



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ORAL GLUKOZ TOLERANS TESTİ UYGULANAN VE
UYGULANMAYAN ANNE BEBEKLERİNİN DOĞUM SONRASI
KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

ESRA DEMİRCİ ECEVİT

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr . NURAN AYDIN

İSTANBUL, 2017



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ORAL GLUKOZ TOLERANS TESTİ UYGULANAN VE
UYGULANMAYAN ANNE BEBEKLERİNİN DOĞUM SONRASI
KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

ESRA DEMİRCİ ECEVİT
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yard.Doç.Dr . NURAN AYDIN

İSTANBUL, 2017

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, hocam Yrd. Doç. Dr. Nuran Aydın'a;

Çalışmamın yapımında destek veren ve benden yardımlarını esirgemeyen Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Fahriye Değerli Gören'e, hemşire Elif Kaya'a ve tüm Yenidoğan Yoğun Bakım'da ki ekip arkadaşlarıma;

Yüksek lisans eğitimime başlamam için beni cesaretlendiren, beni her konuda destekleyen eşim Emre Ecevit'e, bugünlere gelmem için benden hiçbir fedakarlığı esirgemeyen annem Şengül Demirci'ye ve babam Turgut Demirci'ye, sevgi ve saygısını benden esirgemeyen kardeşim Ömer Demirci'ye , en büyük ilham kaynağım kızım Alya Ecevit'e sonsuz teşekkürler.

ESRA DEMİRCİ ECEVİT

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	2
3.1. Araştırmanın Amacı	4
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Oral Glukoz Tolerans Testi.....	5
4.1.1. Oral glukoz tolerans testi endikasyonları:.....	5
4.1.2. Oral glukoz tolerans testinin uygulanma sırası:	6
4.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulma Kriterleri.....	6
4.2.1. Amerikan diyabet akademisi risk kriterleri	7
4.2.2. İki aşamalı tanı yaklaşımı.....	10
4.2.3. Tek aşamalı tanı yaklaşımı.....	10
5. GEREÇ VE YÖNTEM	11
5.1.Araştırmanın Amacı ve Türü	11
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	11
5.3. Araştırmanın Evreni	11
5.4. Araştırmanın Örneklemi.....	11
5.4.1. Örneklem seçim kriterleri	12

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	15
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	15
5.7. Veri Toplama Araçları	15
5.7.1. Veri Toplama Formu.....	15
5.7.2. Lacht Emzirme Tanılama Ölçeği	16
5.7.3. Apgar Skorlaması.....	17
5.8. Ön Uygulama	18
5.9. Uygulama	18
5.10. Verilerin Analizi.....	20
6. BULGULAR.....	21
7. TARTIŞMA	30
8. SONUÇ	35
9.KAYNAKLAR	36
10. EKLER.....	39
11. ETİK KURUL ONAYI.....	49
12. ÖZGEÇMİŞ.....	52

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADA(American Dietetic Association): Amerikan Diyabet Akademisi

APGAR(Activity,Pulse,Grimace,Appearance,Respiration):Yenidoğanının doğumdan sonra iyilik durumunu belirlemek için kullanılan skorlama

GDM: Gestasyonel Diabetes Mellitus

HAPO: Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları Çalışması

IADPSG(The International Association of Diabetes and Pregnancy Groups):Uluslararası Diyabet ve Gebelik Araştırma Grupları Birliği

KEAH: Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

LATCH(Latch on Breast, Audible Swallowing, Type of Nipple, Comfort of Breast/Nipple, Hold/Positioning): Emzirme Tanılama Ölçeği

NDDG(National Diabetes Data Group): Ulusal Diyabet Veri Toplama Grubu

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

PG: Plazma Glukozu

WHO(World Health Organization):Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2.1.1:Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri.....	8
Şekil 4.2.1.2: Uluslararası Derneklerin GDM Tanısı Basamakları Ve Eşik Değerler	9
Şekil 4.2.1.3:Ülkemizde GDMTaramasına Yaklaşım	9



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 6.1: Anne Tanıtıcı Özellikleri	21
Tablo 6.2: Yenidoğan Tanıtıcı Özellikleri	22
Tablo 6.3: Yenidoğan Kilo, Boy, Baş Çevresi ve Taburculuk Tartısı Ortalamaları	23
Tablo 6.4: Yenidoğan APGAR Puan Ortalamaları	23
Tablo 6.5: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Yenidoğan APGAR Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	24
Tablo 6.6: Yenidoğan Solunumunun Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	25
Tablo 6.7: Yenidoğan Kan Şekeri Ölçüm Değerlerinin Ortalamaları.....	27
Tablo 6.8: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Kan Şekeri Ölçümleri Bakımından Karşılaştırılması	27
Tablo 6.9: Yenidoğanların LATCH Emzirme Tanılama Puan Ortalamaları	28
Tablo 6.10: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 6.11: OGTT Uygulanan Ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Haftasına Göre Apgar Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6.12: OGTT Uygulanan ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Haftasına Göre Kan Şekeri Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	29

1. ÖZET

ORAL GLUKOZ TOLERANS TESTİ UYGULANAN VE UYGULANMAYAN ANNE BEBEKLERİNİN DOĞUM SONRASI KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Oral glukoz tolerans testi (OGTT) gestasyonel diyabetin tanımlanmasında en sık kullanılan yöntemdir. Çok sık tercih edilmesine karşın; uygulanmasının anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğine dair tartışmalar mevcuttur.

Literatürde oral glukoz tolerans testinin bebek üzerine etkilerine dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın amacı oral glukoz tolerans testinin bebek sağlığı üzerine etkilerini belirleyebilmek ve mevcut tartışmalara katkı sağlayabilmektir.

Araştırmaya; 20-35 yaş arası, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, normal BKİ sınırları içinde olan , gebeliği boyunca literatürün öngördüğü oranda kilo alan, akraba evliliği bulunmayan, 37- 41 hafta arasında normal doğum yapmış anneler ve bebekleri dahil edilmiştir. OGTT uygulanan 30 anne ve uygulanmayan 30 anne ve bebekleri araştırma örneklemini oluşturmuştur. Annelerden oluşturulan veri toplama formu ve Lacht Emzirme Tanılama Ölçeği ile bilgi alınmıştır. Bebeklerin doğum sonrasında Apgar Skoru, solunum, beslenme durumu, ağlama, kan şekeri bulguları ve fiziksel anomali açısından yaşamın ilk 24 saatinde değerlendirilmiştir. OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. OGTT'nin bebeklerin ileri yaş dönemlerinde etkili olup olmayacağının belirlenmesine yönelik araştırmaların yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: oral glukoz tolerans testi, gestasyonel diyabet , yenidoğan

2. ABSTRACT

COMPARING THE POSTPARTUM COMPLICATIONS OF THE INFANTS ON WHOSE MOTHERS ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST WAS OR WAS NOT PERFORMED

Oral glucose tolerance test (OGTT) is the most commonly used method for the determining gestational diabetes. Although it is preferred very frequently, there are debates on whether it may affect the maternal and infant health negatively. No study was encountered in the literature regarding the effect of oral glucose tolerance test on infants. The aim of our study is to be able to determine the effects of oral glucose tolerance test on infant health and to contribute to the current debates. The study included the mothers who were between the ages of 20 and 35 years, who did not have any chronic disease, who were within normal BMI limits, who gained the weight at the rate that was anticipated by the literature during the gestation, who did not have consanguineous marriage, who had a normal vaginal delivery between 37-41 weeks of gestation and their infants. Thirty mothers on whom OGTT was performed and 30 mothers on whom OGTT was not performed and their infants constituted the research sample. The data of the mother were collected with the created data collection form and the Lact Breastfeeding Diagnostic Scale. In respect to the infants, Apgar score, respiration, nutrition, crying, blood glucose (within the first 24 hours of life) after birth were evaluated. No statistically significant difference was found between the infants on whose mothers OGTT was performed or was not performed. It is suggested that the investigations for determining whether OGTT will affect the infants at older ages will be beneficial.

Keywords: oral glucose tolerance test, gestational diabetes, newborn

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet vücudun yeterli insülin üretemediği veya insülini etkili kullanamamasından kaynaklanan kronik bir hastalıktır(1). Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) ise tanısı ilk kez gebelikte konulan glukoz intöleransıdır(2). Gebelikte meydana gelen hormonal değişimler diyabetin ilk defa bu dönemde görülmesine yol açar.

Gestasyonel diyabetin tanılanmasında en çok kullanılan yöntem oral glukoz tolerans testidir. Gebelere oral yoldan glukoz yüklenerek belirli saatlerdeki kan şekeri değişimleri izlenir ve kan glikoz seviyesi belirlenen sınırın üzerindeki gebelere tanı konulur. (3)Oral glukoz tolerans testi, gebeliğin diyabetojenik etkilerinin en fazla olduğu 24-28. haftalarında uygulanır(4).

Amerikan Diyabet Akademisi (ADA) ve Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği diyabet açısından risk grubunda bulunan tüm gebelerin oral glukoz tolerans testi yaptırması gerektiğini savunmaktadır. Risk grubu olarak; şiddetli obezitesi olan, daha önce GDM tanısı almış veya makrozomik bebek doğurmuş, polikistik over sendromu olan ve ailesinde tip 2 diyabet öyküsü güçlü olan anneler tanımlanmıştır. Ancak ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği risk grubu gözetmeksizin tüm gebelere OGTT yapılması gerektiğini belirtmektedir.

Son yıllara OGTT' nin bebeğe zarar verebileceği ile ilgili çeşitli iddialar ve buna karşın herhangi bir zararı olmayacağını savunan tartışmalar ortaya çıkmıştır.

(5)Özellikle görsel ve yazılı medya üzerinden devam eden tartışmalardan anne adaylarının etkilendiği gözlenmektedir. Zarar vereceğini savunan görüş OGTT'nin bebeğin beynini duyu ve sinir sistemini, gözlerinin oluşmasını, pankreasının gelişmesini yavaşlattığını ve kız bebeklerde prediyabet gelişmesine neden olduğunu, diğer grup ise yapılmamasının olası diyabetik anneyi tespit etmeyi engelleyeceğini bununda bebekte komplikasyonlara neden olabileceğini ileri sürmektedirler(6)(7).

Literatüre bakıldığında ise bu testin bebeğe verebileceği zararlarla ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak OGTT'nin yan etkileriyle ilgili çalışmalar mevcuttur. Lamar, Kuehl ve ark. yaptığı araştırmaya göre OGTT'nin potansiyel yan etkileri arasında %30 bulantı %11 kusma %11 baş dönmesi %9 baş ağrısı ve yorgunluk vardır.(8) Ülkemizde yapılan benzer bir çalışma ise Gökbulut tarafından yapılmış olup; 300 kişinin katıldığı OGTT'de katılımcıların % 42' sinde (126 kişi) bulantı, %9 (27 kişi) kusma, % 22 'sinde (66 kişi) soğuk soğuk terleme ve % 26.3' ünde çarpıntı gözlemlenmiştir. Yine aynı çalışmada katılımcılardan testi tekrar yaptırmak istemeyenlerin oranı % 46.3 olarak saptanmıştır.(9) Birçok araştırmayla desteklenen tüm bu yan etkilerin yanı sıra, test öncesi gereken 8-10 saatlik açlığın annede hipoglisemi ve sonrasında ani yüklenen glikozun hiperglisemi atağına neden olabileceği de tartışılan konulardandır. 2913 kişiyi kapsayan bir çalışmada test uygulandıktan sonra 116 kişide (%4) reaktif hipoglisemi, 11 kişide ise (%0.4) ciddi hipoglisemi gözlemlenmiştir.(10)

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmacının çalıştığı merkezde OGTT yaptırmayan ve yaptırmayı reddeden annelerin sayısında artış gözlenmiştir. Bunda OGTT ile ilgili tartışmaların medya üzerinden yapılmış olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Görüşme yapılan gebelerden bir kısmı şeker yükleme testinin zararlı olabileceği konusunda şüpheye düştüklerini belirtmişlerdir. Gebelikte yapılması gerektiğinin önemi vurgulanan bir testin gebeler tarafından yapılmamasının hem anneye hem de bebeğe zarar verebileceği düşünülmektedir. Hemşire olarak bunu engellemek için en doğru yaklaşımı bilmek ve eğitimi vermek gerektiği düşünülmüştür. Bu çalışmada; OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğum sonrası; kilo, boy, baş çevresi, Apgar skorlaması, solunum, beslenme , Latch Emzirme Tanılama puanı refleksler ve fiziksel anomali varlığı açısından değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.Oral Glukoz Tolerans Testi

Oral glukoz tolerans testi diyabetin tanımlanması için kullanılan en duyarlı testlerden biridir. 1960 yıllardan itibaren diyabetin tanılmasında glukoz yüklemesinin ardından ölçülen glukoz değerleri kullanılmaktadır (11).

4.1.1. Oral Glukoz Tolerans Testi Endikasyonları

- Tarama testinde açlık kan şekerinin 110 mg/dl ve üzerinde ya da postprandiyal kan şekerinin (120. dakika) 140 mg/dl ve üstünde bulunması.
- Gestasyonel diyabeti belirlemek veya reddetmek.
- Şişmanlık ve/veya özellikle ağırlıklı ailesel diyabet hikayesi olanlar.
- Otozomal dominant tipi diyabet hikayesi olanlar.
- Açıklanamayan nöropati, retinopati, ateroskleroz, koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalıkları olanlar.
- Operasyon, stres, travma, infarktüs, serebral vasküler olaylar, kortikosteroid kullanımı, gebelik esnasında anormal glikoz değerleri veya glikozüri görülenlerde,
- Reaktif hipoglisemi düşünülen kişilerde test uygulanır. (12)

Dünya sağlık örgütü (WHO) ve Amerikan Ulusal Diyabet Veri Toplama Grubu (NDDG) standartlarına göre test yapılacak kişi en az üç gün evvel günde en az 150 gr karbonhidrat içeren beslenme programına alınmalıdır ve bir hafta öncesine kadar ağır egzersizler yapmaktan kaçınmalıdır. (13)

Test öncesi glukoz toleransını azalttığı bilinen benzotiadiazin, nikotinik asit, salisilat, steroid grubu ilaçların ve oral kontraseptiv ilaçların 3 gün süre kullanılmaması gerekir.(12)

4.1.2. Oral glukoz tolerans testinin uygulanma sırası:

- Hasta 10-16 saatlik açlık sonrası sakin bir odaya alınır. O dakikada ilk kan örnekleri alınır.
- 5 dakika içinde 300 ml suda eritilmiş 75 gr glikoz hastaya içirilir.
- Dünya Sağlık Örgütü'ne göre glukoz verildikten yalnızca 2 saat sonra kan örneği alınması yeterli olmakla birlikte; NDDG 'nin önerdiği şekilde 2 saat süreyle 30 dakikada bir (30. 60. 90. 120. dk.) kan örneği alınmasında fayda vardır. Reaktif hipoglisemi düşünülen vakalarda test süresi 5 saat kadar uzatılmalıdır.
- Test süresince sigara içmek, fazla dolaşmak ve su dışında yiyecek almak sakıncalıdır. (12)

4.2. Gestasyonel Diyabet Tanısı Konulma Kriterleri

Gestasyonel diyabet tanılanmasında tüm dünyada halen bir fikir birliği sağlanabilmiş değildir. Dernek ve gruplara göre kullanılan tarama testleri ve bu testlerin eşik değerleri değişmektedir. (14)

GDM taramasının amacı erken tanı koyabilmek ; anne ve bebek için oluşabilecek riskleri en aza indirmektir.

Gebelikte anormal glikoz toleransı kriterleri O'Sullivan ve Mahan tarafından 1964 yılında 752 gebeye uygulanan oral glikoz toleransı (OGTT) sonuçlarına göre belirlenmiştir. OGTT sırasında ölçülen 4 plazma glikoz değeri arasından 2 veya daha fazla değer ortalamanın 2 standart sapmasına eşit ya da üzerinde olması gebelerde anormal glikoz toleransı olarak tanımlanmıştır. (15)

1979 yılında NDDG; OGTT kriterlerini tam kan glikoz değerlerine dönüştürerek kabul etmiştir ve ADA ve Amerikan Jinekoloji Obstetrik Birliği (ACOG) de bu kriterleri 1994 yılında benimsemiştir. (15) Ancak OGTT den tam kan glikoz değerlerine dönüştürülen bu değerlerin çok yüksek olduğu ve plazma glikozu için yeni değerler saptanması gerektiği 1982 yılında Canpanter ve Coustan tarafından bildirilmiştir. ADA 1997 yılında yaptığı 4. Uluslararası konferansında Canpanter/Coustan kriterlerinin kullanılmasını önermiştir. Bu kongrede aynı

zamanda tüm gebelerin gestasyonel diyabet açısından taranması gerektiğine de değinilmiştir. Daha sonraki yıllarda tüm gebelerin taranmasının ekonomik olmadığı bildirilerek risk kriterleri oluşturulmuş ve sadece yüksek riskli gebelerin taranması gerektiği savunulmuştur.

4.2.1. Amerikan Diyabet Akademisi Risk Kriterleri

Yüksek Risk;

- 1.Şiddetli obezite
- 2.Daha önceki GDM hikayesi
- 3. Makrozomik bebek doğurmak
- 4.Polikistik overyan sendromu tanısı
- 5.Tip 2 diyabet için güçlü aile öyküsü olma (16)

Bu kriterlerden birinin varlığında gebe riskli kabul edilip tarama yapılması önerilir.

- Düşük risk
- 25 yaş altında olma
- Normal kiloya sahip olma
- Birinci dereceden akrabalarında diyabet olmama
- Toplum kökeninin diyabet prevelansı düşük olan etnik gruptan olması
- Anormal glukoz tolerans öyküsü olmayan
- Kötü obstretrik öyküsü olmayan

Genel taramada tüm gebeler taranırken, selektif tarama da risk grubundaki gebeler taranmaktadır. (17)Selektif taramada sadece risk faktörlerine sahip gebelerin taranmasının bazı hastaların atlanmasına neden olabileceği saptanmıştır.Bu sebeple pratikte çok sık kullanılmamaktadır. (4)

IADPSG (Uluslararası Diyabet ve Gebelik Araştırma Grupları Birliği) 2010 yılında yeni eşik değerlerin belirlenmesi için HAPO (Hiperglisemi ve Olumsuz Gebelik Sonuçları) adı verilen bir çalışma yapmıştır. Uluslararası ve çok merkezli (

9 ülke ve 15 merkez) bu çalışmada 25.505 gebe taranmıştır. Günümüz tanı kriterleri bu çalışmaya dayanmaktadır. (14)

ADA, 1997 ve ADA, 2004-2010 100GR OGTT			ADA, 1997-ADA 2004 75GR OGTT		WHO, 1999 75 GR OGTT		IADPSG,2010 ADA, 2011 ADA, 2012-2013 75 GR OGTT	
	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l
Açlık	95	5.3	95	5.3	126	7	92	5.1
1.saat	180	10	180	10			180	10
2.saat	155	8.6	155	8.6	140	7.8	153	8.5
3.saat	140	7.8						
	Tanı için 2 ve üzerinde değer		Tanı için 2 ve üzerinde değer		Tanı için en az 1 değerin eşik değere eşit ya da üzerinde olması		Tanı için en az 1 değer eşik değere eşit ya da üzerinde olması	

Şekil 4.2.1.1:Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

Uluslararası örgütler GDM taramasında farklı yöntemleri benimsemişlerdir;Taramada tek ve iki basamaklı yaklaşım yöntemleri bulunmaktadır. İki adımlı yaklaşım kullanımı çok sık tercih edilmemekte ve tek adımlı yaklaşım kullanılmaktadır.(16)

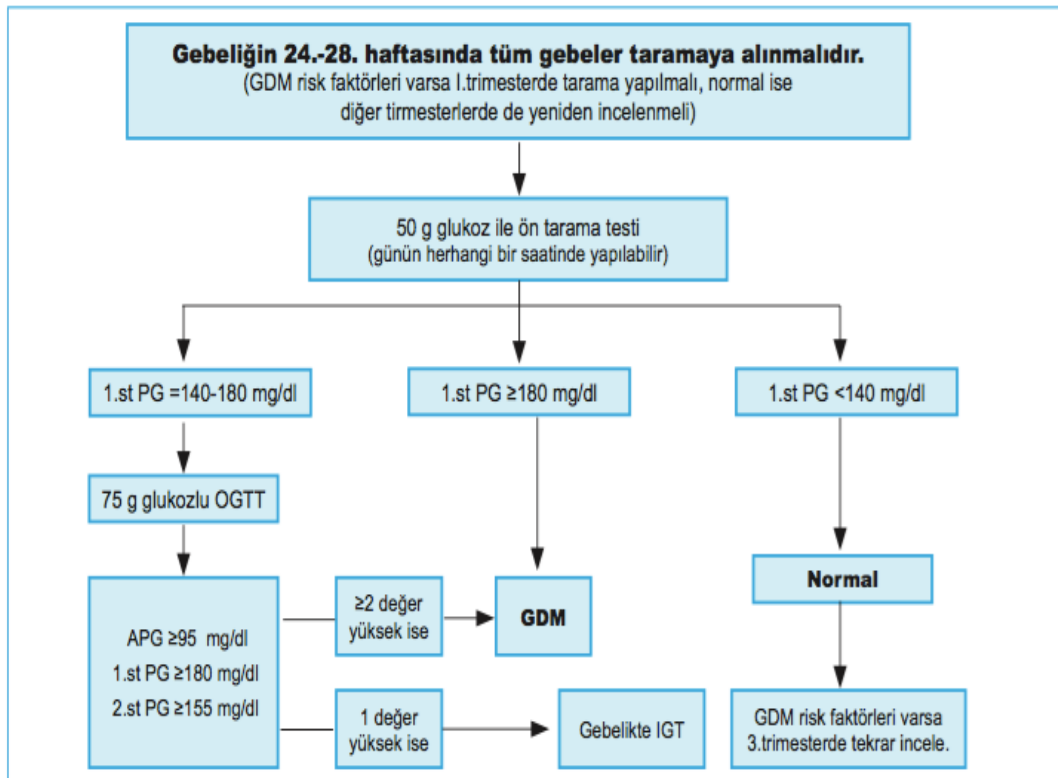
- Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği, iki adımlı yaklaşım
- Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği , tek adımlı yaklaşımı
- Amerikan Diyabet birliği 2009 yılında tek yada iki adımlı yaklaşımı önerirken 2011 yılında tek adımlı yaklaşımı
- Dünya sağlık örgütü, tek adımlı yaklaşımı
- Kanada Diyabet Birliği, iki adımlı veya tek adımlı yaklaşımı
- Endokrin Topluluğu, tek adımlı yaklaşımı önermektedir.

Dernekler	Basamak	Glukoz (gram)	AKŞ (mg/dl)	1-h	2-h	3-h	Yüksek değer sayısı
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.

Şekil 4.2.1.2 : Uluslararası derneklerin GDM tanısı basamakları ve eşik değerleri (17);

Ülkemizde ise konu ile ilgili otoriteler, yeni kriterler ile GDM tanısı koymanın çok kolaylaşacağına, buna karşılık GDM tanısı alan gebe sayısının çok artacağına, bu durumun ekonomik ve emosyonel sorunları artırabileceğine işaret ederek iki tanı yönteminin karşılaştırılacağı klinik prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamakta ve kanıta dayalı bulgular elde edilene kadar, iki aşamalı (50 g glukozlu ön tarama testi ve ardından 75 g glukozlu OGTT) tanı yaklaşımına devam edilmesini benimsemektedirler. (17)



Şekil 4.2.1.3:Ülkemizde GDM taramasına yaklaşım (17)

4.2.2.İki aşamalı tanı yaklaşımı

1.50 g glukozlu tarama testi: Gebeliğin 24.-28. haftalarında rastgele bir zamanda 50 g glukozlu sıvı içirildikten 1 saat sonra PG düzeyi ≥ 140 mg/dl ise diyabet açısından kuşkuludur, daha ileri bir testin (100 g veya 75 g glukozlu OGTT) yapılması gerekir. Tarama testinde 50 g glukoz içirildikten sonraki 1.st PG kesim noktası 140 mg/dl ise GDM'li kadınların %80'ine, buna karşılık kesim noktası olarak 1.st PG 130 mg/dl kabul edilirse GDM'li kadınların %90'ına tanı konulabilir.

Bazı araştırmacılar, 50 g glukozdan 1 saat sonraki PG >180 mg/dl ise OGTT yapılmasını gerekli görmemekte, bu vakaların GDM gibi izlenmesini ve tedavi edilmesini önermektedir.

2. OGTT: 50 g glukozlu tarama testi pozitif olan gebelerde tanıyı kesinleştirmek için 100 g glukozlu 3 saatlik OGTT yapılmalıdır. Alternatif olarak, tanı amaçlı OGTT, 75 g glukoz ile 2 saatlik olarak da yapılabilir. Her iki testte de en az iki değerin normal sınırı aşması GDM tanısı koydurur .(18)

4.2.3. Tek aşamalı tanı yaklaşımı

75 g glukozlu OGTT: WHO ve bazı yazarlar, gebelerde de gebe olmayan erişkinler gibi 75 g glukozlu, 2 saatlik OGTT yapılmasını yeterli görmektedir.

GDM tedavisinin amacı, durumun tedavisinin maternal ve fetal komplikasyonlarının azalmasına yol açtığı varsayımlarına dayanır. Ancak GDM tedavisin fetal ve maternal sonuçlara etkisi ile ilgilide uzun zamandır tartışmalar mevcuttur.(19)

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğum sonrası komplikasyonlarını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Güney Kamu Hastaneler Birliği ‘ne Bağlı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KEAH) Semiha Şakir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Binası Doğumhane ve Kadın Doğum Servisinde yapılmıştır.

KEAH ‘Bebek Dostu Hastane’ ünvanına sahip bir hastanedir. Kadın doğum servisi 23 yataklı olup, ayrıca doğumhane içinde 3 kişilik bir preeklemsi odası da mevcuttur. Hastanede normal doğum yapanlar herhangi bir sorunları yoksa 1 gün, sezaryen olanlar ise 2 gün yatırılmaktadır. Doğum süresince ve doğumdan sonra anneyi bilgilendirmek, bebeği takip etmek ve emzirme eğitimi vermek amacıyla gündüz 3 gece ise 1 bebek hemşiresi hizmet vermektedir. Tüm doğum ve sezaryenlere bebek hemşiresi ve pediatri hekimi birlikte girmektedir.

5.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kartal Eğitim Araştırma Hastanesinde bir yıl içinde normal doğum yapan 2715 gebe oluştur.

5.4.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 30 deney ve 30 kontrol grubundan oluşan iki grup olarak belirlenmiştir. İlk grubu; normal doğum yapan ve oral glukoz tolerans testini yaptırmayı kabul etmeyen, araştırmaya katılmayı kabul eden 30 anne ve bebeği oluşturmuştur. İkinci grubu; normal doğum yapan ve oral glukoz tolerans testi yaptırmayı ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 anne ve bebeği oluşturmuştur.

5.4.1.Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçim kriterleri oluşturulurken OGTT uygulamasına bağlı oluşabilecek risk faktörlerini etkileyecek özellikte olan gebelerin dışarda tutulmasına dikkat edilmiştir.

Buna göre örneklem kriterleri aşağıdaki şekilde oluşmuştur;

- Pregestasyonel ve Gestasyonel Diyabeti olan anneler örneklem dışı bırakılmıştır. Yapılan çalışmalarda pregestasyonel ve gestasyonel diyabetin yenidoğan vücut ve yağ kitlesi artışına ilişkisi incelenmiş ve bu durumun iri -aşırı kilolu yenidoğanla ilişkisi saptanmıştır. Aynı zamanda gestasyonel diyabet preeklamsi, hipoglisemik bebek, ölü doğum, makrozamik bebek, konjenital anomaliler neonatal respiratuvar ve metabolik sorunlar gibi ciddi komplikasyonlara neden olduğu görülmektedir. (20)
- Örnekleme 20- 35 yaş arası gebeler dahil edilmiş, adölesan gebelikler ve ileri anne yaşı örneklem dışı bırakılmıştır. Adölesan gebeliklerde hipertansiyon preeklamsi, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonların sık görüldüğü çalışmalarla belirlenmiştir. Gebenin yaşı düştükçe bebek kilosunda da azalma görülmektedir. Aynı zamanda 20 yaş altında ki gebelerde erken doğum ve buna bağlı komplikasyonların görülme sıklığında belirgin artış saptanmıştır (19-20-21).Annenin yaşı ilerledikçe GDM, hipertansiyon ve genetik hastalıkların görülme riski artmaktadır. Yapılan çalışmalarda ileri anne yaşının preeklamsi için önemli bir risk faktörü olduğu ve 35 yaş üstü gebelerde riski 4.56 kat arttığı görülmüştür. Ayrıca ileri anne yaşı GDM görülme oranını da artırmakta bu da GDM'ye bağlı komplikasyon riskini arttırıp çalışmamızın sonucunu olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.(20-21)

- Normal Doğum yapan anneler örnekleme dahil edilmiş, sezeryan ile doğum yapan anneler örnekleme dışı bırakılmıştır. Çalışmalarda doğum şekline göre bebeklerde komplikasyon görülme oranları sezaryen doğumda normal doğuma oranla daha yüksek bulunmuştur. Özellikle çalışmamızda her iki grup için karşılaştırma yaptığımız Apgar puanında; sezaryanla doğum yapanlar da 1. ve 5. dakika apgar puanlarının normal doğum yapanlara göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (22,23) Aynı zamanda sezaryen ile doğumun emzirmeyi olumsuz etkilediği yönünde çalışmalar vardır. Normal doğum sırasında salgılanan endorfinin, prolaktin ve oksitosin hormonlarını uyarak süt salgılanmasını hızlandığı ve bu nedenle normal doğumda emzirmeye daha kısa süre içerisinde başladığı görülmüştür. Bununla birlikte normal doğum sırasında salgılanan bu endorfin anne sütünde de bol miktarda görülmektedir buda bebekte ilk günlerde bağımlılığa; daha uzun ve kolay emmeye olanak sağlamaktadır. (24,25)
- Mevcut veya gebelikte ortaya çıkan kronik rahatsızlığı (hipertansiyon, hipotroid, hipertroid, romatizmal hastalıklar, karaciğer ve safra kesesi hastalıkları, böbrek hastalıkları) olan gebeler örnekleme dışı bırakılmıştır.

Hipertansif bozukluklar gebelikte preeklamsi, eklamsi, prematürite gibi komplikasyona neden olup, maternal ve perinatal mortaliteyi önemli oranda artırırlar. Eklamsi, preeklamsi anne ve bebek yaşamını etkileyen önemli rahatsızlıklardır (26).

Hipotroidin intrauterin gelişme geriliği, preeklamsi, plasental dolaşım bozuklukları, miyad aşımı gibi komplikasyonlara neden olduğu görülmüştür. Hipertroidin fetüs üzerine etkileri ise hipotroid, guatr, prematürite ve konjenital anomalilerdir.(27)

Romatizmal hastalığa sahip olan gebelerde; erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, erken membran rüptürü, fetal ölüm, preeklamsi, eklamsi gibi komplikasyonlara sık rastlandığı görülmüştür.(28)

Gebelikte görülen karaciğer rahatsızlıklarının ise fetal distres, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum, mekanyum aspirasyonu gibi komplikasyonların daha sık görülmesine neden olduğu bilinmektedir.(29)

- Eşi ile akrabalık durumu olan gebeler örneklem dışı bırakılmıştır. Yapılan çalışmalarda akraba evliliklerinden doğan bebeklerde genetik hastalıklara daha sık rastlanmıştır. Bununla birlikte akraba evliliklerinden doğan çocuklarda genitoüriner sistem, kas iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem malformasyonları saptanmış ve yeni doğan dönemindeki ölümlerin %8.3'ü bu malformasyonlara bağlı gerçekleştiği bulunmuştur. (30,31)
- Gebelik öncesi BKİ'si normal değerlerin (19.8-26.0) üzerinde olan gebeler örneklem dışı bırakılmıştır. Belirgin obezitenin anne ve fetus açısından ciddi yan etkileri çalışmalarla saptanmıştır. Bu yan etkiler arasında gestasyonel hipertansiyon, preeklamsi, gestasyonel diyabet, makrozomik bebek gibi çalışma sonuçlarını etkileyebilecek komplikasyonlar vardır. (32) Aynı zamanda yine çalışmada incelenen Apgar puanının obez annelerde normal BKİ 'ne sahip annelere göre daha düşük olduğu görülmüştür.(33)
- Gebeliği sırasında literatürün önerdiği kilodan daha az ve daha fazla kilo alanlar örneklem dışı bırakıldı. Gebelik öncesi BKİ değeri 19.8 altında olanlar 12.5-18 kg, BKİ değeri 19.8- 29 arasında olanlar 11.4-16 kg, BKİ değeri, 26.1-29 arasında olanlar 7-11.5 kg ve BKİ değeri 29'un üzerinde olanlar 7 kg almalıdırlar. Yapılan çalışmalarda gebelikte kazanılan vücut ağırlığının metarnal komplikasyonlara neden olduğu saptanmış. Aynı zamanda bizim çalışmamızda örneklem dışı bıraktığımız GDM oranını % 13 arttırdığı görülmüştür.

Bununla birlikte gebelikte kilo alımı normal sınırları aştıkça bebek doğum ağırlığı ve yapısal anomalilerde artışlar gözlemlenmiştir.
(33,34)

5.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma örneklemini Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisinde yatan gebeler ve bebeklerinden oluşmaktadır. Araştırma sonuçları bu örneklemlle sınırlıdır.

5.6.Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul’undan yazılı izin alınmıştır. Ek (1)

Araştırmanın İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yürütülebilmesi için kurum izni alınmıştır. Ek(2)

Hastanenin ilgili birim sorumluları çalışma ile ilgili bilgilendirilerek yazılı izinleri alınmıştır. Ek(3)

Çalışma gönüllülük esasına uygun yürütülmüş olup, annelerden bilgilendirilmiş onam formu Ek (4) ile izin alınmıştır.

5.7.Verİ Toplama Araçları

Araştırma verilerin toplanmasında LACHT emzirme tanılama ölçeği (EK5) , APGAR skorlaması(Ek 6) ve oluşturulan veri toplama formu (Ek 7) kullanılmıştır.

5.7.1. Verİ Toplama Formu(Ek 7)

Veri toplama formu anneye ait veriler ve bebeğe ait veriler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Annelere ait bölümde;

- Demografik özellikleri,
- Mevcut ve gebelikte geçirilmiş hastalık öyküsü,
- Doktor kontrollerine gitme sıklığı,
- Kontrolleri boyunca başvurduğu kurumlar yer almaktadır.

Bebeğe ait bölümde ise ;

- Bebeğin doğum haftası,
- Boy, kilo, baş çevresi ölçümleri,
- Kan şekeri değerleri,
- Ağlaması
- Reflekleri,
- Apgar skorlaması,
- Fiziksel anomali durumu,
- Beslenme durumu,
- Solunuma ait veriler bulunmaktadır.

5.7.2.LACHT Emzirme Tanılama Ölçeği (EK 5)

Deborah Jensen, Sheila Wallace tarafında Oregon’da 1993 yılında geliştiren LACHT; puanlama sistemi ile kısa sürede annenin emzirme tanılmasını sağlayan bir ölçüm aracıdır. Değerlendirmesinde 5 kriter mevcuttur. Bu kriterler:

L(Latch on Breast); bebeğin memeyi kavramasını,

A(Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulmasını,

T(Type of Nipple); annenin meme başının tipini,

C(Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,

H(Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı tanımlar.

Tüm bu kriterlere ayrı ayrı 0 ile 2 puan arasında puan verilir ve toplam puanı 10'nun altında olan annelerin emzirmede desteğe ihtiyaçları olduğu saptanır.

Ölçüm aracının güvenilirliği ilk olarak 1997 yılında Adams ve Hewall tarafından saptanmıştır. Türkiye de ise ilk olarak Demirhan tarafından 1997 yılında ardından ise 2003 yılında Okumuş ve Yenal Tarafından yapılmıştır.(35)

Çalışmada Lacht emzirme tanılama ölçeği değerlendirmesi çalışmacı ve anne tarafından yapılmıştır.

5.7.3.Apgar Skorlaması (EK 6)

Virgina Apgar 1949 yılında Columbia Üniversitesinde yaptığı çalışmalarda yenidoğanın doğduğu anda ki durumunu en hızlı ve kolay tespit edebilmenin yollarını inceledi. İncelemeleri sonucu 5 kriter belirledi ve her bir kritere 0 ile 2 puan arasında puanlar vererek değerlendirmelerde bulundu. Tüm bu değerlendirmeler ilk kez 1952 yılında bir bilimsel toplantıda yayımlandı.

Yayımlanan kriterler

(A)ctivity and muscle tone : Aktivitesi ve kas tonüsü

(P)ulse (heart rate) : Nabız

(G)rimace response (medically known as "reflex irritability") : Refleks cevabı

(A)ppearance (skin coloration) : Cilt rengi

(R)espiration (breathing rate and effort): Solunum sayısı

Bu 5 kriter bebeğin doğduktan sonraki 1. 5. ve 10. dakikalarında değerlendirilir. Değerlendirme de her kritere ayrı ayrı bakılır ve puan verilir. Toplamda elde edilen puan 8-10 arasında ise bebek normal, 5-7 arasında ise bebeğin oksijene ve uyarana ihtiyacı var, 4 puan ve altı ise bebeğin acil resüsitasyona ihtiyacı var demektir.(36)

Çalışmada apgar değerlendirmesi hem hemşire hemde hekim tarafından yapılmıştır.

5.8. Ön Uygulama

10 Anne ve bebeğe ön uygulama yapıldı. Gebelerden 5'i OGTT uygulanan, 5'i ise OGTT uygulanmayan gebelerden seçildi. Bebeklerin apgar skorları, kan şekeri değerleri, ağlamaları, beslenme biçimleri, refleksleri ve solunumları değerlendirildi. Örneklemin uygunluğu, değerlendirme süresi, veri formunun yeterliliği ve ölçek kullanım durumuna bakıldı. Ön uygulama sonrası veri formlarının yeterli olduğu görüldü.

5.9. Uygulama

- Araştırmada tüm veriler 08.00-19.00 saatleri arasında araştırmacı tarafından toplandı. Bu saatler dışında doğan bebekler ve anneleri örnekleme dahil edilmedi.
- Hastanede normal doğum yapan ve örneklem kriterlerine uyan; OGTT uygulanan 30 gebe ve OGTT uygulanmayan 30 gebe belirlendi.
- Örneklem kriterlerine uyan gebeler ile görüşülerek araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi anlatıldı.
- Örnekleme dahil olmayı kabul eden gebelere bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı.
- Çalışmaya dahil olan gebelerin oluşturan veri toplama formu ile bilgileri toplandı.

- Çalışmaya dahil olan gebelerin doğumlarına girildi.
- Bebeklerin doğduktan sonraki 1. ve 5. dakika apgar skorlamaları yapıldı.
- Bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri yapıldı.
- Ağlama durumları değerlendirildi.
- Solunumları değerlendirildi.
- Yenidoğan refleksleri değerlendirildi.
- 30. dakika kan şekeri değerine bakıldı.
- Anne yanına verilen bebeklerin beslenme durumları değerlendirildi.
- Lacht emzirme tanılama ölçeğine göre emzirme puanları belirlendi.
- 2. ve 6. Saat kan şekeri değerleri kaydedildi.
- Bebekler taburcu olurken çıkış tartıları kaydedildi.

5.10.Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Çalışmada parametrik olmayan test tekniklerinden Spearman korelasyon, Mann Whitney, Kruskal Wallis kullanılmıştır. Spearman korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir. Mann Whitney bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında, Kruskal Wallis bağımsız k grubun ($k>2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir.

Çalışmada ölçümlerin ilişkisi Spearman korelasyon testi ile ölçümlerin demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ise Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

6. BULGULAR

Tablo6.1: Anne Tanıtıcı Özellikleri

		OGTT Uygulanma Durumu				
		Uygulanmadı		Uygulandı		p
		n	%	n	%	
Yaş	21 yaş altı	7	23,3	4	13,3	0,52
	21-25 yaş	10	33,3	10	33,3	
	26-30 yaş	6	20	10	33,3	
	30 yaş üstü	7	23,3	6	20	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	16	53,4	12	40	0,43
	Lise ve üstü	14	46,6	18	60	
Doğum öncesi kontrollere gitme sıklığı	Ayda 1 kez	19	63,3	17	56,6	0,99
	Ayda 2 kez	2	6,6	4	13,3	
	Ayda 3 kez ve üstü	0	0	0	0	
	2 ayda 1	0	0	0	0	
	Düzensiz	9	30	9	30	
Gebelik boyunca başvurulacak kurum	Devlet Hastanesi	3	10	5	16,6	0,59
	Eğitim Araştırma Hastanesi	14	46,7	14	46,6	
	Aile Hekimliği Kurumu	3	10	2	6,6	
	Özel Hastane	5	16,7	5	16,7	
	Hiçbiri	5	16,6	4	13,3	
Gebelik öncesi BKİ	Normal	30	100	30	100	
Gebelik BKİ	Normal	30	100	30	100	

*p<0,05 anlamlı fark var , p<0,05 anlamlı fark yok

Araştırmaya katılan annelerin yaş aralığı her iki grup içinde benzerdir. OGTT uygulanmayan annelerin %53,4'ünün eğitim düzeyi ilköğretim ve altı iken ,OGTT uygulanan annelerin %60'ı lise ve üstü eğitim düzeyindedir.

Doğum öncesi kontrollere gitme sıklığı OGTT uygulanan annelerde %56,6, OGTT uygulanmayanlarda ise % 63,3 olarak belirlenmiştir. Her iki grup anneler gebelik boyunca çoğunlukla (%46,7-%46,6) Eğitim Araştırma Hastanelerini tercih etmiştir. Gebelik öncesi ve gebelik BKİ'si her iki grup içinde normaldir.

Tablo6.2:Yenidoğan Tanıtıcı Özellikleri

Doğum sonrası bebeklerin özellikleri		OGTT uygulanma durumu				
		Uygulanmadı		Uygulandı		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	21	70	12	40	0,027*
	Erkek	9	30	18	60	
Doğum haftası	39hafta altı	6	20	12	40	0,15
	39 hafta ve üstü	24	80	18	60	
Beslenme durumu	Yalnızca anneyi emiyor	16	53,3	18	60	0,99
	Yalnızca mama alıyor	4	13,3	5	16,6	
	Anne sütü +mama alıyor	10	33,3	7	23,3	
İki beslenme arası süre	2 saat	21	70	19	63,3	0,33
	3 saat	9	30	11	36,6	
Doğum sonrası ağlama durumu	Güçlü Ağlama Olan	16	53,3	18	60	0,33
	Sürekli Ağlama Olan	10	33,3	9	30	0,50
	Zayıf Ağlama Olan	4	13,3	3	10	0,33
Fiziksel anomali varlığı	Var	0	0	0	0	
	Yok	30	100	30	100	
Reflekslerin varlığı	Arama refleksi	30	100	30	100	
	Emme refleksi	30	100	30	100	
	Adım atma refleksi	30	100	30	100	
	Palmar yakalama	30	100	30	100	
	Plantar yakalama	30	100	30	100	
	Monro refleksi	30	100	30	100	
	Asimetrik tonik boyun	30	100	30	100	

Bebeklerin cinsiyetine bakıldığında OGTT uygulanmayan grupta kız, uygulanan grupta erkek cinsiyetinin fazla olduğu görülmektedir. OGTT uygulanan bebeklerin %80'i , uygulanmayan bebeklerin % 60 kadarı 39 hafta ve üzerinde doğmuştur.

Bebeklerin beslenme durumlarına bakıldığında OGTT uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin çoğunluğunun annesini emdiği ve her iki beslenme arasında ki sürenin 2 saat olduğu görülmüştür. OGTT uygulanmayan grupta %53,3'ünün , uygulanan grupta ise %60'ının güçlü ağlama gösterdiği görülmektedir. OGTT uygulanan ve

uygulanmayan anne bebeklerinde fiziksel anomali görülmemiştir. Her iki grupta da reflekslerin varlığının tam olduğu görülmektedir. OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonra gözlemlenen beslenme biçimleri ve beslenmeleri arasında ki süre ile aralarında anlamlı bir fark yoktur.(p=0,999) OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonra gözlemlenen ağlama düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.(p=0,335)(p=0,500)

Tablo6.3: Yenidoğan Kilo, Boy, Baş Çevresi ve Taburculuk Tartısı Ortalamaları

	Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu							
	Uygulanmadı				Uygulandı			
	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Doğum kilosu	3310	315,32	2790	3905	3314	410,71	2625	4050
Doğum boyu	49	2,22	46	55	49	3,40	40	56
Doğum baş çevresi	34	0,99	33	36	35	2,65	30	46
Taburculuk tartısı	3228	321,61	2710	3810	3184	395,41	2540	3980

Oral glukoz tolerans testi uygulanmayan anne bebeklerinin; doğum kilo ortalaması 3310 ± 315 gr, doğum boyu ortalaması 49 ± 2 cm, doğum baş çevresi ortalaması 34 ± 1 cm, taburculuk tartısı ortalaması 3228 ± 322 'dir.

Oral glukoz tolerans testi uygulayan anne bebeklerinin; doğum kilo ortalaması 3315 ± 411 gr, doğum boyu ortalaması 49 ± 3 cm, doğum baş çevresi ortalaması 35 ± 3 cm, taburculuk tartısı ortalaması 3184 ± 395 'tir.

Tablo6.4: Yenidoğan APGAR Puan Ortalamaları

	Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu							
	Uygulanmadı				Uygulandı			
	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Apgar 1. dk.	7,53	0,73	6	9	8,17	0,70	6	9
Apgar 5. dk.	8,60	0,67	7	9	8,83	0,38	8	9

Oral Glukoz Tolerans uygulamayan anne bebeklerinde ; 1. dk. Apgar ortalaması 7,53 5. dk. Apgar ortalaması 8,60'dır.Oral Glukoz Tolerans uygulanan anne bebeklerinde ; 1. dk. Apgar ortalaması 8,17 , 5. dk. Apgar ortalaması 8,83'tür.

Tablo 6.5: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Yenidoğan APGAR Puanları Açısından Karşılaştırılması

OGTT Uygulanma Durumu		n	Sıra Ortalama	U	p
Apgar 1. dk.	Uygulanmadı	30	23,80	249,0	0,001*
	Uygulandı	30	37,20		
Apgar 5. dk.	Uygulanmadı	30	28,25	382,5	0,17
	Uygulandı	30	32,75		

*p<0,05 anlamlı fark var , p<0,05 anlamlı fark yok

Oral Glukoz Tolerans Testi uygulanma durumu ile Apgar 1. dk. puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır. (p=0,001) Oral Glukoz Tolerans Testi uygulanmayanların puan sıra ortalaması 23,80 , uygulananların 37,20'dir. Buna göre Oral Glukoz Tolerans Testi uygulananların Apgar 1. dk. tutumu daha yüksektir. Oral Glukoz Tolerans Testi uygulanma durumu ile Apgar 5. dk. puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır. (p=0,176)

Tablo6.6 : Yenidoğan Solunumunun Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Değişken			Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu		P
			Uygulanmadı	Uygulandı	
Solunum şekli	Normal	n	21	27	0,122
		%	70	90	
	Yüzeysel	n	9	3	
		%	30	10	
Solunum sayısı	56-61	n	17	17	0,191
		%	56,6	56,7	
	62-67	n	5	9	
		%	16,6	30	
	67 üstü	n	8	4	
		%	26,6	13,3	
Solunum derinliği	Normal	n	22	27	0,136
		%	73,3	90	
	Derin	n	8	3	
		%	26,6	10	
Solunum ritmi	Normal	n	22	27	0,573
		%	73,3	90	
	Aritmik	n	8	3	
		%	26,7	10	
Köpürme	Var	n	6	5	0,999
		%	20,0	16,7	
	Yok	n	24	25	
		%	80	83,3	
Hırıltılı/İnlemeli solunum	Var	n	6	3	0,236
		%	20,0	10	
	Yok	n	24	27	
		%	80	90	
Retraksiyon	Var	n	1	2	0,500
		%	3,3	6,7	
	Yok	n	29	28	
		%	96,7	93,3	
Burun kanadı solunum	Var	n	1	2	0,500
		%	3,3	6,7	
	Yok	n	29	28	
		%	96,7	93,3	

*p<0,05 anlamlı fark var , p<0,05 anlamlı fark yok

Tablo 6.6; Bebeklerin 10 – 15. dakikalar arasında ki solunum değerlendirmelerini içermektedir.

Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunluğunun solunum şekli normaldir. Bazı bebeklerin solunumlarının yüzeysel

olması ,doğum eylemi nedeniyledir. Bu bebeklerin sonraki solunum değerlendirmeleri normaldir.

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile solunum şekli arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır .($p=0,122$)

Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunluğunun solunum sayısı 56-61 arasındadır.

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile solunum sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır .($p=0,191$)

Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunluğunun solunum derinliği normaldir.

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile solunum derinliği arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır .($p=0,136$)

Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunluğunun solunum ritmi normaldir.

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile solunum ritmi arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır .($p=0,157$)

Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunluğunda köpürme, hırıltılı-inlemeli solunum, burun kanadı solunumu, retraksiyon olmadığı görülmektedir. Olan bebeklerin ise zorlu ve uzun süren doğum sürecinden etkilendiği görülmüştür. Tüm bebeklerin solunumları tekrar değerlendirilmiş olup normal olarak kaydedilmiştir.

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile köpürme ($p=0,999$), hırıltılı-inlemeli solunum ($p=0,236$), burun kanadı solunumu ($p=0,503$) ve retraksiyon ($p=0,500$) değerlendirme bulguları anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo6.7: Yenidoğan Kan Şekeri Ölçüm Değerlerinin Ortalamaları

	Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu							
	Uygulanmadı				Uygulandı			
	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
30. dk. kan şekeri	64,67	10,39	40	84	60,87	9,19	42	74
2. saat kan şekeri	61,53	13,74	60	78	58,43	8,89	45	72
6. saat kan şekeri	61,27	12,74	50	74	61,13	6,91	48	74

Oral Glukoz Tolerans uygulamayan anne bebeklerinde ; 30. dk. kan şekeri ortalaması 64,67 , 2. saat kan şekeri ortalaması 61,53 , 6. saat kan şekeri ortalaması 61,27’dir.

Oral Glukoz Tolerans uygulanan anne bebeklerinde ; 30. dk. kan şekeri ortalaması 60,87 , 2. saat kan şekeri ortalaması 58,43 , 6. saat kan şekeri ortalaması 61,13’tür.

Tablo6.8: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Kan Şekeri Ölçümleri Bakımından Karşılaştırılması

Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu		n	Sıra Ortalama	U	p
30. dk. kan şekeri	Uygulanmadı	30	34,30	336,0	0,09
	Uygulandı	30	26,70		
2. saat kan şekeri	Uygulanmadı	30	34,37	334,0	0,08
	Uygulandı	30	26,63		
6. saat kan şekeri	Uygulanmadı	30	32,53	389,0	0,36
	Uygulandı	30	28,47		

* $p < 0,05$ anlamlı fark var , $p < 0,05$ anlamlı fark yok

OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonra 30. Dakika ($p=0,091$), 2. Saat ($p=0,084$), ve 6. saatlerde ($p=0,365$) bakılan kan şeker düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo6.9: Yenidoğanların LATCH Emzirme Tanılama Puan Ortalamaları

	Oral Glukoz Tolerans Testi uygulandı mı?							
	Uygulanmadı				Uygulandı			
	Ortalama	Standard Sapma	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standard Sapma	Minimum	Maksimum
Latch Emzirme Tanılama	7,33	1,71	4,00	10,00	7,33	1,63	4,00	10,00

Oral Glukoz Tolerans uygulanan ve uygulamayan anne bebeklerinde ;
Latch Emzirme Tanılama puan ortalaması 7,33'tür.

Tablo6.10: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu				X2	p
		Uygulanmadı		Uygulandı			
		n	%	n	%		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	16	53,4	12	40	1,15	0,56
	Lise ve üstü	14	46,6	18	60		

*p<0,05 anlamlı fark var , p<0,05 anlamlı fark yok

Oral glukoz tolerans testi uygulanma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.(p= 0,562)

Tablo6.11 :OGTT Uygulanan Ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Haftasına Göre Apgar Puanlarının Karşılaştırılması

Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu		Uygulananlar				Uygulanmayanlar			
Doğum haftası		n	Sıra Ortalama	U	p	n	Sıra Ortalam a	U	p
Apgar 1. dk.	39. hafta altı	6	14,50	66	0,72	12	14,38	94,5	0,51
	39. hafta ve üstü	24	15,75			18	16,25		
Apgar 5. dk.	39. hafta altı	6	14,75	67,5	0,77	12	14,25	93	0,32
	39. hafta ve üstü	24	15,69			18	16,33		

*p<0,05 anlamlı fark var , p<0,05 anlamlı fark yok

OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonra bakılan Apgar 1. dk. ve Apgar 5. dk. puanlarının dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo6.12: OGTT Uygulanan ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Haftasına Göre Kan Şekeri Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanma Durumu							
		Uygulanmadı				Uygulandı			
Kan şekeri	Doğum haftası	n	Sıra Ortalama	U	p	n	Sıra Ortalama	U	p
30. dk. kan şekeri	39. hafta altı	6	16,42	66,5	0,77	12	14,25	93,0	0,52
	39. hafta ve üstü	24	15,27			18	16,33		
2. saat kan şekeri	39. hafta altı	6	15,08	69,5	0,89	12	14,54	96,5	0,62
	39. hafta ve üstü	24	15,60			18	16,14		
6. saat kan şekeri	39. hafta altı	6	17,08	62,5	0,62	12	15,71	105,5	0,91
	39. hafta ve üstü	24	15,10			18	15,36		

* $p < 0,05$ anlamlı fark var , $p > 0,05$ anlamlı fark yok

OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonra 30. Dakika, 2. ve 6. saatlerde bakılan kan şekeri düzeylerinin doğum haftasına göre dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p > 0,05$)

1. TARTIŞMA

OGTT'nin yenidoğan üzerindeki etkilerini belirlemek üzere yapılmış olan çalışmanın sonuçlarının tartışılmasında, OGTT uygulanan (30 anne) ve uygulanmayan anne(30 anne) ve bebeklerinde değerlendirilen kriterlerin literatüre dayalı karşılaştırılması aşağıda yapılmıştır.

OGTT yaptıran annelerin tamamı testin yapılmasının hekim tarafından istendiğini belirtmişlerdir. Testi yaptırmayan annelerden alınan yanıtlar; % 5'inin hekimlerinin istemediğini, % 43'ünün şeker testinin zararlı olduğunu düşündükleri % 10'nunun OGTT ile ilgili okuduklarından dolayı, %42'sinin gebelik döneminde hiç kontrole gelmedikleri için testi yaptırmadıkları şeklindedir.

OGTT yaptıranların tamamında hekim kararı olduğu görülmektedir. Bu sonuç ülkemiz Sağlık Bakanlığı ve Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği önerileri ile uyumludur. Yaptırmayanlara bakıldığında %43 lük kısmının medya üzerinden yapılan tartışmalardan etkilendiği söylenebilir. (6) Bunun yanı sıra OGTT hakkında okuma yapan annelerinde yaptırmama yönünde etkilendiği görülmüştür. Burada okumaların hangi kaynaktan olduğu sorulmadığından kararın bilimsel sonuçlara dayandığını söylemek güçtür. Çalışmamızda yer alan annelerin bilgi kaynakları büyük çoğunlukla (%46,7) eğitim araştırma hastaneleridir. Gebelerin doğum öncesi yapılan testler hakkında bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmalarda gebelerin sırasıyla en çok sağlık ocağı, diğer devlet kurumları ve özel hastanelerden faydalandığı görülmüştür (37)(38). Öte yandan OGTT uygulanmayan gebelerin eğitim düzeylerinin %45.7, OGTT uygulanan gebelerin %70'inin eğitim düzeyleri lise ve üstüdür. (Tablo 6.1) OGTT uygulanma durumu ile eğitim düzeyleri arasında ki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.(p=0,562) (Tablo 6.10) Bu durumda OGTT uygulanmasının tercihinde gebelerin eğitim düzeylerinin önemli etkisi olduğunu söylemek mümkün değildir.

GDM tedavisinin amacı, maternal ve fetal komplikasyonlarının azalmasına yol açtığı varsayımlarına dayanır. Ancak GDM tedavisin fetal ve maternal sonuçlara etkisi ile ilgilide uzun zamandır tartışmalar mevcuttur.(34) 2003 Cochrane ve Collabanettan sistematik derlemesine göre bozulmuş glukoz toleransı tedavilerinin

perinetal sonuçlar üzerine etkileri hakkında güvenilir bir sonuç bulunamamıştır. (36) Gernal ve ark. yaptığı çalışma da gebeliğin 24-32. Haftasında olan 300 kadın çalışmaya dahil edilmiş 75 gram OGTT sonucuna göre GDM tanısı alan kadınlar iki gruba ayrılmıştır. İlk gruba sıkı glisemik kontrol, ikinci gruba ise rutin obstetrik bakım uygulanmıştır. İki grup arasında doğum ağırlığı, neonatal hipoglisemi, doğum travması, perinatal mortalite ve sezeryan oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.(34)

OGTT testinin yapılmasının gerekliliğini belirten araştırmalar, özellikle GDM tanılmasında önemli bir test olduğunu belirtmektedirler. (7) 2775 gebeyi içeren çalışmada 555'i tedavi edilmemiş GDM, 1110 'u tedavi edilmiş GDM ve 110'u tanı almamış gebelerden oluşan 3 grup oluşturulmuş ve komplikasyon oranları ölü doğum, makrozomi,yenidoğan hipoglisemisi, eritrositoz açısından karşılaştırılmıştır. Komplikasyon oranları tedavi edilmemiş grupta %59, tedavi edilmiş % 18 ve tanı almamış gurupta % 11'dir. Bu çalışmanın sonucunda tedavi edilemeyen GDM'nin komplikasyon oranını arttırdığı görülmüştür. (39)Ancak çalışmanın örnekleme bakıldığında bu komplikasyonlara yol açabilecek kronik hastalık, obezite vb özellikler açısından örneklemin homojenleştirilmediği görülmektedir. Bu çalışmada örnekleme dahil edilen tüm gebeler diyabet, kronik hastalıklar, beden kitle endeksi, doğum haftası, özellikleri açısından eşitlenmeye ve böylece OGTT'nin bebek üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

OGTT uygulanan ve uygulanmayan gebelerin yaş ortalaması iki grup içinde 21-25 yaş (%33,3) aralığındadır. (Tablo 6.1) Bu oran ülkemiz doğum yaşları ile uyumludur.(TNSA 2008-2013) GDM ile ilgili yapılan çalışmalarda tüm gebelere OGTT uygulanmasına gerek olmadığı, risk grubunda olmayan (25 yaş ve altı) gebelerde OGTT uygulanmadan da tanı konulabileceği vurgulanmıştır.(35) Çalışmada OGTT uygulanan gebelerin çoğunluğunun yaşının 25 yaş ve altı olması testin gerekliliği dışında rutin olarak uygulandığını göstermektedir. Ülkemizde 2008-2009 yılları arasında kliniğe başvuran 884 kişinin incelendiği retrospektif bir çalışmada; 24 yaş altında ki gebelerde OGTT uygulanmadığında tanı oranında düşme olmadığı, GDM tanısında Ulusal Diyabet Veri Grubu (UDVG) kriterler ile Carperter ve Cousan kriterlerinin kullanılabileceği gösterilmiştir. (35-38)Marguette ve

arkadaşlarının 1012 gebe ile yaptığı çalışmasında ise 24 yaş altında sadece 2 GDM tanısı alan gebe saptanmıştır.(39-40) Buna karşın ülkemizde yalnızca GDM açısından risk grubunda olan gebeler değil tüm gebelere OGTT yaptırmaları önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehber'ine göre gebelik boyunca en az 4 kez kontrole gitmek gerekmektedir.(37) 250 gebe ile yapılan bir çalışmada; %53,6'lık dilime sahip olan üniversite mezunu gebelerin, gebelik boyunca 11 kere ve üzerinde kontrole gittiği gözlemlenirken, % 46,4'lük dilime sahip ilkököl ve altı eğitimi olan gebelerin 1-5 kere kontrollere gittiği gözlemlenmiştir. (41) Çalışma verileri incelendiğinde OGTT uygulanmayan gebelerin %63.3'ünün , uygulanan gebelerin ise % 56.6'sının ayda bir kez kontrollerine gitmiş olduğu, OGTT uygulanan ve uygulanmayan gebelerin %30'unun kontrollere düzensiz olarak gittiği görülmüştür. (Tablo 6.1)

Çalışmada; yenidoğanların çoğunluğunun 39. haftada doğduğu görülmektedir. OGTT uygulanan ve uygulanmayan annelerin doğumdan sonra 30. Dakika, 2. Ve 6. saatlerde bakılan kan şekeri düzeylerinin doğum haftasına göre dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,005$) (Tablo 6.12) OGTT uygulanan ve uygulanmayan annelerin doğumdan sonra bakılan Apgar 1. dk., Apgar 5. dk. puanlarının, doğum haftasına göre dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,005$)(Tablo 6.11)

OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerin besleme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)(Tablo 6.2) TNSA-2013'ten elde edilen bilgi, çocukların yüzde 50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığını ve % 96'sının emzirildiğini göstermektedir. Ülkemiz verileri ile paralel olarak bu çalışmada her iki grupta yenidoğanların %50'den fazlasının annesini emdiği, %28-30'una mama desteği verildiği ve annelerin %70'e yakınının bebeğini 2 saatte bir, %30-36'sının ise 3 saatte bir beslediği görülmüştür. (Tablo 6.2)

OGTT uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin refleksleri incelendiğinde; arama refleksi, emme refleksi, adım atma refleksi, palmar yakalama, plantar yakalama, monro refleksi ve asimetrik tonik boyun reflekslerinin normal olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 6.2)

Bebeklerin doğum sonrası iyilik durumlarıyla ilgili önemli bir veri olan ağlama biçimleri arasında OGTT uygulanan ve uygulanmayanlar için fark bulunamamıştır. (Tablo 6.2)($p>0,05$)

Oral Glukoz tolerans testi uygulanmayanların anne bebeklerinin ; doğum kilo ortalaması 3310gr , doğum boyu ortalaması 49 cm , doğum baş çevresi ortalaması 34 cm , taburculuk tartısı ortalaması 3228'dir. Oral Glukoz tolerans testi uygulayanların bebeğinin; doğum kilo ortalaması 3315gr, doğum boyu ortalaması 49cm, doğum baş çevresi ortalaması 35 cm, taburculuk tartısı ortalaması 3184'tir. (Tablo 6.3)

Bebeklerin doğum anındaki durumlarına karar vermede ve doğum sonrası yardım gereksinimini belirlemede kullanılan (36) Apgar skoru incelenmiş; OGTT uygulanan ve uygulanmayan bebekler ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Oral glukoz tolerans testi uygulanan anne bebeklerinde 1. Dk. Apgar skoru daha yüksek saptanmıştır.($p=0,001$)(Tablo6.5)

Bebeklerin doğum anında ve doğum sonrası yardıma ihtiyacı olup olmadığını belirlemede gözlemlenen bebeğin solunum değerlendirmesinde; OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin çoğunun solunum şekli, sayısı, ritmi , derinliği normaldir; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 6.6) ($p>0,05$)

OGTT'nin annelerde reaktif ve ciddi hipoglisemi gibi yan etkilere neden olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.(9) Ancak bu ciddi hipogliseminin bebek üzerine etkisine dair literatürde bir çalışma bulunamamıştır. Oral Glukoz Tolerans uygulayan anne bebeklerinde ; 30. dk. kan şekeri ortalaması 64,67 , 2. saat kan şekeri ortalaması 61,53 , 6. saat kan şekeri ortalaması 61,27'dir.

Oral Glukoz Tolerans uygulanan anne bebeklerinde ; 30. dk. kan şekeri ortalaması 60,87 , 2. saat kan şekeri ortalaması 58,43 , 6. saat kan şekeri ortalaması 61,13'tür.

Çalışmada OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğumdan sonraki 30. Dakika, 2. Saat ve 6. Saat kan şekerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.(Tablo 6.8) ($p>0,05$)



8. SONUÇ

OGTT uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğum haftaları, kilo, boy, baş ölçümleri, taburculuk tartıları, doğumdan sonra değerlendirilen apgar skorlama puanları, 30. Dakika 2.Saat ve 6. Saatlerde ölçülen kan şekeri değerleri, ağlamaları, beslenme durumlarının ve beslenme aralıkları, solunum şekli, derinliği, ritmi bulgularının benzer olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak;

Ogtt uygulanan ve uygulanmayan gebelerin bebeklerinde bakılan; kan şekeri, apgar skorlaması, beslenme biçimleri, solunum değerlendirmeleri, ağlama bulguları, refleksleri açısından herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu araştırma ile sınırlı olarak ogtt yaptırmanın bebekler üzerine etkisi olmadığı söylenebilir.

Öneriler;

Daha büyük bir örneklem grubuyla farklı yöntemler kullanılarak çalışmanın genişletilmesi , Ogtt yaptıran ve yaptırmayan gebelerin bebeklerinin uzun dönemli izlenmesi önerilir.

9.KAYNAKLAR

1. IDF Diabetes Atlas I Sixth edition .
https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf (Eriřim Tarihi: 09.09.2016)
2. Sisto CL, Kim SY, Sharma AJ. Prevalence Estimates of Gestational Diabetes Mellitus in the United States, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2007–2010. Prev Chronic Dis 2014;11:130415.
3. Matsuda M, DeFronzo RA. Insulin Sensitivity Indices Obtained From Oral Glucose Tolerance Testing: Comparison With The Euglycemic Insulin Clamp. Diabetes Care September 1999 ;22:1462-1470
4. Karakurt F ve ark. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. Yeni Tıp Dergisi 2009;26
- 5.<http://www.medikalakademi.com.tr/tjod-canan-karatay-tekzip-gebe-seker-yukleme-testi/> (Eriřim Tarihi: 28.10.2016)
- 6.<http://www.milliyet.com.tr/karatay-dan-gebelik-sekeri-testi-pembenar-detay-hamilelik-2027801/> (Eriřim Tarihi: 31.10.2016)
- 7.<http://www.hurriyet.com.tr/saglik-bakanligi-canan-karatay-tartismalari-icin-aciklama-yapti-28698790> (Eriřim Tarihi: 27.10.16)
8. Kuehl, et al. Jelly beans as an alternative to a fifty-gram glucose beverage for gestational diabetes screening. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1154-1157.
- 9.Gökbulut P. Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan Hastalarda Memnuniyet Deęerlendirmisi. Uzmanlık Tezi.Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erzurum 2012.
10. <http://www.ncvc.go.jp/english/> (Eriřim Tarihi 01.08.2015)
11. Kerner W, Brückel J.Definition,Classification and Exp Clin Endocrinol Diabetes 2014; 122: 384–386
12. Craig ME, Hattersley A, Donaghue KC. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents.Pediatric Diabetes 2009: 10 (Suppl. 12): 3–12.
13. Clinical and Experimental Optometry 82.2–3 March–June 1999
14. Poretsky L. , Principles of Diabetes Science Business Media, LLC 2010
15. P. Cassar: Historical development of the concept of Diabetes in Malta. Ministry of Health, Malta, 1982

16. Nwaneri C, Diabetes mellitus: a complete ancient and modern historical perspective, <http://www.webmedcentral.com> (11.06.2016)
17. Türkiye ve bölge ülkelerinde diyabet sorunu. Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi. Türkiye 2013
18. Samur G. Obezite ve gebelik / 2008/ankara/
19. Uzun AK, Orhon F.Ş. Adolesan Gebeliklerin Anne Ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2013, 66 (1)
20. Kıran H, Kıran G, Güven MA. Maternal Yaşın Gebelik Seyri ve Fetal Prognoz Üzerine Etkileri . ARŞİV 2002; 12:90
21. Topçoğlu ve ark. Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yenidoğan İçin Risk midir? Tek Bir Merkezin Retrospektif Sonuçları .Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014;45: 131-35
22. Çağlayan E, Kara M, Günel Y. Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, Cilt 7, Sayı 2, 2011 / Medical Journal of Bakırköy, Volume 7, Number 2, 2011
23. Gül, (2008), Normal Doğum ve Sezeryan Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyon Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
24. Sarper C. 2015. Spinal Anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda erken ten temasının, emzirme yeterliliğine etkisi.Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
25. Bolat ve ark. İlk Altı Ayda Anne Sütü ile Beslenmeye Etki Eden Faktörler. Çocuk Dergisi 11(1):5-13, 2011
26. Şen C, Madazlı R, Ocak V. Gebelikte Hipertansiyon/Tanım ve Sınıflandırma . Perinatoloji Dergisi 1:7-10,1993
27. Bostancı MS, Taşkesen F. Gebelikte tiroid fonksiyon bozuklukları ve sonuçlarının değerlendirilmesi .Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi. Vol 2, No 2, June 2011
28. Morris Y, Kırıklı G. Gebelikte Romatizmal Hastalıklar ve Tedavisi.
29. Kadayıfçı A, Sivri B. Gebelikte karaciğer, safra kesesi, pancreas hastalıkları. Turk j gastroenteral 1997;8:117-128

30. Sevinç S, Çelik MY. Akraba evliliklerinin çocuk sağlığına etkisi ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve toplum.2,2016
31. Nar, M.Ş. Akraba evliliklerinin patolojik etkileri.
32. Akgün N. Maternal Beden Kitle İndeksi ve Gebelikte Vucüt Ağırlığı Artışı Takibinin Perinetal Sonuçlar İle İlişkisi.Yüksek Lisans Tezi.hacettepe üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü
33. Kabaran S, Samur G. Maternal Obezite ve Gebelik. Beslenme ve diyet dergisi. 38(1-2):45-52/2010
34. Benk ve ark; Yirmidört yaş ve altı gebelerde glukoz tolerans testi yapılmalı mıdır?. J Kartal TR2010; XXI(3):117-121
35. Okumuş H, Yenal K. Latch Emzirme Tanılama Aracının Güvenilirliğini İnceleyen Bir Çalışma . Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi-2003/1
36. Tezel A, Özkan H, Çelebi A. Ebeler ‘Apgar Değerlendirmesi’ni ne kadar biliyorlar? Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14(3) 163-170, 2005
37. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz B. Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar . JAREN 2015;(1):21-29
38. Diribaş K., Kaya C., Koç F. A.(2002), İlk Trimester Fetal Tarama Testleri. Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 12(2):186-191
39. Gülbahar Ö, Çaycı AB, Budakoğlu İ, Erçin U, Bukan N, Paşaoğlu H, ve ark. ADA criteria for evaluation of OGTT for diagnosis of gestational diabetes mellitus. Türk Klinik Biyokimya Derg 2010;8(2):63-7.
40. American College of Obstetrics and Gynaecology: Management of diabetes mellitus in pregnancy. ACOG Technical Bulletin (Chicago) 1986;92:1.
41. Ergün P. Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkında Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi.Yüksek Lisans Tezi 2007. Afyon Kocatepe Üniversitesi
42. Onbaşı Ş. Doğum Öncesinde Verilen Anne Sütü Emzirme Eğitiminin Emzirme Oranına ve Süresine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 2009

10. EKLER

EK-1:İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni



MEDİPOL
UNV

İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU E-İmzalıdır



Sayı : 10840098-604.01.01-E.3879
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/11/2015

Sayın Nuran Aydın

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan ve Uygulanmayan anne Bebeklerinin Doğum Sonrası Komplikasyonlarının Karşılaştırılması” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.11.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx?Code=3B9C8DEAXA>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

EK-2 Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Araştırma İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/07/2016-9702



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770
Konu : Araştırma İzinleri Hk.

SAYIN ESRA DEMİRCİ ECEVİT
(Gümüşpınar Mahallesi, Fındık Sokak No:10 Daire:5 Kartal / İstanbul)

"Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Sonrası Komplikasyonlarının Karşılaştırılması" başlıklı çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebiniz Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca incelenmiş olup, 14/07/2016 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın anılan Hastanede yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 1 (bir) yılda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Kadir IŞIK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı V.

Evrakın Doğrulanmak İçin : http://ebys.iagb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BE844SR1F

Adres:Bağböyük Mah. Atatürk Cad No:1 Maltepe/İSTANBUL
Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 00 05
e-Posta:eminecigilli@gmail.com Elektronik Ağı:www.iagb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi için irtibat: Emine DENİZ
EĞİLLİ
Unvanı: Hemşire

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-3:Hastane Birim Sorumlusu İzin Formu

22.06.2016

T.C

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

Genel sekreterliğinize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun bakım Servisinde çalışmakta olan hemşire ESRA DEMİRCİ ECEVİT'İN 'Oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğum sonrası komplikasyonlarının karşılaştırılması' konulu tezini yapması tarafımdan uygun görülmüştür.

Doç.Dr. YASEMİN AKIN

ÇOCUK KLİNİĞİ İDARE VE EĞİTİM SORUMLUSU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada yer aldığınız için teşekkür ederiz.

Ben Esra DEMİRCİ ECEVİT, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında yüksek lisans öğrencisiyim ve bir bilimsel çalışma yapmaktayım. Bu çalışmada oral glukoz tolerans testi uygulanan ve uygulanmayan anne bebeklerinin doğum sonrası komplikasyonlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır. Çalışma kapsamında sizden bebeğiniz ile ilgili bilgiler toplanacak ve toplanan bu bilgiler araştırma varisi olarak kullanılacaktır. Bu bilgilerin oral glukoz tolerans testinin risklerinin belirlenmesi açısından önemli kaynak oluşturması hedeflenmektedir.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz, dolduracağınız anket bilgilerinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Çalışmaya katılmadığınızda herhangi bir cezai durumla karşılaşmanız söz konusu değildir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda kullanılacaktır.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı :

Bilgilendirenin Adı

Soyadı:

İmza:

EK-5: LATCH Emzirme Tanılama Formu

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

EK-6 APGAR Skorlaması

Bulgu	0 Puan	1 Puan	2 Puan
Cilt Rengi	Tümüyle mavi-mor	Kollar ve bacaklar mor, diğer bölgeler pembe	Tüm vücut pembe
Nabız (Kalp atım sayısı)	Kalp atımı	Dakikada 100 ün altında	Dakikada 100 ve üzeri
Refleks (Uyarılara cevap)	Yok	Yüz buruşturma (zayıf cevap)	Hapşırma, öksürme, uyarıyı elle itme
Kas Tonusu (Aktivite)	Gevşek	Kollar ve bacaklar bükülü	Aktif hareketli
Solunum	Yok	Yavaş ve düzensiz	Düzenli, ağlıyor

EK-7: Veri Toplama Formu

ARAŞTIRMANIN ADI: Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Sonrası Komplikasyonlarının Karşılaştırılması

TARİH:

FORM NO:

ANNEYE AİT VERİLER

Yaş:

Eğitim Durumu:

Eş ile Akrabalık Durumu: A) Var B) Yok

Mevcut Hastalık Durumu A) Var 1)Hipertansiyon
2) Diyabet
3) Kalp rahatsızlığı
4) Obezite
5) Diğer :
B) Yok

BKI:

Gebeliği boyunca aldığı kilo:

Geçirilmiş Hastalık Öyküsü: A) Var : B) Yok

Doğum Öncesi Kontrollere Gitme Sıklığı:

A) Ayda 1 kez B) Ayda 2 kez C) Ayda 3 ve üstü D) 2 ayda 1 E) Düzensiz

Gebeliği Boyunca Başvurduğu Kurum (Biden fazla şık seçilebilir)

- A) Devlet Hastanesi
- B) Eğitim Araştırma Hastanesi
- C) Aile Hekimliği Kurumu
- D) Özel Hastane
- E) Hiçbiri

Gebeliklerinizde Ortaya Çıkan Problemler

A) Yok

Bu Gebelik

B) Var :

- 1)Hipertansiyon
- 2)Preeklampsi

Önceki Gebelikler

- 1) Hipertansiyon
- 2) Preeklampsi

3) Enfeksiyon
4) GDM
5) Diğer:

3) Enfeksiyon
4) GDM
5) Diğer:

Doğumlarınızda Ortaya Çıkan Problemler

ve Üstü

	1. Doğum	2. Doğum	3. Doğum
--	----------	----------	----------

İri bebek:
Düşük doğum ağırlığı:
Ölü doğum
Anomalili bebek:
Diğer :
Hiçbiri:

Bebeğe ait veriler

Doğum haftası:
Cinsiyet:
Doğum kilosı:
Doğum boyu:
Doğum baş çevresi:
Çıkış (taburculuk) tartısı:

Kan şekeri değerleri

Doğumdan sonraki: (Tokluk olarak ölçülen)
30.dakika:
2.saat:
6.saat:

Ağlamanın değerlendirilmesi

Güçlü	
Sürekli	
Zayıf	
Ağlama Yok	

Apgar Skoru

Bulgu	0 Puan	1 Puan	2 Puan
Cilt Rengi	Tümtüyle mavi-mor	Kollar ve bacaklar mor, diğer bölgeler pembe	Tüm vücut pembe
Nabız (Kalp atım sayısı)	Kalp atımı	Dakikada 100 ün altında	Dakikada 100 ve üzeri
Refleks (Uyaranlara cevap)	Yok	Yüz buruşturma (zayıf cevap)	Hapşırma, öksürme, uyarana elle itme
Kas Tonusu (Aktivite)	Gevşek	Kollar ve bacaklar bükülü	Aktif hareketli
Solunum	Yok	Yavaş ve düzensiz	Düzenli, ağılıyor

Apgar puanı: 1.dakika:
5.dakika:

BESLENME ŞEKLİ:

Yalnızca anneyi emiyor	
Mama desteği alıyor	
İki beslenme arasındaki süre:	

LATCH EMZİRME TANILAMA ÖLÇEĞİ PUANI:

REFLEKSLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arama Refleksi:	
Adım atma:	
Plantar yakalama:	
Asimetrik tonik boyun:	

SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Solunum Şekli:	
Solunum Sayısı:	
Solunum Derinliği:	
Solunumun Ritmi:	
Köpürme:	
Hırıltı/İnlemeli Solunum:	
Retraksiyon:	
Burun Kanadı Solunumu:	

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU E-İmzalıdır



Sayı : 10840098-604.01.01-E.3879
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/11/2015

Sayın Nuran Aydın

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan ve Uygulanmayan anne Bebeklerinin Doğum Sonrası Komplikasyonlarının Karşılaştırılması” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.11.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx?Code=3B9C8DEAXA>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	04.11.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.11.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 571	Tarih: 18/11/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐			
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒			

* :Toplantıda Bulunma

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Oral Glukoz Tolerans Testi Uygulanan ve Uygulanmayan Anne Bebeklerinin Doğum Sonrası Komplikasyonlarının Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVAN/ADI/SOYADI	Nuran Aydın			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	DEMİRCİ ECEVİT
Doğ.Yeri	GÖLCÜK	Doğ.Tar.	16.08.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	
Email	demirciesra0@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2013
Lise	Elazığ Balakgazi Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum			Süre (Yıl - Yıl)	
Hemşire				2013-	
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	
	Sayısal	Eşit Ağırlık		Sözel	
ALES Puanı	72,9	71,9		-	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

