibi diyabetik gebelerde de beslenme önemlidir. Hastanın diyetine dikkat etmesi tedavi başarısı adına önemlidir.

Günlük kalori ihtiyacı obez diyabetik gebelerde 24 kkal/kg, obez olmayanlarda ilk trimesterde 30 kkal/kg ve ikinci trimesterden itibaren 35 kkal/gün olarak hesaplanmaktadır. İkinci trimesterde 340 kkal/gün, emzirmede 450 kkal/ gün ek enerji alımı tavsiye edilir. Gebelerde zayıflama diyeti tavsiye edilmez ama fazla kilolularda hafif-orta derecede enerji ve karbonhidrat kısıtlaması uygun olabilir. İdeal bir diyet içeriği, %45-50 karbonhidrat, %18-20 protein ve %30-35 yağdan oluşur. Öğün sayısı üç ana ve dört ara öğün olarak hesaplanır. Kilo artış hızı, gebelik boyunca ilk trimesterde 1-2 kg, 2. trimesterden itibaren haftada 250-500 g olmalı ve toplam kilo artışı 10-12 kg'ı geçmemelidir (1, 5).

## **2.4. Gestasyonel Diyabet**

Gestasyonel kelimesi gebeliğin indüklediği diyabeti tanımlamaktadır. Glukoz metabolizmasındaki şiddetli fizyolojik değişiklikler nedeniyle indüklenir. Artan izlem gereksimini vurgulamak ve kadınları postpartum test için araştırmaya yöneltmek için gestasyonel diyabet teriminin kullanılması teşvik edilmelidir. En önemli perinatal ilişki hem maternal hem de fetal travmayla sonuçlanabilen aşırı fetal büyümedir. Uygun bir şekilde tedavi edilen gestasyonel diyabette fetal ölüm olasılığı genel popülasyondan farklı değildir. Gestasyonel diyabetli kadınların yarısından fazlasında sonraki 20 yıl içinde eninde sonunda aşikar diyabet gelişir. Bu kişilerin çocuklarında da obezite ve diyabet dahil uzun dönem komplikasyonları destekleyen kanıtlar vardır (1).

### **2.4.1. Tanı**

Tüm gebeler ilk prenatal muayeneden itibaren değerlendirilmelidir. Tablo 4'te geçen risk gruplarından birine sahip gebelere diyabet araştırılması yapılmalı ve gebe olmayanlar gibi değerlendirilmelidir. Açlık kan şekeri bakılmalı ve eğer gerekli ise HbA1c ve 75 g glukozlu 2 saatlik OGTT de görülmelidir. Diyabet yok ise gebeliğin 24-28. haftalarında tarama yapılmalıdır (5).

**Tablo 4.** Gestasyonel Diyabet İçin Maternal Risk Faktörleri (5)

<b>Faktör tipi</b>	<b>Özellik</b>
Maternal demografik ve fiziksel faktörler	- Etnisite - İleri (>40) yaş - Ailede diyabet öyküsü - Kısa boylu olmak - Düşük doğum tartısı - Parite - Glukozüri - Daha önce prediyabet öyküsü - Kortikosteroid veya antipsikotik ilaç kullanılması
Maternal klinik faktörler	- Kiloluluk/obezite - Diyet (kırmızı/işlenmiş et ürünlerinden zengin beslenme) - Aşırı kilo artışı - Fiziksel inaktivite - PKOS - a-Talasemi yatkınlığı - HT - Çoklu gebelik
Önceki obstetrik öykü	- Makrozomi (>4,5 kg bebek doğumu) - Ölü doğum - GDM öyküsü
PKOS: Polikistik over sendromu, HT: Hipertansiyon, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus	

#### **2.4.2. Tarama**

Dünyada GDM taramasında yöntem ve eşik değer için şu an ortak bir fikir birliği yoktur. Birçok dernek farklı yöntem ve eşik değer kullanmaktadır. Tablo 5'te farklı derneklerin taramada kullandığı yöntem ve eşik değerler gösterilmiştir (4,21). Ülkemizde risk faktörü bulunmayan gebelere GDM taraması 24-28. haftalarda yapılmaktadır. Tek aşamalı veya iki aşamalı yöntem kullanılmaktadır.

**Tablo 5.** Derneklerin GDM için eşik değerleri (21)

<b>Dernekler</b>	<b>Basamak</b>	<b>Glukoz (gram)</b>	<b>AKŞ(mg/dl)</b>	<b>1-h</b>	<b>2-h</b>	<b>3-h</b>	<b>Yüksek değer sayısı</b>
CC	2	100	95	180	155	140	2
NDDG	2	100	105	190	165	154	2
ADA	2	75	95	180	155		2
CDA	2	75	95	191	160		2
WHO(2013)	1	75	92-125	180	153-199		1
IADPSG	1	75	92	180	153		1
ADA: Amerikan Diyabet Cemiyeti, AKŞ: Açlık kan şekeri, CC: Carpenter-Coustan, CDA: Kanada Diyabet Cemiyeti, IADPSG: International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group, NDDG: Ulusal Diyabet Veri Grubu, WHO: Dünya Sağlık Örgütü.							



#### 2.4.2.1. İki Aşamalı Yöntem

**a) 50 g glukozlu OGTT:** Bu testi yaptırmak için aç olmaya gerek yoktur. Rastgele bir zamanda yapılabilir. 50 g glukozlu sıvı içildikten sonra 1 saat kan şekere bakılır. Eğer 140mg/dl ve üzerinde ise 75g veya 100 g glukozlu OGTT yapılır. Test sonucu 140'ın altında gelirse bir üst basamağa geçilmez. Sonuç 180 mg/dl'nin üstünde gelirse direkt GDM olarak değerlendirilmelidir. Burada da eşik değer tartışmalıdır. Eşik değer olarak 140mg/dl'yi kabul edenler olduğu gibi 130mg/dl'yi daha etkin bulanlar da vardır (5). (Tablo 6)

**b) 100 g glukozlu OGTT:** 50 g glukozlu OGTT sonucu 140-180mg/dl arasında gelenlere 100 g glukozlu OGTT yapılmalıdır (5). Gebe en az 8 saat aç olmalı ve sabah yapılmalıdır. Gebe oturur pozisyonda olmalıdır. Test sırasında sigara kullanmamalıdır. En az 3 günlük kısıtlanmamış diyet (>150 g karbonhidrat/gün) ve fiziksel aktiviteden sonra uygulanmalıdır (1). Bu testte 4 kriterden en az iki tanesinin sağlanması halinde GDM tanısı konulur. Bir kriterin aşılması halinde ise gestasyonel glukoz intoleransı olarak değerlendirilir ve GDM gibi yakın takip edilmesi önerilir (5). (Tablo 6)

#### 2.4.2.2. Tek Aşamalı yöntem

**75 g glukozlu OGTT:** 75 g glukozlu sıvı içilerek yapılır. Yine 100 g glukozlu OGTT'deki şartlar sağlanmalıdır. Açlık kan şekeri, 1. ve 2. saat kan şekeri değerlendirilir. En az 1 tanesi yüksekse GDM tanısı konur (Tablo 6).

**Tablo 6.** Gestasyonel Diyabet Tanı Kriterleri (\*) (5)

		<b>APG</b>	<b>1.st PG</b>	<b>2.st PG</b>	<b>3.st PG</b>
<b>İki aşamalı test</b>					
İlk aşama	50 g glukozlu test	-	≥140	-	-
İkinci aşama	100 g glukozlu OGTT (en az 2 patolojik değer tanı koydurur)	≥95	≥180	≥155	≥140
<b>Tek aşamalı test</b>					
IADPSG kriterleri	75 g glukozlu OGTT (en az 1 patolojik değer tanı koydurur)	≥92	≥180	≥153	-
(*)Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. IADPSG: Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Derneği, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, APG: Açlık plazma glukozu, 1.st PG, 2.st PG, 3.st PG: 1., 2., 3.st plazma glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı.					

### **2.4.3. Glisemik Hedefler**

Hastaya GDM'nin önemi anlatılmalıdır. Tedavi ve diyetin önemi vurgulanmalıdır. Glisemik hedefler pregestasyonel diyabet ile aynıdır.

### **2.4.4. Gestasyonel Diyabetin Etkileri**

Gestasyonel diyabetin maternal ve fetal etkileri olmaktadır. Makrozomi, zor doğum, omuz distosisi, doğum travması riski artmıştır. Sezaryen oranı fazladır. Gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi riski artmıştır (4). Tablo 7'de maternal ve fetal etkiler verilmiştir.

**Tablo 7.** Gestasyonel Diyabete Bağlı Gelişebilen Komplikasyonlar (4)

<b>Anne</b>	<b>Fetüs</b>	<b>Yenidoğan</b>	<b>Çocukluk-Erişkin</b>
Doğum travması	Hiperinsülinemi	Respiratuvar distres	Obezite
Sezaryen oranı ↑	Kardiyomiyopati	Hipoglisemi	Tip 2 diyabet
Preeklampsi -	Ölü doğum	Hipokalsemi -	Metabolik sendrom
Gestasyonel HT	Makrozomi	Hipomagnezemi	
Tip 2 diyabet	Doğum travması	Hiperbilirubinemi	
Metabolik sendrom		Polistemi	

### **2.4.5. Tedavi**

Gestasyonel diyabet teşhisi konan gebeler diyet programına alınmalıdır. Çoğu gestasyonel diyabetli gebenin kan şekeri diyetle regüle olmaktadır. Diyete rağmen açlık kan şekeri 95mg/dl veya postprandiya 2. saatteki kan şekeri 120mg/dl'nin üzerinde seyreden gebelere insülin tedavisi önerilmektedir (1). Gerekliğinde insülin doz arttırımına gidilmelidir. Burada da tedavi yaklaşımı pregestasyonel diyabettekiyle aynıdır. Glisemik hedefler de pregestasyonel diyabetteki gibidir.

GDM'li kadınlarda 20 yıl içinde diyabet gelişme olasılığı %50'dir (1). Bu gebeler tip 2 diyabet için risk taşımaktadırlar. Bu yüzden postpartum 4-12. haftalar arasında tarama yapılması tavsiye edilmektedir. Daha sonra da 1-3 yılda bir diyabet açısından taramaya alınmalıdır. GDM öyküsü olan gebelere yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir (5). Bu kadınların diğer gebeliklerinde de GDM riski taşıdıkları unutulmamalıdır.

## 2.5. Medya Ve Sağlık Fikirlerimize Etkileri

Gelişen teknoloji birçok alanı etkilediği gibi sağlık alanını da etkilemektedir. Artık herkes kolay bir şekilde internet üzerinden, sosyal medyadan, televizyon ve gazetelerden bilgi edinebilmektedir. Televizyon, radyo, gazete ve internet aynı anda birçok insana ulaşmakta ve insanların sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Eskiden bu imkanlar olmadığı için insanlar bilgi alımı ve aktarımını çevresindeki kişilerle gerçekleştirmekteydi. Şimdi insanlar sosyal medya ve internet üzerinden bilgiye kolayca ulaşabilmektedir. Bu bilgi edinme evresi ve internet arkadaşlığı kişilerin fikir sahibi olmalarını sağlamakta ve vereceği kararlarda etkili olmaktadır (22).

Kişilerin sağlıkla ilgili fikirleri içinde bulunduğu toplumdan ve kitle iletişim araçlarından etkilenecek şekilde şekillenmektedir. Hekim-hasta iletişimi, grup iletişimi ve kitle iletişimi kişinin tutum ve davranışına yön vermektedir. Kişiler kendi sağlığı ile ilgili karar vermeden önce mutlaka internetten de araştırma yapmaktadır. Doktor, hastane, hastalık, ilaç yan etkisi, benzer hastalar ve deneyimleri gibi konularda insanlar internete yönelmektedir ve buradan edindiği bilgilerle kararını vermektedir. 2012 yılında Social Touch tarafından 1.289 kişiyle yapılan bir çalışmada, %40 hasta, internetten edindiği bilgiye dayanarak doktorun kendisi için reçete ettiği ilacı kullanmaktan vazgeçtiği sonucu tespit edilmiştir (22).

Toplumun bir hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve insanların doğru yöne sevk edilmesi açısından sağlık iletişimi önemlidir. Burada önemli olan doğru bilginin yaygınlaşmasıdır. Çünkü yanlış veya eksik bilgi aktarımı toplumun büyük bir kısmını etkileyebilmekte ve toplum sağlığına zarar verebilmektedir. Bu yüzden medyanın, sağlık yöneticileri ve çalışanlarının buralarda araya girip doğrunun yaygınlaşması adına konuya el atması önemlidir. Kitle iletişim araçları kullanılarak toplum sağlığı açısından önemli olan sigara, uyuşturucu, organ bağıışı, obezite, doğum kontrolü, salgın hastalıklar gibi konularda bilinçlendirme yapılması gerekmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Gözlemsel ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi gebe polikliniğine başvuran gebelerin OGTT yaptırma durumlarını incelemek, OGTT yaptırmak istemeyenlerin OGTT yaptırmama nedenlerini bulmak, OGTT ve GDM bilgi düzeylerini incelemek ve medyanın sağlık fikirleri üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.05.2018 tarih ve 07 sayılı karar numarasıyla onay alınmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Örnekleme**

Literatür taranarak oluşturulmuş, sosyodemografik özelliklerin de yer aldığı 37 soruluk anket, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Mayıs-Temmuz 2018 tarihleri arasında, KSÜ Tıp Fakültesi gebe polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere uygulandı. Örneklem hesaplama yöntemiyle, gebe polikliniğine günlük 40 hastanın başvurduğu ve bunların da 30'una anket uygulandığı düşünülerek; %5 hata payıyla ve %95 güven aralığında, evren büyüklüğü 1800, örneklem büyüklüğü ise 317 gebe olarak hesaplandı. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldı.

#### **3.3. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri**

##### **1.Dahil etme kriterleri:**

- a) KSÜ Tıp Fakültesine gebe polikliniğine başvuran tüm gebeler
- b) Ankete gönüllü katılmak istemek
- c) 18 yaş ve üstü olmak

##### **2.Dışlama kriterleri:**

- a) KSÜ Tıp Fakültesine gebe polikliniğine başvurup ankete katılmak istememek
- b)18 yaşın altında olmak

#### **3.3. Verilerin Toplanması**

Anket yapıldığı sırada gebelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmak isteyenlerin yazılı onamları alınmıştır.

### **3.3.1.Hasta bilgi ve demografik veriler formu**

Bu çalışma için daha önce yapılmış benzer çalışmalar literatür taranarak gözden geçirilmiştir. Çalışma anket halinde uygulanmış olup 37 sorudan oluşmaktadır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır.

Yaş, meslek, ikamet yeri, gelir durumu, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgiler; kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı; kaçınıcı gebelik olduğu, kaçınıcı gebelik haftasında olduğu, düzenli kontrol yaptırıp yaptırmadığı, düzenli kontrolün nerede yapıldığı gibi şu anki gebelik durumuyla ilgili bilgiler; OGTT'nin nasıl yapıldığını bilip bilmeme, kimlere yapılması gerektiği, ne zaman yapılması gerektiği gibi OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile ilgili bilgiler ve ailede diyabet varlığı gibi GDM risk faktörü olabilecek durumlar sorgulanmıştır. GDM risk faktörü olabilecek durumlar için yapılan analizde kronik hastalığı olan gebeler dışlanmıştır. OGTT sonucu gebelerden sözel olarak alınmıştır. Medyanın sağlık fikirlerimiz üzerine etkileri ile ilgili sorular yöneltmiştir. Toplam 37 soruluk anket formu 10 dakika süren yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

### **3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenlerde istatistik parametreleri, frekans (n) ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir. Gruplara göre frekans dağılımları arasındaki ilişkiler Kikare testi ve Fisher exact testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22 paket programından yararlanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 18 yaşından büyük olan ve araştırmamıza katılmayı kabul eden 317 gebe alınmıştır. Çalışma gebeler üzerinde yapıldığından dolayı katılımcıların hepsi kadın cinsiyettedir. Katılımcıların yaşı 4 gruba ayrılmış olup çoğunluğunu 111 (%35) kişi ile 24-29 yaş aralığı oluşturmaktaydı. Meslek grubunda ev hanımlarının oranı 274 (%86) kişi ile daha yüksekti. Çalışmadaki gebelerin 190'ı (%59,9) şehir merkezinde ikamet ediyordu. Eğitim durumu olarak baktığımızda okur-yazar olmayanlar en az oranı oluştururken (n=9, %2,8), ilkokul mezunu olanlar çoğunlukta idi (n=99, %31,2). Üniversite mezunlarının sayısı 63'tü (%19). Gelir durumu 5 grupta incelendi ve 1300-2000 TL arası gelire sahip olan grup çoğunluğu oluşturmaktaydı (n=152, %47,9). Gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 8' de verilmiştir.

**Tablo 8.** Sosyodemografik Özellikler

		n	%
Yaş	18-23	67	21,1
	24-29	111	35,0
	30-35	92	29,0
	36 ve üzeri	47	14,8
Meslek	Ev hanımı	274	86,4
	Memur	24	7,6
	Serbest meslek	4	1,3
	İşçi	2	0,6
	Diğer	13	4,1
Oturlan yer	Şehir	190	59,9
	İlçe	64	20,2
	Kasaba veya köy	63	19,9
Eğitim durumu	Okur yazar değil	9	2,8
	İlkokul	99	31,2
	Ortaokul	72	22,7
	Lise	74	23,3
	Üniversite	63	19,9
Gelir durumu	1300 TL.nin altında	16	5,0
	1300-2000 TL.	152	47,9
	2001-3000 TL.	89	28,1
	3001-5000 TL.	54	17,0
	5001 TL.ve üzeri	6	1,9

Kronik hastalığı olmayanların sayısı 258 (%81,4), kronik hastalığı olanların sayısı da 59'du (%18,6). Çalışmaya katılanlarda en sık görülen kronik hastalık tiroid hastalıklarıydı ve kronik hastalığa sahip gebelerin 20'sinde (%33,9) bulunmaktaydı. Gebelerin 11'inde kalp ile ilgili hastalık, 10'unda diyabet, 8'inde astım, 6'sında hipertansiyon, 5'inde romatolojik hastalık, 2'sinde de psikolojik hastalık vardı. Dokuz gebe de diğer başka hastalıklara sahipti. Bazı gebelerin birden fazla hastalığı bulunmaktaydı. Gebelerin 42'sinde (%13,2) sürekli ilaç kullanma durumu vardı.

Gebelerin tamamı düzenli kontrole bir sağlık kuruluşuna gidiyordu. Gebelerden 281'i (%88,2) düzenli kontrol için devlet veya üniversite hastanesine, 62'si (%19,2) özel hastaneye, 16'sı (%5) aile hekimliğine ve 1'i (%0,3) de diğer başka bir yere düzenli kontrol için gidiyordu. Düzenli kontrolünü birden fazla sağlık kuruluşunda yaptıran gebeler de vardı.

Gebelik sayısına baktığımızda en büyük oranı oluşturan 78 (%24,6) kişi ile ilk gebeliklerdi. Gebelik sayısı 6 ve üzeri olanlar 26 kişiydi (%8,2). Gebeler gebelik haftası için 4 gruba ayrıldı. Anket yapıldığı sırada gebelik haftasına baktığımızda en büyük oranı oluşturan 29-41 hafta grubuydu (n=142, %44,8). Sadece 8 (%2,5) kişi ikiz veya üçüz gebeliğe sahipti ve diğer tüm gebelerin (n=309; %97,5) tekil gebeliği vardı. Tablo 9'da kronik hastalık ve gebelik durumuyla ilgili istatistikler verilmiştir.

**Tablo 9.** Kronik Hastalık Durumu ve Gebelik Özellikleri

		n	%
Kronik hastalık varlığı	Evet	59	18,6
	Hayır	258	81,4
Hipertansiyon	Var	6	10,2
	Yok	53	89,8
Astım	Var	8	13,6
	Yok	51	86,4
Diyabetes Mellitus	Var	10	16,9
	Yok	49	83,1
Kalp hastalığı	Var	11	18,3
	Yok	49	81,7
Tiroid hastalığı	Var	20	33,9
	Yok	39	66,1
Romatolojik hastalık	Var	5	8,5
	Yok	54	91,5
Psikolojik hastalık	Var	2	3,4
	Yok	57	96,6
Diğer hastalıklar	Var	9	15,3
	Yok	50	84,7
İlaç kullanımı	Evet	42	13,2
	Hayır	275	86,8
Düzenli kontrol	Evet	317	100,0
	Hayır	0	0,0
Aile hekiminde düzenli kontrol	Evet	16	5,0
	Hayır	301	95,0
Devlet veya üniversite Hastanesinde düzenli kontrol	Evet	281	88,6
	Hayır	36	11,4
Özel hastanede düzenli kontrol	Evet	62	19,6
	Hayır	255	80,4
Diğer yerlerde düzenli kontrol	Evet	1	0,3
	Hayır	316	99,7
Kaçınıcı gebelik	1	78	24,6
	2	69	21,8
	3	73	23,0
	4	55	17,4
	5	16	5,0
	6 ve üzeri	26	8,2
Gebelik haftası	0-13	65	20,5
	14-23	58	18,3
	24-28	52	16,4
	29-41	142	44,8
Gebelik durumu	Tekil	309	97,5
	ikiz veya üçüz	8	2,5

Gebelerin 68'i (%21,5) OGTT'nin nasıl yapıldığını bilmiyordu. Gebelerin 214'ü (%67,5) OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan, 118'i (%37,2) çevresinden, 124'ü (%39,1)



televizyon ve internetten, 8'i (%2,5) ebe veya hemşireden, 18'i (%5,7) de diğer kaynaklardan edindiğini söylemekteyken bazı gebeler de OGTT ile ilgili bilgiyi birden fazla kaynaktan edindiğini söylüyordu. Bilgiyi doktordan aldığını söyleyen grup çoğunluğu oluşturuyordu. OGTT'nin yapıldığı hafta ile ilgili soruya 124 (%39,1) gebe doğru yanıt vermişti. Gebelerin 138'i (%43,5) tüm gebelere ve 125'i (%39,4) riskli gebelere OGTT yapılması gerektiğini söylüyorken, 54'ü (%17) hiç yapılmaması gerektiğini belirtiyordu.

Gebelerin 90'ı (%28,4) OGTT'nin zararlı olduğunu düşünürken, 105'i (%33,1) zararsız olduğunu düşünmekteydi; 122'si (%38,5) ise bu konuda kararsızdı. OGTT'yi zararlı görenlere ve zarar konusunda kararsız olanlara, OGTT'nin zararının ne olabileceği ile ilgili bir başka soru yöneltilmiştir. Gebelerden 2'si (%0,9) OGTT'nin erken doğuma yol açabileceğini, 4'ü (%1,9) bebeğin eşine zarar verebileceğini, 2'si (%0,9) bebeğin özürsüz doğmasına yol açabileceğini, 96'sı (%45,3) bebeğe zarar verebileceğini, 4'ü (%1,9) anneye zarar verebileceğini, 9'u (%4,2) annenin gebeliğinin sıkıntılı geçmesine neden olabileceğini, 4'ü (%1,9) düşüklere neden olabileceğini, 5'i (%2,4) sonraki gebeliği etkileyebileceğini, 90'ı (%42,5) da zararının olduğunu ama ne zarar verebileceği ile ilgili bilgisi olmadığını söylemiştir. Bazı gebeler bu soruya birden fazla yanıt vermiştir.

GDM'nin oluşturabileceği zararlar da tüm gebelere soruldu. Gebelerin 43'ü (%13,6) GDM'nin düşüklere neden olabileceğini, 44'ü (%13,9) özürsüz bebek doğmasına sebep olabileceğini, 32'si (%10,1) gebelik zehirlenmesi ihtimalini arttırabileceğini, 44'ü (%13,9) bebeğin suyunun fazla olmasına neden olabileceğini, 88'i (%27,8) bebeğin kilosunun fazla olmasına yol açabileceğini, 20'si (%6,3) sezaryen ihtimalini arttırabileceğini, 53'ü (%16,7) erken doğum riskini arttırabileceğini, 51'i (%16,1) ani bebek ölümüne neden olabileceğini söylemiştir. GDM'nin zararları ile ilgili sorularda en fazla doğru bilinen cevap GDM'nin bebeğin kilosunu arttırabileceğiydi. Gebelerden 133'ü (%42) GDM'nin zararını bilmediğini belirtmiştir. Bazı gebeler GDM'nin zararlarıyla ilgili soruya birden fazla cevap vermiştir. Tablo 10 ve 11'de OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile ilgili istatistikler verilmiştir.

**Tablo 10.** OGTT ile İlgili Bilgi Düzeyi Ve Bilgiyi Edinme Şekli

		N	%
OGTT'nin nasıl yapıldığını biliyorum.	Evet	249	78,5
	Hayır	68	21,5
OGTT gizli şekeri ortaya çıkarır mı?	Evet	112	35,3
	Hayır	46	14,5
	Bilmiyorum	159	50,2
OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan aldım.	Evet	214	67,5
	Hayır	103	32,5
OGTT ile ilgili bilgiyi çevremden aldım.	Evet	118	37,2
	Hayır	199	62,8
OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten aldım.	Evet	124	39,1
	Hayır	193	60,9
OGTT ile ilgili bilgiyi ebe veya hemşireden edindim.	Evet	8	2,5
	Hayır	309	97,5
OGTT ile ilgili bilgiyi diğer kaynaklardan edindim.	Evet	18	5,7
	Hayır	299	94,3
OGTT hangi haftalarda yapılmaktadır?	0-14	4	1,3
	14-24	52	16,4
	24-28	124	39,1
	28-41	5	1,6
	Bilmiyorum	132	41,6
OGTT hangi gebelere yapılmalıdır?	Tüm gebeler	138	43,5
	Riskli gebeler	125	39,4
	Hiç yapılmamalı	54	17,0
OGTT zararlı mıdır?	Evet	90	28,4
	Hayır	105	33,1
	Kararsızım	122	38,5
OGTT erken doğuma sebep olabilir mi?	Evet	2	0,9
	Hayır	210	99,1
OGTT bebeğin eşine zarar verebilir mi?	Evet	4	1,9
	Hayır	208	98,1
OGTT bebeğin özürülü olmasına neden olabilir mi?	Evet	2	0,9
	Hayır	210	99,1
OGTT bebeğe zarar verebilir mi?	Evet	96	45,3
	Hayır	116	54,7
OGTT anneye zarar verebilir mi?	Evet	4	1,9
	Hayır	208	98,1
OGTT annenin gebeliğini sıkıntılı geçirir mi?	Evet	9	4,2
	Hayır	203	95,8
OGTT düşüklere neden olabilir mi?	Evet	4	1,9
	Hayır	208	98,1
OGTT sonraki gebeliği etkileyebilir mi?	Evet	5	2,4
	Hayır	207	97,6
OGTT yaptırmanın zararı var ama zararını bilmiyorum.	Evet	90	42,5
	Hayır	122	57,5

**Tablo 11.** GDM İle İlgili Bilgi düzeyi

GDM düşüklere neden olabilir mi?	Evet	43	13,6
	Hayır	274	86,4
GDM özürlü bebeğe neden olabilir mi?	Evet	44	13,9
	Hayır	273	86,1
GDM gebelik zehirlenmesi ihtimalini arttırır mı?	Evet	32	10,1
	Hayır	285	89,9
GDM de bebeğin suyu fazla olabilir mi?	Evet	44	13,9
	Hayır	273	86,1
GDM de bebeğin kilosu fazla olabilir mi?	Evet	88	27,8
	Hayır	229	72,2
GDM de sezaryan oranı daha mı fazla?	Evet	20	6,3
	Hayır	297	93,7
GDM de erken doğum riski daha mı fazla?	Evet	53	16,7
	Hayır	264	83,3
GDM de ani bebek ölümü daha mı fazla?	Evet	51	16,1
	Hayır	266	83,9
GDM'nin zararlarını bilmiyorum.	Evet	133	42,0
	Hayır	184	58,0

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin sosyodemografik özellikleri arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi için analiz yapılmıştır. Bilgi düzeyi ile ilgili sorulardan bazıları birden fazla şık işaretlemeye uygun olduğu için bu soruların şıklarının her biri ayrı bir soru haline getirilip diğer sorularla birlikte toplam 23 soru oluşturulmuştur ve kıyaslama her bir soru için yapılmıştır. OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin yaş grubu arasındaki ilişki Tablo 15'te görülmektedir. GDM'nin düşüklere neden olma ihtimalini arttırdığı bilgisi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup (**p=0,002**) 30-35 yaş grubunun (%23,9) bu bilgiye daha fazla inandıkları tespit edilmiştir. GDM'nin özürlü bebek doğma ihtimalini arttırdığı bilgisi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup (**p=0,030**) 36 yaş ve üzeri grubun (%23,4) bu bilgiye daha fazla katıldıkları görülmüştür. Diğer bilgi düzeyleri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12.** Yaşın OGTT Ve GDM ile İlgili Bilgi Düzeyine Etkisi Ve Bilgiyi Edinme Şekli

		Yaş								P
		18-23		24-29		30-35		36 ve üzeri		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
OGTT'nin nasıl yapıldığını biliyorum.	evet	45	67,2	88	79,3	78	84,8	38	80,9	0,06
	hayır	22	32,8	23	20,7	14	15,2	9	19,1	
OGTT gizli şekeri ortaya çıkarır mı?	evet	22	32,8	50	45,0	27	29,3	13	27,7	0,07
	hayır	15	22,4	12	10,8	12	13,0	7	14,9	
	bilmiyorum	30	44,8	49	44,1	53	57,6	27	57,4	
OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan aldım.	evet	40	59,7	75	67,6	66	71,7	33	70,2	0,43
	hayır	27	40,3	36	32,4	26	28,3	14	29,8	
OGTT ile ilgili bilgiyi çevremden aldım.	evet	32	47,8	37	33,3	35	38,0	14	29,8	0,17
	hayır	35	52,2	74	66,7	57	62,0	33	70,2	
OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten aldım.	evet	25	37,3	40	36,0	38	41,3	21	44,7	0,72
	hayır	42	62,7	71	64,0	54	58,7	26	55,3	
OGTT ile ilgili bilgiyi ebe veya hemşireden edindim	evet	0	0,0	4	3,6	1	1,1	3	6,4	0,12
	hayır	67	100,0	107	96,4	91	98,9	44	93,6	
OGTT ile ilgili bilgiyi diğer kaynaklardan edindim.	evet	4	6,0	7	6,3	6	6,5	1	2,1	0,72
	hayır	63	94,0	104	93,7	86	93,5	46	97,9	
OGTT hangi haftalarda yapılmaktadır?	0-14	2	3,0	1	0,9	1	1,1	0	0,0	0,46
	14-24	12	17,9	16	14,4	18	19,6	6	12,8	
	24-28	28	41,8	52	46,8	29	31,5	15	31,9	
	28-41	0	0,0	2	1,8	2	2,2	1	2,1	
	bilmiyorum	25	37,3	40	36,0	42	45,7	25	53,2	
OGTT hangi gebelere yapılmalıdır?	tüm gebeler	27	40,3	59	53,2	29	31,5	23	48,9	0,09
	riskli gebeler	27	40,3	36	32,4	44	47,8	18	38,3	
	hiç yapılmalı	13	19,4	16	14,4	19	20,7	6	12,8	
OGTT zararlı mıdır?	evet	19	28,4	23	20,7	36	39,1	12	25,5	0,13
	hayır	22	32,8	40	36,0	24	26,1	19	40,4	
	kararsızım	26	38,8	48	43,2	32	34,8	16	34,0	
OGTT erken doğuma sebep olabilir mi?	evet	1	2,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0,60
	hayır	44	97,8	70	98,6	68	100,0	28	100,0	
OGTT bebeğin eşine zarar verebilir mi?	evet	1	2,2	2	2,8	1	1,5	0	0,0	0,81
	hayır	44	97,8	69	97,2	67	98,5	28	100,0	
OGTT bebeğin özürülü olmasına neden olabilir mi?	evet	0	0,0	1	1,4	1	1,5	0	0,0	0,79
	hayır	45	100,0	70	98,6	67	98,5	28	100,0	
OGTT bebeğe zarar verebilir mi?	evet	22	48,9	31	43,7	31	45,6	12	42,9	0,94
	hayır	23	51,1	40	56,3	37	54,4	16	57,1	
OGTT anneye zarar verebilir mi?	evet	2	4,4	2	2,8	0	0,0	0	0,0	0,29
	hayır	43	95,6	69	97,2	68	100,0	28	100,0	

OGTT annenin gebeliğini sıkıntılı geçirir mi?	evet	2	4,4	0	0,0	5	7,4	2	7,1	0,15
	hayır	43	95,6	71	100,0	63	92,6	26	92,9	
OGTT düşüklere neden olabilir mi?	evet	2	4,4	1	1,4	1	1,5	0	0,0	0,52
	hayır	43	95,6	70	98,6	67	98,5	28	100,0	
OGTT sonraki gebeliği etkileyebilir mi?	evet	0	0,0	3	4,2	2	2,9	0	0,0	0,40
	hayır	45	100,0	68	95,8	66	97,1	28	100,0	
OGTT yaptırmanın zararı var ama zararını bilmiyorum.	evet	17	37,8	31	43,7	28	41,2	14	50,0	0,77
	hayır	28	62,2	40	56,3	40	58,8	14	50,0	
GDM düşüklere neden olabilir mi?	evet	4	6,0	9	8,1	22	23,9	8	17,0	0,002*
	hayır	63	94,0	102	91,9	70	76,1	39	83,0	
GDM özürlü bebeğe neden olabilir mi?	evet	5	7,5	11	9,9	17	18,5	11	23,4	0,030*
	hayır	62	92,5	100	90,1	75	81,5	36	76,6	
GDM gebelik zehirlenmesi ihtimalini artırır mı?	evet	4	6,0	7	6,3	13	14,1	8	17,0	0,07
	hayır	63	94,0	104	93,7	79	85,9	39	83,0	
GDM de bebeğin suyu fazla olabilir mi?	evet	8	11,9	14	12,6	13	14,1	9	19,1	0,69
	hayır	59	88,1	97	87,4	79	85,9	38	80,9	
GDM de bebeğin kilosu fazla olabilir mi?	evet	15	22,4	34	30,6	22	23,9	17	36,2	0,29
	hayır	52	77,6	77	69,4	70	76,1	30	63,8	
GDM de sezaryan oranı daha mı fazla?	evet	4	6,0	8	7,2	4f	4,3	4	8,5	0,77
	hayır	63	94,0	103	92,8	88	95,7	43	91,5	
GDM de erken doğum riski daha mı fazla?	evet	13	19,4	18	16,2	13	14,1	9	19,1	0,80
	hayır	54	80,6	93	83,8	79	85,9	38	80,9	
GDM de ani bebek ölümü daha mı fazla?	evet	4	6,0	17	15,3	20	21,7	10	21,3	0,07
	hayır	63	94,0	94	84,7	72	78,3	37	78,7	
GDM'nin zararlarını bilmiyorum.	evet	31	46,3	50	45,0	37	40,2	15	31,9	0,39
	hayır	36	53,7	61	55,0	55	59,8	32	68,1	

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin meslekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT ile ilgili bilgiyi ebe veya hemşireden edinme ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,030$ ) memur olan gebelerin (%12,5) diğer meslek gruplarına göre ebe veya hemşireden bilgi edinme oranı daha yüksektir. OGTT anneye zarar verir fikri ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p<0,001$ ) serbest meslek grubunun (%33,6) bu fikre daha fazla katıldıkları görülmüştür. GDM'de sezaryen oranı daha fazla bilgisi ile meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p<0,001$ ) memur olan grubun (%29,2) bu bilgiye daha fazla katıldıkları gözlenmiştir. Diğer bilgi düzeyleri ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin ikamet ettikleri yer arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edindiğini söyleyenler ile

oturulan yer arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,003**); şehirde (%44,2) ve ilçede (%42,2) oturanların OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edinme oranı kasaba ve köyde oturanlara (%20,6) göre daha fazladır. Diğer bilgi düzeyleri ile oturulan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin eğitim durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT düşüklere neden olabilir fikri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,008**) lise mezunu olan gebelerin (%8,3) bu fikre daha fazla katıldıkları saptanmıştır. Diğer tüm gruplar bu bilgiye katılmadıklarını belirtmiştir. GDM durumunda düşük yapma ihtimali artar bilgisi ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki olup (**p=0,032**) bu bilgiye katılma oranı ilkokul mezunlarında (%19,2) ve lise mezunlarında (%17,6) daha fazla bulunmuştur. Okur-yazar olmayanların (n=9) tamamı bu bilgiye katılmamıştır. Diğer bilgi düzeyleri ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerin gelir durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT ile ilgili bilgiyi çevreden edinme ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,034**) gelir durumu 2001-3000 TL arasında (%43,8) olanlarda bu oran diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edinme ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,001**) gelir durumu 3001-5000 TL arası olanlarda bu oran (%59,3) diğerlerine göre daha yüksek tespit edilmiştir. OGTT'nin yapıldığı haftayı doğru bilenler ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) 3001-5000 (%50) ve 5000 TL üzeri (%50) gelire sahip olanların bu bilgiye sahip olma oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bilgiye en az sahip olma oranına ise 1300 TL altı (%25) gelire sahip olanlarda rastlanılmıştır. OGTT, özürlü bebeğe neden olabilir fikri ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) gelir durumu 5000 TL üzeri olanların (%33,3) bu fikre diğerlerine oranla daha fazla katıldıkları görülmüştür. GDM, özürlü bebek doğurma ihtimalini artırır yanıtıyla gelir durumu arasında anlamlı ilişki olup (**p=0,001**) 5000 TL üzeri (%66,7) gelire sahip olanların bu bilgiye daha fazla katıldıkları ve bu bilgiye katılıyorum diyenlerden en az orana sahip olanların da 1300 TL altı (%6,3) gelire sahip gebeler olduğu bulunmuştur. GDM'de bebeğin kilosu fazla olabilir bilgisi ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,014**) 5000 TL üzeri (%66,7) gelire sahip olanların bu bilgiye daha fazla katıldıkları ve bu bilgiye katılıyorum diyenlerden en az orana sahip olanların da 1300 TL altı (%6,3) gelire sahip gebeler olduğu tespit edilmiştir. GDM'de sezaryen oranı daha fazla bilgisi ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) 5000 TL üzeri (%50) gelire sahip olanların bu bilgiye

daha fazla katıldıkları ve bu bilgiye katılıyor diyenlerden en az orana sahip olanların 1300 TL altı (%0) gelire sahip gebeler olduğu görülmüştür. GDM'de erken doğum riski daha fazla bilgisi ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,006**) 5000 TL üzeri (%66,7) gelire sahip olanların bu bilgiye daha fazla katıldıkları ve bu bilgiye katılıyor diyenlerden en az orana sahip olanların 1300 TL altı (%0) gelire sahip olan gebeler olduğu tespit edilmiştir. GDM'nin zararlarını bilmediğini söyleyenler ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,003**) 1300 TL altı (%81,3) gelire sahip olanlarda bilmiyorum yanıtı oranı daha fazla tespit edilmiştir. Ayrıca 5000 TL üzeri gelire sahip olanların hiç biri GDM'nin zararlarını bilmiyorum yanıtını vermemiştir. Diğer bilgi düzeyleri ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile kronik hastalığa sahip olma arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT bilgisini çevreden edinme ile kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,036**) kronik hastalığa sahip olanlarda çevreden bilgi edinme oranı (%49,2) kronik hastalığı olmayanlara göre (%34,5) daha yüksek bulunmuştur. OGTT zararlıdır fikri ile kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,034**) kronik hastalığa sahip olanların (%33,9) bu fikre kronik hastalığı olmayanlara göre (%27,1) daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. OGTT sonraki gebeliği etkileyebilir fikri ile kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,007**) kronik hastalığa sahip olanlarda (%8,8) bu fikre katılma oranı kronik hastalığı olmayanlara göre(%1,1) daha fazla oranda bulunmuştur. GDM'de bebeğin kilosu fazla olabilir bilgisi ile kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,033**) kronik hastalığa sahip olanların (%39) bu bilgiye kronik hastalığı olmayanlara göre (%25,2) daha fazla katıldıkları görülmüştür. Diğer bilgi düzeyleri ile kronik hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelerde sürekli ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT zararlıdır fikri ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,048**) sürekli ilaç kullananların (%38,1) bu fikre sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%26,9) daha yüksek oranda katıldıkları görülmüştür. OGTT sonraki gebeliği etkileyebilir fikri ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,048**) sürekli ilaç kullananların (%8) bu fikre sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%1,6) daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. GDM 'de düşüklere neden olma ihtimali artar bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,037**) sürekli ilaç kullananların (%23,8) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%12) daha fazla oranda katıldıkları bulunmuştur. GDM 'de özürlü bebek doğma ihtimali artar bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı

arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,013$ ) sürekli ilaç kullananların (%26,2) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%12) daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. GDM 'de gebelik zehirlenmesi ihtimali artar bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,039$ ) sürekli ilaç kullananların (%19) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%8,7) daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. GDM 'de bebeğin suyu fazla olabilir bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,046$ ) sürekli ilaç kullananların (%23,8) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%12,4) daha fazla oranda katıldıkları bulunmuştur. GDM 'de bebeğin kilosu fazla olabilir bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,019$ ) sürekli ilaç kullananların (%42,9) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%25,5) daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. GDM 'de erken doğum riski daha fazla bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,027$ ) sürekli ilaç kullananların (%28,6) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%14,9) daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. GDM 'de ani bebek ölümü riski daha fazla bilgisi ile sürekli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,018$ ) sürekli ilaç kullananların (%28,6) bu bilgiye sürekli ilaç kullanmayanlara göre (%14,2) daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. Diğer bilgi düzeyleri ile kronik hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelikte düzenli kontrolün yapıldığı yer arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT gizli şekeri ortaya çıkarır bilgisiyle gebelerin düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptırap yaptırmaması arasında anlamlı ilişki olup ( $p=0,043$ ) düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptırmayanların (%36,9) bu bilgiye yaptıranlara göre (%6,3) daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. OGTT anneye zarar verebilir fikri ile gebelerin düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptırap yaptırmaması arasında anlamlı ilişki olup ( $p=0,038$ ) düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptıranların (%11,1) bu fikre yaptırmayanlara göre (%1,5) daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. OGTT düşüklere neden olabilir fikri ile gebelerin düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptırap yaptırmaması arasında anlamlı ilişki olup ( $p=0,038$ ) düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptıranların (%11,1) bu fikre yaptırmayanlara göre (%1,5) daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. Diğer bilgi düzeyleri ile düzenli kontrolün aile hekimliğinde yapıp yapılmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). OGTT ve GDM bilgi düzeyleri ile düzenli kontrolün devlet veya üniversite hastanesinde yaptırap yaptırmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ). GDM'de erken doğum riski daha fazla bilgisi ile düzenli kontrolün özel hastanede yapıp



yapılmaması arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,033**) düzenli kontrolünü özel hastanede yaptırılanlar (%25,8) yaptırmayanlara göre (%14,5) bu bilgiye daha fazla oranda katılmışlardır. Diğer bilgi düzeyleri ile düzenli kontrolün özel hastanede yapılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Düzenli kontrolünü diğer yerlerde yaptırılanların sayısı sadece 1 kişi olduğu için istatistiği yapılmamıştır.

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelik sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT'nin nasıl yapıldığını bilme ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) ilk gebeliğini yaşayanların (%55,1); 2. (%87), 3. (%90,4), 4. (%72,7), 5. (%93,8), 6. ve üzeri gebeliğini (%96,2) yaşayanlara göre OGTT'nin nasıl yapıldığını bilme oranının daha az olduğu bulunmuştur. OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan edinme ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) ilk gebeliğini yaşayanların (%47,4); 2. (%65,2), 3. (%79,5), 4. (%72,7), 5. (%75), 6. ve üzeri gebeliğini (%84,6) yaşayanlara göre OGTT hakkında doktordan bilgi edinme oranının daha az olduğu görülmüştür. OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edinme ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,010**) 5. gebeliğini yaşayanların (%12,5); 1. (%38,5), 2. (%40,6), 3. (%42,5), 4. (%29,1), 6. ve üzeri gebeliğini (%65,4) yaşayanlara göre OGTT hakkında televizyon ve internetten bilgi edinme oranının daha az olduğu tespit edilmiştir. GDM düşüklere neden olma ihtimalini artırır bilgisi ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,047**) ilk (%6,4) ve 2.gebeliğini yaşayanların (%8,7); 3. (%15,1), 4. (%20), 5. (%18,8), 6. ve üzeri gebeliğini (%26,9) yaşayanlara göre bu bilgiye daha az oranda katıldıkları görülmüştür. GDM'de erken doğum ihtimali artar bilgisi ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,022**) 3. (%5,5) ve 6. ve üzeri gebeliğini yaşayanların (%7,7); 1. (%23,1), 2. (%23,2), 4. (%20) ve 5.gebeliğini (%12,5) yaşayanlara göre bu bilgiye daha az oranda katıldıkları tespit edilmiştir. Diğer bilgi düzeyleri ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

OGTT ve GDM bilgi düzeyi ile gebelik haftası arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan edinme ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,006**) 0-13 (%53,8) ve 14-23 haftalık gebeliği olanların (%58,6), 24-28 haftalık (%73,1) ve 29-41 haftalık gebeliği olanlara (%75,4) göre OGTT hakkında doktordan bilgi edinme oranının daha az olduğu bulunmuştur. OGTT 24-28 hafta arası yapılmaktadır bilgisi ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olup (**p<0,001**) 24-28 haftalık gebeliği olanların (%65,4); 0-13 (%18,5), 14-23 (%34,5) ve 29-41 haftalık olanlara (%40,8) göre bu bilgiye daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. OGTT erken doğuma sebep olabilir fikri ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,017**) 24-28 haftalık gebeliği

olanların (%5,7); 0-13 (%0), 14-23 (%0) ve 29-41 haftalık gebeliği olanlara (%0) göre bu fikre daha fazla oranda katıldıkları tespit edilmiştir. OGTT annenin gebeliğini sıkıntılı geçirebilir fikri ile gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,006**) 0-13 haftalık gebeliği olanların (%12,8); 14-23 (%0), 24-28 (%5,7) ve 29-41 haftalık gebeliği olanlara (%1,2) göre bu fikre daha fazla oranda katıldıkları görülmüştür. Diğer bilgi düzeyleri ile gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gebelerden 160'ı (%69,6) daha önce OGTT yaptırmıştır. Şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünenlerin sayısı ise 191 (%62,2) ve kararsızların sayısı ise 11'dir (%3,6). Bu gebeliğinde OGTT sonucu pozitif gelenlerin sayısı 20 (%10,5) ve anket yapıldığı sırada OGTT yaptırmayı düşünüp henüz yaptırmayanların sayısı 75'tir (%39,3). OGTT yaptırmayı düşünmeyenlere ve önceden diyabeti olanlara OGTT sonuçları sorulmamıştır. Tablo 13'te OGTT yaptırma durumu ile ilgili istatistikler verilmiştir.

**Tablo 13.** OGTT Yaptırma Durumu

		n	%
Daha önce OGTT yaptırdınız mı?	Evet	160	69,6
	Hayır	70	30,4
Bu gebelikte OGTT yaptıracak mısınız?	Evet	191	62,2
	Hayır	105	34,2
	Kararsızım	11	3,6
Bu gebeliğinizdeki OGTT sonucunuz nedir?	Gebelik şekeri var	20	10,5
	Gebelik şekeri yok	96	50,3
	Henüz yaptırmadım	75	39,3

Daha önce OGTT yaptırmış olmak ve şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 16). Ev hanımlarında, 36 yaş ve üzerinde olanlarda, 3001-5000 gelire sahip olanlarda daha önce OGTT yaptırma oranı daha yüksek olmasına rağmen daha önce OGTT yaptırmakla sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Oturulan yer ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup (**p=0,022**) OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme oranının köy-kasabada oturanlarda (%77), ilçede (%65,6) ve şehirde (%56,2) oturanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Memurlarda, 18-23 yaş arası olanlarda, üniversite mezunlarında ve 5000 üzeri gelire sahip olanlarda şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme oranı daha az olmasına rağmen yine sosyodemografik özellikler

ile OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14.** Sosyodemografik Özelliklerin OGTT Yaptırma Düşüncesine Etkisi

		Daha önce OGTT yaptırdınız mı?				p	Bu gebeliğinizde OGTT yapacağınız mı?						p
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		Kararsızım		
		N	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-23	24	15,0	13	18,6	0,642	36	18,8	29	27,6	2	18,2	0,542
	24-29	53	33,1	20	28,6		70	36,6	33	31,4	6	54,5	
	30-35	53	33,1	27	38,6		58	30,4	30	28,6	2	18,2	
	36 ve üzeri	30	18,8	10	14,3		27	14,1	13	12,4	1	9,1	
Meslek	Ev hanımı	146	91,3	62	88,6	0,286	169	88,5	87	82,9	9	81,8	0,332
	Memur	6	3,8	4	5,7		10	5,2	12	11,4	1	9,1	
	Serbest meslek	4	2,5	0	0,0		4	2,1	0	0,0	0	0,0	
	İşçi	0	0,0	1	1,4		2	1,0	0	0,0	0	0,0	
	Diğer	4	2,5	3	4,3		6	3,1	6	5,7	1	9,1	
Oturlan yer	Şehirde	96	60,0	38	54,3	0,654	104	54,5	75	71,4	6	54,5	0,022*
	İlçede	31	19,4	17	24,3		40	20,9	17	16,2	4	36,4	
	Kasaba veya köy	33	20,6	15	21,4		47	24,6	13	12,4	1	9,1	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	5	3,1	2	2,9	0,946	7	3,7	1	1,0	0	0,0	0,556
	İlkokul	55	34,4	25	35,7		59	30,9	32	30,5	4	36,4	
	Ortaokul	37	23,1	19	27,1		48	25,1	21	20,0	2	18,2	
	Lise	41	25,6	15	21,4		43	22,5	27	25,7	1	9,1	
	Üniversite	22	13,8	9	12,9		34	17,8	24	22,9	4	36,4	
Gelir durumu	1300 ün altında	8	5,0	5	7,1	0,064	10	5,2	6	5,7	0	0,0	0,621
	1300-2000	82	51,2	32	45,7		100	52,4	41	39,0	5	45,5	
	2001-3000	43	26,9	25	35,7		49	25,7	34	32,4	4	36,4	
	3001-5000	27	16,9	6	8,6		29	15,2	21	20,0	2	18,2	
	5001 ve üzeri	0	0,0	2	2,9		3	1,6	3	2,9	0	0,0	

Kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, kontrolün yapıldığı yer ve gebelik durumu ile daha önce OGTT yaptırmış olmak ve şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 17). Gebelik sayısı ile daha önce OGTT yaptırmış olmak arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p<0,001$ ) 2. (%58,5) ve 4. gebeliği olanlar (%53,8); 3. (86,1), 5. (%73,3), 6. ve üzeri (%80,8) gebeliği olanlara göre daha az oranda daha önce OGTT yaptırmış. Düzenli kontrolün yapıldığı yer (aile hekimi, devlet veya üniversite hastanesi, özel hastane), kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı ve gebelik haftası ile daha önceki gebeliğinde OGTT yaptırmış olma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Gebelik sayısı ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme arasında anlamlı ilişki olup ( $p=0,035$ ) 1.gebeliği olanların (%46,1) daha az oranda OGTT yaptırdığı veya yaptırmayı düşündüğü tespit edilmiştir. Gebelik haftası ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşünme arasında anlamlı ilişki olup ( $p=0,022$ ) 0-13 haftalık gebeliği olanların (%53,1) daha az oranda şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırmış veya yaptırmayı düşündüğü görülmüştür. Düzenli kontrolün yapıldığı yer (aile hekimi, devlet veya üniversite hastanesi, özel hastane), kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma veya yaptırmayı düşünme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.** Kronik Hastalık Varlığının, Sürekli İlaç Kullanımının, Kontrolün Yapıldığı Yerin ve Gebelik Durumunun OGTT Yaptırma Düşüncesine Etkisi

		Daha önce OGTT yaptırıldınız mı?				p	Bu gebeliğinizde OGTT yaptırılacak mısınız?						p
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		Kararsızım		
		n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı	Evet	29	18,1	10	14,3	0,475	30	15,7	17	16,2	2	18,2	0,973
	Hayır	131	81,9	60	85,7		161	84,3	88	83,8	9	81,8	
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	20	12,5	7	10,0	0,588	20	10,5	13	12,4	1	9,1	0,862
	Hayır	140	87,5	63	90,0		171	89,5	92	87,6	10	90,9	
Düzenli kontrol	Evet	160	100,0	70	100,0	-	191	100,0	105	100,0	11	100,0	-
	Hayır	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Düzenli kontrolün yapıldığı yer aile hekimi	Evet	11	6,9	1	1,4	0,087	11	5,8	4	3,8	0	0,0	0,565
	Hayır	149	93,1	69	98,6		180	94,2	101	96,2	11	100,0	
Düzenli kontrolün yapıldığı yer devlet üniversite hastanesi	Evet	145	90,6	65	92,9	0,580	172	90,1	91	86,7	10	90,9	0,659
	Hayır	15	9,4	5	7,1		19	9,9	14	13,3	1	9,1	
Düzenli kontrolün yapıldığı yer özel hastane	Evet	28	17,5	8	11,4	0,244	34	17,8	25	23,8	1	9,1	0,309
	Hayır	132	82,5	62	88,6		157	82,2	80	76,2	10	90,9	
Düzenli kontrolün yapıldığı diğer yer	Evet	0	0,0	0	0,0	-	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0,737
	Hayır	160	100,0	70	100,0		190	99,5	105	100,0	11	100,0	
Kaçınıcı gebelik	1	0	0,0	0	0,0	<b>p&lt;0,001*</b>	35	18,3	34	32,4	7	63,6	<b>0,035*</b>
	2	38	23,8	27	38,6		46	24,1	20	19,0	1	9,1	
	3	62	38,8	10	14,3		46	24,1	25	23,8	1	9,1	
	4	28	17,5	24	34,3		36	18,8	16	15,2	0	0,0	
	5	11	6,9	4	5,7		10	5,2	3	2,9	1	9,1	
	6 ve üzeri	21	13,1	5	7,1		18	9,4	7	6,7	1	9,1	
Gebelik haftası	0-13	32	20,0	18	25,7	0,144	34	17,8	25	23,8	5	45,5	<b>0,022*</b>
	14-23	34	21,3	10	14,3		35	18,3	17	16,2	5	45,5	
	24-28	30	18,8	7	10,0		34	17,8	16	15,2	1	9,1	
	29-41	64	40,0	35	50,0		88	46,1	47	44,8	0	0,0	

OGTT'nin zararlı olduğu fikri ile OGTT yaptırma düşüncesi arasındaki ilişki incelenmiştir. OGTT'nin zararlı olduğu düşüncesi ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p<0,001$ ) OGTT'nin zararlı olduğunu düşünenlerin (%37,5) düşünmeyenlere göre (%85) çok daha az OGTT yaptırma oranına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3). OGTT zararı konusunda kararsız olanların %62,2'sinin OGTT yaptırma düşüncesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18). Diyabet hastası 10 kişiye OGTT yaptırma düşüncesi sorulmamıştır.

**Tablo 16.** OGTT Zararlıdır Fikri ile OGTT Yaptırma Düşüncesi Arasındaki İlişki

			OGTT zararlıdır			Toplam	p
			Evet	Hayır	Kararsızım		
OGTT yaptırma düşüncesi	Evet	n	33	85	73	191	<b>P&lt;0,001</b>
		%	37,5	85,0	61,3	62,2	
	Hayır	n	51	15	39	105	
		%	58,0	15,0	32,8	34,2	
	Kararsızım	n	4	0	7	11	
		%	4,5	0,0	5,9	3,6	
Toplam		n	88	100	119	307	
		%	100,0	100,0%	100,0	100,0	

Daha önce OGTT yaptırmak ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma veya yaptırmayı düşünme arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p<0,001$ ) daha önce OGTT yaptıranların bu gebeliğinde OGTT yaptırma veya yaptırmayı düşünme oranı (%75,4) daha önce yaptırmayanlara (%48,5) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19). İlk gebeliğini yaşayanlara ve diyabet hastalarına daha önce OGTT yaptırdınız mı sorusu sorulmamıştır.

**Tablo 17.** Daha Önce OGTT Yaptırma İle Bu Gebelikte OGTT Yaptırma Arasındaki İlişki

			Bu gebelikte OGTT düşüncesi			Toplam	p
			Evet	Hayır	Kararsızım		
Daha önce OGTT yaptırdınız mı?	Evet	n	120	37	2	159	<b>P&lt;0,001*</b>
		%	77,9	52,1	50,0	69,4	
	Hayır	n	34	34	2	70	
		%	22,1	47,9	50,0	30,6	
Toplam		n	154	71	4	229	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

OGTT zararlıdır fikri ile daha önce OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,002$ ) daha önce OGTT yaptırmayanların (%41,4) daha önce yaptıranlara (%23,7) göre daha fazla oranda OGTT zararlıdır fikrine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 20).

**Tablo 18.** OGTT Zararlı mıdır Sorusu İle Daha Önce OGTT Yaptırma Arasındaki ilişki

			OGTT zararlı mıdır?			Toplam	p
			Evet	Hayır	Kararsızım		
Daha önce OGTT yaptırınız mı?	Evet	n	38	62	60	160	<b>0,002</b>
		%	56,7	83,8	67,4	69,6	
	Hayır	n	29	12	29	70	
		%	43,3	16,2	32,6	30,4	
Toplam		n	67	74	89	230	
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	

OGTT'yi zararlı görenlere ve zarar konusunda kararsız olanlara bunun kaynağı soruldu. OGTT'nin zararlı olduğunu sağlık çalışanlarından öğrendiğini söyleyenlerin sayısı 8 (%3,8), televizyon veya internetten öğrendiğini söyleyenlerin sayısı 91 (%42,9), çevreden öğrendiğini söyleyenlerin sayısı 118 (%55,7), kendi fikri olduğunu söyleyenlerin sayısı 35 (%16,5)'ti. Bazı gebeler bu soruya birden fazla yanıt vermiştir.

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının sağlıkla ilgili fikirlerini etkilediğini söyleyen gebelerin sayısı 278'di (%87,7). Televizyondaki sağlık programlarından gebelerin 92'si (%29) az, 170'i (%53,6) orta ve 18'i (%5,7) çok etkilendiğini söylemiştir. Gebelerden 37'si (%11,7) etkilenmediğini belirtmiştir. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ile kıyaslandığında 306 (%96,5) gebe hekimine, 1 (%0,3) gebe televizyon programlarındakine daha çok güvendiğini söylemiştir. Gebelerin 10'u (%3,2) her ikisine de güvendiğini belirtmiştir. Televizyondaki sağlık haberleri denetlenmeli mi sorusuna 314 (%99,1) gebe evet yanıtını vermiştir. Tablo 12'de medyanın sağlık fikirlerimiz üzerine etkileri ile ilgili istatistikler verilmiştir.

**Tablo 19.** Medyanın Sağlık Fikirleri Üzerine Etkileri

		N	%
OGTT 'nin zararlı olduğunu sağlık çalışanından öğrendim.	Evet	8	3,8
	Hayır	204	96,2
OGTT' nin zararlı olduğunu televizyon ve internetten öğrendim.	Evet	91	42,9
	Hayır	121	57,1
OGTT 'nin zararlı olduğunu çevremden öğrendim.	Evet	118	55,7
	Hayır	94	44,3
OGTT nin zararlı olduğu kendi fikrimdir.	Evet	35	16,5
	Hayır	177	83,5
Televizyon programları sağlıkla ilgili fikirlerimi etkiliyor.	Evet	278	87,7
	Hayır	39	12,3
Televizyon programlarının sağlıkla ilgili fikirlerime etkisi	Az	92	29,0
	Orta	170	53,6
	Çok	18	5,7
	Etkilemiyor	37	11,7
Hangisine daha çok güveniyorsunuz?	Televizyon programına	1	0,3
	Hekimime	306	96,5
	Her ikisine	10	3,2
Televizyondaki sağlık haberleri denetlenmeli mi?	Evet	314	99,1
	Hayır	3	0,9

OGTT zarar fikrini televizyon ve internetten edinme ile daha önce OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,033$ ) OGTT zarar fikrini televizyon ve internetten edinenler (%71,8) edinmeyenlere (%55,3) göre daha fazla oranda daha önce OGTT yaptırmıştır. OGTT zarar fikrini çevresinden edinenlerin %36,6'sı, sağlık çalışanlarından edinenlerin %20'si, televizyon programından edinenlerin %28,2'si ve bu fikrin kendi düşüncesi olduğunu söyleyenlerin %51,7'sinin daha önce OGTT yaptırmadığı bulunmuştur. Televizyondaki sağlık programlarının sağlıkla ilgili fikirlerini az etkilediğini ve hiç etkilemediğini söyleyenlerin, orta ve çok etkilediğini söyleyenlere göre daha fazla oranda daha önce OGTT yaptırdığı görülmüştür. Ama aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Televizyondaki sağlık programı veya hekime güven arasındaki durum ile daha önce OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olup ( $p=0,002$ ) yalnızca hekimine güvendiğini belirtenler (%71,8) hem televizyondaki sağlık programına hem de hekimine güvendiğini belirtenlere (%22,2) göre daha fazla oranda daha önce OGTT yaptırmıştır. Televizyondaki sağlık programına daha çok güvenen sadece 1 gebedir ve bu gebe de daha önce OGTT yaptırmamıştır (Tablo 21).



Televizyondaki sağlık programlarının gebelerin sağlıkla ilgili fikirlerini etkileme derecesi ile bu gebeliğinde OGTT yaptırma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,001**) televizyondaki sağlık programlarının sağlıkla ilgili fikirlerini az etkilediğini (%76,7) ve hiç etkilemediğini (%77,8) düşünenlerin daha fazla oranda bu gebeliğinde OGTT yaptırma düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. OGTT'nin zararlı olduğu fikrini televizyon ve internetten edinenlerin %37,8'inin; sağlık çalışanından edinenlerin %75'inin, çevreden edinenlerin %42,5'inin, kendi fikri olduğunu söyleyenlerin %54'ünün bu gebeliğinde OGTT yaptırma düşüncesine sahip olmadığı görülmüştür. Ama OGTT zarar fikrinin edinildiği kaynakla bu gebeliğinde OGTT yaptırma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 20.** Medya ve OGTT Yaptırma Düşüncesi

		Daha önce OGTT				p	OGTT yapma düşüncesi						p
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		Kararsızım		
		n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
OGTT zarar fikrini Sağlık çalışanından edindim.	Evet	4	4,1	1	1,7	0,419	2	1,9	6	6,7	0	0,0	0,177
	Hayır	94	95,9	57	98,3		104	98,1	84	93,3	11	100,0	
OGTT zarar fikrini Televizyon programından edindim.	Evet	51	52,0	20	34,5	<b>0,033*</b>	53	50,0	34	37,8	3	27,3	0,122
	Hayır	47	48,0	38	65,5		53	50,0	56	62,2	8	72,7	
OGTT zarar fikrini çevremden edindim.	Evet	52	53,1	30	51,7	0,872	56	52,8	48	53,3	9	81,8	0,176
	Hayır	46	46,9	28	48,3		50	47,2	42	46,7	2	18,2	
OGTT zararı kendi düşüncemdir.	Evet	14	14,3	15	25,9	0,072	16	15,1	19	21,1	0	0,0	0,164
	Hayır	84	85,7	43	74,1		90	84,9	71	78,9	11	100,0	
Televizyon programları sağlıkla ilgili fikirlerimi etkiliyor.	Evet	143	89,4	62	88,6	0,857	162	84,8	96	91,4	11	100,0	0,114
	Hayır	17	10,6	8	11,4		29	15,2	9	8,6	0	0,0	
Televizyon programları sağlıkla ilgili fikirlerini ne kadar etkiliyor?	Az	55	34,4	14	20,0	0,118	69	36,1	21	20,0	0	0,0	<b>0,001*</b>
	Orta	79	49,4	44	62,9		86	45,0	67	63,8	10	90,9	
	Çok	9	5,6	6	8,6		8	4,2	9	8,6	1	9,1	
	Etkilemiyor	17	10,6	6	8,6		28	14,7	8	7,6	0	0,0	
Hangisine daha çok güveniyorsunuz	Televizyon programına	0	0,0	1	1,4	<b>0,002*</b>	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0,269
	Hekimime	158	98,8	62	88,6		187	97,9	98	93,3	11	100,0	
	Her ikisine	2	1,3	7	10,0		4	2,1	6	5,7	0	0,0	
Sağlık haberleri denetlenmeli midir?	Evet	159	99,4	68	97,1	0,170	188	98,4	105	100,0	11	100,0	0,399
	Hayır	1	0,6	2	2,9		3	1,6	0	0,0	0	0,0	

GDM öyküsü 24 (%10,4) gebede bulunmaktayken 136 (%59,1) gebede yoktu. Birden fazla gebeliği olan 70 (%30,4) gebe de daha önceki gebeliklerinde GDM taraması yaptırmadığını söyledi. GDM öyküsü ilk gebeliğini yaşayanlara ve önceden diyabet tanısı olanlara sorulmadı. Akrabalarında diyabet olduğunu söyleyen 170 (%53,9) gebe vardı. Birinci derece akrabasında diyabet olanların sayısı 106 (%62,4), ikinci derece akrabasında diyabet olanların sayısı 60 (%35,3), üçüncü derece akrabasında diyabet olanların sayısı 44'tü (%25,9). Bazı gebelerin birden fazla akrabasında diyabet vardı. Gebelerden 11'i (%4,7) iri bebek öyküsüne, 5'i (%2,1) polihidroamniyoz öyküsüne, 51'i (%21,5) ex fetus öyküsüne, 26'sı (%11) tekrarlayan düşük öyküsüne sahipti. Tablo 14'te GDM risk faktörü olabilecek durumlar görülmektedir.

**Tablo 21.** GDM Risk Faktörleri

		n	%
Önceki gebelikte GDM teşhisi	Evet	24	10,4
	Hayır	136	59,1
	Hiç yaptırmadım	70	30,4
Ailede diyabet	Evet	170	53,9
	Hayır	147	46,1
Birinci derece akrabada diyabet	Evet	106	62,4
	Hayır	64	37,6
İkinci derece akrabada diyabet	Evet	60	35,3
	Hayır	110	64,7
Üçüncü derece akrabada diyabet	Evet	44	25,9
	Hayır	126	74,1
Önceki gebeliklerde iri bebek öyküsü	Evet	11	4,7
	Hayır	225	95,3
Önceki gebeliklerde polihidroamniyoz öyküsü	Evet	5	2,1
	Hayır	231	97,9
Önceki gebeliklerde exfetus öyküsü	Evet	51	21,5
	Hayır	186	78,5
Tekrarlayan düşük öyküsü	Evet	26	11,0
	Hayır	210	89,0

GDM risk faktörlerini araştırmak için kronik hastalığı olanlar dışlanmış olup henüz OGTT yaptırmayanlar dahil edilmemiştir ve bu gebeliğindeki OGTT sonucu hastadan sözel olarak alınmıştır. Önceki gebeliğinde GDM'sinin olmasıyla bu gebeliğinde GDM tespit edilmesi arasında anlamlı bir ilişki olup (**p=0,002**) önceki gebeliğinde GDM'si

olanların (%75) GDM'si olmayanlara (%13,7) göre bu gebeliğinde GDM olma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci derece akrabasında DM olanların (%26,9) olmayanlara göre (%15) GDM görülme oranı daha fazla olmasına rağmen aralarında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ). İri bebek öyküsü olanların (%25) olmayanlara (%21) göre GDM görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Ex fetüs öyküsü olanların %23'ünde ve olmayanların da %21'inde bu gebeliğinde GDM tespit edilmiştir. Tekrarlayan düşükleri olanların hiç birinde bu gebeliğinde GDM görülmemiştir. Bu çalışmada kronik hastalık öyküsü olmayıp polihidroamniyoz öyküsü olan gebe bulunmamıştır (Tablo 22).

**Tablo 22.** GDM Risk Faktörleri İle OGTT Sonucu Arasındaki İlişki

		Kronik hastalık varlığı						P	Chi-square
		Hayır							
		OGTT sonuç							
		Gebelik şekeri var		Gebelik şekeri yok		Henüz yaptırmadım			
		n	%	n	%	n	%		
Önceki gebelikte GDM öyküsü	Evet	6	35,3	2	3,3	4	7,7	<b>0,002*</b>	16,939
	Hayır	7	41,2	44	72,1	35	67,3		
	Hiç yaptırmadım	4	23,5	15	24,6	13	25,0		
Ailede Diyabet	Evet	10	58,8	36	44,4	37	58,7	0,192	3,298
	Hayır	7	41,2	45	55,6	26	41,3		
Birinci derece akrabada diyabet	Evet	7	70,0	19	52,8	20	54,1	0,610	0,990
	Hayır	3	30,0	17	47,2	17	45,9		
İkinci derece akrabada diyabet	Evet	3	30,0	14	38,9	14	37,8	0,873	0,271
	Hayır	7	70,0	22	61,1	23	62,2		
Üçüncü derece akrabada diyabet	Evet	2	20,0	11	30,6	9	24,3	0,737	0,611
	Hayır	8	80,0	25	69,4	28	75,7		
İri bebek öyküsü	Evet	1	5,9	3	4,9	5	9,6	0,608	0,994
	Hayır	16	94,1	58	95,1	47	90,4		
Polihidramniyoz öyküsü	Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	Hayır	17	100,0	61	100,0	52	100,0		
Ex fetus öyküsü	Evet	3	17,6	10	16,1	16	30,8	0,154	3,745
	Hayır	14	82,4	52	83,9	36	69,2		
Tekrarlayan düşük öyküsü	Evet	0	0,0	10	16,4	6	11,5	0,187	3,358
	Hayır	17	100,0	51	83,6	46	88,5		

## 5.TARTIŞMA

GDM gebelik sırasında başlayan ya da ilk kez gebelikte fark edilen çeşitli derecedeki karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanmaktadır (1). Ülkemizdeki çalışmalarda GDM sıklığının %3-8 arasında değiştiği bulunmuştur (2,3). GDM anne ve bebek için morbidite ve mortaliteyi arttıran önemli bir gebelik komplikasyonudur. Bu yüzden erken tanınip erken tedavi edilmesi gereken önemli bir durumdur. GDM taramasının; düşük riskli gebelerde 24-28. haftalarda, yüksek riskli gebelerde ise ilk prenatal vizitte yapılması önerilmektedir. Tanıda OGTT'den faydalanılmaktadır. Tanı konulan gebelerin çoğunluğu yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilebilmektedir. Egzersiz ve diyet programlarıyla glisemik kontrol yeterince sağlanamayan gebelerde insülin tedavisi başlanmaktadır. Oral anti diyabetikler şu an için önerilmemektedir. Tanı konulup tedavisi başlanan gebelerin sıkı takip edilmesi ve gebenin konunun öneminin farkında olması komplikasyonları önleme açısından faydalı olacaktır.

Çalışmamıza 317 gebe katılmış olup bunların 59'u (%18,9) kronik hastalıklara sahipti. Bunların içinde de en sık görülen tiroid hastalıklarıydı (%33,9). Kılıçarslan'nın 340 gebe ile yaptığı bir çalışmada kronik hastalık oranı %2,9 olarak bulunmuştur ve gebelerin %30'unda tiroid hastalığı mevcuttur (23). Göv'ün yaptığı çalışmada 389 gebenin 30'unda (%7,7) kronik hastalık saptanmıştır (24). Bizim çalışmamızdaki kronik hastalık oranları diğer çalışmalardan yüksek olmakla birlikte tiroid hastalığı oranları benzerdir. Gebelerdeki kronik hastalıklar hem gebeliğin seyrini etkileyebilmekte hem de gebeliğin seyrinden etkilenebilmektedir. Örneğin hipotiroidi kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili olabildiği gibi gebeliğin ilerlemesiyle artan ihtiyaca bağlı olarak da derinleşebilmektedir. Kalp kapak hastalıkları gebeliğin ilerlemesiyle dekompanze olabilmektedir. Diyabete sahip gebelerde ani bebek ölümleri görülebildiği gibi gebeliğin ilerlemesiyle insülin ihtiyacı artabilmektedir. Hipertansiyonu olan gebe ilerleyen trimesterde preeklampsi ve eklampsiye girebilmektedir. Bu gibi sebeplerle gebelikte kronik hastalıkların tespiti ve takibi önem arz etmektedir. Aynı zamanda kullanılan ilaçlar gözden geçirilmeli ve kontraendike ilaçlar uygun ilaçlarla değiştirilmelidir.

Türkiye'de risksiz gebelerde nitelikli doğum öncesi bakım için kadınların gebeliğinin ilk 3 ayı içinde tespit edilmesi ve doğuma kadar belirli haftalarda en az 4 kez izlenmesi gerekmektedir. Riskli gebelerde takip sayısı daha fazladır (25). 2013 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na göre kadınların gebeliklerinin altıncı ayından önce doğum

öncesi bakım alma oranı %94,5'tir ve kadınların %89'u için doğum öncesi bakım alma sayısı 4'ten fazladır. Şehirde ve Doğu bölgeleri dışında bir bölgede yaşamak, en az ilkokul mezunu olmak, az sayıda evlada sahip olmak, genç yaşlarda olmak doğum öncesi bakım almayı arttırmaktadır (26). Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada 340 gebeden sadece 1'i (%0,3) hiç gebelik takibi yaptırmamıştı. Gebeler ortalama 7 kez (en az 1 an fazla 30) doktor kontrolüne gitmişti. Gebenin ve eşinin eğitim durumunun düşük olması, gebenin daha ileri yaşta olması, aile yapısının kalabalık olması, gelir durumunun düşük olması, gebelik sayısı ve çocuk sayısının fazla olması, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörlerin takiplere gitme sıklığını azalttığı bulunmuştur (23). Sözeri ve ark.'nın yaptığı çalışmada 310 gebenin 72'si (%23,2) düzenli gebelik takibini yaptırmamıştır (27). Göv'ün yaptığı çalışmada gebelerin tamamı en az 1 kez doğum öncesi bakım almıştır ve ortalama düzenli takip için doktora başvuru sayısı 3'tür (en az 1 en fazla 10) (24). Sözeri ve ark.'nın çalışmasında gebelerin takip sıklığı ve takip sıklığını etkileyen faktörler çalışılmamıştır. Ayrıca düzenli takip yaptırmayanların içinde de hiç kontrole gitmeyenlerin sayısı ile ilgili bilgi bulunmamaktadır (27). Göv'ün çalışmasında da takip sıklığını etkileyen faktörler araştırılmamıştır (24). Yukarıdaki iki çalışmada takip sıklığının farklı olmasında gebelik haftası ortalamalarının, riskli gebelik ortalamalarının ve bulunduğu bölge gibi faktörlerin etkisi olmuş olabilir (23, 24). Bizim çalışmamızda da Kılıçarslan ve Göv'ün çalışmasıyla uyumlu olarak gebelerin hepsi en az bir kez gebelik takibi için bir sağlık kuruluşuna gitmekte olup gebelerin hepsi düzenli kontrolünü yaptırdığını belirtmekteydi. Gebelerin düzenli takip için bir sağlık kuruluşuna gitmesi oldukça önem arz etmektedir. Çünkü alınan anamnezler, yapılan tarama testleri ve USG'lerle hem gebelik sırasında hem de doğum sırasında oluşabilecek komplikasyonlar çok büyük oranda önlenmektedir.

Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada gebelik takibini sadece aile hekimliğinde yaptıranların oranı %8'di ve aile hekimliği ve ek başka bir sağlık kuruluşunda yaptıranların oranı %21,1'di (23). Bizim çalışmamızda ise yalnız aile hekimliği ve aile hekimliğiyle beraber ek bir sağlık kuruluşu toplam oranı %5'ti. Çalışmamızdaki oran diğer çalışmaya göre oldukça düşüktür. Çalışmanın yapıldığı yer, gelir durumu, aile yapısı, eğitim durumu gibi faktörlerin bizim çalışmamızdaki bu durumu açıklayabileceğini düşünüyoruz. Bununla beraber her iki çalışmada da aile sağlığı merkezinin düşük oranda bulunmasının sebebinin ise gebelerin uzman bir kadın doğum hekimine yönelme isteği olabileceğini tahmin etmekteyiz. Aslında aile hekimliği ve kadın doğum hekimliği gebelik takibinde önemlidir. Çünkü aile hekimliği kolay ulaşılabilirliği, daha uygun maliyetli olması ve aile yapısına hakimiyeti gibi özellikleri nedeniyle gebelik takibinde önemli bir yere sahiptir. Gebeler

aile hekimliğinde daha sık takip yaptırma avantajına da sahiptir. Ayrıca aile hekimleri kadın doğum hekimleriyle koordineli haldedir. Tarama testleri, obstetrik USG ve komplikasyonlar açısından da konsülte hekim konumundadır. Bu yüzden gebelerin aile hekimi ve bir kadın doğum hekimi kontrolü altında beraber bulunması gerektiği kanaatini taşımaktayız. Gebelerin aile hekimliğinde takipler konusunda bilgilendirilmesinin ve düzenli olarak kontrollere çağrılmasının aile hekimliği tercihini de arttıracakını düşünmekteyiz.

Avcı ve Oner çalışmasında gebelikte OGTT ve diğer tarama testleri hakkında bilgi seviyesini tatminkar bulmamıştır. Bu çalışmada gebelerin %43,3'ü OGTT'nin yapılma nedenini biliyordu ve aynı zamanda %25 gebe OGTT'yi gereksiz buluyordu. Gebelerin %22,1'i bu konuda kararsızken, %52,8'i ise OGTT'nin yapılması gerektiğini belirtiyordu (28). Ergün ve ark. tarafından yapılan çalışmada gebelerin %64'ünün OGTT hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuş ve gebelerin %51,2'sinin OGTT yapılması gerektiği fikrini savunduğu tespit edilmiştir. (29). Türkyılmaz ve ark'nın çalışmasında gebelerin %39,9'unun OGTT'nin yapıldığı haftayı doğru bildiği görülmüştür (30). Bizim çalışmamızda gebelerin %21'inin OGTT'nin nasıl yapıldığını ve %60,6'sının Türkyılmaz ve ark.nın çalışmasıyla uyumlu olarak OGTT'nin yapıldığı zamanı bilmediği tespit edilmiştir. Gebelerin %17'si OGTT'nin hiç yapılmaması gerektiğini belirtmiştir. Gebelerin %33,1'inin OGTT'yi zararlı bulduğu ve %38,5'inin OGTT'nin zararı konusunda kararsız olduğu bulunmuştur. OGTT'yi zararlı bulan veya bu konuda kararsız olan gebelere OGTT'nin hangi konuda zarar verebileceği sorulduğunda gebelerin %45,3'ü bebeğe zarar verebileceğini, %4,2'si annenin gebeliğini sıkıntılı geçirebileceğini, %2,4'ü sonraki gebeliği etkileyebileceğini, %1,9'u bebeğin eşine zarar verebileceğini, %1,9'u düşüklere neden olabileceğini, %0,9'u bebeğin özürlü doğmasına sebep olabileceğini belirtmiştir. Burada şunu vurgulamak gerekir, literatürde OGTT'nin herhangi bir komplikasyona yol açtığı ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Burada çok ciddi bir bilgi eksikliği ve kirliliği göze çarpmaktadır. Bilgi eksikliğinin giderilmesi doğrunun yaygınlaşması adına önemlidir. Özellikle aile hekimleri ve kadın doğum hekimlerine bu konuda önemli görevler düşmektedir.

Bijoya ve ark.'nın çalışmasında GDM'nin anne-bebek üzerindeki etkileri, kan şekeri seviyesi, GDM'nin önem ve komplikasyonları hakkında bilgiler sorulmuştur. Gebelerden %45'i sezaryan oranının, %52'si maternal distres riskinin, %31,8'i düşük ihtimalinin, %55,1'i enfeksiyon riskinin, %8,4'ünün preeklampsi ihtimalinin, %21,5'i erken doğum riskinin, %13,1'i omuz distosisi ihtimalinin artabileceğini ve %74'ü ise GDM'de insülin

tedavisi uygulandığını bildiği tespit edilmiştir. GDM'nin bebek üzerindeki etkileri konusunda gebelerin %31,8'inin en çok makrozomi yanıtını verdiği bulunmuştur. Gebelerin %57'sinin GDM'de şeker seviyesinin arttığını bildiği gözlenirken, %86,9'unun normal kan şekeri seviyesini bilmediği saptanmıştır. Gebelerin %8,4'ü GDM'nin ciddi bir durum olmadığını belirtmiş, %8,4'ü ise GDM'nin komplikasyonlarının önlenemeyeceğini söylemiştir (31). Bizim çalışmamızda da GDM'nin etkileri tüm gebelere sorulmuştur. Gebelerin %27,8'i bebeğin kilosunun fazla olabileceği, %16,7'si erken doğuma sebep olabileceği, %16,1'i ani bebek ölümüne neden olabileceği, %13,9'u bebeğin suyunun fazla olabileceği, %13,6'sı düşüklere neden olabileceği, %10,1'i gebelik zehirlenmesi ihtimalini arttırabileceği ve %6,3'ü sezaryan oranının artabileceği yanıtını vermiştir. Gebelerin %42'si GDM'nin zararlarını bilmediğini belirtmiştir. Bazı gebeler bu soruya birden fazla yanıt vermiştir. Burada gebelerin GDM hakkındaki bilgi seviyesinin diğer çalışmalara göre çok daha düşük düzeyde olduğu göze çarpmaktadır. Bu konuda yine biz aile hekimlerine büyük görevler düşmekte olup yaptığımız gebelik izlemleri sırasında gebelerin bu bilgi eksikliklerini gidermeli ve kafalarındaki yanlış bilgilerin doğrularla yer değiştirmesini sağlamalıyız.

Bijoya ve ark.'nın çalışması GDM bilgi seviyesini kapsamlı bir şekilde değerlendirmiştir. Ayrıca gebelere bir derecelendirme yapılmış ve gebelerin %60,7'sinin zayıf, %19,1'nin ise çok zayıf bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir (31). Shriram ve ark.'nın yaptığı çalışmada antenatal kadınların GDM hakkında %25,8 oranında zayıf bilgiye, %56,7 oranında orta seviye bilgiye ve %17,5 oranında da iyi bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (32). Türkyılmaz ve ark.'nın çalışmasında iyi bilgi seviyesine sahip olanlar %20 oranında, zayıf bilgiye sahip olanlar %80 oranında tespit edilmiştir (30). Bizim çalışmamızda böyle bir derecelendirme yapılmamış olup sadece bilgi düzeylerinin diğer çalışmalara göre düşüklüğü dikkat çekmektedir.

Türkyılmaz ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi ile bilgi seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (30). Shriram ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaş, parite ve eğitimle GDM hakkındaki bilgi seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (32). Bizim çalışmamızda bilgi seviyesi ile daha çok madde kıyaslanmış olup bu açıdan biraz daha öne çıkmaktadır. Ancak bizim çalışmamızda genel bir puanlama yapılmamıştır ve bilgilerin her biri için ayrı bir kıyaslama yapılmıştır. Bilgi içeren sorular ile eğitim durumu, gelir durumu, yaş, oturulan yer, meslek, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, düzenli kontrolün yapıldığı yer, gebelik haftası ve gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Tüm gebelere 23 soru

yöneltilmiştir. Genel itibari ile bilgi seviyesi ile tüm durumlar arasında soruların çok büyük bir kısmında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Örneğin yaşla 23 soru kıyaslanmış ve sadece 2 soruda anlamlı fark saptanmıştır. Otuz-otuz beş yaş grubu GDM'nin düşüklere neden olabileceğini daha fazla oranda bilmekteyken, otuz altı yaş ve üzeri olan grup GDM'nin özürlü bebek doğurma ihtimalini arttırabileceğini daha fazla oranda bilmektedir. Bilgi düzeyi ile diğer verilerin kıyaslaması alttaki 9 paragrafta verilmiştir. Standart bir test uygulanmadığından ve genel bir puanlama cetveli yapılmadığından grup karşılaştırmaları bizim çalışmamızda soru bazlı kalmıştır ve bu durum çalışmamızda bir kısıtlılık oluşturmuş ve diğer çalışmalar ile kıyaslama da engel bir durum teşkil etmiştir.

OGTT ve GDM bilgi düzeyinin meslekle olan ilgisine baktığımızda, 23 sorudan yalnızca 2'sinde anlamlı farklılık vardı. Memur olan gebelerde ebe veya hemşireden bilgiyi edinme oranı diğerlerinden daha fazlaydı ve memur olan gebeler GDM'nin sezaryan ihtimalini arttıracağını diğer gruplardan daha fazla oranda biliyordu. Serbest meslek grubu ise OGTT'nin anneye zarar verebileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda sahipti. Bu sonuca bakarak bilgi seviyesinin meslekler arasında benzer olduğu ancak serbest meslek sahibi grubun özellikle biz aile hekimleri tarafından doğru bilgilendirilmeye daha fazla ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Bilgi düzeyinin ikamet edilen yerle olan ilişkisine baktığımızda bütün sorularda anlamlı farklılık yoktu. Şehirde ve ilçede oturanların OGTT ile ilgili bilgiyi köy ve kasabada oturanlara göre televizyon ve internetten edinme oranı daha yüksek olmakla birlikte bilgi seviyesinin ikamet edilen yerler arasında benzer olduğu söylenebilir.

Bilgi düzeyinin eğitim durumu ile ilişkisine baktığımızda 23 sorudan yalnızca 2'sinde anlamlı farklılık vardı. Lise mezunu olanlar daha fazla oranda OGTT'nin düşüklere neden olabileceği yanlış fikrine sahipti. Okuryazar olmayanların hepsi GDM'nin düşük ihtimalini arttırabileceğini bilmiyordu. Lise mezunlarının OGTT hakkındaki yanlış bilgilerinin düzeltilmesi, okuryazar olmayanların ise özellikle GDM konusundaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi konusunda biz sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu konuda ASM bünyesinde yapılacak gebe okullarından, bekleme salonunda gösterilecek bilgilendirme videolarından veya broşürlerden faydalanılabilir.

Bilgi düzeyinin gelir durumu ile olan ilişkisine baktığımızda 23 sorudan yalnızca 7'sinde anlamlı farklılık vardı. Gelir durumu 2001-3000 TL arasında olanların OGTT ile ilgili bilgiyi çevreden edinme oranı daha yüksekti. Gelir durumu 3001-5000 TL arasında olanların OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edinme oranı daha yüksekti. Gelir durumu 3001-5000 TL ve 5001 TL üzeri olanlar daha fazla oranda OGTT'nin



yapıldığı haftayı bilmekteydi. Gelir durumu 5001 TL ve üzeri olanlar negatif bir tutum sergileyerek OGTT'nin özürlü bebek doğurma ihtimalini arttırabileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda sahipti. Gelir durumu 5001 TL ve üzeri olanlar GDM'nin özürlü bebek doğurma ihtimalini arttırabileceğini, GDM durumunda bebeğin kilosunun fazla olabileceğini, GDM'de sezaryan ve erken doğum ihtimalinin artabileceğini daha fazla oranda doğru olarak bilmişlerdi. Gelir durumu 1300 TL'nin altında olanlar daha fazla oranda GDM'nin zararlarını bilmediğini belirtmişti. Yüksek gelire sahip olanlar GDM konusunda iyi bir bilgi düzeyine sahipken OGTT hakkında yanlış bilgileri mevcuttur. Gelir düzeyi düşük olan grubun ise özellikle GDM konusunda ciddi bilgi eksiklikleri vardır. Bu açıdan hastalarımızı bizler bilgilendirmeli, televizyon ve internetten alacakları yanlış ve eksik bilginin önüne geçmeliyiz.

Bilgi düzeyi ile kronik hastalığa sahip olma arasındaki ilişkiye baktığımızda 23 sorudan yalnızca 3'ünde anlamlı farklılık vardı. Kronik hastalığı olanların OGTT ile ilgili bilgiyi çevreden edinme oranı daha yüksekti. Kronik hastalığı olanlar OGTT'nin zararlı olduğu fikrine daha fazla oranda katılmaktaydı. Kronik hastalığı olanlar OGTT'nin sonraki gebeliği etkileyebileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda sahipti. Kronik hastalığı olanlar GDM durumunda bebeğin kilosunun fazla olabileceği doğru bilgisini daha fazla oranda biliyordu. Bu sonuca bakarak bilgi seviyesinin kronik hastalığa sahip olma ve olmama arasında benzer olmakla birlikte kronik hastalığı olanların OGTT hakkında daha fazla yanlış bilgiye sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca bu grup riskli bir grup olduğu için özellikle aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri tarafında doğru bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir.

Bilgi düzeyi ve sürekli ilaç kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda 23 sorudan 9'unda anlamlı farklılık vardı. Sürekli ilaç kullanımı olanlar OGTT'nin zararlı olduğu ve OGTT'nin sonraki gebeliği etkileyebileceği yanlış bilgilerine daha fazla oranda sahipti. Sürekli ilaç kullanımı olanlar GDM'de düşük, özürlü bebek doğma, gebelik zehirlenmesi, ani bebek ölümü ve erken doğum ihtimalini arttırabileceğini daha fazla oranda doğru olarak biliyorlardı. Ayrıca bebeğin suyunun ve kilosunun artabileceği doğru bilgilerine de daha fazla oranda sahiptilerdi. Bu sonuca bakarak sürekli ilaç kullananların bilgi seviyesinin GDM açısından biraz daha iyi ancak OGTT açısından kötü olduğu yorumu yapılabilir. Sürekli ilaç kullanan grubun da yine kronik hastalığı olanlar gibi yüksek riskli olduğu unutulmamalı ve doğru bilgilendirme fırsatları her izlemde değerlendirilmelidir.

Bilgi düzeyi ile düzenli kontrolün yapıldığı yer arasındaki ilişkiye baktığımızda 23 sorudan yalnızca 4'ünde anlamlı farklılık vardı. Düzenli kontrolünü aile hekimliğinde

yaptıranlar OGTT'nin anneye zarar verebileceği, düşüklere neden olabileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda ve OGTT'nin gizli şekeri ortaya çıkarabileceği bilgisine ise daha az oranda sahipti. Düzenli kontrolünü özel hastanede yaptıranlar GDM durumunda erken doğum ihtimalinin artabileceği doğru bilgisini daha fazla oranda biliyordu. Bu sonuca bakarak düzenli kontrolünü aile hekimliğinde yaptıranların bilgi seviyesinin daha düşük olduğu yorumu yapılabilir. Aile hekimlerinin bu konuda biraz daha hassas olması gerektiği, her izlemde gebenin doğru ve yanlış bilgilerini sorgulaması gerektiği söylenebilir.

Bilgi düzeyi ile gebelik sayısı arasındaki ilişkiye baktığımızda 23 sorudan sadece 3'ünde anlamlı farklılık vardı. İlk gebeliğini yaşayanlar daha az oranda OGTT'nin yapıldığı haftayı biliyordu. İlk gebeliğini yaşayanların OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan edinme oranı daha düşüktü. Beşinci gebeliğini yaşayanların OGTT ile ilgili bilgiyi televizyon ve internetten edinme oranı daha düşüktü. İlk ve 2. gebeliğini yaşayanlar GDM'nin düşük ihtimalini arttırabileceği doğru bilgisine daha az oranda sahipti. Üçüncü, 6. ve 6'nın üzeri gebeliğe sahip olanlar GDM'de erken doğum ihtimalinin artabileceği doğru bilgisini daha az oranda biliyordu. Bu sonuca bakarak bilgi seviyesinin gebelik sayıları arasında benzer olduğu söylenebilir. Ancak burada önemli olan özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınların gebelik tanısını almalarından itibaren ve her izlemde yaşayacakları süreç, yaptıracakları tarama testleri, kullanacakları ilaçlar ve yaptıracakları aşılar açısından detaylı bir şekilde bilgilendirilmelerinin gerekliliğidir.

Bilgi düzeyi ile gebelik haftası arasındaki ilişkiye baktığımızda 23 sorudan yalnızca 3'ünde anlamlı farklılık vardı. 0-13 ve 14-23 haftaları arası olan gebelerin OGTT ile ilgili bilgiyi doktordan edinme oranı daha yüksekti. 24-28 haftalar arası gebeliği olanlar OGTT'nin yapıldığı haftayı daha fazla oranda doğru olarak biliyordu. 24-28 haftalık gebeliği olanlar OGTT'nin erken doğum ihtimalini arttırabileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda katılmaktaydı. 0-13 haftalık gebeliği olanlar OGTT'nin annenin gebeliğinin sıkıntılı geçirebileceği yanlış bilgisine daha fazla oranda sahipti. Özellikle gebeliğinin ilk haftasında olan kadınlar doğru bilgilendirmeye daha fazla ihtiyaç duyarlar ve çoğu zaman doğru bilgiyi nereden alacaklarını bilemedikleri için yanlış kaynaklara yönelirler. İlk gebeliğini yaşayanlarda olduğu gibi gebeliğin ilk haftalarında olanları da süreç hakkında bilgilendirmek ve onların güvenini kazanarak bu süreci beraber yönetmek aile hekimliği açısından son derece elzemdir.

Türkyılmaz ve ark'nın yaptığı çalışmada OGTT yaptırmak istemeyenlerin oranı yaklaşık %50 civarındadır (30). Desdicioğlu ve ark'nın yaptığı çalışmada ise gebelerin

%14'ünün OGTT yaptırmak istemediği sonucuna varılmıştır (33). Avcı ve Oner'in yaptığı çalışmada gebelerin %25'inin OGTT'yi yaptırdığı, %25'inin OGTT yaptırmayı düşündüğü ve %25'inin de OGTT'yi gereksiz bulduğu tespit edilmiştir (28). Bizim çalışmamızda gebelerin %34,2'si bu gebeliğinde OGTT yaptırmak istememektedir ve %3,6'sı bu konuda kararsız olduğunu söylemektedir. Bu durum gebelikteki değerli tarama testlerinden biri olan OGTT için önemli ve vahim bir sonuçtur. Bizim çalışmamızın oranları Türkyılmaz'ın çalışmasına göre iyi olmakla birlikte literatürdeki diğer çalışmalara göre oldukça düşüktür. Üç gebeden bir tanesi OGTT'yi yaptırmayı istememektedir. Ortaya çıkan bu vahim sonuç bu konuda acilen önlem alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Avcı ve Oner'in çalışmasında OGTT yaptırmama nedeni ayrıntılı bir şekilde sorulmuştur. Gebelerin %28,4'ü çocuğuna zarar verdiği için, %11,2'si gereksiz gördüğü için, %6,3'ü zaten GDM olduğu için, %6,3'ü benim şekerim zaten normal dediği için, %5,7'si ben gitmedim dediği için, %4,3'ü OGTT diyabete yol açar dediği için, %4,3'ü doktor tavsiye etmediği için, %2,5'i konforsuz olduğu için, %1,7'sinin eşi istemediği için, %1,7'sinin çocuğu istemediği için bu testi yaptırmak istemediğini bulmuşlardır. Ayrıca %25 gebe de neden belirtmemiştir (28). Bizim çalışmamızda bu soru ayrıntılı bir şekilde yöneltilmemiştir ancak gebelerle görüşme sırasında aynı nedenler gebeler tarafından sözlü olarak belirtilmiştir.

Türkyılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (30). Desdicioğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ve gelir durumu ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (33). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi ile OGTT yaptırma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıca yaş, meslek, gelir düzeyi ile OGTT yaptırma düşüncesi arasında da anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Bizim çalışmamızda köy ve kasabada oturanların (%77) ilçe (%65) ve şehirde (%56) oturanlara göre anlamlı bir şekilde daha fazla oranda OGTT yaptırmak istediği bulunmuştur. Köyden kente doğru sosyal medyanın, internetin ve televizyonun daha yaygın kullanılması ve etkisinin artmasının bu sonucu doğrulduğunu düşünmekteyiz.

Türkyılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada diyabetli akrabaya sahip olma ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (30). Bizim çalışmamızda da benzer olarak diyabetli akrabaya sahip olma ile OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bizim çalışmamızda ayrıca diğer kronik hastalıklara sahip olma ve sürekli ilaç kullanımı ile OGTT yaptırma düşüncesi arasındaki ilişki de

incelenmiş olup diğer kronik hastalıklara sahip olma ve sürekli ilaç kullanımı ile OGTT yaptırma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Desdicioğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelerin takip olduğu merkezin hastaların tarama testlerine yaklaşımını değiştirmedeği görülmüştür (33). Bizim çalışmamızda da gebelikte takip olunan merkez ile OGTT yaptırma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bilgilendirmeyi aile hekiminin veya uzmanın yapması veya bilgilendirilmenin özel hastanede, aile sağlığı merkezinde veya devlet hastanesinde yapılması gebelerin bu teste karşı yaklaşımını değiştirmemektedir. Bilgilendirilmenin doğru yapılması bu durumda öne çıkmaktadır.

Türkyılmaz ve ark.'nın çalışmasında ilk gebeliğini yaşayanların daha yüksek oranda OGTT yaptırmak istediği bulunmuştur. Bu durum ilk gebeliğini yaşayanların bilgiye daha meraklı olmasına ve daha çok araştırma yapmasına bağlanmıştır (30). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak OGTT yaptırma konusunda ilk gebeliğini yaşayanların oranının çoklu gebeliğe sahip olanlardan daha az olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebeliğin ilk haftalarında olanların diğerlerine göre OGTT yaptırma düşüncesine daha az sahip olduğu tespit edilmiştir. İlk gebeliklerde ve gebeliklerin ilk haftalarında gebelerin bilgi arayışına geçmeleri ve çevre, televizyon gibi faktörlerden daha kolay etkilenmeleri bu farkı ortaya çıkarmış olabilir.

Türkyılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada OGTT'nin zararlı olduğunu düşünenlerin OGTT yaptırmak istemeyenlerin çoğunluğunu oluşturduğu tespit edilmiştir (30). Avcı ve Oner'in yaptığı çalışmada gebelerin OGTT yaptırmak istememe gerekçesinin en sık nedeni olarak OGTT'nin bebeğe zararlı olduğu fikri bulunmuştur (28). Bizim çalışmamızda da benzer olarak OGTT'nin bebeğe zararlı olduğunu düşünenlerin daha büyük oranda testi yaptırmak istemediği tespit edilmiştir. Gebelerin %28,4'ü OGTT'nin zararlı olduğunu belirtirken, %38,5'inin bu konuda kararsız olduğu bulunmuştur. OGTT'nin zararlı olduğunu belirtenlerin %58'inin testi yaptırmadığı veya yaptırmayı düşünmediği görülmüştür. OGTT'yi zararlı görmeyenlerin ise sadece %15 'i testi yaptırmamış veya yaptırmak istemediği tespit edilmiştir. OGTT ile ilgili literatürde tespit edilmiş bir komplikasyon bulunmadığını da belirtmekte fayda vardır. Gebelerde oluşan bu inanç OGTT yaptırmayı engelleyen bir durum olarak göze çarpmaktadır.

Türkyılmaz ve ark.'nın çalışmasında önceki gebelikte testi yaptırma ile şimdiki gebelikte testi yaptırmayı düşünme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ve önceki gebeliğinde yaptırılanların daha yüksek oranda bu gebeliğinde de OGTT yaptırmayı düşündüğü bulunmuştur (30). Bizim çalışmamızda da benzer olarak daha önce OGTT

yaptırma ile şimdiki gebeliğinde OGTT yaptırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup daha önce OGTT yaptıranların yaptırmayanlara göre daha fazla oranda OGTT yaptırmayı düşündüğü tespit edilmiştir. Ayrıca daha önce OGTT'yi yaptıranlar anlamlı bir şekilde daha az oranda OGTT'nin zararlı olduğunu belirtmiştir. Bu durum bize gebelerin önceki gebeliklerindeki olumlu deneyimlerinin şimdiki gebelik süreçlerini etkilediğini düşündürmektedir.

Türkyılmaz ve ark.'nın çalışmasında OGTT yaptırmak istemeyenlerin çoğunluğunun televizyon ve internetten etkilendiği bulunmuştur (30). Desdicioğlu ve ark.'nın çalışmasında OGTT yaptırmak istemeyenlerin %75'i gerekçe olarak televizyon ve interneti göstermişlerdir (33). Bizim çalışmamızda OGTT'nin zararlı olduğunu belirtenlerin %3,8'i sağlık çalışanından, %42,9'u televizyon ve internetten, %55,7'si çevresinden bu fikri edindiğini söylemektedir. Gebelerin %16,5'i de zarar verebileceği düşüncesinin kendi fikirleri olduğunu belirtmektedirler. Aslında çevre faktörü daha fazla görünmesine rağmen biz televizyon ve internetin burada daha fazla etkili olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü gebelerin çevresindeki insanlar da bilgilerinin çoğunu televizyon ve internetten edinmelerinin yanı sıra bu dönemde insanlar birbirlerinden fazlasıyla etkilenmektedirler.

Çalışmamızda OGTT'nin zararlı olduğu fikrini televizyon ve internetten edinenlerin %37,8'inin, sağlık çalışanından edinenlerin %75'inin, çevreden edinenlerin %42,5'inin, kendi fikri olduğunu söyleyenlerin %54'ünün bu gebeliğinde OGTT yaptırma düşüncesine sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının OGTT'nin zararlı olduğunu söylemelerinin gebeler üzerinde daha çok etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebelerin %3,8'inin bu fikri sağlık çalışanlarından edindiği görülmüştür. Biz sağlık çalışanlarının bu konuda daha duyarlı ve yol gösterici olması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarına ve derneklere de bu konuda önemli görevler düşmektedir. Eğitim programları düzenlemek, broşür basmak, reklam vermek gibi farkındalık oluşturacak faaliyetlerin gebeler üzerinde faydalı etkileri olacağına inanmaktayız.

Bizim çalışmamızda televizyondaki sağlık programlarının gebelerin %87,7'sinin sağlıkla ilgili fikirlerini etkilediği tespit edilmiştir. Televizyon programlarının sağlıkla ilgili fikirlerini orta ve fazla düzeyde etkilediğini belirtenler daha az oranda OGTT yaptırmayı düşünmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere televizyon ve internet sağlık fikirlerimizin oluşmasında etkili bir faktördür. Bu yüzden televizyon ve internette sağlık konusunda doğru bilginin yaygınlaşması önemlidir. Medya yöneticilerine, doğru bilginin yaygınlaşması adına bu konuda büyük görevler düşmektedir. Aynı zamanda ilgili uzmanların bu konuda konuşması ve uzman olmayanların kendi alanları dışında

konuşmamaları önem arz etmekle birlikte bilimsel dayanakları olmayan yorumlardan da kaçınılması gerekmektedir.

Keklik ve ark.'nın çalışmasında GDM saptananlarda aile öyküsü anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (34). Bizim alışmamızda farklı olarak birinci derece akrabasında DM olanlarda daha yüksek oranda GDM görülmesine rağmen aile öyküsü ile OGTT sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Akbay ve ark.'nın çalışmasında GDM grubundaki olgularda iri bebek hikayesi ve GDM hikayesi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (35). Bizim alışmamızda da benzer olarak önceki gebeliğinde GDM'si olması ile şimdiki gebeliğinde GDM'si olması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). nceki gebeliğinde GDM'si olanların şimdiki gebeliğinde GDM olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bizim alışmamızda farklı olarak iri bebek öyküsü ile OGTT sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bizim alışmamızda bu iki çalışmadan farklı olarak ex fetüs öyküsü ve tekrarlayan düşük öyküsü ile OGTT arasındaki ilişki de incelenmiş olup ex fetüs öyküsü ve tekrarlayan düşük öyküsü ile OGTT sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Diğer çalışmalarda sadece GDM risk faktörleri konu olarak ele alınmış olup daha ayrıntılı irdelenmiştir ve 24-28 hafta arası başvuran, kronik hastalığı olmayan tüm gebelere GDM risk faktörleri OGTT yapılarak araştırılmıştır (34, 35). Bizim alışmamızda ise yüz yüze görüşme sırasında risk faktörü olabilecek durumlar ve OGTT sonucu sorulmuştur. Ayrıca kronik hastalığı olanlar da dışlanmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte DM, sonuçları itibari ile önemli bir hastalıktır. GDM'ye bağlı olarak artmış operatif doğum, doğum travması, fetal makrozomi, prematürite ve buna bağlı komplikasyonlar, preeklampsi, neonatal metabolik komplikasyonlar görülebilmektedir. Maternal ve fetal morbiditeyi arttırdığı için GDM teşhisinin erken konması ve gebelerin yakın takibe alınması önemlidir.

Gestasyonel diyabet önemli bir durum olmasına rağmen farkındalığı tatmin edici boyutta değildir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi gebelerde GDM ve OGTT bilgi seviyesi hem zayıf, hem de birçok yanlış bilgiyi ihtiva etmektedir. Gebelerde bu konuda bilgi kirliliğinin olması gebelerin teste bakışını da etkilemektedir. Yaptırmak istemeyen gebelerin büyük bir kısmı OGTT'nin bebeğe zarar verebileceği korkusunu taşımaktadır. Bu tablonun oluşmasında da en önemli faktörü medya ve çevre oluşturmaktadır. Özellikle OGTT'yi yaptırmak istemeyenlerin çoğunluğunun medyatik açıklamalardan etkilendiği aşikardır. Gebelerin çoğunluğu hekimler tarafından bilgilendirilse de medya etkisinin daha baskın olduğu görülmektedir. Literatürde yaygın kabul görmesine rağmen bizim popülasyondaki kabul oranının daha az olmasının sebebi yeterince doğru bilgiye maruz kalınmaması ve farkındalıktaki eksikliklerdir. Burada sağlık çalışanlarına, sağlık yöneticilerine ve medyaya önemli görevler düşmektedir. Doğru bilginin yaygınlaşması için eğitim programlarının düzenlenmesi, broşür basılması, reklam verilmesi, konusunda uzman kişilerin literatüre dayanarak konuşurulması önemlidir.

Biz aile hekimleri açısından koruyucu hekimlik adına bu konu önemlidir. Bu konudaki ilk bilgilendirilmenin hekim tarafından yapılması önem arz etmektedir. Çünkü ilk bilgilendirme yanlış veya eksik olursa daha sonra doğruyu anlatmak biraz daha zorlaşacaktır. Bu yüzden aile hekimlerinin ilk vizitten itibaren ve her vizitte tekrarlayarak doğru bilgiyi aktarması ve korku duvarını kırması gerekmektedir. Sağlığın ilk giriş kapısı olması, hastayla uzun süreli temas imkanının olması ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle bu konuda aile hekimlerinin rolünün daha önemli olduğunu düşünüyoruz.

OGTT ile ilgili gebelerin farkındalık durumunu araştıran çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır. Çalışmamızda OGTT yaptırmak istemeyenlerin oranı, istememelerindeki sebepler, istememelerindeki sebepleri nerelerden edindikleri, istememelerinde etkili olabilecek faktörler, OGTT ve GDM hakkında gebelerin bilgi seviyeleri, medyanın sağlık fikirlerimize etkileri ve GDM risk faktörleri araştırılmıştır. GDM ve OGTT farkındalığını artırma adına bu çalışma, GDM programlarının uygun formüle edilmesinde ve başarılı bir

sağlık hizmeti sunulmasında önemli olabilir. Bizim çalışmamızın tek merkezde yapılması ve birden fazla konunun aynı anda ele alınması çalışmamızı kısıtlı hale getirmiştir. GDM risk faktörlerini araştırırken test sonuçlarını gebelerden sözel olarak almamız da çalışmamızın kısıtlılıkları içindedir.





## 7. KAYNAKLAR

1. Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, (Çev. edit: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A), Williams Obstetrik. İstanbul: Nobel Tıp kitapevleri; 2010, 1104-21.
2. Erem C, Cihanyurdu N, Deger O, Karahan C, Can G, Telatar M. Screening for gestational diabetes mellitus in northeastern Turkey (Trabzon City). Eur J Epidemiol 2003; 18(1): 39-43.
3. Ozcimen EE, Uckuyu A, Ciftci FC, Yanik FF, Bakar C. Diagnosis of gestational diabetes mellitus by use of the homeostasis model assessment-insulin resistance index in the first trimester. Gynecol Endocrinol 2008; 24(4): 224-9.
4. Özkaya MO, Köse SA. Gestasyonel diyabet: Güncel durum. Perinatoloji Dergisi 2014; 22(2): 105-9.
5. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2013: 15.
6. Mihmanlı V, Mihmanlı M. Diabetes Mellitus ve Gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi 2015; 31(Ek sayı): 17-22.
7. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2011; 34(Suppl 1): 62-9.
8. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2018: 24.
9. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25: 1551-6.
10. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes and other categories of glucose intolerance. Diabetes 1979; 28: 1039-57.
11. Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, Gümüş İİ. Gestasyonel diabetes mellitus tanı ve tedavisi. Yeni Tıp Dergisi 2009; 26: 134-8.

12. Galindo A, Burguilli AG, Azriel S, Fuente Pde L. Outcome of fetuses in women with pregestational diabetes mellitus. *J Perinat Med*. 2006; 34(4): 323-31.
13. Jensen DM, Korsholm L, Ovesen P, et al. Periconceptional A1C and risk of serious adverse pregnancy outcome in 933 women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1046-8.
14. Eidem I, Vangen S, Hanssen KF, Vollset SE, Henriksen T, Joner G, Stene LC. Perinatal and infant mortality in term and preterm births among women with type 1 diabetes. *Diabetologia* 2011; 54(11): 2771-8.
15. Pederson J. The pregnant diabetic and her newborn. *Balti more, Willias 8c Wilkins*, p. 9 1977.
16. Katz AL, Davison JM, Davison JM, et al. Pregnancy in women with kidney disease. *Kidney Int* 1980; 18: 192.
17. Ülkü U. Diyabetik Nefropati ve Gebelik. *Perinatoloji Dergisi* 1993; 1: 80-81.
18. Kitzmiller JL, Cloherty JP, Younger MD, Tabatabaii A, Rotchild SB, Sosenko I, Epstein MF, Singh and Neff RK. Diabetic pregnancy and perinatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 560.
19. Klein BEK. Effect of pregnancy on the progression of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 1990; 18: 34-40.
20. Kitzmiller JL, Gavin LA, Gin GD. Managing diabetes and pregnancy. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 1988; 11: 113.
21. Donovan L, Hartling L, Muise M, Guthrie A, Vandermeer B, Dryden DM. Screening tests for gestational diabetes: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013; 159: 115-22.
22. Tosyalı H, Sütçü CS. Sağlık iletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 2016; 3(2): 3-22.
23. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri (Tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2008.

24. Göv N. Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı, Etkileyen Faktörler, Maternal Ve Fetal Sonuçları (Tez). Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2016.
25. TC Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Ve Yönetim Rehberi 2011.
26. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014. Erişim Yeri: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TürkiyeninDemografikDönüşümü\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TürkiyeninDemografikDönüşümü_220410.pdf) Erişim Tarihi: 01.09.2018.
27. Sözeri C, Ceva R, Şahin S. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2): 93-100.
28. Avcı DK, Oner E. Examination of the knowledge, attitude and behaviours of pregnant women on screening tests made during pregnancy. East J Med 2018; 23(2): 84-89.
29. Ergün P, Köken GN, Coşar E, Şahin FK, Tolga Arıöz D, Yılmaz M. Gebelerin üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer testler hakkındaki bilgi düzeyinin ölçülmesi. Koruyucu hekimlik bülteni 2011; 10: 403-408.
30. Türkyılmaz E, Keleştemur E, Eray İK, Öcal FD, Avşar AFY. Knowledge Level, Attitude and Behaviours About Glucose Challenge Test Among Turkish Pregnant Women. Ankara Med J, 2016; 16(2): 191-9.
31. Bijoya Islam, Md. Fokhrul Islam, Mohammad Abu Bin Nyeem, Abdul Mannan and AN Ahmad Neaz. Knowledge and attitude regarding gestational diabetes mellitus (GDM) among obese pregnant women coming for antenatal checkup at a tertiary care hospital. IJCS 2017; 5(5): 179-189 .
32. Shriram V, Rani MA, Sathiyasekaran BWC, Mahadevan S. Awareness of gestational diabetes mellitus among antenatal women in a primary health center in South India. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism 2013; 17 (1): 146-148.
33. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ, Atalay İ, Özcan M, Yavuz AF. Gebe Kadınların Antenatal Testlere Yaklaşımını Etkileyen Faktörler. Ankara Med J 2017; (1):57-64.

34. Keklik A ve ark. Gebelerde Oral Glukoz Tolerans Testi ile Diyabetes Mellitus Prevalansının Saptanması ve Hazırlayıcı Etkenlerin Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit Hast Derg 2008; 18(3): 119-23
35. Akbay E, Torun Sİ, Yalçınkaya H, Uzunçakmak C, Toklucu G. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(3):170-5



## 8. EKLER

### KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerde OGTT Farkındalığının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	195

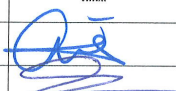
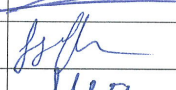

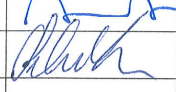


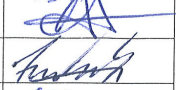





ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avşar Yerleşkesi 46000/ K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipkaek@ksu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr.Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
- Anket çalışması - Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma - Metodolojik Yöntemsel					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Can ACIPAYAM  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLÂN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Başvuru Dilekçesi, Başvuru Formu, Özgeçmişler, BGOF, Anket Formları						
	Karar No: 07	Tarih: 02.05.2018		Oturum: 2018/09					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi ürünler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
<b>BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		<b>Doç. Dr. Can ACIPAYAM</b>							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
BAŞKAN Doç. Dr. Can ACIPAYAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Ahmet Çağrı AYKAN Başkan Yardımcısı Üye	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sezen KOÇARSLAN Üye	Tıbbi Patoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mete GÜLER Üye	Göz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Gözen ÖKSÜZ Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	IZINLI
Dr.Öğr. Üyesi Aysegül ERDOĞAN Üye	Halk Sağlığı	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Selma YAMAN Üye	Biyofizik	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Nadire ESER Üye	Farmakoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	IZINLI
Dr.Öğr. Üyesi Adem DOĞANER Üye	Biyostatistik	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nagihan BİLAL Üye	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Ecz. Dilara Algül DOKUMACI Üye	Eczacı	Dilara Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğl.Gör. Ahmet KARATUT Üye	Hukukçu	KSU Pazarcık MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hakan ŞERBETÇİOĞLU Üye	Mühendis	Mavi-Yeşil Yazılım	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hacı Ömer DOKUMACI Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
ŞERH(YARSA)									

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Can ACIPAYAM

İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

# gebelerde ogtt farkındalığı

*Yazar* Mehmet Yaprak

**Gönderim Tarihi:** 29-Mar-2019 03:37PM (UTC+0400)

**Gönderim Numarası:** 1102057792

**Dosya adı:** teztez.docx (140.84K)

**Kelime sayısı:** 13787

**Karakter sayısı:** 85130

## gebelerde ogtt farkındalığı

ORIJINALLIK RAPORU

% **11**  
BENZERLIK ENDEKSI

% **10**  
İNTERNET  
KAYNAKLARI

% **3**  
YAYINLAR

% **4**  
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	temd.org.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to Erciyes Āniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
6	www.daahk.org İnternet Kaynağı	<%1
7	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam	<%1



## University

Öğrenci Ödevi

- |    |  |      |
|----|--|------|
| 10 | <a href="http://kadinkongre.cu.edu.tr">kadinkongre.cu.edu.tr</a><br>İnternet Kaynağı   | <% 1 |
| 11 | <a href="http://www.balkanmedicaljournal.org">www.balkanmedicaljournal.org</a><br>İnternet Kaynağı   | <% 1 |
| 12 | <a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a><br>İnternet Kaynağı   | <% 1 |
| 13 | TÜRKYILMAZ, Esengül, KELEŞTEMUR, Emel, ERAY KARTAŞ, İrep, DOĞA ÖCAL, Fatma and AVŞAR, Ayşe Filiz Yavuz. "Knowledge Level, Attitude and Behaviours About Glucose Challenge Test Among Turkish Pregnant Women", Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2016.<br>Yayın  | <% 1 |
| 14 | VURAL, Uzay Koç, TAŞ, Nihal, YILDIZ, Ece, ŞENER,, Münevver, TEKÇİÇEK, Meryem, YAZICI, Rüya, ATTAR, Nuray, ÇAKIR, Filiz Yalçın and KOÇ VURAL, Uzay. "BİR HUZUREVİNDE KALAN BİREYLERİN ORAL HİJYEN ALIŞKANLIKLARI VE PROTEZ KULLANIM DURUMU", Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 2016.<br>Yayın | <% 1 |
| 15 | <a href="http://istanbulsaglik.gov.tr">istanbulsaglik.gov.tr</a><br>İnternet Kaynağı   | <% 1 |

16	sbk2017.org İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
18	www.sstbdergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1
19	www.fppc.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	<% 1
21	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
22	"Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 Yayın	<% 1
23	Submitted to Abant İzzet Baysal Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
24	www2.ufuk.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
25	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
26	www.tahudegitsel.org İnternet Kaynağı	<% 1

27 readgur.com <% 1  
İnternet Kaynağı

28 www.erpacongress.com <% 1  
İnternet Kaynağı

29 www.sporbilimleri.org.tr <% 1  
İnternet Kaynağı

30 fka.gov.tr <% 1  
İnternet Kaynağı

31 DERTLIOğLU BAKAR, Selma, IEK, Demet,  
UÇAK, Haydar, ÇELİK, Hsn and  
HALİSDEMİR, Nurhan. "Gebeliktegzlenen deri  
değişiklikleri ve gebelik dermatozlarının  
incelenmesi", Fırat Üniversitesi, 2011.  
Yayın

32 www.phdernegi.org <% 1  
İnternet Kaynağı

33 dspace.baskent.edu.tr:8080 <% 1  
İnternet Kaynağı

34 BAYDUR şAHİN, Serap, AYAZ, Teslime,  
İLKKILI, Kadir, SEZGİN, Hacer and METE  
URAL, lk. "Gestasyonel Diyabette İnsülin  
Tedavi Gereksinimini Artıran Risk Faktörleri",  
Fırat Üniversitesi, 2014.  
Yayın

35 Özlem DÜLGER, Jane ÖZCAN, Kadir SAVAN,

	Ulun ULUĞ. "Is the Risk for Gestational Diabetes Higher with Lower Weight Gain During Pregnancy?", Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 2016 Yayın	<% 1
36	uzmanasor.org İnternet Kaynağı	<% 1
37	beslenme.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
38	kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
39	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
40	www.doa.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
41	Submitted to Yeditepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
42	besni1noluasm.com İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

## Anket Formu

BU ANKET; GEBELERDE OGGT(ŞEKER YÜKLEME TESTİ) FARKINDALIĞINI, TUTUM VE DAVRANIŞINI; OGTT POZİTİF GELEN HASTALARDAKİ RİSK FAKTÖRLERİNİ; MEDYANIN SAĞLIKLA İLGİLİ FİKİRLERİMİZE ETKİLERİNİ ARAŞTIRMAYA YÖNELİK BİR ÇALIŞMADIR.

1-Yaşınız kaçtır?

a)18-23 b)24-29 c)30-35 d)36 ve üzeri

2-Mesleğiniz nedir?

a)ev hanımı b)memur c)serbest meslek d)işçi e)diğer

3-Nerde oturuyorsunuz?

a)şehirde b)ilçede c)kasaba veya köy

4-Eğitim durumunuz nedir?

a)okur yazar değil b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)üniversite

5-Gelir durumunuz nedir?

a)1300'ün altında b)1300-2000 c)2001-3000 d)3001-5000 e)5001 ve üzeri

6-Kronik bir hastalığınız var mı?

a)evet b)hayır

7-Kronik bir hastalığınız varsa nedir?

a)hipertansiyon b)astım c)şeker hastalığı d)kalp hastalığı e)tiroit hastalığı  
f)romatolojik hastalık g)psikolojik rahatsızlık ğ)diğer

8-Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

a)evet b) hayır

9-Eğer sürekli kullandığınız ilaç varsa, kullandığınız ilaçların isimleri nelerdir?

.....

10-Gebelik için düzenli kontrollere gidiyor musunuz?

a)evet b)hayır

11-Gebeyken düzenli kontrollerinizi nerde yaptırıyorsunuz?

a)aile hekimi b)devlet veya üniversite hastanesi c)özel hastane d)diğer

12-Daha önceki gebeliklerinizde ,gebelik şekeri var mıydı?(Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak.Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır c)hiç yaptırmadım

13-Ailenizde şeker hastası var mı?

a)evet b)hayır

14-Ailenizde şeker hastası varsa yakınlık derecesi nedir? (Ailede şeker hastası yoksa bu soru boş bırakılacak.)

a)1.derece akrabalar(anne,baba,çocuklar)

b)2.derece akrabalar(dede,nene,turun,kardeş)

c)3.derece akrabalar(dayı,amca,hala,teyze)

15- 4 kiloğram üzerinde çocuk doğurdunuz mu? (Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak. Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır

16-Önceki gebeliklerinizde suyu fazla (amniyon miktarı) olan bebeğiniz var mıydı? (Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak. Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır

17-Gebeyken Anne karnındayken kalbi duran bebeğiniz var mıydı? (Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak. Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır

18-Tekrarlayan düşükleriniz oldu mu? (Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak. Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır

19-Şeker yükleme testinin(OGTT) nasıl yapıldığını biliyor musunuz?

a)evet b)hayır

20-Şeker yükleme testi(OGTT) yaptırmak sizce gizli şekeri ortaya çıkarıyor mu?

a)evet b)hayır c)bilmiyorum

21-Şeker yükleme testiyle (OGTT) ilgili fikirlerinizi nereden edindiniz?

a)doktorumdan b)çevremden c)televizyon veya internetten d)ebe-hemşire e)diğer

22-Sizce şeker yükleme testi(OGTT) hangi haftalarda yapılmalıdır?

a)0-14 b)14-24 c)24-28 d)28-41 e)bilmiyorum

23-Şeker yükleme testi(OGTT) sizce hangi gebelere yapılmalıdır?

a)tüm gebeler b)riskli gebeler c)hiç yapılmamalı

24-Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6 ve üzeri

25-Şu an gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

a)0-13 b)14-23 c)24-28 d)29-41

26-Daha önceki gebeliğinizde şeker yükleme testi (OGTT) yaptırdınız mı? (Bu soruyu birden fazla gebeliği olanlar yanıtlayacak. Şimdi ilk gebeliğini yaşayanlar boş bırakacak)

a)evet b)hayır

27-Bu gebeliğinizde şeker yükleme testi (OGTT) yaptırmayı düşünüyor musunuz?

a)evet b)hayır c)kararsızım

28-Şeker yükleme testi sizce bebeğe zararlı mı?

a)evet b)hayır c)kararsızım

29-Şeker yükleme testinin ,bebeğe veya anneye zararlı olduğunu düşünüyorsanız sizce aşağıdakilerden hangisi bu zararlardandır?Birden çok cevap verebilirsiniz. (Zararlı olduğunu düşünmüyorsanız bu soruyu boş bırakınız.)

a)erken doğuma sebep oluyor b)bebeğin eşine zarar veriyor

c)bebek özürlü olabiliyor d)bebeğe zarar verebilir

e)anneyi zehirliyor f)annenin gebeliği sıkıntılı geçiyor

g)düşüklere neden oluyor h)sonraki gebelikleri etkiliyor ı)bilmiyorum

30-Gebelikte tespit edilen şekerin anne ve çocuğuna zararları sizce aşağıdakilerden hangisidir?Birden fazla cevap verebilirsiniz.

a)düşüklere neden olabiliyor b)özürlü bebek doğabiliyor

c)gebelik zehirlenmesi ihtimali daha yüksek oluyor

d)bebeğin suyu fazla olabiliyor. e)çocuğun kilosu fazla olabiliyor

f)sezaryan oranı daha fazla oluyor g)erken doğum riski daha fazla oluyor

h)anne karnında ani bebek ölüm riski daha fazla oluyor ı)bilmiyorum

31-Eğer şeker yükleme testinin bebeğe zararlı olduğunu düşünüyorsanız, bu fikrinizin oluşmasında ne etkili oldu? (Zararlı olduğunu düşünmüyorsanız bu soruyu boş bırakınız.)

a)sağlık çalışanları b)televizyon programları c)çevreniz d)kendi fikriniz

32-Televizyon programları sağlıkla ilgili fikirlerinizi etkiliyor mu?

a)evet b)hayır

33-Televizyon programları sağlığınıza ilgili fikirlerinizi ne kadar etkiliyor?

a)az b)orta c)çok d)etkilemiyor

34-Televizyon programlarındaki bilgilere mi yoksa hekiminize mi daha çok güveniyorsunuz?

a)televizyon programına b)hekimime c)her ikisine

35-Sizce sağlık haberlerinin denetlenmesi gerekli midir?

a)evet b)hayır

36-Eğer Şeker yükleme testi yaptırdıysanız, Şeker yükleme testi sonucunuz nedir?(Şeker yükleme testi yaptırmak istemiyorsanız bu soruyu boş bırakınız)

a)gebelik Şekeri var b)gebelik Şekeri yok c)henüz yaptırmadım

37-Şu anki gebeliğiniz aşağıdakilerden hangisidir?

a)tekil gebelik b)ikiz veya z

