



Pender's health promotion model evaluation of gestational diabetes mellitus case

Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre gestasyonel diabetes mellitus olgu değerlendirmesi

Yeřim Kayapa¹, Sevil řahin²

¹ Msc, Nurse, Kırıkkale Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Kırıkkale, Türkiye, ysmkyp@hotmail.com, 0000-0002-3310-2025

² PhD, Assoc., Prof. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Ankara, Türkiye, sevilshahin1@gmail.com. 0000-0001-7089-6648

ABSTRACT

Aim: Gestasyonel diabetes mellitus (GDM) is the most common metabolic disorder that is increasing worldwide. In this study, in the case of GDM; under the guidance of Pender's Model; It is aimed to increase the quality of life by providing important healthy lifestyle behaviors such as nutrition, anxiety management and physical activity in GDM. **Case:** N.G., who came to the outpatient clinic with a complaint of decreased baby movements at the age of 32, was admitted to the service with a preliminary diagnosis of GDM and preeclampsia. Nursing interventions were made under the guidance of the model for the patient, who was evaluated according to Pender's Model. **Conclusions:** It was concluded that applying the nursing care of pregnant women with GDM within the scope of the model is important in preventing both maternal and perinatal complications and increasing the quality of life. **Keywords:** Gestational Diabetes Mellitus, Healthy Lifestyle Behaviors, Pender's Health Improvement Model

ÖZ

Amaç: Gestasyonel diabetes mellitus (GDM), dünya çapında giderek artan en yaygın metabolik bozukluktur. Bu çalışmada; GDM olgusunda; Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde; GDM'de beslenme, anksiyete yönetimi ve fiziksel aktivite gibi önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. **Olgu:** 32 yaşında bebek hareketlerinde azalma şikâyeti ile polikliniğe gelen N.G'nin GDM ve preeklampsi ön tanısı ile kliniğe yatırılmıştır. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre değerlendirilen hastanın, model rehberliğinde hemşirelik girişimleri planlanmış ve değerlendirilmiştir. **Sonuç:** GDM'li gebede hemşirelik bakımının model kapsamında uygulanması, hem maternal hem de perinatal komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ARTICLE INFO/MAKALE BİLGİSİ

Key Words: Gestational Diabetes Mellitus, Healthy Lifestyle Behaviors, Pender's Health Improvement Model

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel Diabetes Mellitus, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

DOI: 10.5281/zenodo.7386097

Corresponding Author/Sorumlu Yazar: Msc, Nurse, Kırıkkale Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Kırıkkale, Türkiye, ysmkyp@hotmail.com.

Received Date/Gönderme Tarihi: 24.02.2022

Accepted Date/Kabul Tarihi: 02.07.2022

Published Online/Yayımlanma Tarihi: 31.12.2022

GİRİŞ

Gebelik, kadının hayatında yeni rol ve sorumluluklarla karşılaştığı, aynı zamanda bu sürece sağlık sorunlarının da dâhil olmasıyla stresli bir dönem olabilmektedir (1). Yüksek riskli gebelikler, anne ve bebek için olumsuz sağlık sorunlarını içeren riskli bir süreç olmakla birlikte, gebelik boyunca sürece tedavi, diyet, egzersiz ya da hastanede yatma gibi durumlara uyum göstermek ve çıkan problemlerle baş etmenin birlikte olduğu bir süreçtir (2, 3). Gestasyonel diabetes mellitus (GDM), ilk defa gebelikte başlayan veya ortaya çıkan değişken şiddetli hiperglisemiye sebep olan karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanmaktadır (4). Dünya genelinde her altı gebelikten birinin hiperglisemi ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir ve bunların %84'ü

GDM olarak sınıflandırılmaktadır (5). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da GDM prevalansının %2,6–27,9 arasında olduğu bildirilmiştir (6).

GDM'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılmamıştır, ancak insülin duyarlılığını ve pankreas hücresi disfonksiyonunu etkileyen hormonal dengesizliklerle ilişkilendirilmiştir (7). Risk faktörleri arasında ailede diyabet öyküsü, önceki GDM, GDM yada tip 2 diyabet için genetik yatkınlık, aşırı kilo, obezite ve etnik köken gibi insülin direnci koşulları yer almaktadır (8).

GDM'nin erken tanısı, gelişebilecek fetal ve neonatal komplikasyonları azaltmak için ön koşuldur (9). Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Birliği (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG) önerilerine göre, 24-28.



gebelik haftasında yapılan 75g oral glukoz tolerans testi (OGTT) ile açlık, 1 saatlik ve 2 saatlik plazma glukozu değerlendirilir ve OGTT'deki gliseminin sınır değerleri sırasıyla 5,1 mmol / L, 10 mmol / L ve 8,5 mmol / L'dir. Bu eşikleri aşan veya bunlara eşit olan bir veya daha fazla değerde GDM tanısını konulur (10). American Diabetes Association (ADA); GDM'nin, fetüste makrozomi, omuz distozisi, doğum komplikasyonları, fetal anomalileri, intrauterin fetal ölüm, yenidoğan hipoglisemi ve yenidoğan hiperbilirubinemi, artan hiperglisemiye, annede de preeklampsi, hipertansiyon, sezaryen, erken doğum gibi komplikasyonlara sebep olduğunu bildirmiştir (11, 12, 13).

GDM tedavisi gebelik ve perinatal komplikasyon riskini azaltmaktadır. Medikal tedavinin yanında yaşam biçimi değişikliklerinin (fiziksel aktivite ve beslenme) standart bakımdan (medikal tedavi ve diyet,) daha yararlı bulunduğu bildirilmiştir (14). GDM'li gebede kan glukoz seviyelerini kontrol altına alabilmek için yaşam tarzında değişiklikler yapılması gerekmektedir. Bu değişiklikler, tıbbi beslenme düzenlemesi, düzenli fiziksel aktivite, egzersiz planlaması olarak sıralanmaktadır. GDM, diyet ve egzersizle regüle olmadığında ise insülin tedavisine başvurulmaktadır. Oral antidiyabetiklerin gebelikte alınmasına dair araştırmalar yapılmaktadır (15). Oral diyabetikler ve insülin tedavisi arasında yapılan çalışma sonucu konjenital anomali, neonatal solunum sıkıntısı, sezaryen oranı, gestasyonel yaşa göre küçük bebek, doğum defektleri, makrozomi, erken doğum ve intrauterin fetal ölüm arasında fark bulunamamıştır (16). Bir başka çalışmada ise oral sülfonilürelerden glyburidinin fetal geçişinin çok düşük olduğu belirtilmiştir (17).

Sağlıklı yaşam tarzı, kişilerin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını yönetebilmesi, günlük faaliyetlerini planlarken sağlığına uygun girişimleri tercih etmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu girişimleri yaşam biçimine dönüştürebilen kişi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye taşıyabilir. Diyet, egzersiz, sigara içme ve stres gibi yaşam tarzı faktörlerine dikkat edilerek kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranları azalabilmektedir (18).

Beslenme alışkanlıklarının planlanması GDM'de başlıca müdahale alanı olarak bilinmektedir (16). Düzenli yapılan fiziksel aktivite, diyabetle ilgili risk faktörlerini, komplikasyonları, morbidite ve mortalite risklerini azaltmakta, kan basıncını düzenlemekte ve kilo kontrolünü sağlamada etkili olduğu çalışmalarla vurgulanmaktadır(19,20). GDM'li gebelerin maternal ve fetal, morbidite ve mortalite ile karşı karşıya kalma ihtimali sağlıklı gebelere kıyasla çok daha fazladır. Bu

durum da sağlıklı gebelerde göre stres ve korku düzeyleri daha yüksek olabilmektedir. Anne ve fetüsün bu stres etkisinde gebelik dönemini sürdürebilmesi zorlu bir süreçtir. Anne herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşma olasılığına karşı korku ve endişe hissetmektedir (21,22). GDM'li gebenin; gebeliğe ve tanısı yeni konulan GDM'ye ve GDM'yi kontrol etmek için verilen tedavi, diyet ve egzersiz gibi yaşam biçimi değişikliklerine uyumu sağlık profesyonelleri tarafından ele alınmamaktadır (23).

Hemşirelik mesleği pratikte, sadece hastalığa odaklı hareket etmemekte olup, bireyin mevcut ya da olası sağlık problemlerine de odaklanmakta, ayrıca sağlığın geliştirilmesini ve hastalıkların önlenmesinde faaliyet göstermektedir. Sağlıkta; sağlık davranış değişimi üzerine yapılan araştırmalarda teori ve modeller kullanılmaktadır (24,25). Bakımda kuram ve modellerin kullanımı kişiye özel bakımda farklılık ortaya çıkarmakla birlikte; bakımın sistematize edilmesine, bireyin ailenin bütüncül değerlendirilmesine ve dolayısıyla bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesine imkân vermektedir (26).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM); (Şekil 1) sağlıklı yaşam davranışı değişimleri üzerinde etkisi olduğuna inanılan faktörler arasındaki kavramları ele almaktadır. Model; bu kavramlar arasındaki bağlantıları tanımlamak için geliştirilmiştir (27). SGM, sağlık davranışının meydana gelmesinde etkili olan temel değişkenleri açıklamaktadır. Ancak SGM'nin temel odak noktası hemşirenin değerlendirmesi gereken 11 temel inançtır. Bu 11 temel inanç, hemşirelik müdahalelerinin önemli noktaları olarak açıklanabilmektedir. SGM'nin uygulanması; hemşire-bireyin beraber hareket etmesini ve hemşirenin bireylerde sağlıklı yaşam biçimini meydana getirmek için davranışsal değişikliği kazandırabilmesine katkıda bulunur. SGM'nin önemli kavramları tüm kuram ve modellerde de olduğu gibi birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalıktır (28).

GDM'li gebelerin psikososyal uyumları artırmaya yönelik kullanılabilecek standart bir bakım protokolü bulunmamaktadır. Hemşirelerin ve ebelerin faydalanabileceği bakım kılavuzlarının ve rehberlerin geliştirilmesi, GDM'li gebelere verilecek bakımın kalitesinde artmaya, bakımın standartlaşmasına ve olumsuz perinatal sonuçların önlenmesine olanak sağlayacaktır (29). Bu çalışmada, öncelikle görüşmenin amacı açıklanarak, hastanın yazılı onamı alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. GDM'li hastanın bakım gereksinimleri belirlenerek Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli rehberliğinde GDM için hemşirelik girişimleri ile gebede sağlığı geliştirici davranış değişikliği kazandırılarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi planlanmıştır.

Preeklampsi?" ile klinikte takibi yapılmaktadır. İlk gebeliği olan hastanın 24. gebelik haftasında yapılan OGTT testinde GDM tanısı konulmuştur. Hasta zaman zaman epigastrik ağrısı olduğunu ifade etmektedir.

Olgunun fiziksel ruhsal ve psikososyal yönden değerlendirilmesinde; antenatal takiplerini düzenli yaptırdığını, kendisini şuanda "hasta" olarak değil "gebe" olarak algıladığını, bir ay önce geçirdiği COVID-19 enfeksiyonu sonrasında gebeliğini daha fazla etkilememesi için sigarayı (6-7 adet/gün) bıraktığını belirtmiştir. Gebeliği süresince 7 kg almıştır. Ana ve ara öğünlerine dikkat etmektedir. Bununla birlikte; diyetisyenin önerileri doğrultusunda gestasyonel diyabet tanısı olduğu için gebelik öncesi kilosu baz alınarak hesaplanan BKİ'ye göre 2200 kalorilik verilen diyetine, bebeği için yeterli olmadığını düşündüğünden uyum sağlamak zorlanmaktadır. Gebeliğinde verilen demir, folik asit preparatlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Konstipasyon sorunu bulunmakta (2 günde bir defa) olup, miksiyon sorunu olmadığını belirtmiştir. Sağlık profesyoneli olması nedeniyle uzun süre ayakta kaldığı için eve geldiğinde dinlenmek istediğini egzersiz yapmadığını vurgulamaktadır. Uyku sorunu yaşamamaktadır. Olgumuz gebeliği esnasında yaşamış olduğu sağlık problemlerini "terzi kendi söküğünü dikemezmiş" diyerek ifade etmekte ve kendini değerli güzel bir insan olarak nitelendirmektedir. Bir yıllık evli ve eşinin her türlü konuda kendisinin en büyük destekçisi olduğunu belirtmiştir. Bebeğinin erken doğma riski ile yoğun stres yaşadığını, en iyi kuvözün anne karnı olduğunu, bebeğin sağlığı konusunda endişeli olduğunu, bu durumlarda eşi ve yakın çevresi ile iletişim kurarak rahatladığını, zaman zaman da ağlayarak rahatladığını belirtmektedir. Gebelik öncesine göre cinsel aktivitelerinin bebeğe zarar geleceği düşüncesi ile azalttıklarını ve gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını gebeliğinin planlı olduğunu, menarş yaşının 13, menstruasyon süresinin 6 gün olduğunu, menstrual siklusun ayda 1 kez olduğunu, bir yıl öncesinde yaptırdığı pap-smear sonucunun normal olduğunu belirtmiştir. İnançlarına bağlı, sıkıntıya girdiğinde dua ederek ferahladığını, rahatladığını vurgulamaktadır.

Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyonel Diyabette Beslenme Davranışının İncelenmesi

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre değerlendirilen hastanın kan şekerinin diyetle regüle olması gerektiği, ilk olarak 'GDM'de beslenme'nin GDM yönetiminde önemli bir faktör olması dolayısıyla; önce anne sağlığına daha sonra da bebek sağlığına katkıda bulunmak için sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde analiz edilmiştir. Model kapsamında hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Şekil 2).

Bireysel özellikler ve deneyimleri: 32 yaşında ve sağlık çalışanı olan olgunun diyetisyen tarafından kendisine sunulan GDM diyet programının bebeğine yetersiz geleceği düşüncesi ile uyum göstermediği gözlenmektedir. Konstipasyon sorunu yaşadığı için çözümlenmek adına kuru kayısı tükettiğini belirtmiştir.

Davranışa ilişkin algılanan yarar: Olgunun kan şekeri seviyelerinin normal düzeyde olmasının hem bebeği hem de kendi sağlığı açısından önemli olduğunu belirtmiştir.

Davranışa ilişkin algılanan engel: Diyetisyenin verdiği GDM diyet programının bebeği için yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Algılanan öz-yeterlilik: Glisemik indeksi düşük yiyecekleri (yulaf, süt, bakliyat, fındık, deniz ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler) daha fazla tüketmeye gayret ettiğini bildirmiştir.

Aktivite ile ilgili etkile: Kan glukoz düzeyinin düzenli bir şekilde uyguladığını GDM diyet programı ile beraber kan glukoz seviyesinin regüle olduğunu vurgulamıştır.

Kişiler arası etkiler: Eşi GDM diyet programına hasta ile birlikte eşlik etmektedir.

Durumsal etkiler: Biyokimya sonuçları ve diğer tetkiklerinin stabil hale gelmesi.

Acil gereksinimler ve öncelikler: Tatlı ihtiyacı olduğunda konstipasyon sorunu konstipasyon sorununu da çözmek için glisemik indeksi düşük yiyecekleri besinleri tüketecek.

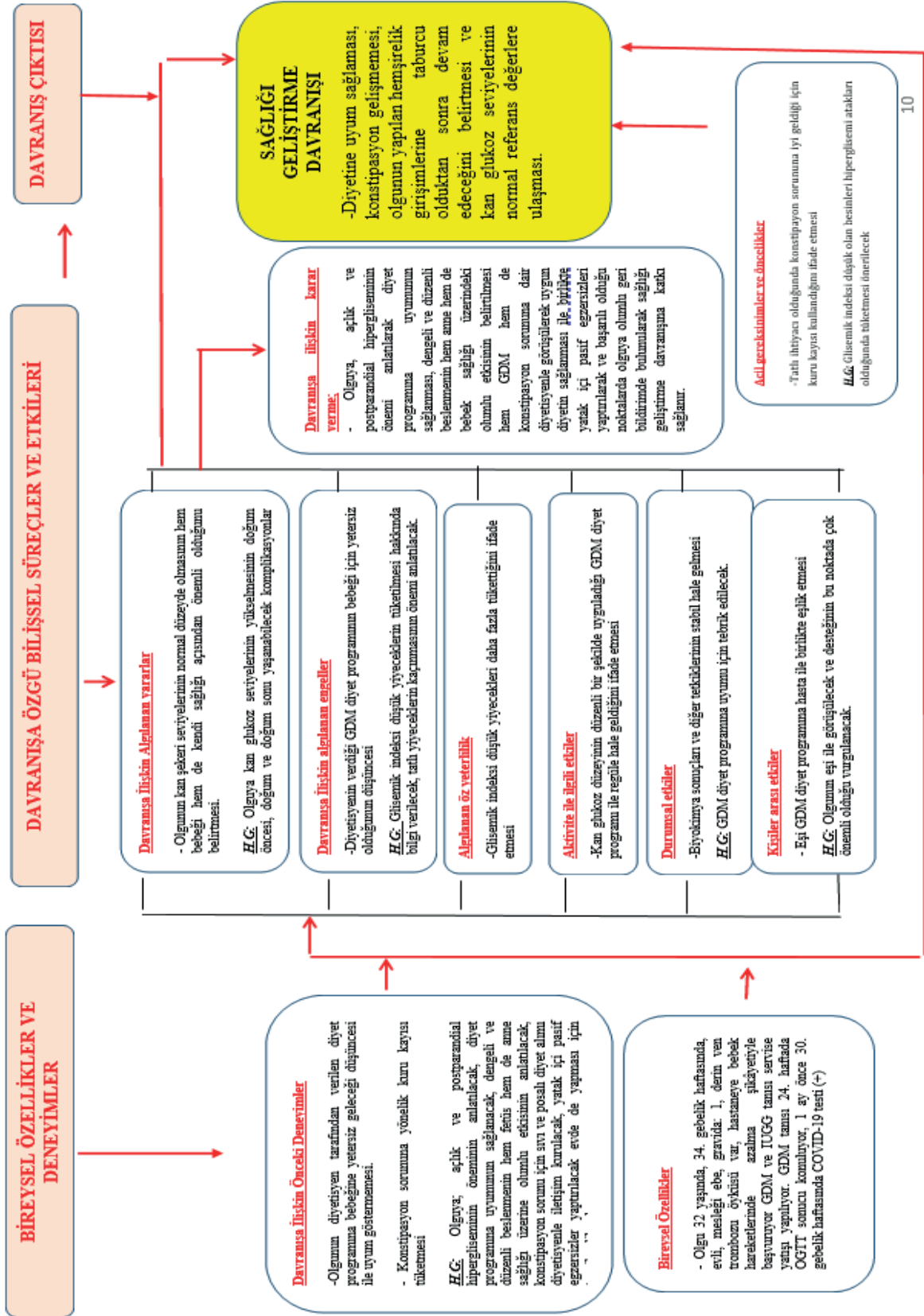
Davranışa ilişkin karar verme: Olguya, açlık ve postparandial hipergliseminin önemi anlatılarak diyet programına uyumunun sağlanması, dengeli ve düzenli beslenmenin hem anne hem de bebek sağlığı üzerindeki olumlu etkisinin belirtilmesi, hem GDM hem de konstipasyon sorununa dair diyetisyenle görüşülerek uygun diyetin sağlanması ile birlikte yatak içi pasif egzersizleri yaptırılarak ve başarılı olduğu noktalarda olguya olumlu geri bildirimde bulunularak sağlığı geliştirme davranışına katkı sağlanmasıdır.

Sağlığı geliştirme davranışı: Diyetine uyum sağlaması, konstipasyon gelişmemesi, olgunun yapılan hemşirelik girişimlerine taburcu olduktan sonra devam edeceğini belirtmesi ve kan glukoz seviyelerinin normal referans değerlere ulaşması.

Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyonel Diyabette Fiziksel Aktivite Davranışının İncelenmesi

Olgu iş yaşamından dolayı yorgun olduğunu ve fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmiştir. Olgunun "Gebelik döneminde fiziksel aktivitelerinin düzenlenmesi"ne yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Şekil 3).

Bireysel özellikler ve deneyimleri: 34. gebelik haftasında olan olgunun öyküsünde derin ven trombozu olması,



Şekil 2. Sağlıklı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyone Diyabette Beslenme Davranışı

GDM ve IUGG tanısı ile birlikte bir ay öncesinde COVID-19 geçirmesi ve sağlık çalışanı olan olgunun işi dolayısıyla uzun süre ayakta kalması nedeniyle eve geldiğinde dinlenmesi.

Davranışa ilişkin algılanan yarar: GDM’de beslenme programı ile birlikte yapılan uygun fiziksel aktivite ile fiziksel zihinsel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesi.

Davranışa ilişkin algılanan engel: Mesleki olarak yorgun olduğu için eve geldiğinde dinlenmeyi tercih etmesi.

Algılanan öz-yeterlilik: Yaptığı 30 dakikalık temposuz kısa yürüyüşlerin hem kendi hem de bebeğinin sağlığı için iyi olduğunu düşündüğü için eşi ile birlikte yürümesi.

Aktivite ile ilgili etkiler: Açlık ve postprandial glukoz değerlerinin düşme eğiliminde olması.

Kişiler arası etkiler: Hemşirenin öğretilen zararsız egzersizleri olgu ile birlikte yapması ve diyetisyeninde programa uyumla birlikte gebeye kan basıncı ve kan glukoz seviyelerinin düşme eğiliminde olacağını ifade etmesi.

Durumsal etkiler: Nonstrest test (NST) ve çocuk kalp seslerinin (ÇKS) normal olduğunun izlenmesi.

Acil gereksinimler ve öncelikler: Stresli olduğu zamanlarda sadece rahatlatıcı nefes alma egzersizlerini yapması.

Davranışa ilişkin karar verme: Gebelikte yapılan fiziksel aktivitenin kan şekeri üzerindeki etkisi ve komplikasyonları azalttığına yönelik bilgi verilmesi, riskli gebelik olduğu için sakıncalı hareketlerin gebeye gösterilmesi.

Sağlığı geliştirme davranışı: Gebeliği süresince 30 dakikalık yürüyüşleri sürdürmesi, egzersizleri başladığı kısa süre içinde bile kendini daha sağlıklı hissetmesi ve konstipasyon sorunun hafiflediğini belirtmesi.

Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyonel Diyabette Anksiyetenin İncelenmesi

Olgu, USG’de gebelik haftasıyla uyumsuz olması sebebiyle hastaneye yatışının yapılmasından dolayı yoğun anksiyete yaşamaktadır. ‘Anksiyete yönetimi’nin sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunulmuştur (Şekil 4).

Bireysel özellikler ve deneyimleri: 34. gebelik haftasında GDM ve IUGG tanısı alması ile birlikte bebek hareketlerinde azalma süreci içerisinde hastaneye yatışının yapılması kendini huzursuz ettiğini belirtmesi.

Davranışa ilişkin algılanan yarar: Duyularını, endişelerini konuşmanın kendini rahatlattığını ifade etmesi.

Davranışa ilişkin algılanan engel: USG kontrolünde fetusun gebelik haftasının dört hafta geriden gelmesinin gebeyi kaygılandırması.

Algılanan öz-yeterlilik: Olgunun bebeğın sağlığı hakkında kaygısını ve endişesini eşi ile paylaştığını ve yakın çevresi ile iletişim kurmasının stresle başatme yollarından biri olarak fark ettiğini ifade etmesi.

Aktivite ile ilgili etkiler: Endişelendiğinde rahatlamak için derin nefes egzersizleri yapmasının kendine iyi geldiğini ifade etmesi.

Kişiler arası etkiler: Eşi ve ailesinin olguya her konuda olan desteği anksiyetesini azalttığını söylemesi.

Durumsal etkiler: Etkili anksiyete yönetimi ile kan şekerinin regüle hale gelmesi.

Acil gereksinimler ve öncelikler: Eşinin yanında olmasına rağmen pandemide uygulanan kısıtlamalardan dolayı ailesi ile görüntülü konuşması.

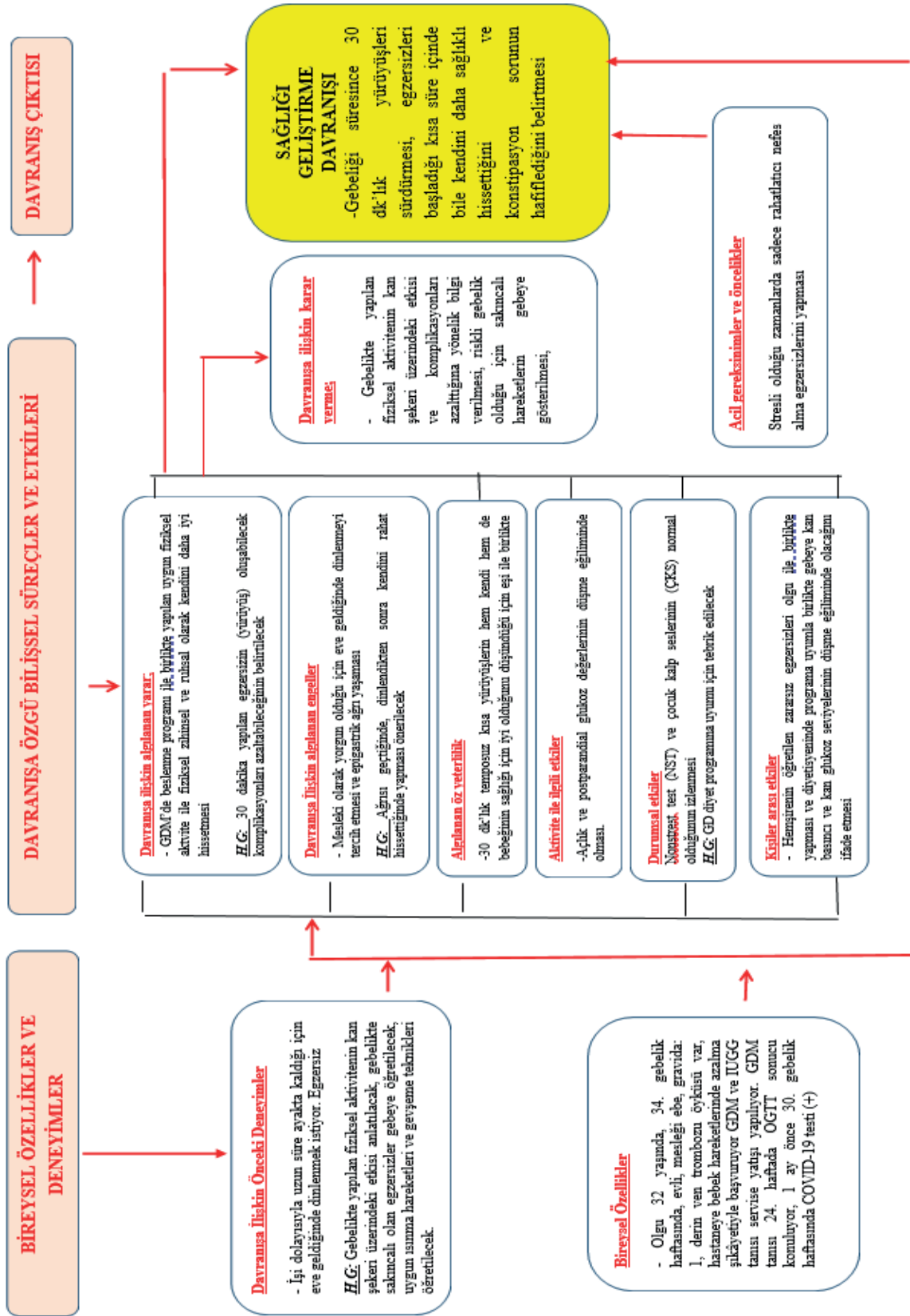
Davranışa ilişkin karar verme: Gebenin anksiyetesi değerlendirilerek endişelerini, korkularını ifade etmesi için cesaretlendirildi, Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin bilgi verildi, Stresle başatme yolları belirlenerek sıklıkla yaşadığı yoğun anksiyeteyi yönetebilmesi için derin nefes egzersizleri hakkında bilgi verildi ve öğretildi, güçlü yönleri ortaya çıkarılarak sorunlar yaşandığında neler yapabileceği konuşuldu.

Sağlığı geliştirme davranışı: Anksiyetesinin azaldığını söylemesi, stresle baş etme yöntemlerini aktif olarak kullandığını belirtmesi, gevşeme tekniklerini düzenli olarak yapması.

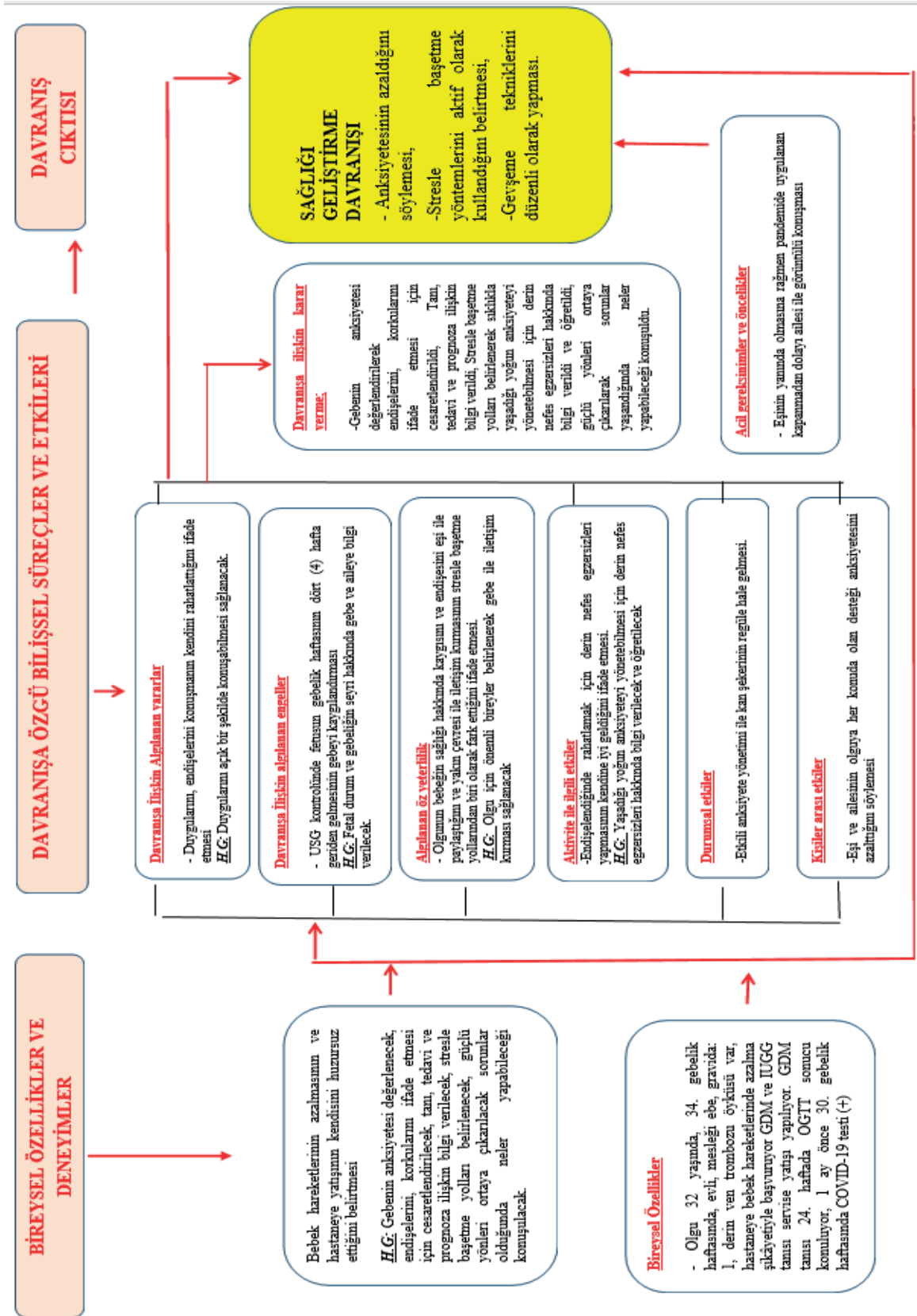
TARTIŞMA

GDM’nin prevelansı artmakla birlikte hem fetal hemde maternal ciddi sağlık problemleri ile ilişkilidir. GDM’nin görülme oranının azaltılması, fetal ve maternal mortalitenin azaltılması için sağlıklı beslenme ve gebelikte egzersiz gibi yaşam kalitesini yükselten hızlı ve etkin yaşam tarzı modifikasyonları uygulanmaya başlanmalıdır (30).

Yapılan literatür incelenmesinde; gebeliğın erken dönemlerinde aşırı ağırlık artışının GDM risk faktörleri arasında olduğu ve gebeliğın 3. trimesterinde yüksek insülin intoleransı ile ilgili olduğu belirtilmiştir (31, 32). Çalışmalarda günlük enerji ve besinin sağlandığı GDM için en uygun beslenme yönteminin Akdeniz Diyeti ve bireyselleştirilmiş tıbbi beslenme tedavisi (TBT) olduğu vurgulanmıştır. Düşük glisemik indeksli besinler (yulaf, süt, bakliyat, fındık, deniz ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler) ve yüksek posa alımı, hazır yiyeceklerin tüketilmediği gıdaların diyet programlarında tercih edilmesi ve yaşam tarzına haline getirilmesi GDM gelişimini ve



Şekil 3. Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyonel Diyabette Fiziksel Aktivite Davranışı



Şekil 4. Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde Gestasyonel Diyabette Anksiyete Yönetimi Davranışı Kazandırma

komplikasyonlarını önleyebileceği belirtilmiştir (35, 36). Model kapsamında incelenen olgumuzda diyetisyen tarafından verilen diyetle uyum göstermediğinden BKİ değerlerinin yüksek olduğu ve konstipasyon yaşadığı gözlenmiştir. Literatürün de belirttiği gibi bu sorunlara yönelik olarak olgumuzun yüksek posalı, düşük glisemik indeksli besinleri tükettiğinde kan glukoz seviyesi düşme eğiliminde olduğu ve konstipasyon sorunu giderildiği saptanmıştır. Amerikan Diyabet Derneği, yalnız diyetle normal kan şekeri düzeyi sağlanamayan gebelerde egzersiz yardımcı tedavi olarak kullanılabilirliğini önermiştir (37). Preeklampsi ve preterm doğumların azaltılmasında da gebelikte egzersiz yapmanın etkili olduğu bildirilmiştir (38). Yapılan egzersizin kilo kontrolünün yanında dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenlemesine, doğum için kasların geliştirilmesine, doğum sonu iyileşmenin hızlanmasına, sırt ağrılarının, varis ve hemoroid sıkıntılarının giderilmesine yarar sağlamaktadır (39,40). Hastane taburculuğu sonrasında olgunun; 30 dakikalık kısa yürüyüşleri sürdürmesinin kan basıncının ve kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda olması üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Egzersizli düzenli yapan gebelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi daha yüksek olduğu ancak çalışan gebelerin yeterince dinlenemediği ve stres yönetiminin daha düşük olduğu bildirilmiştir (41). Katz ve arkadaşları (2012); çalışan gebelerde çevresel stres, çalışma koşulları, psikolojik stres ve sosyo-ekonomik durum gibi faktörlere daha fazla maruz kaldığını ve bu stresörlerin zamanla gebede hipertansiyon ve GDM gibi riskli gebeliklere yol açtığını vurgulanmıştır (42). Riskli gebelerin, riskli olmayan gebeler göre stres ve kaygı düzeyi daha yüksektir (42). GDM'de etkili başatma yöntemlerini kullanan gebelerin daha iyi glisemik kontrole sahip oldukları belirlenmiştir. Gebelikte anksiyete yönetimi için; strese sebep olan etkenlerin belirlenmesi, anksiyeteyi azaltmak için alternatif stratejiler geliştirilmesi (Diyafraform solunumu, zihinsel düşünme, biofeedback, gevşeme teknikleri) ve stresle başa çıkma eğitimlerinin yapılması önerilmektedir (44,45). Riskli gebelik tanısını olan olgunun, psikososyal sağlığının etkilenmesi ve anksiyete yaşaması literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada; klinikteki hemşirelerle iş birliği yapılarak hemşirelik bakımının model kapsamında uygulanması önerilerek bakımın devamlılığı sağlanmış ve daha sonra hastadan hemşirelik girişimleri sonucunda olumlu geri bildirimler alınmıştır. İlerleyen zamanlarda klinikteki hastanın kan şekerinin regüle olduğu, anksiyetesinin azaldığı ve fiziksel egzersizlere başladıktan sonra gebeliğini daha sağlıklı sürdürdüğü gözlenmiştir.

SINIRLILIK

Sağlıklı yaşam tarzı ve davranış geliştirme uzun bir süreç gerektirmektedir. Bu bağlamda olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması izlemek önemlidir. Olgunun hastane tedavisi süresince 10 gün takip edilmesi ve 3. trimesterde olan bir gebenin seçilmesi bu çalışmanın sınırlılığı olarak görülmektedir.

SONUÇ

Hemşirelik çalışmalarına rehberlik etmek için hemşireliğin teorik çerçevesi olan kuram ve modellerin kullanımı hemşirelik mesleğinin bilgi birikimi ve farkındalığı için gereklidir. Bu makale; gebelik süresince GDM'li bireyi daha iyi anlamak için Pender'in sağlığı geliştirme modelinin teorik çerçevesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılarak yaşam kalitesinin yükseltilmesini içeren hemşirelik değerlendirmelerini ve müdahalelerini sunmaktadır. Bu olgu sunumu ile erken dönemde teşhis edilen ve sağlıklı yaşam davranışı kazandırılan GDM'li gebelerin, hem maternal hem de fetal komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını içeren gestasyonel diyabette beslenme, fiziksel egzersiz ve anksiyete yönetimi gibi anne sağlığı ve çocuğun sağlığı için yaşam boyu sürecek etkilere sahip olan yaşam tarzı müdahalelerinin uygulanmasının sağlık hizmetlerinde GDM yönetiminde etkili ve önleyici bir yöntem olduğu sonucuna ulaşılabilir. Bu çalışmanın riskli gebelikler alanında çalışan ebe ve hemşireler için GDM yönetiminde rehberlik edeceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Meccdi M, Beji NK. Gestasyonel diyabet gelişen gebelerin postpartum süreçte diyabet taramasına gitmelerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014;22(3):159-167.
2. Gilbert ES, Harmon, JS. Çev. Ed. Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Bölüm 5. Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü, 2.Baskı. Ankara Palme Yayıncılık, 2011:118-132.
3. Kamalak H. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın, 2015.
4. Elvebakk T, Mostad IL, Morkved S, Salvesen KA, Stafne SN. Dietary intakes and dietary quality during pregnancy in women with and without gestational diabetes mellitus-a norwegian longitudinal study, Nutrients. 2018; 10(11):1811.
5. International Diabetes Federation.(IDF). IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium, International Diabetes Federation, 2019.
6. Aktün LH, Uyan D, Yorgunlar B, Acet M. Gestational diabetes mellitus screening and outcomes. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015;16(1),25-29.
7. World Health Organization (WHO). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: A World Health Organization Guideline. Diabetes Res. Clin. Pract. 2014; 103: 341-363.
8. Zito G, Della Corte L, Giampaolino P, Terzic M, Terzic S, Di Guardo F, et al. Gestational diabetes mellitus: prevention, diagnosis and treatment. A fresh look to a busy corner. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine. 2020; 13(4), 529-541.
9. Akış N, Pala K, Seçkin RÇ. Gestasyonel diyabetes mellitus prevalansı ve ilişkili risk etmenleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 34(3): 93-6.

10. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups consensus panel (IADPSG). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010; 33(3): 676–82.
11. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2015; 38(1): 8–16.
12. Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci*. 2018;19(11):3342.
13. Murray SR, Reynolds RM. Short- and long-term outcomes of gestational diabetes and its treatment on fetal development. *Prenat Diagn*. 2020;40(9):1085-1091.
14. Avcı DEM. Diyetle bağlı risk faktörlerinin gestasyonel diyabet üzerine etkisi. başkent üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü beslenme ve diyetetik programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.
15. Cengiz E. Gestasyonel diyabetli bireylerin diyetle uyumu ve bazı biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
16. Holt RIG, Lambert KD. The use of oral hypoglycaemic agents in pregnancy. *Diabetic Medicine*. 2014;31(3): 282-291.
17. Schwartz RA, Rosenn B, Aleksa K, Koren G. Glyburide transport across the human placenta. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125(3): 583-588.
18. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012; 6(1):13-21.
19. Sigal RJ, Armstrong MJ, Bacon SL, Boule NG, Dasgupta K, Kenny GP, et al. Physical activity and diabetes. *Can J Diabetes*. 2018; 42: 54-63.
20. Fagour C, Gonzales S, Pezzino S, Florently S, Narece-Rosette M, Gin H, et al. Low physical activity in patients with in type 2 diabetes: the role of obesity. *Diabetes Metab*. 2013; 39(1): 85–87.
21. Akarsu HR, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017; 33(2): 16-26.
22. Çağlar M, Yeşiltepe Oskay Ü. Assesment of prenatal distress and depressive symptoms in women with gestational diabetes. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 2019; 3(2). 73-78.
23. Devsam B, Bogossian FE, Peacock AS. An interpretive review of women's experinces of gestational diabetes mellitus proposing a framework to enhance midwifery assessmen. *Women Birth*. 2013; 26(2): 69-76.
24. Yıldırım JG. Hemşirenin evde destek programının, oral antikoagülan (varfarin) tedavisi alan hastaların öz-yönetimine etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015.
25. Tosun AS, Zincir H. Tip 2 Diabetes Mellitus'ta sağlık davranış değişiminde transteoretik model temelli motivasyonel görüşme tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8(1), 32-41.
26. Ahtisham Y, Jacoline S. Integrating nursing theory and process into practice; virginia's henderson need theory. *International Journal of Caring Sciences*. 2015; 8 (2): 443-450.
27. Kaya A, Güven ŞT, Dalgıç Aİ. The use of education provided based on the health promotion model in nursing studies in Turkey. *HEAD*. 2018; 15(3): 195-201.
28. Bahar Z. Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014; 7(1): 59-67.
29. Nar M. Gestasyonel diyabeti olan gebelerde psikososyal uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.
30. Gezginç K, Şahingöz M, Uğuz F, Yazıcı F. Is depression associated with glucose tolerance abnormality in pregnant women? A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2013; 27(5), 219-22.
31. Jannoo Z, Wah YB, Lazim AM, Hassali MA. Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *J Clin Transl Endocrinol*. 2017; 9: 48-54.
32. Gürlek B, Kale İ. Rize ilinde gestasyonel diabetes mellitus prevalansı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2019;16(1), 31-36.
33. Zhong C, Li X, Chen R, et al. Greater early and mid-pregnancy gestational weight gain are associated with increased risk of gestational diabetes mellitus: A prospective cohort study. *Clin Nutr ESPEN*. 2017;22:48-53. doi:10.1016/j.clnesp.2017.08.013
34. Herring SJ, Oken E, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Stuebe AM, Kleinman KP, et al. Weight gain in pregnancy and risk of maternal hyperglycemia. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(1):61. e1-61.e617.
35. Metin S. Gestasyonel diyabette güncel tedavi yaklaşımları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 2017, 2(1): 1-14
36. Dursun EMA, Kızıltan G. Gestasyonel diyabet ve risk faktörleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 2019;4(2):132-146.
37. Yalçın H, Tekin M. Assessing the knowledge level of pregnant about the exercises during pregnancy. *International Journal of Human Sciences* 2013;10(1):24-33.
38. Ferrari RM, Siega-Riz AM, Evenson KR, Moos MK, Carrier KS. A qualitative study of women's perceptions of provider advice about diet and physical activity during pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2013;91(3):372-377.
39. Akbayrak T, Kaya S. Ministry of Health General Directorate of Primary Health Care Services Department of Nutrition and Physical Activities. *Gebelik ve Egzersiz*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730. 1. Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008. p.21.
40. Ünver H, Aylaz R. Gebelerde fiziksel egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*. 2017; 27(2): 71-78.
41. Özcan H, Polat T, Yılmaz M, Öztürk A, Aydoğan T. Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 5(3): 482-492.
42. Katz VL. Work and work related stress in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012;55(3):165-173.
43. Gümüşdaş M, Apay S, Özorhan E. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2014; 1(2): 32-42.
44. Surwit RS, Van Tilburg MA, Zucker N, McCaskill CC, Parekh P, Feinglos MN, et al. Stress management improves long-termglycemic control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(1):30-34.
45. Jallo N, Salyer J, Ruiz RJ, French E. Perceptions of guided imagery for stress management in pregnant African American women. *Arch Psy-chiatr Nurs*. 2015;29(4):249-254.